

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

“EFECTOS DE UNA PLÁTICA – DEBATE EN LAS ACTITUDES HACIA
EL CONSUMO DEL TABACO ENTRE HOMBRES Y MUJERES,
ESTUDIANTES DE NIVEL MEDIO SUPERIOR”

TESIS QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
PRESENTAN:

SÁNCHEZ RUIZ MARÍA DE LA LUZ

ZUÑIGA DUARTE SILVIA

DIRECTOR DE TESIS:
MTRO. HORACIO QUIROGA ANAYA

MÉXICO, D.F. 2006



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.

*A la Universidad Nacional Autónoma de México
Fuente inagotable de sabiduría.*

*A la Facultad de Psicología
Por darnos la oportunidad de estudiar una carrera profesional.*

*Al Programa de Becas para la Elaboración de Tesis de Licenciatura en
Proyectos de Investigación (Probetel)
Por el apoyo y facilidades prestadas para la realización del presente trabajo.*

*A nuestro Director de Tesis, Mtro. Horacio Quiroga Anaya
Por su paciencia, valioso tiempo e invaluable aporte de experiencia
profesional en la dirección del presente trabajo.*

*A nuestra Revisora de Tesis, Lic. Angeles Mata Mendoza
Por sus valiosas aportaciones e invaluable comentarios.*

*A los miembros del jurado
Por la atención al presente trabajo.*

*Un reconocimiento especial al Profesor Humberto Zepeda
Por su asesoría en el análisis estadístico y apoyo incondicional en la
realización del presente trabajo.*

A Esther Ruiz, mi mamá, por su esfuerzo, su confianza y apoyo durante toda mi vida.

A Urbano Sánchez, mi papá, por su confianza y apoyo, con su ejemplo sembró en mi el hábito del estudio y superación.

A Blanca y Michel, mis hermanos, por todos los momentos que hemos compartido en distintas etapas de la vida.

A Chivis, mi amiga, por compartir conmigo este proyecto, por su paciencia, apoyo y el privilegio de su amistad.

A todos aquellos que de una forma u otra me apoyaron en este proyecto, gracias por las frases de apoyo y estímulo, siempre serán parte importante de mis logros.

María de la Luz

A mi mamá: Juana

Por tu paciencia, fortaleza y sobre todo por tu apoyo incondicional. Porque gracias a tu ejemplo de perseverancia hoy alcanzo una de mis metas.

A mi papá: Benigno

Por todo tu amor y tus consejos, por preocuparte y ocuparte de mí. Por quererme tal como soy.

A mis hermanos: Guadalupe, Jorge, Reyna y José Luis.

Por todo lo que he aprendido de cada uno de ustedes. Por cada momento compartido. Por que a pesar de haber madurado no han dejado de ser niños. Los amo.

A mi hermana: Marilú

Por impulsarme a través de tu ejemplo, apoyo y cariño. Gracias.

A mis sobrinos: Diana, Karina, Jorge, Daniel, Luis Angel, Daniela, Silvia Paola, Pablo y a la memoria del pequeño Edgar.

Gracias por existir bebes.

A mi amiga Luzma

Gracias por tu apoyo, tu dedicación y tu esfuerzo, pero lo más importante, por que me enseñaste el significado de la verdadera amistad.

Silvia

RESUMEN

INTRODUCCION

CAPITULO I ASPECTOS GENERALES DEL TABACO	PAGINAS
1.1 Historia del tabaco	1
1.2 Componentes del tabaco y sus consecuencias	3
1.3 Efectos provocados por los componentes del tabaco en la salud.....	4
1.4 Epidemiología y Economía del Tabaco en México.....	6
1.5 Estadios y motivos del fumar.....	8
1.6 Modelos de la conducta de fumar	11
1.7 Niveles y programas de prevención.....	12
1.7.1 Niveles de Prevención.....	12
1.7.2 Programas de Prevención.....	13
CAPITULO II ADOLESCENCIA	
2.1 Definición de adolescencia	15
2.2 Desarrollo del adolescente	15
2.3 Los adolescentes y su familia.	17
2.4 Los adolescentes y sus amigos	18
2.5 El adolescente y las drogas	19
2.5.1 Factores asociados al consumo de drogas	21
2.5.2 El adolescente y el consumo de tabaco	22
2.5.3 Adolescencia, escolaridad y consumo de tabaco	23
2.4.4 Adolescencia, género y consumo de tabaco	24
CAPITULO III ACTITUDES	
3.1 Definición de actitud	28
3.2 Estructura de las actitudes	28
3.3 Modelo de la teoría de la acción razonada	29
3.4 Investigaciones sobre tabaco y actitudes en estudiantes	32
CAPITULO IV METODO	
4.1 Planteamiento del problema	35
4.2 Hipótesis	35
4.3 Definición conceptual y operacional de variables	35
4.4 Participantes	36
4.5 Escenario	36
4.6 Muestra	36
4.7 Tipo de estudio	37
4.8 Diseño	37
4.9 Instrumentos	37
4.10 Procedimiento	39
CAPITULO V RESULTADOS	41
DISCUSION	43
CONCLUSIONES	44

LIMITACIONES	44
SUGERENCIAS	45
REFERENCIAS	46
ANEXO A	UNIDAD DE TABACO
ANEXO B	CUESTIONARIO DE ACTITUDES HACIA EL CONSUMO DE TABACO
ANEXO C	CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS
ANEXO D	TABLAS DE RESULTADOS DEL ANALISIS ESTADISTICO

RESUMEN

Los expertos en salud pública han reconocido el impacto devastador que tiene el consumo de alcohol y tabaco en la sociedad, ya sea porque constituye una de las principales causas de muerte entre la población o debido a que en muchas ocasiones el consumo de éstas sustancias motiva el uso de drogas más peligrosas.

Específicamente, el consumo de tabaco, su abuso y las consecuencias que puede generar, no sólo a nivel individual, sino también en lo laboral, económico y social, repercute en gran medida en los costos de la comunidad y de sus individuos.

Al respecto, Alpizar, Gómez y Sandoval (2004), mencionan que el consumo del tabaco por parte de las mujeres comenzó a incrementarse paulatinamente durante la segunda mitad del siglo pasado y a partir de la década de los noventa, se ha registrado un crecimiento acelerado particularmente entre las adolescentes. De acuerdo con dichos autores la población adolescente se ha caracterizado por inmadurez cognoscitiva y emocional, hipersensibilidad al rechazo por parte de su grupo de pares, vulnerabilidad a la conducta impulsiva y dificultad en la adquisición de una imagen corporal positiva. La combinación de estos factores hace a los adolescentes extremadamente vulnerables.

Ante el incremento del consumo de tabaco en los últimos años, se han diseñado y puesto en práctica varias medidas preventivas. Una de las estrategias que ha dado mejores resultados y que ha tenido mayor alcance son las "Pláticas-Debate", razón por la cual son utilizadas dentro del Programa de Prevención, Orientación y Tratamiento de Conductas Aditivas para Estudiantes y Trabajadores Universitarios de la Facultad de Psicología de la UNAM. (Quiroga y cols, 2004). En el presente trabajo se utilizó una plática-debate sobre tabaco para determinar si: a) Contribuye al incremento de los conocimientos en los participantes hacia el consumo de tabaco y sus consecuencias, b) Considerando la Teoría de la Acción Razonada de Fishbein y Azjen (1967), evaluar si el incremento en los conocimientos influye en que se de un cambio en las actitudes de los participantes, de tal suerte que disminuya la actitud favorable hacia el consumo y abuso de tabaco y c) Determinar si los efectos de una plática-debate sobre la actitud hacia el consumo de tabaco son diferentes con relación al género.

El objetivo de la presente investigación fue observar los efectos de una plática debate en las actitudes favorables hacia el consumo de tabaco en estudiantes de nivel medio superior, haciendo hincapié en las diferencias entre hombres y mujeres. Se construyó un cuestionario de actitudes tipo Lickert y uno de conocimientos validados para tal efecto. La aplicación se llevó a cabo en una muestra total de 100 personas (50 hombres y 50 mujeres) estudiantes de nivel medio superior, cuyas edades oscilaban entre los 16 y 20 años. Se realizó en primera instancia y a manera de pretest una evaluación de las actitudes y conocimientos sobre el consumo de tabaco. Posteriormente, un expositor impartió una plática-debate sobre tabaco de tipo expositivo-participativa. Al concluir dicha plática-debate se realizó una pos-evaluación utilizando nuevamente los instrumentos de actitudes y conocimientos.

Una vez obtenidos los datos, se procedió a hacer un análisis estadístico de los resultados tanto del pretest como del postest. Se encontraron diferencias en la actitud favorable hacia el consumo del tabaco entre hombres y mujeres después de participar en la plática-debate. Por lo que resulta necesario hacer un análisis acerca del

contenido de la misma, así como de la población a la cual se dirige, de tal manera que se pueda dar la atención adecuada a las necesidades de los adolescentes en materia de prevención de consumo de tabaco.

INTRODUCCION

El consumo de drogas es un tema en torno al cual existe una gran preocupación social. Al hablar sobre drogadicción es preciso definir que es la droga y para ello la Organización Mundial de la Salud define fármaco o droga como "toda sustancia que introducida al organismo vivo, puede modificar una o más funciones de éste" (Kramer y Cameron, 1975).

El consumo frecuente de drogas conlleva a consecuencias de tipo médico y/o social. La repercusión en el estado de salud dependerá del tipo de sustancia, del tiempo de exposición y de la cantidad.

Becoña (1994), considera que la prevención es la llave para reducir el consumo del tabaco, alcohol y otras drogas.

Es necesario poner énfasis en la prevención como un esfuerzo en la lucha contra el tabaquismo. Uno de estos esfuerzos es el llamado Modelo Racional, que siguiendo la línea educativa tradicional, intenta cambiar las actitudes y modificar la conducta en relación con el tabaco, impartiendo información a los individuos, generalmente de forma didáctica (Becoña, 1994). La concepción teórica que subyace a este enfoque es que el conocimiento de datos sobre las consecuencias negativas de fumar alterará el sistema de creencias de los sujetos del programa y éste, a su vez, modificará las actitudes, que según Azjen y Fishbein, (citado en Chassin and Presson, 1984), son determinantes de la conducta.

De acuerdo con Rodríguez (1997), en la Teoría de la Acción Razonada la intención de fumar ha sido demostrada como el mejor predictor de la conducta de fumar. El poder de este modelo implica que los programas de prevención deben enfocarse en el cambio de actitudes hacia el fumar, las cuales están compuestas por las creencias acerca de las consecuencias y las expectativas normativas.

En México las Instituciones del Sector Salud que atienden el problema de Farmacodependencia son: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los trabajadores del Estado (ISSSTE), el Instituto Nacional de Psiquiatría (INP), el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), los Centros de Integración Juvenil (CIJ) y los Servicios Coordinados de Prevención y Readaptación Social de la Secretaría de Gobernación.

Solís, Gómez y Ponce (2003), al igual que Gordon (1983), clasifican la prevención en tres dimensiones; universal, selectiva e indicada y estratifican las acciones dirigidas a poblaciones de acuerdo a su nivel de riesgo y sus características específicas.

La prevención universal esta dirigida a la población en general y se lleva a cabo mediante la promoción de la salud para crear conocimiento y orientar sobre la problemática del consumo de sustancias y para las formas de prevención.

La prevención selectiva se enfoca a desarrollar intervenciones para grupos de riesgo específicos, por ejemplo, hijos de alcohólicos, reclusos, menores infractores, víctimas de violencia doméstica y abuso sexual, niños con problemas de aprendizaje y conducta, etc. Estos grupos se asocian al consumo de drogas ya que se han identificado factores biológicos, psicológicos y ambientales que sustentan la vulnerabilidad.

Una tercera clase de medidas preventivas, para las cuales Gordon, (1983) propone el término "*indicadas*" engloba aquellas que son prudentes solo para personas que bajo examinación, se encontró que manifiestan un factor de riesgo que requiere la intervención preventiva. La mayoría de estas acciones han sido llamadas "secundarias" en el esquema clásico.

Durante la adolescencia, las personas tienen contacto con diversos comportamientos y estilos de vida. Adoptan ciertas conductas y evitan otras. Una decisión fundamental que hacen se refiere precisamente a la participación en los patrones de uso y abuso de drogas. Según Craig (1997, pp. 421), "los cigarrillos y el alcohol tienen el más alto potencial de abuso ya que muchos adolescentes consideran que su uso es una marca distintiva de la adultez".

De acuerdo con Papalia (1985), la mayoría de los adultos fumadores empiezan a fumar en la etapa adolescente probablemente por curiosidad, para adaptarse a las normas de un grupo al cual desean pertenecer, expresar rebeldía, imitar la conducta de personas que parecen tener una mayor posición social, como en el caso de jóvenes que intentan poseer la apariencia de personas más maduras.

De acuerdo con De la Garza (1983), las mujeres entran en el consumo de cigarrillos conforme la sociedad llega a un cierto nivel de desarrollo industrial y se incorporan al mercado laboral. La cantidad de mujeres que consumen tabaco varía del 10 al 50% y en muchos países es superior al 30%. Este autor encontró que una de cada tres mujeres fuma diariamente.

Por otra parte en un estudio realizado por la Encuesta Nacional de Adicciones (2002), se encontró que la prevalencia de fumadores entre el grupo de adolescentes de zonas urbanas fue del 10.1%, lo que equivale a casi un millón de individuos, con una mayor proporción de hombres (15.4%) más que de mujeres (4.8%). Es decir, se identifican 3 fumadores varones por cada mujer.

Por lo tanto, el objetivo primordial de este trabajo es conocer los efectos de una plática de debate sobre las actitudes hacia el consumo del tabaco de los y las adolescentes estudiantes de nivel medio superior, así como también las diferencias en de genero, para de esta manera contribuir a una mayor eficacia en la prevención de la conducta de consumir tabaco.

La presente investigación consta de 5 capítulos, estructurados de la siguiente manera:

El capítulo I contiene aspectos generales del tabaco, tales como la historia, componentes, efectos de consumo, así como la epidemiología y economía del tabaco en México. De igual manera contiene estadios y motivos del fumar y finalmente tópicos acerca de la prevención de la conducta del fumar.

En el capítulo II se contemplan aspectos relacionados con la adolescencia, tales como el desarrollo, género, familia, amigos, escuela, sociedad, etc. Así como factores asociados al consumo del tabaco.

El capítulo III abarca aspectos generales de las actitudes y diversos enfoques que explican la formación de las mismas, como es el Modelo de la Teoría de la Acción Razonada. También se mencionan investigaciones sobre tabaco y actitudes en estudiantes.

El capítulo IV contiene el método utilizado en la realización de la presente investigación; el planteamiento del problema y de hipótesis, la definición conceptual y operacional de las variables. Asimismo, se describe la muestra de participantes, el escenario donde se llevó a cabo la plática debate, los instrumentos y el procedimiento seguido para la realización de la misma.

Finalmente en el capítulo V se describe el análisis de los resultados obtenidos después de la aplicación de los cuestionarios de actitudes y conocimientos, en relación con las hipótesis planteadas en el capítulo 4, utilizando para ello las pruebas del paquete estadístico SPSS: Kruskal-Wallis, Wilcoxon, Moses y U de Mann-Whitney.

CAPITULO I. ASPECTOS GENERALES DEL TABACO

1.1 Historia del Tabaco

La denominación botánica de la planta de tabaco de acuerdo con Lorenzo, Ladero, Leza y Lizasoain (1998) es *Nicotiana Tabacum*, en honor a Jean Nicot de Villemain, siendo el primero en sugerir los efectos de la misma.

El tabaco era utilizado en el continente americano como una droga psicoactiva variando su forma de consumo. Los indios de las Antillas por ejemplo, lo consumían fumando, mientras que los indios de Norteamérica lo fumaban en pipa y los mayas de Centroamérica mascaban sus hojas o bien lo consumían en forma de rapé aspirándolo pulverizado.

Según Jaffé (1980), al llegar a las Antillas, los indígenas le obsequiaron a Colón hojas frescas de una planta nativa como una señal de estimación. Colón y su tripulación dieron cuenta que en Cuba, los indios enrollaban las hojas, las encendían e inhalaban el humo. Rodrigo de Jerez, quien era miembro de la tripulación fue el primer europeo que fumó tabaco e introdujo la costumbre a España. De América, fue llevado a España, Portugal y Francia, siendo Catalina de Médicis su propulsora.

En Europa y Asia, la mayoría de los países prohibieron el consumo de tabaco castigándolo con penas muy severas ya que era una sustancia desconocida.

En América, el uso del tabaco era ritual, ceremonial, medicinal e incluso placentero. Los mayas parecen ser los primeros fabricantes de cigarros, para lo cual seguían un proceso en el que incluían la elaboración de una pasta de varios vegetales para cubrir las hojas de tabaco. Los aztecas empleaban el tabaco como medicina contra el asma, la fiebre, convulsiones, heridas, problemas digestivos, enfermedades de la piel y los ojos y masticado para combatir el cansancio y los dolores de parto (Roales, 1994).

A mitad del siglo XVII el tabaco era muy utilizado en Europa y en el resto del mundo debido a sus supuestas virtudes medicinales. Sin embargo, el rey Jaime I de Inglaterra se oponía a su uso por considerarlo un vicio amoral. El sultán Murad IV castigaba a quienes fumaban tabaco con la decapitación, el desmembramiento o la mutilación de pies y manos. En Rusia se dispuso que los fumadores debían ser torturados hasta que confesaran el nombre de su proveedor, cortándosele la nariz.

España fue el primer país en gravar fiscalmente la importación del tabaco en 1611 y en el siglo XVIII, se consolidó en el mundo una nueva política consistente en permitir la comercialización y consumo de tabaco, delimitando cantidades y zonas permitidas para su cultivo.

El Manual de Diagnóstico y Estadística (DSM IV) elaborado y publicado por la American Psychiatric Association (APA) en su versión de 1991, reconoce al diagnóstico de trastornos por uso de nicotina como una de las alteraciones específicas relacionadas con sustancias, incluyendo dentro de esta categoría la dependencia nicotínica, la abstinencia nicotínica y el trastorno no especificado por uso de nicotina, englobando las siguientes características:

- a) el uso diario de nicotina durante al menos varias semanas;
- b) la aparición de disforia o abatimiento, insomnio, ansias o deseos de nicotina, irritabilidad, frustración o enfado, dificultad para concentrarse, descenso en la tasa cardiaca, aumento en el apetito o ganancia de peso y dificultades en el descanso a consecuencia de la reducción o el cese en el uso de nicotina.

Es importante mencionar las siguientes definiciones relacionadas al consumo de tabaco, dadas por expertos en el tema:

Dependencia es el estado psíquico y a veces físico causado por la acción recíproca entre un organismo vivo y una sustancia, que se caracteriza por cambios en el comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irrefrenable a tomar la sustancia en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por la privación (Macia, 2000).

De acuerdo con Quiroga, Mata y Vázquez (2004), esta dependencia puede ser de dos tipos, que con frecuencia se presentan simultáneamente: dependencia física y psicológica.

La dependencia física es un estado de adaptación biológica que se manifiesta cuando se suspende en forma brusca una droga (en este caso el cigarro). Se trata del síndrome de abstinencia, que se caracteriza por trastornos más o menos intensos.

La dependencia psicológica se manifiesta cuando una droga, en este caso el tabaco, se consume de manera compulsiva, aunque no exista dependencia física. Y cuando al suprimirla, se siente la necesidad imperiosa de volver a consumir.

Con frecuencia es más difícil deshacerse de la dependencia psicológica que de la dependencia física, ya que, el fumar se asocia con situaciones gratificantes o relajantes o bien con aspectos de la vida cotidiana.

Se puede afirmar entonces, que muchas personas siguen fumando no porque así lo deseen, sino porque no pueden abandonar el hábito ya sea por motivos psicológicos, por dependencia física o por ambos. De esta manera, el consumo excesivo de tabaco puede desembocar en una dependencia física y psicológica, cuyos efectos pueden dar la pauta para el inicio del tabaquismo

Síndrome de abstinencia de nicotina es el conjunto de signos y síntomas provocados por la interrupción del consumo de tabaco. Se caracteriza por intranquilidad, excitación, agresividad, irritabilidad, crisis de mal humor y depresión por parte del sujeto, lo que provoca problemas en las relaciones sociales, aumento de peso corporal y gran deseo de fumar, dolor de cabeza y trastornos gastrointestinales. Este síndrome es variable en cada consumidor y su intensidad depende de la dosis que diariamente utilice el consumidor (Quiroga, Mata y Vázquez, 2004).

Tolerancia es un estado de adaptación que se caracteriza por una disminución de la respuesta a la misma dosis de una sustancia, o por el hecho de que para producir el mismo grado de efecto farmacodinámico, es necesario tomar una dosis mayor (Macia, 2000).

De acuerdo con Kuri (2000), el humo del tabaco en el ambiente se deriva de la denominada fuente principal (fumador activo) y la colateral (combustión del tabaco). Esta última produce casi el 85% del humo ambiental. Aunque el colateral se diluye en el aire, la exposición es constante en espacios

cerrados, además de mantener en su composición, niveles elevados de carcinógenos y agentes tóxicos. Se ha observado que el humo del tabaco incrementa el riesgo de daños como el cáncer pulmonar e infarto agudo del miocardio en el fumador involuntario, infecciones respiratorias y asma, especialmente en los niños de padres fumadores.

Se ha demostrado que el tabaquismo pasivo o involuntario es un factor de riesgo de enfermedades relacionadas a su consumo. Un fumador involuntario es aquel no fumador (exfumador o nunca fumador) que se expone al humo del tabaco de personas fumadoras al convivir con éstas (Kuri, 2000).

En el documento 578 del Comité de Expertos sobre el Tabaco de la Organización Mundial de la Salud, editado en 1974, y el informe del Surgeon General Report del Instituto Nacional de la Salud (NIH) norteamericano de 1972, según Alvarez-Sala, Martínez y Calle (citado en Ladero, Leza, Lorenzo y Lizasoain, 1998) se hace referencia a cuatro aspectos relacionados con la exposición pasiva al humo del tabaco:

- a) Molestias e inconvenientes para las mucosas;
- b) Consecuencias para el recién nacido de madres fumadoras;
- c) Efectos nocivos sobre los portadores de otras enfermedades (asma bronquial y cardiopatía) y
- d) Mayor incidencia de bronquitis agudas y neumonías en los niños pequeños.

En la ENA de 1998 se documentó que los sitios de exposición más frecuentes para los fumadores pasivos eran la casa, el trabajo y la escuela, encontrando que el 52.6% de la población encuestada eran fumadores involuntarios expuestos en su casa; prevaleciendo como tales las mujeres con 61.3%.

Para el año 2000, se reportó que aproximadamente 31 millones de mexicanos estaban expuestos de manera involuntaria a los daños de la salud causados por el tabaco, lo que representa casi la tercera parte de la población total de México (Kuri, 2000).

1.2 Componentes del tabaco y sus consecuencias

El humo del tabaco contiene multitud de compuestos, más de 4,000, como productos de combustión. Se trata de un aerosol, con alrededor de 4×10^9 (9) partículas por mililitro (citado en Ladero, Leza, Lorenzo y Lizasoain, 1998).

La corriente principal del humo del tabaco es el inhalado por el fumador, en tanto que la corriente secundaria está en el humo generado en la punta del cigarrillo. Al variar la temperatura de combustión, los componentes del humo del tabaco cambian y varía también la toxicidad de los mismos.

Dichos autores dividen los componentes del humo del tabaco en cuatro categorías para analizar sus propiedades: nicotina y otros alcaloides, carcinógenos, monóxido de carbono y sustancias tóxicas e irritantes.

Nicotina

Tras la inhalación del humo del tabaco, la nicotina llega al alveolo en gotas de 0,1 a 1 mm de diámetro, es absorbida rápidamente y alcanza concentraciones

significativas en el Sistema Nervioso Central en muy pocos segundos. Un cigarrillo estándar contiene de 0,9 a 2,4 mg de nicotina.

La nicotina se metaboliza principalmente en el hígado y pulmón y se excreta por la orina. En los fetos, la nicotina cruza la barrera placentaria y llega al líquido amniótico, reduciendo la producción de prostaciclina en las arterias umbilicales.

Carcinógenos

Los carcinógenos del humo del tabaco se clasifican en tres categorías: hidrocarburos aromáticos policíclicos, nitrosaminas y aminas aromáticas, siendo los primeros los constituyentes del alquitrán.

Monóxido de carbono

Este gas (CO) se desprende de la combustión del tabaco y del papel. En el cigarro posee un elevado poder tóxico. Su proporción en el humo del tabaco es de 2% en los cigarrillos, del 1% al 3% en la pipa y 6% en el cigarro puro. El CO perjudica la difusión normal de oxígeno a las mitocondrias. Puede causar un trastorno leve en la capacidad de reacción que puede tener consecuencias mientras se conduce un automóvil o se realizan actividades que requieren alta concentración por ejemplo.

Sustancias Irritantes

Aquí se incluyen diversas moléculas capaces de alterar los mecanismos defensivos y de depuración de la mucosa bronquial y de la pared alveolar. Casi todas se encuentran en estado gaseoso y las más activas son el óxido nítrico, el ácido cianhídrico el cual es altamente venenoso, diversas acroleínas, ácido fórmico, fenoles y aldehídos; que en conjunto pueden causar bronquitis crónica y enfisema siendo éstas las complicaciones más frecuentes del consumo de tabaco.

1.3 Efectos provocados por los componentes del tabaco en la salud

Efectos de la nicotina en el Sistema Nervioso Central

La nicotina es estimulante del sistema nervioso central ya que origina un estado de alerta probablemente debido a un aumento de acetilcolina en la corteza cerebral. Mejora los tests motores y sensoriales, facilita la memoria y mejora la atención y el tiempo de reacción. La nicotina inhibe los reflejos medulares. Además, estimula la liberación de hormona antidiurética, retrasando la diuresis acuosa.

Efectos de la nicotina en el aparato Cardiovascular

La nicotina estimula los ganglios del Sistema Nervioso Parasimpático, aumenta la presión arterial, la frecuencia y contractilidad cardiacas y el consumo miocárdico de oxígeno. Produce también vasoconstricción periférica.

Otros efectos

La nicotina incrementa la concentración de ácidos grasos libres en el plasma, descendiendo los niveles plasmáticos de insulina lo que podría agravar una diabetes. Además produce modificaciones en diversos parámetros bioquímicos como la fosfatasa ácida, fosfatasa alcalina, etc. (citado en Ladero, Leza, Lorenzo y Lizasoain, 1998)).

De acuerdo con Becoña (1998), existen una serie de padecimientos asociados directa o indirectamente con el tabaquismo, entre los más importantes destacan:

1) Enfermedades respiratorias

Bronquitis crónica

La bronquitis crónica es un proceso asociado con la exposición prolongada a irritantes bronquiales no especificados y acompañado de hipersecreción mucosa y cambios anatómicos consistentes en hipertrofia de las glándulas mucosas, metaplasma escamosa y signos de inflamación con expectoración y tos.

Enfisema Pulmonar

El enfisema pulmonar es una alteración de la arquitectura pulmonar, con un ensanchamiento anormal de los espacios aéreos distales de los bronquios terminales, acompañado de alteraciones obstructivas de las paredes alveolares.

Los componentes del humo del tabaco actúan sobre las estructuras distales del pulmón, produciendo un daño progresivo que lleva a un aumento anormal y permanente del volumen de los espacios aéreos. Debido a esto el espacio bronquial no se puede ventilar de forma adecuada, por lo que el aire se va acumulando en el interior y se produce el enfisema pulmonar o tórax hinchado. Con el tiempo los sacos alveolares se hacen más grandes, lo que fuerza al organismo a buscar más oxígeno (se esta produciendo una insuficiencia respiratoria), y mientras un no fumador gasta en respirar sólo el 5% de energía, un fumador llega a gastar hasta un 80%.

Cáncer Pulmonar

El cáncer de pulmón, o más propiamente carcinoma bronquial, es una de las primeras causas de muertes en las personas mayores de 45 años y la primera entre las muertes por cáncer. Principales síntomas que se manifiestan son: disnea (fatiga o sensación de falta de aire), tos, dolor torácico y hemoptisis (expectoración con sangre).

2) Enfermedades Cardiovasculares

Cardiopatía isquémica (angina de pecho e infarto de miocardio)

El monóxido de carbono presente en el humo de los cigarrillos impide una correcta oxigenación de los distintos tejidos y órganos corporales. La nicotina, igualmente, produce vasoconstricción. Estos factores pueden llevar a la supresión parcial o total del riesgo en una zona del corazón, produciéndose falta de aporte de oxígeno, lo que lleva a la isquemia. Si ésta es poco intensa aparece la angina de pecho, pero si su intensidad aumenta puede dar lugar al infarto de miocardio.

La angina de pecho (o angor pectoris, de dolor y pecho) es una situación de sufrimiento miocárdico por déficit de oxígeno que se traduce clínicamente por dolor. Es generalmente transitorio. Si se prolonga puede evolucionar hasta un infarto. El infarto agudo de miocardio es la necrosis (destrucción o muerte) de un grupo de células miocárdicas debido a una reducción importante y duradera del aporte sanguíneo al músculo miocárdico, tal

que las células no reciben oxígeno suficiente para mantenerse metabólicamente activas y supone, en un alto porcentaje de casos, la muerte del individuo.

3) Enfermedad de las arterias, arteriolas y capilares

La vasoconstricción que produce la nicotina es causante en algunos casos directamente de las enfermedades de las arterias, arteriolas y capilares. Hay una relación entre la enfermedad vascular periférica y el consumo del tabaco encontrando una incidencia más elevada de muertes por ruptura abdominal en fumadores, que en los no fumadores.

4) Alteraciones en la mujer y el feto

Fumar produce en el embarazo consecuencias apreciables en el feto, como es bien conocido desde hace varias décadas. La consecuencia más común es un menor peso del recién nacido, alrededor de 200 gramos menos, que en los hijos de madres no fumadoras. El tabaquismo materno también origina una mayor tasa de abortos (un riesgo del 10% - 20% superior en las gestantes fumadoras), nacimientos prematuros, muerte perinatal, complicaciones placentarias y mayor índice de enfermedades infantiles.

1.4 Epidemiología y Economía del Tabaco en México

De acuerdo con Lazcano (2002), cuatro millones de muertes innecesarias por año son atribuidas al consumo de tabaco en el mundo, lo que representa actualmente 11 mil muertes cada día. Para el año 2020 se estiman 10 millones de muertes anuales originadas por consumo de tabaco, si se mantiene el mismo patrón de exposición. Asimismo, la proporción atribuible del total de muertes en regiones industrializadas ha llegado a estimarse hasta en 14.5%.

En términos de impacto en mortalidad regional, en Canadá y Estados Unidos de América anualmente se estiman cerca de 604 000 muertes en comparación con las 168 000 del resto de países de América (Lazcano, 2002).

En este contexto, no existe duda de que la epidemia de tabaquismo en el ámbito mundial, particularmente en países de desarrollo, constituye uno de los principales problemas de salud pública y México no es la excepción.

Los resultados obtenidos en la Encuesta Nacional de Adiciones 2002, mostraron que en la distribución de la población urbana de 12 a 65 años por sexo, el 45% correspondió al grupo masculino y 55% al femenino; es decir se entrevistaron 1.3 más mujeres que hombres. En cuanto a la edad, el grupo de jóvenes (12-17 años) conformo el 19% de la muestra y el resto se distribuyó en los grupos de entre 18 a 65 años de edad.

Los datos obtenidos mostraron que en la población urbana el 26.4% de los individuos de 12 a 65 años de edad eran fumadores, lo que representa casi 14 millones de individuos (13'958,232); 18.2% exfumadores (9'618,107) y más de la mitad (55.4%) señalaron no ser fumadores (29'306,164). En cambio, los resultados de la población rural tuvieron un patrón diferente, al ser 14.3% fumadores (2 408,340), 15% exfumadores (2 537,125) y no fumadores el 70.7 %, que representa a 11 934,070 de individuos.

La prevalencia de fumadores en población urbana masculina de 12 a 65 años fue de 39.1%, lo que equivale a más de 9 millones de individuos con

este hábito (9 271,488). Entre las mujeres, la prevalencia fue de 16.1% lo que se traduce en más de 4 millones de fumadoras (4 686,744). Mientras que la prevalencia de varones de la población rural fue del 27.1% (2 083,110), la frecuencia de uso en mujeres fue de tan sólo 3.5% (325,230).

En tanto que la prevalencia de fumadores entre el grupo de adolescentes de zonas urbanas fue de 10.15, lo que equivale a casi un millón de individuos, con una mayor proporción de hombres (15.4%) que de mujeres (4.8%). Es decir, se identifican 3 fumadores varones por cada mujer.

La escolaridad de los jóvenes fumadores de áreas urbanas fue, en casi la mitad de ellos, (40.7%) de nivel secundaria, seguidos del 35.4% con preparatoria y del 23.4% con primaria. En cuanto a la escolaridad de los menores fumadores de las zonas rurales, poco más de la mitad de ellos (55.2%) tienen como máxima escolaridad la primaria, seguidos por el 43.4% que han cursado la secundaria y tan solo 1.4% estudian preparatoria.

Respecto a la edad de inicio en el consumo de tabaco en los jóvenes de población urbana, casi la mitad (47.6%) comenzó a fumar entre los 15 y 17 años, mostrando variabilidad entre sexos (46.1% hombres y 52.3% mujeres). Cabe señalar que mientras uno de cada diez adolescentes varones empezó a fumar antes de los 11 años de edad, ninguna mujer hizo mención de iniciar a edad tan temprana. Asimismo, de aquellos adolescentes entrevistados en áreas rurales, más de la mitad (50.5%) iniciaron a los 15 y 17 años, sin embargo la distribución por sexo fue semejante para este grupo de edad (50.3% varones y 53.5% mujeres) (ENA, 2002).

Por otro lado, el Consejo Nacional contra las Adicciones cuenta con encuestas y estudios en los que informa que cada año en México fallecen 53 mil personas como consecuencia del tabaquismo; es decir, 147 por día y 6 por hora (CONADIC, 2004).

El tabaquismo es causa del 45% de los casos por enfermedad isquémica del corazón (20 mil 523); de 51% de enfermedad cerebrovascular (13 mil 123); de 84% de enfisema y bronquitis (13 mil 385), y de 90% de cáncer de pulmón, bronquios y tráquea.

Se menciona que este hábito reduce de 20 a 25 los años de vida productiva por incapacidad o muerte anticipada; provoca ruptura familiar, afecta el rendimiento académico y causa inasistencia escolar por padecimientos repetitivos de las vías respiratorias.

Se considera que un fumador leve que consume cinco cigarros diarios, tiene 215 veces más contacto directo con sustancias cancerígenas y 20 mil veces más con tóxicos como el amoníaco, que es utilizado como limpiador de baños; el benceno, empleado para la fabricación de DDT, y la acetona que es un poderoso solvente. En un fumador moderado, que consume entre 6 y 15 cigarillos por día, el contacto con cancerígenos aumenta 645 veces y 60 mil con tóxicos; mientras que en un fumador severo que inhala más de una cajetilla diaria, el riesgo se eleva a 80 mil veces más.

Asimismo, se eliminó la publicidad de tabaco en radio y televisión a partir del 1 de enero del 2003, se llevaron a cabo campañas para disminuir el consumo y se incluyó información al respecto en los libros de texto gratuitos.

Todos estos esfuerzos son esenciales para lograr la estabilidad económica y social de México (Notimex, 2003), ya que el gasto para atender las consecuencias de esta adicción alcanzan cerca de los 20 mil millones de pesos al año, lo que equivale a 0.3 por ciento del Producto Interno Bruto.

La importancia de las enfermedades relacionadas con el tabaquismo no está dada solamente por la mortalidad que ocasiona sino además por la incapacidad física o funcional que origina y las repercusiones sociales que tiene, ya que muchos pacientes se vuelven improductivos, con la consecuente carga económica para la familia y para las instituciones de salud.

Debido a que los daños producidos por el tabaco no se manifiestan inmediatamente sino que existe un periodo de latencia que puede ser de muchos años entre el momento que se inicia el hábito de fumar y la aparición de síntomas relacionados con él, hace que las personas que fuman, no tomen conciencia del riesgo al que se están exponiendo si continúan fumando (López y Velázquez, 1991).

1.5 Estadios y Motivos del fumar

De acuerdo con Rusell (1971), quien estudio la dependencia a la nicotina, la iniciación puede ser debido a:

a) Aceptación del grupo social: El grupo constituye un factor de gran importancia, tanto en el desarrollo personal como social del adolescente. Es sabido que, la mayoría de las veces, los primeros contactos con el tabaco se producen a través de compañeros que ya lo consumen y dentro de un contexto de pandilla, el grupo aporta al individuo la posibilidad de realizar actividades nuevas y reconoce los logros que de ellos se derivan. En este ambiente, se llega de un modo u otro, a la primera oferta, la primera invitación al consumo del cigarro.

b) Disponibilidad: A cualquier persona joven le resulta más fácil fumar si tiene acceso a cigarros, por ejemplo, en las familias donde los padres y hermanos mayores fumen se suele dejar los cigarros a disposición del resto de la familia y aún sin la intención de que los menores fumen, éstos pueden encontrar fácilmente los cigarros en casa.

c) Imitación: Los niños y adolescentes obtienen una gran cantidad de información, además de aprender conductas a través de sus padres, quienes sirven como modelos; también aprenden de personas que son significativas en su vida como los amigos, actores, cantantes, maestros, etc.; si estas figuras fuman, es probable que los jóvenes los imiten para tratar de igualarlos y empiecen a fumar.

d) Anticipación a la adultez: El hecho de iniciarse en un hábito como lo es el fumar tabaco, produce en el adolescente una sensación de incorporación al mundo de los adultos. Los medios masivos de comunicación muestran a los individuos que fuman como personas adultas con "personalidad", resaltando la masculinidad y la femineidad de los modelos que utilizan, lo cual provoca en el adolescente un deseo de parecerse a ellos y ser adultos antes de tiempo.

Motivos de Mantenimiento según las categorías de Rusell.,

1) Tabaquismo psicosocial: se utiliza el valor simbólico del fumar para crear una imagen de intelectualidad, precocidad, sensualidad, sofisticación, etc.;

para ganar aceptación a través del incremento de la imagen social. Son fumadores que generalmente lo hacen por la supuesta adquisición de estereotipos y fuman más en compañía de personas y eventos sociales.

- 2) Tabaquismo sensorimotor: el fumar se convierte en un ritual que incluye el goce de numerosas sensaciones y manipulaciones manuales, orales y olfativas; la sensación del cigarro en la boca, el acto de encenderlo, la forma como se agarra, el olor, el sabor, etc.
- 3) Tabaquismo por placer: es la forma más común de fumar y generalmente las personas que se mantienen fumando por este motivo, no fuman mucho, lo hacen cuando toman café, te o alcohol y en situaciones sociales; fuera de estas situaciones casi no tienen necesidad de fumar.
- 4) Tabaquismo tranquilizante o relajante: en este caso se fuma para reducir sentimientos desagradables como la tensión, ansiedad, coraje, vergüenza, etc. La acción aquí es el nivel farmacológico y se refiere a la elevación de los niveles de nicotina en la sangre. El efecto que se obtiene es sedante y la forma en que se fuma es a bocanadas profundas.
- 5) Tabaquismo estimulante: las personas que fuman por esta razón, obtienen una sensación de aumento de energía, fuman para evitar la fatiga y/o el aburrimiento. La forma en que estas personas fuman es a bocanadas cortas y espaciadas. El efecto es el nivelar la nicotina en la sangre.
- 6) Tabaquismo adictivo: el fumador experimenta síntomas de supresión si deja de fumar por más de 20 minutos. Generalmente fuman para evitar el síndrome de abstinencia, corresponde a la descripción de un fumador con una adicción fuerte.
- 7) Tabaquismo automático: las personas fuman sin estar conscientes de ello, esta forma de fumar ocurre sin percatarse de cómo se fuma, o cuantos cigarros se consumen al día. En ocasiones, encienden más de un cigarro a la vez.

Las categorías 1, 2 y 3 pertenecen a un ámbito de tipo psicológico predominantemente, la categoría 4 se encuentra en un punto intermedio, en tanto que las categorías 5, 6 y 7 pertenecen a una esfera predominantemente física (Rusell,1971).

Para Becoña (1998), el proceso de iniciación de la conducta de fumar es conceptualizado en términos de estadios.

En el primer estadio, se interiorizan una serie de conocimientos, creencias y expectativas acerca de fumar cigarrillos, así como de su utilidad (ej., reducción del estrés, madurez, independencia). Ello va generando en el joven la intención de realizar dicha conducta, una creencia en el valor de los cigarrillos y planifica la obtención de los mismos, incrementándose la posibilidad de probar el primero.

El segundo estadio, iniciación, incluye los dos o tres primeros intentos. Estas pruebas, en la mayoría de los casos, se llevan a cabo en presencia de los amigos. Los efectos fisiológicos (ej., vómitos, vértigo) junto con el carácter psicosocial, derivados de estas primeras experiencias con los cigarrillos, determinaran que el individuo pase al siguiente estadio.

El tercer estadio, la experimentación, implica repetir de modo irregular la conducta (ej., los fines de semana) durante un período más o menos largo, dependiendo de múltiples factores. Esto es, la iniciación o probar los dos o tres primeros cigarrillos algunas veces será seguido por una experimentación repetida. Es muy común que los chicos experimenten con los cigarrillos debido

a la curiosidad o presión de los grupos de iguales. Sin embargo, cuanto más tiempo se prolongue el período de experimentación y cuanto más próximo sea el intervalo entre los primeros cigarrillos fumados, más probable es que el individuo llegue a ser un fumador regular.

El cuarto estadio, la habituación (fumar regularmente), si el joven ha probado suficientes cigarrillos es probable que adquiera el hábito de fumar regularmente. El sujeto ha adoptado un patrón regular de consumo en determinadas situaciones, siendo cada vez más el número de las mismas.

El último estadio, es el de la adicción, la nicotina se convierte en una necesidad para el joven, quedando a merced de dicha sustancia. El proceso aditivo en los adolescentes es similar al observado en los adultos en cuanto que implica la tolerancia a la nicotina, la necesidad de incrementar la cantidad fumada y la incapacidad para dejarlo (Becoña, 1998).

Así mismo, este autor considera que existen ocho factores implicados en la adquisición de la conducta de fumar:

1. Predisposición. Si los padres fuman, los hijos con más probabilidad fumarán. También se considera la influencia de los iguales con los que se relacionan cotidianamente. Aquí se incluyen los factores personales, por ejemplo, la inclinación hacia conductas problema, anticipación de la adultez, extroversión y creencias acerca de la relación tabaco-salud/enfermedad. El factor social es también un factor de predisposición, haciendo referencia a la aceptación social del consumo.
2. Características sociodemográficas. Sexo, edad, clase social, ocupación, estudios. En la actualidad fuman más hombres que mujeres, sin embargo, las mujeres entran en el consumo de cigarrillos en la medida en que la sociedad llega a cierto nivel de desarrollo industrial. Por otra parte, las primeras pruebas de los cigarros se producen alrededor de los 12 años. La clase social y los estudios son factores importantes en la adquisición del tabaquismo.
3. Disponibilidad. Es muy fácil encontrar cigarrillos a la venta de manera que tienen mayor disponibilidad que otras drogas ilegales.
4. Costo económico. Fumar es barato e incluso se puede conseguir los cigarrillos sueltos, lo que los hace más accesibles.
5. Publicidad y presión social. Facilitan conocer el producto y crean la conciencia de que fumar es normal.
6. Factores cognitivos y de expectativa. Se refiere a la manera en que procesamos, categorizamos y organizamos la información que recibimos por los sentidos.
7. Carencia de adecuadas estrategias de afrontamiento ante el aburrimiento y control del peso corporal. Las personas buscan eliminar el aburrimiento y lo logran de manera momentánea fumando. Además, fumar resulta una estrategia sencilla, barata, cómoda y eficaz para controlar el peso.
8. Efectos fisiológicos y psicológicos de los primeros cigarrillos. Aquí se incluyen los efectos psicofarmacológicos de la nicotina y los factores de reforzamiento.

1.6 Modelos de la conducta de fumar

Existen varios modelos que intentan dar una explicación acerca de la forma en que los individuos llegan a ser consumidores habituales de tabaco fumado:

Modelos farmacológicos o de adicción nicotínica

Se han propuesto tres modelos para explicar el papel de la nicotina en el mantenimiento del tabaquismo: modelo del efecto fijo, modelo de regulación de la nicotina y modelo de regulación múltiple propuesto por Leventhal y Cleary (citados en Roales, 1994).

Modelo del efecto fijo

Supone que el comportamiento de fumar se mantiene debido a que la nicotina estimula centros neuronales inductores de reforzamiento. La nicotina actúa alterando el nivel de catecolaminas, reduciendo los potenciales evocados producidos por la estimulación externa, incrementando el ritmo cardíaco y produciendo relajación muscular.

Modelo de regulación nicotínica

De acuerdo con este modelo, el fumar sirve para regular el nivel de nicotina en el organismo, de tal manera que los descensos del nivel de nicotina en la sangre motivan al fumador para consumir cigarrillos. Es decir, cada fumador tiene un nivel determinado de nicotina en la sangre y cuando éste nivel baja, se hace necesario ingerir una cantidad suficiente de la misma para recuperar el equilibrio.

Modelo de regulación múltiple

Modelo propuesto por Leventhal y Cleary (citados en Roales, 1994), establece que el fumador busca regular sus estados emocionales, y que los niveles de nicotina están siendo regulados debido a que ciertos estados emocionales han llegado a condicionarse a ellos en diversos contextos. Este modelo combina variables emocionales y fisiológicas para explicar el mantenimiento del tabaquismo. Aquí se proponen dos fuentes de control para los deseos de fumar: una proveniente de la nicotina y la otra de las estimulaciones externas que provocan de manera condicionada estados afectivos negativos.

Modelo conductual del tabaquismo

Establece que el reforzamiento social a menudo representado por presión de los compañeros, es el principal responsable de la adquisición del hábito de fumar. En un inicio, el fumar suele ser una experiencia aversiva que con la práctica y la puesta en marcha del mecanismo de habituación (tolerancia) llegará a convertirse en una experiencia reforzante (ya sea positiva o negativa), de manera que será mantenida por sus propias consecuencias y llegará a generalizarse en diversos contextos. Pomerleau (citado en Roales, 1994) afirma “en virtud de su asociación con fumar, algunas situaciones (por ejemplo un paquete de cigarrillo vacío, una llamada telefónica, estar ante la barra de un bar o frente a la televisión) pueden servir como estímulos condicionados que provocan respuestas encubiertas que incrementan la probabilidad de fumar (generan cambios fisiológicos como incomodidad, malestar, inquietud o nerviosismo, que son interpretados como deseos o ansias por fumar” y agrega “los estímulos derivados de las actuaciones preparatorias del acto de fumar (por ejemplo, la visión de un cigarrillo) pueden cumplir la función de reforzar secundaria o condicionadamente a los comportamientos que les preceden (por ejemplo, tomar el paquete de cigarrillos) y ser, a la vez, estímulos discriminativos para la conductas que le siguen (por ejemplo, encender el cigarrillo), formando así una compleja cadena de comportamientos (ritual de fumar)”.

El consumo del tabaco conlleva a consecuencias de tipo médico y/o social. Esto ha llevado a poner énfasis en la prevención como un esfuerzo en la lucha contra el tabaquismo.

1.7 Niveles y programas de prevención

Solís, Gómez y Ponce (2003) concibe la prevención como un proceso orientado a evitar, retardar, erradicar o disminuir la aparición de un problema y los daños asociados.

1.7.1 Niveles de prevención

De acuerdo con las posibilidades de intervención que se pueden llevar a cabo en un padecimiento, existen tres niveles de prevención (Casillas, 1981):

Solís, Gómez y Ponce (2003), al igual que Gordon (1983), clasifican la prevención en tres dimensiones; universal, selectiva e indicada y estratifican las acciones dirigidas a poblaciones de acuerdo a su nivel de riesgo y sus características específicas.

La prevención universal, selectiva e indicada, tiende a disminuir la vulnerabilidad de los individuos ante el riesgo a través del fortalecimiento de los factores de protección entendidos como las habilidades que ayudan a reducir o mitigar los efectos del riesgo, en especial con relación al individuo, al grupo de pares, al ambiente familiar y social.

La prevención universal esta dirigida a la población en general y se lleva a cabo mediante la promoción en la salud para crear conocimiento y orientar sobre la problemática del consumo de sustancias y para las formas de prevención. Para lo anterior se realiza:

1. La sensibilización a la población para incrementar la percepción de riesgo del uso del tabaco, alcohol y otras drogas.
2. La información oportuna para acceder a los servicios de tratamiento de adicciones.
3. La invitación para participar en acciones de promoción de la salud y en redes preventivas.
4. El énfasis en el conocimiento y fortalecimiento de factores de protección.

De acuerdo con Gordon (1983), es una medida que es deseable que sea para todos, en esta categoría caen todas las medidas que pueden ser dirigidas al público en general y las cuales en muchos casos pueden ser aplicadas sin asistencia profesional.

La prevención selectiva se enfoca a desarrollar intervenciones para grupos de riesgo específicos, por ejemplo, hijos de alcohólicos, reclusos, menores infractores, víctimas de violencia doméstica y abuso sexual, niños con problemas de aprendizaje y conducta, etc. Estos grupos se asocian al consumo de drogas ya que se han identificado factores biológicos, psicológicos y ambientales que sustentan la vulnerabilidad. Así mismo, la atención a grupos específicos de niños en situación de calle, indígenas y adultos mayores, a través de:

1. El diseño de metodologías de captación y atención a grupos vulnerables que se identifiquen como prioritarios para recibir los servicios preventivos institucionales, así como detectar casos y derivarlos a tratamiento.

2. La capacitación en materia de adicciones al personal que labora directamente con grupos extremadamente vulnerables como indígenas o adultos mayores.

De acuerdo con Gordon (1983), en la prevención selectiva hay un balance de los beneficios contra los riesgos y costos; es tal que el procedimiento puede ser recomendable solo cuando el individuo es miembro de un subgrupo de una población diferenciada por edad, sexo, ocupación u otras características obvias en las cuales el riesgo de llegar a la enfermedad está por encima del promedio.

Una tercera clase de medidas preventivas, para las cuales Gordon, (1983) propone el término "*indicadas*" engloba aquellas que son prudentes solo para personas que bajo examinación, se encontró que manifiestan un factor de riesgo que requiere la intervención preventiva. La mayoría de estas acciones han sido llamadas "secundarias" en el esquema clásico.

Así mismo la prevención indicada se dirige a grupos de población con sospecha de consumo y usuarios experimentales o de quienes presentan factores de alto riesgo que incrementan la posibilidad de desarrollar la adicción, lo cual se logra diseñando metodologías de intervención breves del tipo de consejería y de orientación para modificar el curso del consumo hacia la adicción (Solís, Gómez y Ponce, 2003).

En resumen, se propone definir la prevención como un conjunto de medidas adoptadas por o practicadas en personas que no están sintiendo actualmente los efectos de la enfermedad, intentando reducir el riesgo de que una enfermedad los afecte en el futuro.

1.7.2 Programas de Prevención

De acuerdo con Mozas (1998), las actividades de prevención pueden ser amplios esfuerzos dirigidos a la población en general, campañas de información y educación enfocadas a la comunidad y programas escolares dirigidos a la juventud o a los estudiantes. Y los principales componentes que abarca la prevención son:

- Creación de conciencia e informar y educar acerca de las drogas y los efectos adversos de su uso y abuso en la salud y a nivel social.
- Posibilitar a los individuos y grupos la adquisición de habilidades personales y sociales para desarrollar actitudes antidrogas y de esta manera evitar la conducta de uso de drogas.
- Promover ambientes de protección y alternativas más saludables, conductas y estilos de vida más productivos y satisfactorios, libres del uso de drogas.

De acuerdo con Medina-Mora (1993), es imprescindible incluir siempre en los programas de prevención al tabaco y al alcohol, ya que son las drogas más frecuentes, las que se asocian con más problemas y las que tienen un inicio más temprano. Si bien la mayoría de los jóvenes que experimenta con ellas o se vuelve usuario frecuente no usa otras drogas, si constituyen drogas de entrada. La prevención tiene sus riesgos, ya que programas mal enfocados lejos de prevenir, promueven el uso. Por otra parte, dada la limitación de recursos, es importante contemplar aspectos de costo-beneficio.

Los programas deben elaborarse tomando en cuenta el riesgo individual y del medio ambiente. Así, un menor con alto riesgo individual que habita en un medio de bajo riesgo para el consumo, requerirá un programa diferente que aquél con el mismo riesgo que habita en un medio con altas tasa de consumo. Los padres, educadores y

líderes de las comunidades juegan importantes roles en la reducción de la demanda. Para ser participantes efectivos en la prevención primaria deben saber:

1. Qué es prevención.
2. Qué se ha hecho al respecto en el pasado.
3. En qué momento se puede aplicar la prevención.
4. Que tienen en común las estrategias de prevención exitosas.
5. Cuáles estrategias son aplicables a sus escuelas y comunidad en general.

Los programas de prevención exitosos en una comunidad deben ser estructurados de tal manera que contribuyan a reducir los factores de riesgo y a incrementar los factores de protección.

CAPITULO II. ADOLESCENCIA

2.1 Definición de adolescencia

“La palabra ‘adolescencia’ proviene del verbo latino ‘adolescere’, que significa ‘crecer’ o ‘crecer hacia la madurez’” (Hurlock, 1980 pp.9).

Delval (1994), considera que durante la adolescencia se inicia la inserción en el grupo de adultos. El sujeto tiene que realizar una serie de ajustes según las características de la sociedad y las facilidades o dificultades que proporciona para esa integración. De ello depende que atravesar por esta etapa de la vida sea más o menos difícil y se realice de una forma traumática o sin muchas dificultades.

Por otra parte Gallagher y Harris (1966 pp. 171) afirman que la visión del comportamiento del adolescente debe basarse en el conocimiento de la adolescencia y sus características. Sin embargo, “.....el conocimiento sin sentimiento puede resultar inútil.” Como siente uno hacia el niño puede ser un factor más decisivo que necesitamos saber más acerca de él. “Todos necesitamos saber más acerca de los adolescentes. Son después de todo, los adultos del mañana, los herederos de nuestra civilización.”

2.2 Desarrollo del adolescente

El inicio de la adolescencia se caracteriza por modificaciones físicas que constituyen lo que se denomina pubertad, se observan cambios como el tamaño y la forma del cuerpo, el desarrollo de los órganos reproductivos, entre otros. Independientemente a que edad dan comienzo los cambios o se terminan, el proceso de crecimiento físico que se da en esta etapa, presenta el mismo perfil en los distintos individuos. El desarrollo entre hombres y mujeres, hasta entonces parecido, se puede diferenciar con claridad.

Es preciso definir y hacer una distinción entre dos términos que tienen un significado y un alcance distinto: pubertad y adolescencia. Palacios (1995), indica que la pubertad abarca al conjunto de cambios físicos que a lo largo de la segunda década de la vida transforman el cuerpo infantil en un cuerpo adulto con capacidad para la reproducción. Mientras que la adolescencia, es un período psicosociológico que se prolonga varios años y se caracteriza por la transición entre la infancia y la adultez.

Rappoport (1986), menciona cinco áreas de la conducta adolescente, e indica que para comprender el significado psicológico de estas áreas es necesario analizar el impacto que provocan en el adolescente. Estas áreas son:

- a) Los cambios fisiológicos. Durante la pubertad hay cambios en la imagen corporal que ocasionan modificaciones en el concepto de sí mismo. Los adolescentes que pasan rápidamente por los cambios de la pubertad suelen conservar una imagen corporal positiva, lo que favorece una mayor confianza en sí mismos.
- b) Las relaciones familiares. Es inevitable el surgimiento de conflictos de mayor o menor grado, entre los adolescentes y sus padres, más los resultados de éstos son variados, de tal manera que, cuando no encuentran una vía

satisfactoria hacia la autonomía, es probable que su impulso hacia esta encuentre una salida explosiva o se deteriore progresivamente, lo que origina posponer o impedir por completo el establecimiento de un concepto de sí mismo que sea suficientemente fuerte como para permitir la plena realización de sus potencialidades. Se producen efectos positivos cuando el adolescente alcanza un grado suficiente de éxito en las luchas que debe sostener con sus padres y logra así separarse de ellos.

- c) Las relaciones con los pares del mismo sexo y del sexo opuesto, la divide en tres tipos:
 - 1) La popularidad o aceptación en los grupos de pares del propio sexo, permite aumentar la autoestima.
 - 2) Las relaciones personales con amigos del mismo sexo, ayudan a explorar nuevas áreas de sí mismo.
 - 3) Las relaciones personales en el proceso de desarrollo con los pares del sexo opuesto, estas actividades proporcionan un medio de aprender nuevos roles sociales y el progreso hacia relaciones heterosexuales más serias.
- d) El crecimiento cognitivo o intelectual. La mayoría de las diferencias en cuanto a la habilidad y aptitud entre sexos se manifiesta durante la adolescencia. Estas diferencias se originan en las presiones culturales que influyen directamente en la adopción de roles sexuales estereotipados, se advierte con esto, que el rol sexual y el desarrollo intelectual puede estar en íntima relación mutua, en la que el primer factor ejerce una importante influencia sobre el segundo.
- e) La identidad personal. A la identidad puede comprenderse, por una parte, como el resultado de experiencias que influyen sobre diferentes facetas del sí mismo, y por la otra, como una fuerza integradora que unifica esas facetas para constituir con ellas una totalidad unitaria. En cualquier caso, hacia el fin de la adolescencia comienza, aparentemente, a desarrollarse un sentido continuo de la identidad, que sirve de allí en adelante como un núcleo esencial y directivo de la personalidad. Este acontecer le permite comenzar a resolver conflictos y las confusiones que son características del desarrollo de la personalidad de este período.

De esta manera Rappoport (1986), identifica lo que el adolescente enfrenta al inicio de la adolescencia dos aspectos críticos: la pubertad y un estatus social inferior, esto porque no cuenta con los privilegios de los niños pero tampoco con el de los adultos, por lo que presentan problemas emocionales y sociales durante la mayor parte de la etapa en esta etapa de su vida. Cuando se considera este período desde el punto de vista del individuo, puede definírsele según los cinco problemas genéricos que enfrenta. Y cuando se lo considera como una situación general cabe definirlo de acuerdo con los factores estatus social y crecimiento físico.

Estos aspectos influyen entonces, sobre la reestructuración de la imagen corporal, la reestructuración de las relaciones de los progenitores, la elaboración de relaciones nuevas y más intensas con el grupo de pares, la capacidad intelectual y la adquisición de la propia identidad. Los primeros cuatro problemas se relacionan con el concepto que el adolescente tiene de sí mismo y suelen ser inevitables a las condiciones de la adolescencia. Para dicho autor la identidad es el resultado de múltiples fuerzas que va a servir a su vez como una fuerza integradora y orientadora del desarrollo de la personalidad.

Podemos destacar entonces que durante la adolescencia se presentan diversos cambios, no solo a nivel físico y emocional, sino también en las

diferentes capacidades que se van adquiriendo gradualmente. El ambiente, la familia, los adultos y el grupo de pares, son los que van a determinar atravesar esta etapa con o sin muchos conflictos. Así la adolescencia se caracteriza principalmente por la búsqueda de la propia autonomía, la búsqueda de la propia identidad de sí mismo, que lleva a la adquisición de una identidad propia y una completa identidad sexual. Al mismo tiempo se produce el distanciamiento gradual con los padres.

2.3 Los adolescentes y su familia

Es aquí donde se destacan las herramientas que han sido proporcionadas por la familia para enfrentar con éxito estos cambios y lograr con ello una transición positiva y adecuada de la adolescencia a la edad adulta.

Dulanto (2000), indica que familia es un grupo humano unido por lazos de consanguinidad o sin ellos, que reunido en lo que se considera hogar, se intercambia afecto, valores y se otorga mutua protección.

Para Ackerman (citado en Dulanto, 2000) la familia se puede considerar como una especie de unidad de intercambio. Los valores que se intercambian son el amor y los bienes materiales. Estos valores influyen en todas direcciones dentro de la esfera familiar.

Dulanto (2000), nos indica que en cualquier estudio de la familia queda claro que: la familia es el centro primario de la socialización infantil y juvenil. Del modelo intrafamiliar puesto en acción por medio del ejemplo de vida, los consejos y la educación verbal realizados mediante la interacción entre padres e hijos, así como las formas de relación social establecidas por el núcleo familiar con otros grupos dependerá gran parte del éxito de la misión socializadora de la familia. También menciona que el corto tiempo en que se vive la adolescencia se tiene que vivir una experiencia existencial única e intransferible: el madurar emocionalmente al cumplir entre muchas, las siguientes tareas para poder integrarse a la vida social como persona adulta contribuyente en la comunidad:

- 1) Aceptar el papel psicológico y sexual.
- 2) Establecer un nuevo tipo de relación frente a los padres.
- 3) Adquirir autonomía (independencia emocional y económica).
- 4) Descubrir la vocación, desarrollar capacidades intelectuales y conceptos nuevos para la competencia social y adecuada.
- 5) Adquirir pautas de conducta responsable.
- 6) Preparar la vocación para el matrimonio y la dirección de la familia.
- 7) Construir valores propios armónicos con el medio donde vive.

El sello característico de la maduración psicológica en la adolescencia consiste en que la persona joven se vuelve cada vez más segura de sí misma y asume una creciente responsabilidad hacia su propia conducta. Como parte del logro de su autonomía, los adolescentes empiezan a separarse de sus padres pasando menos tiempo con ellos y adoptando un rol más activo en las decisiones que les conciernen.

El progreso de los adolescentes hacia la autonomía implica tanto permanecer en contacto con los padres como separarse de ellos. Mientras aprenden a pensar por sí mismos, los adolescentes normalmente siguen participando como miembros de la familia y colaborando con sus padres en la

resolución de los problemas que les afectan. Así ser un individuo autónomo y estar en una relación interdependiente con los padres son dos rasgos complementarios del crecimiento normal en la familia durante la adolescencia.

2.4 Los adolescentes y sus amigos

La adolescencia es una época de expansión rápida de los horizontes sociales. A medida que los jóvenes abandonan la infancia y se hacen mayores, la mayor independencia de su familia va acompañada de un cambio en el que las actividades dejan de estar centradas en casa para desplazarse al grupo de compañeros y a la comunidad.

Las amistades son relaciones especiales entre dos personas que cuidan una de otra y comparten partes importantes de su vida. Hay que distinguir las amistades de las relaciones amistosas, y a los amigos de los conocidos. La mayoría de las personas tienen muchos conocidos y pasan tiempo con grupos de compañeros que se comportan amistosamente entre sí. Sin embargo, una amistad individual implica un vínculo de dos personas basados en intereses comunes y en el afecto recíproco.

En comparación con los conocidos, los amigos son más afectuosos unos con otros, se implican más entre sí, y se preocupan más cada uno del bienestar del otro. A diferencia de lo que ocurre con los conocidos, se puede contar con que los amigos darán la cara por uno cuando la ayuda sea necesaria, aunque tenga que hacer algún sacrificio para ello.

Youniss y Smollar (1985), hallaron en estudios que incluían conversaciones con más de 1000 chicos y chicas de 12 a 19 años sobre sus relaciones con los padres y compañeros, encontraron numerosas pruebas de lo importantes que son las amistades en la vida y el desarrollo social de los jóvenes. Estos investigadores observaron que es con sus amigos íntimos con quienes los adolescentes participan normalmente en actividades divertidas lejos de casa en las que los padres no están implicados y que hablan temas como los estudios, la amistad, los novios, el sexo o sus planes para el presente y el futuro, con otras personas distintas de sus padres, éstos son los amigos íntimos.

En otro trabajo, con una muestra de 576 estudiantes de 11 a 18 años, Lempers y Clark - Lempers (1993), observaron que, en todos los niveles académicos, las chicas tendían más que los chicos a evaluar a sus amistades como admiradas, con compañerismo, fiables y satisfactorias, al tiempo que atribuían más afecto, amabilidad, intimidad y apoyo a las relaciones con sus amigos íntimos. Lo mismo ocurría con respecto a las diferencias de género; cuando Raja, Mc Gee y Stanton (1992) preguntaron a 456 chicas y 479 chicos de 15 años de edad sobre su grado de vinculación con sus compañeros, las chicas informaban con más frecuencia que los chicos, la comunicación, la confianza y la intimidad con sus amigas.

Junto a la formación de amistades cada vez más profundas, los adolescentes están cada vez más interesados en pertenecer a algún grupo de compañeros de su misma edad con los que comparten intereses y actitudes comunes. El atractivo de pertenecer a un grupo deriva del nivel transicional evolutivo con el que los niños llegan a la pubertad y del deseo de separarse de sus padres.

Los jóvenes tienden a elegir a sus amigos basados en actividades e intereses comunes, relación igualitaria, lealtad y compromiso. De hecho la deslealtad es una de las principales razones que citan para terminar una amistad (Craig, 1997).

Cuando sus amistades se vuelven más íntimas, los adolescentes tienden a dirigirse a sus amigos cercanos en busca de consejos sobre numerosos asuntos. No obstante, siguen pidiendo asesoría de los padres en cuestiones de educación, dinero y planes vocacionales. Hay dos formas básicas de grupos de compañeros. Por su tamaño; los más grandes, de entre 15 y 30 miembros, son llamadas bandas; los pequeños, que pueden tener tan pocos como tres miembros, se denominan camarillas (Sebald, citado en Craig, 1997).

De acuerdo con Brown, Lohr, Durphy (citados en Craig, 1997 pp.449), la banda promedio consta de varias camarillas, los que dado su número son muy unidas. "Los miembros comparten intereses similares, características, pasatiempos, etc. Por ejemplo, los populares, los inteligentes, los deportistas". Al comienzo de la adolescencia, las camarillas tienden a ser sólo de hombres o de mujeres; más tarde también se forman con miembros de los dos sexos, cambio que coincide con el inicio de las citas.

Según Durphy (citado en Craig, 1997), los pequeños camarillas del mismo sexo se fundan o se relacionan con otros grupos similares, se amplían para incluir a miembros del sexo opuesto y al final resurgen como grupos que constan tanto de hombres como de mujeres.

Durante la adolescencia, suelen darse diversas situaciones en las que los jóvenes tienden a involucrarse con sus compañeros, ejemplo de ellos sería el conformismo, el cual consiste en que una persona hace lo que hacen los demás, o lo que cree que quieren o esperan que haga, a fin de causar una impresión favorable. Los adolescentes son más susceptibles que las personas de otras edades de preocuparse durante un tiempo por ajustarse a los valores y prácticas de su grupo de compañeros.

En general, estudios de conducta conformista corroboran la previsión de los jóvenes, en la adolescencia temprana y media, se ven influidos más fácilmente por actitudes de su grupo de compañeros que los preadolescentes o los adolescentes tardíos. Sin embargo, esta tendencia ligada a la edad no es uniforme en los distintos tipos de presión de los compañeros. En la adolescencia tardía, las presiones para socializarse con miembros del grupo y ajustarse a las normas del mismo por lo general se debilitan, mientras que el apremio de los compañeros para participar en actividades académicas y a evitar implicarse en malas conductas es probable que se incrementen durante los años de secundaria (Clasen y Brown, 1985).

2.5 El adolescente y las drogas

El uso y abuso de las drogas representa un problema grave, capaz de producir importantes alteraciones de la salud y problemas sociales. El fenómeno de las drogas se presenta con unas características que lo hacen muy preocupante: el tipo de sustancias consumidas, la frecuencia de su uso, el aumento del número de consumidores junto al descenso en la edad de iniciación, acentúan la necesidad de estrategias de tratamiento adecuadas.

Kandel (citado en Kimmel, 1998) identificó una secuencia de cuatro fases en el consumo de drogas entre los jóvenes: 1) beber cerveza y vino; 2) tomar bebidas alcohólicas fuertes; 3) fumar marihuana y 4) consumir otras sustancias, como estimulantes, sedantes, alucinógenos, cocaína y heroína. Sus hallazgos indican que, con pocas excepciones, sólo los jóvenes que han consumido drogas en una fase, se vuelven consumidores en la fase siguiente.

Así, casi todos los adolescentes que toman bebidas alcohólicas fuertes han bebido antes cerveza; casi todos los que fuman marihuana han tomado antes bebidas alcohólicas fuertes y casi todos los que se habitúan a las drogas duras han consumido antes la marihuana.

En el trabajo original de Kandel y Fausto (1975), por ejemplo, en un estudio de seguimiento en estudiantes de bachillerato reveló que el 27% de los que fumaban o bebían probaron posteriormente la marihuana, mientras que sólo el 2% de los que no fumaban ni bebían, la probaron.

De modo similar, el 26% de los consumidores de marihuana de la muestra había empezado a probar estimulantes, alucinógenos o heroína, pero solo habían hecho lo propio el 1% de los que nunca habían fumado marihuana.

De acuerdo con Kimmel (1998) los patrones de consumo de drogas pueden categorizarse desde un punto de vista práctico como: experimentales, sociales, adictivos y de prescripción médica.

- Consumo Experimental de Drogas

Los jóvenes que manifiestan consumo experimental de drogas, prueban drogas blandas quizás por curiosidad o para tener una nueva experiencia y después dejan de tomarlas.

- Consumo Social de Drogas

Los jóvenes toman drogas como forma de participar en una actividad grupal con sus compañeros. Aunque a veces los adolescentes pueden juntarse ante todo para compartir una experiencia con drogas, el consumo de éstas se limita en gran parte a fiestas, bailes y otras ocasiones especiales.

- Consumo Adictivo de Drogas

Todas las drogas pueden generar hábito si la persona acaba dependiendo de sus efectos para sentirse bien física y mentalmente; la característica definitoria de los consumidores adictivos de drogas es que sufren malestar físico o psicológico (síndrome de abstinencia) cuando no tienen una droga a su alcance (Kimmel, 1998).

- Consumo de Prescripción Médica

Consiste en tomar drogas para aliviar la ansiedad o la tensión o para disfrutar de la experiencia por sí misma. Dado el propósito al que sirve, el consumo medicinal de drogas tiene más probabilidades que el consumo social de drogas de convertirse en un método regular o acostumbrado de enfrentarse a los problemas de la vida cotidiana o de escapar de ellos. En un estudio realizado por Novacek (1991), los estudiantes que referían un consumo regular de alcohol y drogas decían que lo hacían sobre todo para mitigar el nerviosismo y la depresión, escapar de los problemas, relajarse o disfrutar de sus efectos y casi nunca por razones de dependencia.

Como consecuencia de ello, de los cuatro tipos citados, los consumidores adictivos son los que tienen más probabilidades de consumir drogas con regularidad y frecuencia. Las diferencias entre estas cuatro categorías nos ayuda a distinguir entre consumo y abuso de drogas.

Desde un punto de vista psicológico; el consumo de drogas no es en sí mismo un abuso, por lo que se sabe, las personas pueden tomar cantidades pequeñas de drogas blandas (alcohol y marihuana) de vez en cuando sin que esto les cause daño, según Donovan y Kivlanhan; Newcomb y Bentler, (citados en Kimmel, 1998).

Existen pruebas abundantes de que el abuso de drogas en los jóvenes tiene importantes repercusiones negativas para el futuro. Algunos estudios longitudinales indican que el consumo de drogas en los adultos es en gran parte continuación del consumo en la adolescencia y predecible desde ésta. Entre los adultos con trastornos por abuso de sustancias se observa que el 50% se ha vuelto drogodependiente hacia los 21 años en el caso del alcohol y hacia los 18 años en el caso de otras sustancias adictivas (Burke, Regier y Rae, 1990).

Además cuando empiezan los adolescentes a consumir drogas y más intensamente se implican en ellas, más probablemente es que consuman o abusen de las drogas en la edad adulta.

2.5.1 Factores asociados al consumo de drogas

Numerosos estudios han generado información consistente aunque no especialmente sorprendente sobre las características personales asociadas con el consumo de drogas en los adolescentes. Entre ellas incluyen un grado elevado de disposición a tener nuevas experiencias, de tolerancia a las conductas no normativas, de búsqueda de sensaciones, de impulsividad y de rebeldía.

Por ello, cuanto más impulsivos, poco convencionales sean los adolescentes, más probable será el consumo de drogas y que progresen hasta fases más graves de dicho consumo. A la inversa, es relativamente poco probable que los adolescentes prudentes, dependientes, conformistas, socialmente inhibidos, interesados en el rendimiento académico y religión, prueben las drogas o las consuman con frecuencia (Kimmel, 1998).

De acuerdo con este autor, los padres suelen influir en la conducta del consumo de drogas de sus hijos mediante el ejemplo que ellos dan con su propia conducta y la atmósfera que crean en el hogar. Los padres que no consumen, tienen hijos que no consumen, mientras que, cuanto más abundante consuman los padres alguna droga concreta, más probable será que sus hijos consuman o abusen de la misma droga.

Con respecto al ambiente del hogar, los padres preocupados por sus propios asuntos, que no muestran interés por sus hijos y que se inclinan hacia los tipos de disciplina autoritarios o permisiva, es bastante probable que tengan hijos adolescentes que consuman droga. Por el contrario, los padres que apoyan y se comunican activamente con sus hijos, establecen y refuerzan límites con autoridad y dirigen la vida familiar con el mínimo de estrés y conflictos, no suelen tener hijos que se conviertan en consumidores de drogas (Baumrind, 1991).

De modo similar, los adolescentes que no han consumido drogas afirman, por lo general, estar más estrechamente vinculados con sus familiares que los que han probado las drogas. Por otra parte, la descripción de sus familias como desorganizadas es más habitual entre los consumidores que entre los no consumidores, y entre los adolescentes mayores se ha observado una relación entre lo distantes que se hallan los jóvenes de su familia y la frecuencia con que toman bebidas alcohólicas (Martín y Pritchard, 1991; Protinsky y Shilts, 1990).

2.5.2 El adolescente y el consumo del tabaco

Investigaciones de Dupont, Farrel, Esbensen y Delbert (citados en Gutiérrez, Unikel, Villatoro y Ortíz, 1996), han evidenciado que entre la población joven, el uso frecuente de alcohol, tabaco y marihuana, se encuentran significativamente asociados al inicio y práctica continuada de otras sustancias ilícitas de mayor peligrosidad.

Esbensen y Delbert (1994) al respecto señalan que el uso crónico de drogas corresponde a una escala ascendente que se inicia con el uso frecuente de drogas legales como el alcohol y el tabaco, después con el uso de drogas suaves (marihuana), hasta terminar con drogas duras (cocaína, heroína y alucinógenos).

La adolescencia es un periodo de transición. En esta etapa, los jóvenes reducen su dependencia hacia la familia y la transfieren a chicos de su misma edad. Se crea entonces la dependencia a grupos de jóvenes similares a ellos, lo que les permite experimentar con diversas conductas sociales, a través de las que expresan su independencia con respecto a sus padres.

De acuerdo con Ortíz, (1988), se puede decir que en nuestro país, muchos jóvenes como parte de los rituales del inicio de la adolescencia, experimentan con la marihuana con la misma naturalidad que lo hacen con el alcohol y el tabaco, sin embargo, el uso de esta droga va acompañado de un determinado estilo de vida y una serie de condiciones medioambientales que con mucha frecuencia llevan al adolescente al involucramiento de la llamada "subcultura de la droga" y ésta, según Castro, García, Rojas y de la Serna (1988), es la que produce consecuencias adversas con un costo social considerable.

De acuerdo con Kimmel (1998), es en la adolescencia cuando convergen factores que los pueden inducir, más que en otras etapas de la vida, a adquirir el hábito de fumar. Así por ejemplo, indican los siguientes factores:

1. La Curiosidad: Muchos adolescentes e incluso niños, prueban el cigarrillo con el deseo de averiguar a qué sabe y qué sienten sus padres y otros mayores cuando fuman. Y a pesar de que la mayoría de las veces el cigarro les provoca malestar físico, continúan fumando, no por el sabor, sino para obtener gratificaciones de orden psicológico y social.
2. La Aceptación: Cuando un adolescente se desenvuelve en un grupo donde la mayoría de los muchachos fuma, existe mayor probabilidad de que empiece a fumar para sentirse integrado al grupo y aceptado por sus compañeros.
3. Deseo de ser adulto: Al fumar, los jóvenes tienen la sensación de haber arribado al mundo de los adultos. Es natural que los adolescentes deseen ser "gente grande", pero ese deseo es aprovechado por la publicidad que presenta al fumador como una persona madura, audaz, atractiva para el sexo opuesto, adinerada y en general, afortunada y

envidiable. Resulta lógico que los adolescentes, ante esta fantástica imagen, deseen identificarse con ella. Y lo hacen a través del cigarro.

4. Rebeldía: Muchos jóvenes, hombres y mujeres emplean el cigarro para demostrar su inconformidad frente a la sociedad.

5. Imitación: Una de las razones más determinantes del nuevo hábito tabaquico de los jóvenes es el mecanismo de imitación. Padres, tíos, hermanos y otros parientes mayores, así como maestros y amigos de la familia, son el ejemplo a seguir por los adolescentes. En consecuencia, si estos "modelos" fuman, será más probable que los muchachos también lo hagan.

El factor más destacado es la curiosidad, según Forres y Lawton; (citados en Kimmel, 1998). El adolescente se siente intrigado al contemplar como fuman los mayores, familia, amigos y figuras públicas y siente la curiosidad de saber que pasa; así empieza a fumar unos cuantos cigarrillos y decide seguir haciéndolo o dejarlo. Puede justificar su decisión de continuar fumando diciendo que le gusta el sabor y el olor de los cigarros, que es una experiencia placentera cuando se esta con otros, que relaja o que mantiene ocupadas las manos.

Los muchachos tienden a opinar que los demás esperan de ellos que sean masculinos, por lo que se inclinan a fumar para amoldarse a esa manera de pensar McKennell y Bynner (citados en Kimmel, 1998).

2.5.3 Adolescencia, escolaridad y consumo de tabaco

El hombre, en general, tiene una gran capacidad para aprender a cambiar, es decir, para adaptarse a nuevas situaciones. El niño pequeño está abierto al aprendizaje en todas sus formas, el desarrollo de hábitos, la forma de percibir el mundo que le rodea y la absorción de una gran cantidad de conocimientos nuevos.

De este modo, el nivel de información de que se disponga sobre las características de las sustancias y los efectos de su consumo sobre la persona, pueden romper la inconsistencia de las actitudes de los jóvenes, pues estas creencias, que pueden estar presentes en mayor o menor grado en mucho jóvenes, ponen al descubierto, por ejemplo, el desconocimiento del proceso de habituación al consumo de drogas.

La escuela tiene un papel decisivo en la prevención, mediante la promoción del crecimiento, el desarrollo, la maduración y la socialización de los jóvenes, además de la detección temprana y el manejo de problemas emocionales.

García - Rodríguez (citado en Macia, 2000), señala algunas de las ventajas que ofrece el ámbito escolar para la puesta en marcha de programas de prevención:

1. En el marco escolar se cuenta, al menos teóricamente, con la totalidad de los niños/jóvenes, al existir un sistema de enseñanza obligatoria.
2. Las edades de iniciación en el consumo descritas por los estudios epidemiológicos (alrededor de los 12 años), se encuentran dentro del rango de edad escolar obligatoria en nuestro sistema de enseñanza.

3. La escuela es el marco idóneo de formación y educación, y la prevención de drogas es susceptible de integrarse en el proceso educativo.
4. La institución escolar cuenta con la infraestructura adecuada para la educación en cualquiera de sus facetas.
5. Los niños han aprendido que la asistencia a la escuela es necesaria para su formación y educación, hecho que optimiza la realización de cualquier programa preventivo.
6. El personal encargado de las tareas educativas es susceptible de ser formado en las materias específicas que se pretenden abordar.

A estas características se pueden añadir otras ventajas que presenta el marco educativo como lugar idóneo para una labor preventiva eficaz (Vega, 1983)

7. La escuela puede obtener con mayor facilidad la colaboración con otras instituciones sociales.
8. En el marco escolar se puede detectar de forma precoz la aparición de problemas.
9. La escuela puede orientar y promover actividades alternativas del consumo de drogas.

Estas características han hecho del ámbito escolar un lugar idóneo para llevar a cabo programas de prevención del consumo de tabaco.

2.5.4 Adolescencia, género y consumo de tabaco

El género se relaciona con los significados que cada sociedad le atribuye ya que desde el nacimiento se ve envuelto en una serie de atributos sociales y culturales que van definiendo las características de hombres y mujeres (Díaz – Loving, Díaz Guerrero, Helmreich y Spence, 1982).

La orientación biológica postula cierta predisposición genética en el hombre que lo convierte de modo natural en el sexo dominante y a las mujeres, por carecer de ello están en un nivel inferior. En otras palabras, las diferencias anatómicas (fuerza física, tamaño y peso) y fisiológicas (menstruación y procreación), entre los sexos, han provocado superioridad del varón sobre la mujer.

Realmente la debilidad física de la mujer frente al hombre, resultado de su menor talla y peso, ha sido uno de los factores considerado como causa de la inferiorización femenina (Hierro, 1985)

Beauvoir (1981), en su libro “El Segundo Sexo”, argumenta que la hembra está mas esclavizada a la especie que el macho, ya que en proporción, un mayor período de su vida se ocupa de los procesos naturales relativos a la reproducción de la especie; muchas veces con dolor y a costa de salud personal. Esto es, el cuerpo de la mujer parece condenarla a la mera reproducción de la vida; el macho, por el contrario, al carecer de funciones naturales creativas, debe afirmar su creatividad de modo exterior, artificialmente, a través del medio formado por la tecnología y los símbolos.

Goldsmith (1986), señala que para el funcionalismo los roles sexuales responden a una cuestión de funciones: las mujeres paren y crían los hijos, y los hombres se dedican a mantenerlos. Además, que tanto la familia nuclear como la condición femenina son fenómenos universales e inmutables, lo que

significa que finalmente se remite al determinismo biológico. Considera que el papel de la mujer está restringido a cumplir con una función biológica.

Resulta increíble como el determinismo biológico impacta tanto en el modo de percibir un comportamiento en este caso el sexual, de tal manera que pareciera condicionado genéticamente.

Por lo anterior, esta identificación entre el sexo y el género implica la necesidad de interiorizar los roles, funciones y valores que los caracterizan, ya que el modo de pensar, sentir y hacer de cada género, más que a partir de una base natural e invariable, parte de las construcciones sociales y familiares asignadas de manera diferenciada a hombres y mujeres.

De tal forma que al hablar de género, debemos entender por éste al sistema de creencias, rasgos de personalidad, actitudes, valores, conductas y actividades que diferencian a mujeres y hombres, que se aprenden desde el nacimiento, a través de la familia y en general de la sociedad, y además debemos tener en cuenta que no solo implica derechos y obligaciones diferenciados entre ambos sexos, sino también establece jerarquías y desigualdades (Burin, 1998). De igual manera señala los rasgos característicos del género como categoría de estudio:

- a) Es siempre relacional, que no aparece en forma aislada sino en conexión, es decir, al hablar de género nos remitimos a relaciones entre el género masculino y femenino. Estas se caracterizan por involucrar el poder de los afectos en el género femenino y el poder racional y económico en el género masculino.
- b) Se trata de una construcción histórico – social, dado que se fue produciendo a lo largo del tiempo de diversas formas.
- c) No es concepto totalizador, ya que aparece entrecruzado con muchos factores que determinan la subjetividad humana (raza, religión, clase social, etc.)

De acuerdo con Alpizar, Gómez y Sandoval (2004), el consumo de tabaco por parte de la mujer comenzó a incrementarse paulatinamente durante la segunda mitad del siglo pasado; a partir de la década de los noventa se ha registrado un crecimiento acelerado particularmente entre los adolescentes. Estos autores mencionan que aunque diversas instituciones y organismo vinculados a la salud han estado proporcionando información sobre los daños que ocasiona el tabaquismo, día a día se suman nuevos fumadores, entre ellos mujeres adolescentes. Afirman también que el uso del tabaco ha sido incorporado como un elemento positivo del rol femenino, debido tanto a la influencia de la publicidad de las compañías tabacaleras como a la aceptación social, ya que el consumo del tabaco entre mujeres no esta mal visto por la sociedad, dado que la ser una droga legal, se tiene una menor percepción de los riesgos de salud asociados con el tabaco.

Estos autores consideran que las causas de que la mujer tienda a igualar las cifras de consumo a las de los hombres, se relaciona con los mismos roles sexuales en que la mujer participa, la aceptación y muchas veces, la presión del grupo de amigos y compañeros para que inicie el uso de este tipo de sustancias. Por otro lado la curiosidad, la rebeldía, la inconformidad, ante las normas establecidas en la familia que pueden ser distintas para hombres y mujeres.

De igual manera, afirman que son varios los factores psicológicos y sociales que promueven y favorecen el inicio y el mantenimiento de la conducta de fumar en las mujeres, mencionando las siguientes causas:

Influencia de la familia: el padre, al madre o los hermanos mayores fumadores facilitan el desarrollo de una actitud positiva con respecto a fumar.

Influencia de los amigos: el inicio del consumo del tabaco se realiza principalmente con los amigos; los primeros cigarros que se fuman casi siempre son de un amigo. La imagen de un fumador puede ser altamente valorada y se asocia con ciertas conductas que para los adolescentes constituyen ideales y modelos a imitar.

Fortalecer la auto imagen: los adolescentes se identifican con símbolos de madurez autonomía y de ser atractivos. Reforzado por las expectativas sociales y enfatizado por los mensajes publicitarios.

Las expectativas sociales: dichas expectativas representan el ideal masculino y el femenino; puede observarse que mientras las figuras masculinas son relativamente normales o accesibles, las femeninas son más difíciles de alcanzar.

La publicidad: los anuncios representan estereotipos esperados para “la mujer actual”. Aunque en nuestro país esta prohibido la publicidad en medios electrónicos desde **Enero 2003**, las tabacaleras han buscado incrementar su promoción a través de otras estrategias para aumentar las ventas.

Estrés: la mujer tiende a pensar que fumar la ayudara a calmar su nerviosismo y a mejorar su estado de ánimo. Se considera que la mujer fuma más por los efectos tranquilizantes del tabaco, a diferencia de los hombres que buscan su efectos estimulante.

Baja percepción de riesgo: en general los fumadores creen que el tabaco no les provocara ningún daño físico, mucho menos emocional. Los adolescentes son los más renuentes a aceptar que es nocivo; no prestan atención a los problemas que provoca a corto, mediano y largo plazo.

Ralph y Larry (citados en Real, 2002), llevaron a cabo una investigación para descubrir posibles diferencias de género respecto al hábito tabáquico. Dichos autores encontraron que los hombres asocian la tristeza y la fatiga con la urgencia por fumar y las mujeres fuman por razones emocionales más que por otra cosa.

Finalmente, Real (2002), comenta el estereotipo de lo masculino se compone de características tales como dinamismo, la competitividad, la seguridad y la madurez, son cualidades que se encuentran relacionadas al consumo del tabaco, mientras que el estereotipo de la feminidad se relaciona con características como la ternura, la compasión, el afecto y la generosidad.

CAPITULO III. ACTITUDES

3.1 Definición de actitud

Las actitudes no sólo explican y permiten predecir la conducta, sino que también ayudan a modificar la conducta humana.

Una actitud, de acuerdo con Fazio (citado en Morales, 1994) se considera como una asociación entre un objeto dado y una evaluación dada. Tanto el objeto como la evaluación se entienden en sentido amplio en esta definición. Así, por ejemplo, las situaciones sociales, las personas y los problemas sociales constituyen objetos actitudinales. Evaluación significa el afecto que despiertan las emociones, que moviliza el recuerdo emotivo de las experiencias vividas, incluso las creencias acerca de la capacidad del objeto para conseguir metas deseadas.

No obstante, gran parte de los investigadores está de acuerdo con la idea general de que una actitud incluye un componente afectivo y otro conductual y que deben tenerse en cuenta ambos cuando se estudian las actitudes. McGuines (citado en Morales, 1994) piensa que dentro de un marco conceptual, una actitud "es una clase de conductas sujetas al control de una variable social, única, llamada referente de la actitud. Por otra parte Trandis (1973, pp.240) define actitud como "una idea cargada de emoción, que permite una clase de acciones ante cierta clase de situaciones sociales".

Como se puede observar, gran parte de las definiciones de actitud consideran, por tanto y en mayor o menor medida, tres componentes fundamentales: uno cognoscitivo, otro afectivo y otro conductual.

3.2 Estructura de las actitudes

El componente cognoscitivo:

De acuerdo con Moscovici (1984), necesitamos la representación cognoscitiva de un objeto para poder formarnos una actitud hacia él, es decir, para sentirnos a favor o en contra de él. Este conocimiento o esta representación cognoscitiva del objeto de una actitud constituye el componente cognoscitivo.

El componente afectivo:

Para algunos autores el afectivo es el componente de mayor importancia en una actitud, Fishbein (citado en Morales, 1994). Por lo general se le toma como la respuesta afectiva o emotiva que va asociada con una categoría cognoscitiva a un objeto de la actitud. Se forma el componente afectivo por los contactos que hayan ido ocurriendo entre la categoría y circunstancias placenteras o desagradables.

El componente emotivo de una actitud surge a través de una serie de procesos de asociación (condicionamiento) entre los estímulos y algunos efectos recompensantes o de castigo.

Rosenberg (citado en Morales, 1994) demostró que hay congruencia entre los componentes cognoscitivos y afectivos de una actitud y que si hay cambio en uno de ellos, un cambio similar ocurrirá en el otro.

El punto central reside en que, al cambiarse las características asociadas con una categoría, se lograrán algunos cambios en el significado o en el componente afectivo de una actitud.

El componente conductual:

El componente conductual de acuerdo con López y Velázquez (1991), incorpora la disposición conductual del individuo a responder al objeto.

Por otra parte, Hoyland, French, Sherif, Newcomb y Cantrill (citados en Varela, 1985) consideran que existen criterios básicos de las actitudes como son:

1. Que las actitudes no son innatas sino que son el resultado del aprendizaje a través de la vida del individuo.
2. Las actitudes son relativamente estables.
3. Las actitudes son el resultado entre la relación de la persona y del objeto, tomando como objetivo a las personas, cosas o grupo de valores e ideologías que son aprendidas en forma directa con otras personas
4. Las actitudes están basadas en conceptos evaluativos que aumentan o disminuyen, la motivación a actuar.
5. Las actitudes varían en cantidad e intensidad sobre un continuo que es positivo, neutral o negativo.

3.3 Modelo de la Teoría de la Acción Razonada (TAR)

La teoría de la acción razonada fue presentada en 1967, Fishbein y Ajzen 1975, Fishbein, 1980; Díaz, Rivera, Andrade, 1994 (citados en Rodríguez, 1997) y es una teoría general de la conducta humana que trata de la relación entre: creencias, actitudes, intenciones y comportamiento, los cuales se asume se encuentran relacionados con la toma de decisiones a nivel conductual.

La teoría se basa en la hipótesis de que los seres humanos son razonables y hacen uso sistemático de la información que tienen disponible. Fishbein y Ajzen asumen que la gente considera las implicaciones de sus acciones antes de decidirse a realizar una conducta determinada. Por esta razón denominan a su aproximación teórica como "Teoría de Acción Razonada" (Fishbein, 1967).

La Teoría de la Acción Razonada asume que la mayoría de los comportamientos sociales relevantes están bajo control voluntario del sujeto y consistente con ello, ésta ve la intención de una persona para ejecutar o no una conducta como el determinante inmediato de una acción. De esta forma, la teoría se relaciona principalmente con la predicción y el entendimiento de los factores que llevan a formar y cambiar las intenciones conductuales.

De acuerdo con el modelo propuesto por Fishbein para la predicción de las intenciones, la intención de una persona para ejecutar una acción específica está en función de dos factores o determinantes básicos: uno de naturaleza personal o actitudinal y otro de influencia social o normativo Fishbein y Ajzen, 1975; Fishbein, 1980; Fishbein, 1990 (citados en Rodríguez, 1997).

El factor personal es la evaluación del individuo ya sea positiva o negativa con respecto a la ejecución de una conducta, el cual se denomina *actitud hacia la conducta*. Este simplemente se refiere al juicio de una persona

de que la ejecución de una conducta es buena o mala; que la persona esta a favor o en contra de la ejecución de la misma.

El factor social o segundo determinante de la intención es la percepción de la persona de la presión social ejercida sobre ella para realizar o no la conducta en cuestión. Ya se trata de las prescripciones o normas percibidas, este factor es llamado *norma subjetiva*.

Generalmente, los sujetos intentan ejecutar una conducta cuando tienen una actitud positiva hacia su ejecución y cuando creen que es importante lo que otros piensan acerca de lo que debe realizar.

Sin embargo, la teoría asume que la importancia de estos factores depende en parte de la intención que se encuentra en estudio. Para algunas intenciones, las consideraciones actitudinales pueden ser más importantes que las normativas, mientras que para otras, las consideraciones normativas pueden predominar.

Frecuentemente, ambos factores son determinantes importantes de la intención. En resumen, los pesos relativos de los factores actitudinales y normativos pueden variar de una persona a otra.

En la Teoría de la Acción Razonada, las actitudes son una función de las creencias. Una persona que cree que al ejecutar una conducta determinada obtendrá consecuencias positivas, sostendrá una conducta favorable hacia la ejecución de la conducta, mientras que si cree que al realizar una conducta obtendrá consecuencias negativas, mantendrá una actitud desfavorable.

Las creencias que caracterizan la actitud de una persona en su conducta, son llamadas *creencias conductuales*. La actitud de una persona hacia la realización de una conducta dada se ha visto como una función de sus creencias conductuales predominantes y de los aspectos evaluativos de estas creencias. De esta manera, la actitud se puede ver como una función de algo que se le ocurre, que cree que al realizar un comportamiento este lo llevará a obtener determinadas consecuencias y a la evaluación de ellas.

Entre más cree la persona que al realizar un comportamiento éste lo llevará a consecuencias positivas (o prevención de resultados negativos), más se presenta una actitud favorable. Si se cree que la realización del comportamiento llevará a consecuencias negativas (o prevención de resultados positivos), la actitud es más negativa.

Las actitudes corresponden a la preferencia o rechazo de un conjunto total de resultados medidos por las creencias de las personas de que al realizar esos comportamientos obtendrá determinados resultados o consecuencias.

Formación de Creencias

Dentro de la Teoría de la Acción Razonada, las creencias acerca de un objeto proporcionan la base para la formación de una actitud. Es por ello, que en este punto se trata la formación de los tres tipos de creencias que reconocen Fishbein y Ajzen 1975, (citados en Rodríguez, 1997).

Estos autores, definen la creencia como la probabilidad subjetiva de una relación entre el objeto de la creencia y de algún otro objeto, concepto o valor o atributo. Así, una persona puede creer que posee ciertos atributos, por ejemplo, que es inteligente, honesto, puntual o que una conducta lo llevará a determinadas consecuencias.

Esta definición implica que la formación de una creencia, comprende el establecimiento de una unión entre dos aspectos cualquiera del mundo de un individuo, con el propósito de lograr un entendimiento de sí mismo y de su medio ambiente. A las creencias que se forman a partir de las experiencias directas con un objeto dado, se denominan *creencias descriptivas*. Sin embargo, una persona puede formar creencias que van más allá de las relaciones directamente observables, tales creencias se llaman creencias inferenciales. Se asume que la formación de las creencias inferenciales se basa principalmente en relaciones probabilísticas entre las creencias, las cuales siguen los lineamientos del razonamiento silogístico.

Por otra parte, muchas de nuestras creencias no se forman con base en la experiencia directa con un objeto de la creencia, ni en forma de procesos de inferencia. En lugar de ello, generalmente se acepta información acerca de un objeto proporcionada por una fuente externa. Tal fuente incluye periódicos, libros, revistas, radio, televisión, lecturas, amigos, parientes, compañeros de trabajo. Las creencias formadas a través de la aceptación de la información proporcionada por una fuente externa se llaman *creencias informativas*.

Formación de la Actitud

La Teoría de la Acción Razonada, utiliza el término actitud para referirse a la posición de una persona sobre una dimensión bipolar evaluativa con respecto a un objeto, acción o evento (Fishbein, 1967).

Una actitud representa el sentimiento favorable o desfavorable de una persona hacia algún objeto – estímulo.

Se adquiere automáticamente una actitud hacia un objeto nuevo cuando se aprenden sus asociaciones con objetos, atributos o cualidades hacia los cuales ya se tienen actitudes. Estas actitudes (evaluaciones de atributo) son una función de las creencias que unen el atributo a otras características y a las evaluaciones de esas características (Rodríguez 1997).

Dentro de este marco conceptual, así como una persona forma una creencia acerca de un objeto de forma automática y simultánea adquiere una actitud hacia ese objeto.

Las creencias acerca de instituciones tales como la iglesia, democracia y capitalismo o creencias acerca de grupos nacionales y raciales, tienden a ser relativamente estables, mientras que las creencias acerca de las consecuencias de la conducta o acerca de una persona determinada, sin embargo, pueden variar considerablemente.

De acuerdo con Díaz Loving (1982, pp.59), las diferencias en las normas, roles y conductas de hombres y mujeres tienen raíces histórico – culturales importantes. Este autor define la relación hombre-mujer en la cultura mexicana de la siguiente forma: “Es posible que un aspecto crucial de la sociedad mexicana sea el resultado de históricas y dramáticas relaciones interpersonales”.

Esta diferenciación entre las concepciones y las conductas atribuidos a ambos sexos se manifiesta en un sin fin de áreas como son la práctica religiosa, la relación de pareja, la conducta sexual y el consumo de tabaco entre otras.

3.4 Investigaciones sobre tabaco y actitudes en estudiantes

En 1981, Hansen, Collins, Jonson y Jhon (en López y Velázquez, 1991) realizaron una investigación con estudiantes del último año de secundaria con el propósito de examinar los predictores psicosociales del inicio y abandono del hábito de fumar usando un cuestionario con el cuál se medía la conducta de fumar, las creencias positivas y negativas acerca de las consecuencias de fumar, actitudes morales, expectativas normativas acerca del fumar, rebeldía y el fumar de compañeros y padres.

Dichos autores, encontraron que existen tres variables significativas que predicen el abandono del cigarrillo y éstas son:

- 1) las creencias negativas acerca del fumar.
- 2) la rebeldía.
- 3) la influencia de los padres (padres en contra de que fumen).

Tres variables que discriminaron significativamente en que continuaran fumando, las cuáles son:

- 1) actitudes morales (no restricciones).
- 2) el que los compañeros fumen.
- 3) las creencias positivas acerca del fumar (el fumar para tener amigos, verse más grande, etc.).

Owusu-Bempah y Howitt, en 1985 estudiaron a 51 estudiantes fumadores de cigarrillos con la finalidad de comprobar la hipótesis de que el consumo de cigarrillos puede disminuir en una situación de automodelamiento, encontrando que se redujo la cantidad de cigarrillos. En el segundo estudio se investigó el rol de los factores cognitivos en el automodelamiento encontrándose que estos pueden influir en la cantidad de cigarrillos a fumar, es decir, el hábito de fumar se incrementa al proporcionar información favorable del fumar.

En 1983, Botvin y Baker realizaron un estudio con 104 estudiantes de sexto grado (54 hombres), 136 de séptimo grado (77 hombres) y 110 de octavo grado (61 hombres) en el cual se trataba de conocer las actitudes hacia la imagen social de fumar cigarrillos en adolescentes. Los datos fueron obtenidos a través de un cuestionario para valorar la variedad cognitiva actitudinal, personalidad y variables conductuales. Se utilizaron diez ítems tipo Likert para medir las actitudes hacia los fumadores. Para evaluar la posición del fumador, se utilizó una pregunta que fue, ¿Qué tan a menudo fumas cigarrillos? Con dos respuestas; nunca y pocos cigarrillos al día, así mismo, se les aplicó una variación de "bogus pipeline" (prueba de saliva) para complementar el cuestionario. También se les preguntó cuántos de sus amigos fumaban con dos posibles respuestas que iban desde ninguno hasta todos.

Los resultados que se obtuvieron fueron los siguientes: se encontraron diferencias significativas entre las actitudes entre sexto, séptimo y octavo grado, concernientes a la imagen social de fumar cigarrillos. Los estudiantes de mayor grado escolar tienen actitudes más positivas a la imagen social del fumar y los estudiantes de menor grado escolar percibieron a los fumadores como tontos, bobos, fuera de lugar.

En este estudio también se encontraron diferencias entre las actitudes de acuerdo al sexo y al grado escolar. Los hombres de sexto grado tienen actitudes más negativas que los hombres de séptimo y octavo grado escolar o cualquier niña de la muestra hacia la conducta de fumar cigarrillos. Una explicación de este resultado podría deberse a un cambio evolutivo hacia actitudes más positivas al fumar a más temprana edad en las niñas.

Por otro lado, De la Garza en 1986 llevó a cabo una investigación en la ciudad de Monterrey en 225 escuelas secundarias que pertenecían a la Secretaría de Educación y Cultura donde se aplicaron 805 encuestas (que contenían preguntas acerca de actitudes y opiniones respecto al tabaco, prospectiva personal del consumo de cigarros, tabaco relacionado con medios masivos de comunicación y derechos del no fumador) a 639 estudiantes de Monterrey y su área metropolitana y 166 estudiantes de secundaria ubicados en otros municipios. La población tenía una edad de 12 a 17 años.

Los resultados que obtuvieron fueron los siguientes; el 13.5% de estudiantes varones y el 1.5% de mujeres fumaba, los chicos reportaron que el 48% de sus maestros fumaba y el 16% de sus maestras también lo hacía, el 4.3% del personal administrativo fumaba y el 8.3% del personal de intendencia.

También se encontró que los adolescentes empezaron a fumar 8% en la primaria, 32% en primero de secundaria, el 39% en segundo de secundaria y el 23% en tercero de secundaria, además de reportar que el 46% fumaba por curiosidad, al 15% lo indujeron los amigos, el 34% reportó no saberlo, etc.

Con respecto a la opinión sobre si el cigarro es malo o bueno se encontró que el 72% opinó que el tabaco es malo, el 16% no lo sabe y el 11% opinó que es bueno. Los adolescentes opinaron que los fumadores son más atractivos, interesantes, muy sexis, inteligentes, presumidos e importantes.

Otra investigación que se llevó a cabo fue la de Ocampo, González y García (citados en López y Velázquez, 1991) en donde a través de una encuesta que se aplicó a 268 alumnos del Colegio Olinca, con los que se obtenía información sobre riesgos de salud, motivos por los que se fuma y grado en que la publicidad ejerce influencia en el adolescente.

Encontraron que el 94,79% de los adolescentes encuestados conocen los peligros de fumar pero sólo el 62.45% tiene información sobre los daños a la salud que este hábito causa, 233 adolescentes piensan que el iniciarse en el tabaquismo es equivocado y que ni la publicidad ni los amigos son motivos de influencia externa en su decisión de fumar; aunque el iniciarse con amigos y en grupos sociales es más frecuente 71.74%.

La Dirección General de Epidemiología y el Instituto Mexicano de Psiquiatría de la Secretaría de Salud realizaron un estudio en 1993, con la finalidad de obtener información representativa de los patrones y niveles de consumo de sustancias adictivas (tabaco, alcohol y drogas), la distribución por grupos de edad, el grado de conocimiento que tiene la población sobre este tema, sus actitudes hacia las mismas y la disponibilidad percibida de estas sustancias por la población en general (16-65 años) a través de la Encuesta Nacional de Adicciones aplicada a 2581 sujetos de las viviendas seleccionadas.

Los resultados que se obtuvieron en el rubro tabaco/actitudes a nivel nacional fueron:

El 96% de los entrevistados dijo que el fumar es malo para la salud, el 87.4% , que el fumar afecta la salud de los demás, el 30% dijo que el fumar relaja y tranquiliza, mientras que el 53.2% no estuvo de acuerdo; y el 16.8% no supo; el 93.5% reportó que fumar es un vicio contra un 5.5% que dijo que no lo es, el 97% consideró que el tabaquismo causa enfermedad contra un 1.8% que refirió que no causa enfermedad, sólo un 3% dijo que es bueno fumar contra un 96% que dijo que no lo es.

El 46.7% opinó que el fumar es una forma de entretenerse contra el 47.5% que estuvo en contra de ésta opinión; únicamente un 3.8% dijo que esta bien que los jóvenes fumen mientras que un 95.2% no estuvo de acuerdo, el 91.3% opinó que cuando una mujer embarazada fuma puede afectar a su bebé mientras que un 3.4% no estuvo de acuerdo.

El 2.3% de los sujetos opinó que toda la gente debería fumar, un 76.8% manifestó que los anuncios por radio o televisión influye para que la gente fume, el 95.1% opinó que debería haber más información de los daños que provoca el fumar.

Finalmente, el 65.2% de la población entrevistada reportó que el fumar tabaco es menos dañino para la salud que cualquier otra droga, mientras que el 27% opinó lo contrario. De ahí, que sea prioritario el disminuir el consumo y por lo tanto, los efectos nocivos ocasionados por el cigarro, lo cual requiere de la participación del gobierno, diversas organizaciones, comunidades e individuos (Kuri. 2000).

Una forma de contribuir a la disminución del consumo del tabaco es a través de la prevención, mediante la transmisión de información. De tal manera que en la presente investigación se evaluaron los efectos de una plática debate sobre consumo de tabaco en las actitudes de los adolescentes estudiantes de bachillerato, poniendo énfasis en las diferencias entre hombres y mujeres.

CAPITULO IV. METODO

4.1 Planteamiento del Problema

¿Cuáles son los efectos de una plática debate en las actitudes favorables hacia el consumo del tabaco entre hombres y mujeres estudiantes de nivel medio superior?

4.2 Hipótesis

HI: Existen diferencias estadísticamente significativas en la actitud favorable hacia el consumo de tabaco entre **hombres y mujeres** estudiantes de nivel medio superior **antes y después** de participar en una plática debate.

Ho: No existen diferencias estadísticamente significativas en la actitud favorable hacia el consumo de tabaco entre **hombres y mujeres** estudiantes de nivel medio superior **antes y después** de participar en una plática debate .

HI: Existen diferencias estadísticamente significativas en el conocimiento hacia el consumo de tabaco entre **hombres y mujeres** estudiantes de nivel medio superior **antes y después** de participar en una plática debate.

Ho: No existen diferencias estadísticamente significativas en el conocimiento hacia el consumo de tabaco entre **hombres y mujeres** estudiantes de nivel medio superior **antes y después** de participar en una plática debate.

4.3 Definición Conceptual y Operacional de variables

V.D: Actitud hacia el consumo de tabaco

V.I : Plática-debate
Género

Definición conceptual de plática - debate sobre consumo de tabaco

Método para transmitir información que permite a los destinatarios participar y expresarse mediante sugerencias y preguntas que desemboquen en diálogo (Quiroga, Mata y Vázquez 2004).

Definición operacional de plática - debate sobre consumo de tabaco

Método de prevención primaria, utilizado por el “Modelo de Prevención, Orientación y Tratamiento de conductas Adictivas para Estudiantes y Trabajadores Universitarios” (Quiroga, Mata y Vázquez 2004), que consiste en realizar una plática expositivo – participativa que guíe a los sujetos para que descubran por sí mismos las verdades acerca del tabaco y los problemas relacionados con su abuso y su uso adictivo (Ver Anexo A). La cual abarca los siguientes puntos:

- 1) Conceptos básicos sobre tabaquismo.
- 2) Efectos sobre el sistema nervioso y órganos relevantes.
- 3) Factores contextuales.

- 4) Etapas del tabaquismo.
- 5) Motivos para fumar.
- 6) Signos y síntomas de dependencia.
- 7) Daños sobre el organismo, familia y sociedad.
- 8) Alternativas preventivas al consumo de drogas.
- 9) Instituciones de atención.
- 10) Legislación vigente.

Definición conceptual de actitud

“Una predisposición aprendida a responder de manera consistentemente favorable o desfavorable con respecto a un objeto dado” Fishbein y Ajzen (citado en Morales 1994). Predisposición aprendida a responder de manera consistentemente favorable o desfavorable con respecto al consumo del tabaco.

Definición operacional de actitud hacia el consumo de tabaco

Puntaje obtenido en la Escala de actitudes tipo Likert hacia el consumo de tabaco con 10 reactivos (5 positivos y 5 negativos)

Definición conceptual de género

Conjunto de conductas atribuidas a los hombres y a las mujeres (Burin, 1998).

Definición operacional de género

División de roles basadas en diferencias biológicas, culturales y sociales atribuidas a hombres y mujeres.

4.4 Participantes

Participaron en la investigación 50 hombres y 50 mujeres, todos ellos estudiantes del cuarto semestre de nivel medio superior, en el turno matutino, con las siguientes edades.

Edad (años)	Genero Femenino	Genero Masculino
16	1	0
17	22	18
18	19	24
19	7	7
20	1	1
Total	50	50

4.5 Escenario

Aula Magna del Colegio de Ciencias y Humanidades plantel Vallejo de la UNAM, con capacidad para 100 personas.

4.6 Muestra

No probabilística, considerando como requisito que sean estudiantes del nivel medio superior

4.7 Tipo de estudio

Investigación descriptiva y correlacional de campo (Selltiz, 1965 y Hernández, Baptista y Fernández, 1997).

4.8 Diseño

Se utilizó un diseño pretest-postest de un solo grupo (Siegel, 1970).

4.9 Instrumentos

1).- Escala de actitudes tipo Likert hacia el consumo de tabaco con 20 reactivos (10 positivos y 10 negativos), con un nivel de consistencia de .8638 (Sánchez y Zuñiga, 2004) (Ver Anexo B).

Para poder medir las actitudes hacia el consumo del tabaco de los estudiantes, se llevó a cabo la construcción de un cuestionario de actitudes tipo Lickert. Inicialmente se redactaron 50 reactivos, los cuales se buscó que estuvieran balanceados en 5 categorías que forman parte de la investigación (imagen, sociedad, personal, amigos, salud); así mismo que fueran equitativos en relación a que indicaran tanto una actitud favorable como desfavorable hacia el consumo del tabaco.

La aplicación se llevó a cabo en una muestra total de 100 personas (50 hombres y 50 mujeres), estudiantes de nivel medio superior.

Dicho cuestionario fue piloteado 5 veces, para obtener la confiabilidad del instrumento. Durante este proceso se descartaron reactivos que tenían un bajo nivel de consistencia (menor a .6).

Finalmente se obtuvo una consistencia total de .8638

El cuestionario consta de 20 preguntas, de las cuales 10 son favorables y 10 desfavorables en relación a la actitud hacia el consumo del tabaco, tomando como base que las que tienen una dirección favorable se calificaron con una escala del 5 al 1 y las desfavorables de 1 al 5, donde a mayor puntuación indica una actitud favorable hacia el habito de fumar y a menor puntuación una actitud desfavorable (Ver Anexo B).

El cuestionario consta de las siguientes categorías:

a) Imagen

El concepto de imagen es el conjunto de representaciones que el individuo elabora de sí mismo y que incluyen aspectos corporales, psicológicos, sociales y morales Montemayor y Eisen (citados en Delval, 1994).

El autoconcepto de los adolescentes es mucho más complejo y es el producto resultante de las aspiraciones propias y de la imagen que devuelven los demás.

La Categoría Imagen consta de 4 preguntas, 2 positivas y 2 negativas: (+7,+16,-1,-2)

b) Sociedad

De acuerdo con Broo, Whiteman, Cohen y Tanaka; Forney y Ripley; Shilts (citados en Kimmel, 1998) desde un punto de vista social, la disposición a consumir tabaco esta influida por la naturaleza de las relaciones del adolescente con sus compañeros. Los adolescentes son más susceptibles a la influencia de los compañeros que fuman durante los años del bachillerato, cuando están haciendo la transición de la adolescencia temprana a la media.

La Categoría Sociedad consta de 4 preguntas, 1 positiva y 3 negativas: (+5,-8,-17,-19)

c) Personal

Se refiere a la información, opiniones, actitudes, comportamiento y sentimientos que forman parte de un proceso de desarrollo personal (Guzmán, 2000).

La Categoría Personal consta de 4 preguntas, 3 positivas y 1 negativa: (+12,+14,+15,-20)

d) Amigos

De acuerdo con Craig (1997), el concepto de amistad implica una relación entre individuos que se agradan unos a otros Junto a la formación de amistades cada vez más profundas, los adolescentes están cada vez más interesados en pertenecer a algún grupo de compañeros de su misma edad con los que puedan compartir intereses y actitudes comunes. La importancia de ser aceptado en un grupo de compañeros hace que la mayoría de los jóvenes en la adolescencia lleguen a preocuparse del conformismo con las pautas de grupo y de la popularidad entre sus compañeros.

La Categoría Amigos consta de 4 preguntas, 2 positivas y 2 negativas: (+6,+10,-3,-18)

e) Salud

Enfocada al conocimiento que se tenga acerca de lo que puede provocar el hábito de fumar (es dañino para la salud, es un vicio, etc.). El tabaquismo se asocia estrechamente con los principales indicadores de morbilidad y mortalidad, por lo que constituye un importante problema de salud pública. Las enfermedades cardiovasculares, broncopulmonares y diversos tipos de cáncer presentan una elevada tasa de letalidad (Kuri, 2000).

La Categoría Salud consta de 4 preguntas, 2 positivas y 2 negativas: (+11,+13,-4,-9).

2).- Cuestionario de Conocimientos sobre tabaquismo con 10 reactivos estructurados de opción múltiple (Sánchez y Zuñiga, 2004) (Ver Anexo C).

De igual manera para poder medir el nivel de conocimiento sobre el consumo de tabaco de los adolescentes, se llevó a cabo la construcción de un cuestionario de conocimientos de opción múltiple.

Se redactaron 20 reactivos, los cuales estuvieron balanceados en temas en los cuales se basó la plática debate (Ver Anexo A).

- 1) Conceptos básicos sobre tabaquismo.
- 2) Efectos sobre el sistema nervioso y órganos relevantes.
- 3) Factores contextuales.
- 4) Etapas del tabaquismo.
- 5) Motivos para fumar.
- 6) Signos y síntomas de dependencia.
- 7) Daños sobre el organismo, familia y sociedad.
- 8) Alternativas preventivas al consumo de drogas.
- 9) Instituciones de atención.
- 10) Legislación vigente.

Para cada reactivo se redactaron cuatro opciones de respuesta, donde se buscó que los distractores no generaran un puntaje más alto que la respuesta correcta.

El instrumento fue piloteado 5 veces. Para poder analizar los datos obtenidos, se hizo un análisis estadístico utilizando el programa IteMan 3.5 Versión Windows.

En una curva de distribución normal, los reactivos deberían puntuar en un rango del 1 al 100, donde:

- a) Del puntaje 1 al puntaje 20: son reactivos difíciles de contestar.
- b) Del puntaje 20 al puntaje 80: son reactivos que se ubican en la media.
- c) Del puntaje 80 al puntaje 100: son reactivos fáciles de contestar.

El instrumento final consta de 10 reactivos de opción múltiple balanceados en los temas en los cuales se basó la plática debate (Ver Anexo C).

4.10 Procedimiento

Con base en los datos obtenidos a través del sondeo realizado por el Programa de Prevención, Orientación y Tratamiento de Conductas Adictivas para Estudiantes y Trabajadores Universitarios de la Facultad de Psicología de la UNAM, en la Escuela Nacional Preparatoria 6 y 9 y el Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Sur y Azcapotzalco en el año 2002, los cuales indicaron que el tabaco y el alcohol son las sustancias adictivas de mayor consumo entre los estudiantes de nivel medio superior (Quiroga, Mata, Sánchez y Vázquez, 2002), se detectó la necesidad de implementar medidas preventivas hacia el consumo de dichas sustancias.

La temática seleccionada para la presente investigación fueron los efectos de una plática-debate en las actitudes hacia el consumo de tabaco en estudiantes de nivel medio superior.

Posteriormente con el apoyo del Programa de Prevención, Orientación y Tratamiento de Conductas Adictivas para Estudiantes y Trabajadores Universitarios de la Facultad de Psicología de la UNAM se estableció el contacto institucional con autoridades del Colegio de Ciencias y Humanidades plantel Vallejo de la UNAM, con el fin de negociar el plan y los recursos de trabajo para la realización de la plática-debate.

Una vez obtenida la autorización del plantel y asignado el grupo formado por 100 personas (50 hombres y 50 mujeres) y el horario de trabajo, se acudió al plantel para realizar en primera instancia y a manera de pretest una evaluación de las actitudes y conocimientos sobre el consumo de tabaco, utilizando para ello los instrumentos contruidos para tal efecto (Sánchez y Zúñiga, 2004), dichos instrumentos fueron contestados y entregados por los estudiantes en un tiempo promedio de 15 minutos.

Posterior a esto, el Coordinador del programa anteriormente mencionado, impartió una plática-debate de tipo expositivo-participativa, utilizando para ello acetatos, esquemas, carteles y pizarrón como material de apoyo durante la misma, el tiempo aproximado de duración de la plática-debate fue de 60 minutos, en los cuales los estudiantes participaron activamente expresando puntos de vista, anécdotas y opiniones, lo cual hizo que la sesión fuera interactiva y se desarrollara en un ambiente de respeto.

Al concluir la plática-debate, se realizó una pos evaluación utilizando nuevamente los Instrumentos de actitudes y conocimientos (Sánchez y Zúñiga, 2004), los cuales fueron contestados y entregados en un tiempo promedio de 20 minutos. Cabe señalar que las aplicaciones se realizaron de forma anónima para que los estudiantes pudieran responder libremente.

Una vez obtenidos los datos se procedió a hacer un análisis estadístico de los resultados tanto en el pretest como en el postest, a través del paquete estadístico SPSS, se utilizaron las pruebas de Wilcoxon para dos muestras relacionadas, U de Mann Withney y Moses para dos grupos independientes y Kruskal-Wallis con la finalidad de conocer los efectos de la plática-debate en las actitudes de los estudiantes hacia el consumo de tabaco, haciendo un análisis comparativo entre hombres y mujeres.

CAPITULO V. RESULTADOS

Después de aplicar un cuestionario de actitudes y uno de conocimientos hacia el consumo de tabaco, seguidos de una plática-debate y una nueva aplicación de los cuestionarios, se procedió a obtener los resultados pertinentes haciendo uso del paquete estadístico SPSS, utilizando las pruebas Kruskal-Wallis, Wilcoxon, Moses y U de Mann Whitney. Dichos resultados se describen a continuación:

En relación con la hipótesis 1:

HI: Existen diferencias estadísticamente significativas en la actitud favorable hacia el consumo de tabaco entre **hombres y mujeres** estudiantes de nivel medio superior **antes y después** de participar en una plática debate.

Ho: No existen diferencias estadísticamente significativas en la actitud favorable hacia el consumo de tabaco entre **hombres y mujeres** estudiantes de nivel medio superior **antes y después** de participar en una plática debate.

De acuerdo con los resultados arrojados por la prueba estadística Kruskal-Wallis (Ver Tabla 1, Anexo D), se obtuvo una $\chi^2=12.124$, $gl=1$ $P=.000<.05$, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna de que existen diferencias estadísticamente significativas en la actitud favorable hacia el consumo de tabaco entre **hombres y mujeres** estudiantes de nivel medio superior **antes y después** de participar en la plática debate.

De igual manera se utilizó la prueba estadística Wilcoxon para hacer un análisis reactivo por reactivo (Ver Tabla 2, Anexo D), para el reactivo 6 se obtuvo un puntaje $Z=.017 < .05$; para el reactivo 10 se obtuvo un puntaje $Z=.029 < .05$; para el reactivo 17 se obtuvo un puntaje $Z=.036 < .05$, para el reactivo 18 se obtuvo un puntaje $Z=.003 < .05$, por lo que en dichos reactivos se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna de que existen diferencias estadísticamente significativas en la actitud favorable hacia el consumo de tabaco entre **hombres y mujeres** estudiantes de nivel medio superior **antes y después** de participar en una plática debate.

Mientras que para los reactivos 1,2,3,4,5,7,8,9,11,12,13,14,15 y 16 el puntaje Z obtenido fue mayor a .05 (Ver Tabla 2, Anexo D), por lo que en dichos reactivos se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula de que no existen diferencias estadísticamente significativas en la actitud favorable hacia el consumo de tabaco entre **hombres y mujeres** estudiantes de nivel medio superior **antes y después** de participar en una plática debate.

Se utilizó la prueba estadística Moses para realizar un análisis por categorías, los resultados obtenidos fueron los siguientes: para la categoría de personal se obtuvo una $P=.012 < .05$ por lo que existen diferencias en la actitud favorable hacia el consumo de tabaco entre **hombres y mujeres, antes y después** de participar en la plática debate (Ver Tabla 3, Anexo D).

En cuanto a la categoría de salud, se obtuvo una $P=.019 < .05$, por lo que existen diferencias en la actitud favorable hacia el consumo de tabaco entre **hombres y mujeres, antes y después** de participar en la plática debate (Ver Tabla 3, Anexo D).

Para la categoría de imagen se obtuvo una $P=.041 < .05$ por lo que existen diferencias en la actitud favorable hacia el consumo de tabaco entre **hombres y mujeres, antes y después** de participar en la plática debate (Ver Tabla 3, Anexo D).

Mientras que para la categoría de amigos se obtuvo $P=.082 > .05$ por lo que no existen diferencias en la actitud favorable hacia el consumo de tabaco entre **hombres y mujeres, antes y después** de participar en la plática debate (Ver Tabla 3, Anexo D).

Y por último en la categoría de sociedad, se obtuvo una $P=1.000 > .05$ por lo cual no existen diferencias en la actitud favorable hacia el consumo de tabaco entre **hombres y mujeres, antes y después** de participar en la plática debate (Ver Tabla 3, Anexo D).

Se hizo un análisis entre hombres y mujeres **antes** de participar en la plática debate, se utilizó para ello la prueba de Moses. De acuerdo a los resultados arrojados por esta prueba, se obtuvo $P= .054 > .05$, encontrando diferencias significativas entre **hombres y mujeres, antes** de participar en la plática debate (Ver Tabla 4, Anexo D).

De igual manera se utilizó la prueba estadística U de Mann-Whitney para poder realizar un análisis por categorías.

Para la categoría amigos, se obtuvo un puntaje $z=-3.366$, $P= .001 < .05$, por lo que existen diferencias en la actitud favorable hacia el consumo de tabaco entre **hombres y mujeres, antes** de participar en la plática debate (Ver Tabla 5, Anexo D).

En tanto que para la categoría sociedad, se obtuvo un puntaje $Z=-2.166$, $P= .030 < .05$, encontrándose diferencias en la actitud favorable hacia el consumo de tabaco entre **hombres y mujeres, antes** de participar en una plática debate (Ver Tabla 5, Anexo D).

Por otra parte, en la categoría de imagen, se obtuvo un puntaje $Z=-1.825$, $P=.068 > .05$, por lo que no existen diferencias en la actitud favorable hacia el consumo de tabaco entre **hombres y mujeres, antes** de participar en una plática debate (Ver Tabla 5, Anexo D).

Para la categoría de personal se obtuvo un puntaje $z=-0.706$, $P= .480 > .05$, por lo que no se encontraron diferencias en la actitud favorable hacia el consumo de tabaco entre **hombres y mujeres, antes** de participar en una plática debate (Ver Tabla 5, Anexo D).

Por último para la categoría salud, se obtuvo $z=-0.497$, $P= .619 > .05$, el cual indica que no existen diferencias en la actitud favorable hacia el consumo de tabaco entre **hombres y mujeres, antes** de participar en una plática debate (Ver Tabla 5, Anexo D).

Para poder analizar las diferencias entre hombres y mujeres **después** de participar en la plática debate. Se hizo un análisis a través de la prueba estadística de Moses, obteniendo un puntaje de $P= .000 < .05$, el cual indica que existen diferencias en la actitud favorable hacia el consumo de tabaco entre **hombres y mujeres, después** de participar en la plática debate (Ver Tabla 6, Anexo D).

Se hizo un análisis por categorías a través de la prueba U de Mann-Whitney, se obtuvieron los siguientes datos; para la categoría sociedad, se obtuvo un puntaje $Z=-3.96$, $P= .000 < .05$, por lo que se encontraron diferencias en la actitud favorable

hacia el consumo de tabaco entre **hombres y mujeres, después** de participar en la plática debate (Ver Tabla 7, Anexo D).

En relación con la categoría de imagen, se obtuvo un puntaje $z=-2.269$, $P= .023 < .05$, el cual indica que existen diferencias en la actitud favorable hacia el consumo de tabaco entre **hombres y mujeres, después** de participar en la plática debate (Ver Tabla 7, Anexo D).

En la categoría de personal, se obtuvo un puntaje $z=-2.057$, $P= .040 < .05$, encontrando diferencias en la actitud favorable hacia el consumo de tabaco entre **hombres y mujeres, después** de participar en una plática debate (Ver Tabla 7, Anexo D).

Por otra parte, para la categoría amigos, se obtuvo un puntaje $z=-1.041$, $P= .298 > .05$, el cual indica que no existen diferencias en la actitud favorable hacia el consumo de tabaco entre **hombres y mujeres, después** de participar en una plática debate (Ver Tabla 7, Anexo D).

Para la categoría de salud, se obtuvo un puntaje $z=-0.587$, $P= .557 > .05$, por lo que no existen diferencias en la actitud favorable hacia el consumo de tabaco entre **hombres y mujeres, después** de participar en una plática debate (Ver Tabla 7, Anexo D).

De igual manera se utilizó la prueba Wilcoxon para obtener una significancia de los datos en el **genero masculino, después** de participar en la plática debate. Para el reactivo 3 se obtuvo un puntaje $Z=.028 < .05$; para el reactivo 5 se obtuvo un puntaje $Z=.020 < .05$; para el reactivo 7 se obtuvo un puntaje $Z=.011 < .05$; para el reactivo 8 se obtuvo un puntaje $Z=.005 < .05$; para el reactivo 9 se obtuvo un puntaje $Z=.001 < .05$; para el reactivo 12 se obtuvo un puntaje $Z=.003 < .05$; para el reactivo 17 se obtuvo un puntaje $Z=.001 < .05$, finalmente para el reactivo 18 se obtuvo un puntaje $Z=.039 < .05$, por lo que en dichos reactivos existen diferencias en la actitud favorable hacia el consumo de tabaco de los **hombres, después** de participar en la plática debate. (Ver Tabla 8, Anexo D)

Mientras que para los reactivos 1,2,4,6,10,11,13,14,15,16,19 y 20 se obtuvo un puntaje Z mayor a $.05$ (Ver Tabla 8, Anexo D), por lo que en dichos reactivos no se encontraron diferencias en la actitud favorable hacia el consumo de tabaco de los **hombres, después** de participar en una plática debate.

Se utilizó la prueba estadística U de Mann Whitney para hacer un análisis por categorías; obteniendo para el género masculino en la categoría sociedad, un puntaje $z=-3.883$, $P= .000 < .05$, que indica que existen diferencias en la actitud favorable hacia el consumo de tabaco entre **hombres, después** de participar en una plática debate (Ver Tabla 9, Anexo D).

En la categoría de imagen, se obtuvo un puntaje $z=-1.208$, $P= .227 > .05$ por lo que no existen diferencias en la actitud favorable hacia el consumo de tabaco entre **hombres, después** de participar en una plática debate (Ver Tabla 9, Anexo D).

En la categoría salud, se obtuvo un puntaje $z=-0.521$, $P= .602 > .05$ por lo que no existen diferencias en la actitud favorable hacia el consumo de tabaco entre **hombres, después** de participar en una plática debate (Ver Tabla 9, Anexo D).

Para la categoría de amigos, se encontró un puntaje $z=-0.466$, $P= .641 > .05$ lo que indica que no existen diferencias en la actitud favorable hacia el consumo de

tabaco entre **hombres, después** de participar en una plática debate (Ver Tabla 9, Anexo D).

Finalmente para la categoría personal, se obtuvo un puntaje $z=-0.126$, $P=.900 > .05$, por lo que no existen diferencias en la actitud favorable hacia el consumo de tabaco entre **hombres, después** de participar en una plática debate (Ver Tabla 9, Anexo D).

De igual manera, en relación al **genero femenino** se utilizo la prueba estadística Wilcoxon para obtener una significancia de los datos **después** de la platica debate, en donde se obtuvo para el reactivo 1 un puntaje $Z=.009 < .05$; para el reactivo 3 el puntaje fue de $Z=.000 < .05$; para el reactivo 6 el puntaje $Z=.000 < .05$; para el reactivo 7 el puntaje fue de $Z=.000 < .05$; para el reactivo 8 el puntaje obtenido fue de $Z=.041 < .05$; para el reactivo 9 fue de $Z=.005 < .05$; para el reactivo 10 el puntaje fue de $Z=.000 < .05$; para el reactivo 14 fue de $Z=.017 < .05$; para el reactivo 15 el puntaje obtenido fue de $Z=.035 < .05$; para el reactivo 16 el puntaje obtenido fue de $Z=.012 < .05$; para el reactivo 18 el puntaje $Z=.031 < .05$; para el reactivo 20 el puntaje fue de $Z=.004 < .05$ por lo que en dichos reactivos existen diferencias en la actitud favorable hacia el consumo de tabaco de las **mujeres, después** de participar en la plática debate (Ver Tabla 10, Anexo D).

Mientras que para los reactivos 2,4,5,11,12,13,17,19 el puntaje Z obtenido fue mayor a .05, por lo que en dichos reactivos no hubo diferencias en la actitud favorable hacia el consumo de tabaco de las **mujeres, después** de participar en la plática debate (Ver Tabla 10, Anexo D).

De igual manera se hizo un análisis por categorías utilizando la prueba estadística U de Mann Whitney, en donde se obtuvieron los siguientes datos; en la categoría amigos, se obtuvo un puntaje $z=-3.690$, $P=.000 < .05$, por lo que existen diferencias en la actitud favorable hacia el consumo de tabaco entre **mujeres, después** de participar en una plática debate (Ver Tabla 11, Anexo D).

En la categoría de imagen, se obtuvo un puntaje $z=-3.005$, $P=.003 < .05$, por lo que se encontraron diferencias en la actitud favorable hacia el consumo de tabaco entre **mujeres, después** de participar en una plática debate (Ver Tabla 11, Anexo D).

En la categoría de personal, se obtuvo un puntaje $z=-2.601$, $P=.009 < .05$, por lo que existen diferencias en la actitud favorable hacia el consumo de tabaco entre **mujeres, después** de participar en una plática debate. (Ver Tabla 11, Anexo D).

Sin embargo, para la categoría de sociedad, se obtuvo un puntaje $z=-1.660$, $P=.097 > .05$, por lo que no existen diferencias en la actitud favorable hacia el consumo de tabaco entre **mujeres, después** de participar en una plática debate (Ver Tabla 11, Anexo D).

En tanto que para la categoría salud, se obtuvo un puntaje $z=-0.080$, $P=.936 > .05$, por lo que no existen diferencias en la actitud favorable hacia el consumo de tabaco entre **mujeres, después** de participar en una plática debate (Ver Tabla 11, Anexo D).

En relación a la Hipótesis 2:

H1: Existen diferencias estadísticamente significativas en el conocimiento hacia el consumo de tabaco entre **hombres y mujeres** estudiantes de nivel medio superior **antes y después** de participar en una plática debate.

Ho: No existen diferencias estadísticamente significativas en el conocimiento hacia el consumo de tabaco entre **hombres y mujeres** estudiantes de nivel medio superior **antes y después** de participar en una plática debate.

De acuerdo con los resultados arrojados por la prueba estadística U de Mann Whitney, se obtuvo un puntaje $z=-2.813$, $P=.005 < .05$ (Ver Tabla 12, Anexo D), por lo cual se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna de que existen diferencias estadísticamente significativas en el conocimiento de tabaco entre **hombres y mujeres** estudiantes de nivel medio superior **antes y después** de participar en una plática debate.

De igual manera se utilizó la prueba estadística Wilcoxon para hacer un análisis reactivo por reactivo (Ver Tabla 13, Anexo D), para el reactivo 1 se obtuvo un puntaje $Z=.001 < .05$; para el reactivo 4 se obtuvo un puntaje $Z=.000 < .05$; para el reactivo 6 el puntaje que se obtuvo fue de $Z=.000 < .05$ y finalmente para el reactivo 7 el puntaje obtenido fue de $Z=.004 < .05$, por lo que en dichos reactivos se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna de que existen diferencias estadísticamente significativas en el conocimiento hacia el consumo de tabaco entre **hombres y mujeres** estudiantes de nivel medio superior **antes y después** de participar en una plática debate.

Mientras que para los reactivos 2,3,5,8,9 y 10 el puntaje Z obtenido fue mayor a .05 por lo que en dichos reactivos se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula de que no existen diferencias estadísticamente significativas en el conocimiento hacia el consumo de tabaco entre **hombres y mujeres** estudiantes de nivel medio superior **antes y después** de participar en una plática debate. (Ver Tabla 13, Anexo D).

DISCUSION

Conforme a los resultados encontrados, se observó en términos de género, que la actitud de las adolescentes estudiantes de bachillerato presentó diferencias después de haber participado en la plática debate.

Para el género femenino el haber participado en dicha plática influyó para que se presentaran diferencias en la actitud favorable hacia el consumo del tabaco, sustentando así que la actitud puede ser cambiada al modificar una o más de las creencias existentes, al introducir nuevas creencias sobresalientes, cambia la evaluación que la persona atribuye al objeto (Fishbein y Ajzen 1975).

Lo anterior es similar a lo propuesto por Quiroga, Sánchez, Vázquez y Mata, (1995) quienes realizaron una investigación semejante en relación al consumo de alcohol, respecto a que las pláticas debate utilizadas por el Modelo de Prevención, Orientación y Tratamiento de Conductas Adictivas para Estudiantes y Trabajadores Universitarios sean una técnica para transmitir información objetiva, estimular la reflexión sobre las razones del consumo, las consecuencias del hábito para el individuo y su grupo. Sin embargo, en la presente investigación dicha similitud se observó solo en el género femenino, en las categorías de imagen, amigos y personal.

Lo anterior podría explicarse desde el punto de vista de Alpizar, Gómez y Sandoval (2004), quienes mencionan que las conductas alrededor de fumar se relacionan con ideales; por ejemplo, la imagen de fumar es símbolo de madurez, autonomía y de ser atractiva. Las chicas aprenden que la belleza es la principal dimensión de la femineidad y cultivarla se convierte en una tarea natural. De acuerdo con dichos autores se considera que la mujer fuma más por los efectos tranquilizantes del tabaco, a diferencia de los hombres que buscan su efecto estimulante.

Por otra parte, se encontró que los hombres no disminuyeron su actitud favorable hacia el consumo de tabaco después de haber participado en la plática debate. Dichos resultados no fueron los esperados ya que en la Teoría de la Acción Razonada propuesta por Fishbein y Ajzen (1975) se plantea que al adquirir información nueva sobre el consumo de tabaco, cambian las creencias erróneas o falsas sobre el mismo, por creencias basadas en la información objetiva y verdadera, lo cual implica un cambio de actitud que sea consistente con el nuevo conjunto de creencias adquiridas.

Cabe señalar que sólo se observaron diferencias en la categoría denominada sociedad, lo cual puede explicarse desde la teoría de Fishbein y Ajzen (1975) de manera que la información referente a las categorías de imagen, personal, salud y amigos resultó ser irrelevante para el género masculino, si la actitud es inconsistente con dicha información se crea relativamente poca disonancia, excepto para la categoría de sociedad utilizada en el cuestionario de actitudes.

Lo anterior se relaciona de manera importante con lo mencionado por Real (2002), quien refiere que el motivo de inicio del consumo de tabaco es la "aceptación del grupo social" ya que este habla de cómo en los adolescentes los primeros contactos con el tabaco ocurren en situaciones recreativas donde el grupo aporta la posibilidad de realizar actividades que, como el fumar, le serán reconocidas como logros, es decir, los adolescentes comienzan a fumar dentro de una situación social, en un contexto de grupo.

Debemos recordar que los adolescentes, tanto hombres como mujeres, atraviesan por un momento de crisis donde la búsqueda de identidad y necesidad de pertenencia y aceptación son parte de las características principales, de tal modo que no es extraño encontrar que el principal motivo por el cual fuman los hombres y las mujeres durante este período de vida, se relacione más con los motivos de inicio que con los motivos de mantenimiento del hábito de consumo de tabaco, ya que estos nos hablan de la necesidad de aceptación, la imitación y la anticipación a la adultez, todas características propias de la adolescencia.

Por otro lado, Real (2002) comenta que el estereotipo del género masculino se compone de características tales como el dinamismo, la competitividad y la seguridad, cualidades que se encuentran relacionadas al consumo de tabaco, mientras que el estereotipo de la femineidad se relaciona con la ternura, la compasión, el afecto y la generosidad.

De igual manera, en el género femenino, los resultados encontrados en relación al conocimiento fueron los esperados conforme a lo propuesto por la Teoría de la Acción razonada de Fishbein y Ajzen (1975), ya que dicha teoría propone que con base en la información recibida, una persona aprende o forma un número de creencias acerca de un objeto y la totalidad de las creencias sirve como la base de información que finalmente determina sus actitudes, de forma que las actitudes sean consonantes con el conocimiento adquirido y en el caso del género masculino, no hubo diferencias en su actitud hacia el consumo de tabaco después de haber participado en la plática de debate.

Es importante poner énfasis en la prevención como un esfuerzo en la lucha contra el tabaquismo. Así como proporcionar herramientas para el desarrollo de habilidades y recursos en la adolescencia que ayuden a combatir los efectos del consumo del tabaco y a promover ambientes de protección y alternativas más saludables, conductas y estilos de vida más productivos y satisfactorios, libres del consumo del tabaco.

La escuela tiene un papel decisivo en la prevención, mediante la promoción del crecimiento, el desarrollo, la maduración y la socialización de los jóvenes. Es el marco idóneo de formación, educación y la prevención de adicciones es susceptible de integrarse en el proceso educativo. Estas características han hecho del ámbito escolar un lugar idóneo para llevar a cabo programas de prevención del consumo de tabaco (Vega, 1983).

Si bien es cierto que no se encontraron diferencias significativas en el género masculino, la presente investigación no pierde importancia o carece de sentido ya que los resultados son igualmente útiles y valiosos para entender el fenómeno del consumo de tabaco en los adolescentes.

CONCLUSIONES

La plática debate sobre el consumo de tabaco, es un método para transmitir información, la cual a su vez repercute en las actitudes, de forma que estas últimas estén en concordancia con los nuevos conocimientos adquiridos, por lo cual se puede decir que en la presente investigación dicha plática tuvo un efecto en las actitudes favorables de los adolescentes en el género femenino no así en el género masculino. Cabe señalar que para que dicho conocimiento sea adquirido y la actitud pueda cambiar en la dirección deseada influyen una serie de factores tanto en hombres como en mujeres por lo que es importante conocer las características de la población a la cual se dirige la plática debate.

De esta forma podemos concluir que la plática debate es una herramienta como medio de prevención, para adquirir información objetiva. Siempre y cuando se adecue el contenido de la información a las necesidades e intereses de los adolescentes.

Es importante en cuanto a prevención del consumo de tabaco en adolescentes crear y difundir espacios de esparcimiento, donde los jóvenes tengan la oportunidad de satisfacer su necesidad de pertenencia y aceptación a un grupo a través de realización de actividades con intereses comunes (por ejemplo: grupos de teatro, música, deportes, etc.) en vez de repetir un patrón de conducta como es el hecho de fumar. Dichos espacios se pueden organizar en escuelas, delegaciones, centros deportivos, etc, de tal forma que sean accesibles a una población mayor.

LIMITACIONES

- Desafortunadamente sólo participo una muestra de 100 personas, ya que resulta complicado tener acceso a una población mas grande debido a la falta de promoción de la plática-debate dentro de las instalaciones del plantel.
- Este tipo de eventos son esporádicos y de poca difusión, lo cual dificulta la participación de los alumnos.
- Este tipo de pláticas se realiza en escuelas principalmente, sin embargo, el acceso a las mismas es complicado debido a los lineamientos establecidos por la administración escolar.
- La muestra de 100 personas fue asignada por la administración del plantel educativo, por lo que la asistencia de los alumnos no fue de manera voluntaria.
- Es importante mencionar que el tiempo de duración de la plática debate no fue suficiente ya que el contenido de la misma es extenso y la duración puede variar de acuerdo a las características de la población.
- Cabe señalar que se desconoce si la muestra era homogénea en relación a los conocimientos previos sobre el tema del consumo de tabaco.
- De igual manera destaca el hecho de que se desconoce el comportamiento de los participantes respecto al consumo de tabaco.

SUGERENCIAS

- Revisar el contenido de la plática-debate para adecuarlo a la población a la cual se dirige, ya que el presente estudio demostró la efectividad de la misma en el género femenino, no así en el género masculino, por lo que es necesario enfocar un programa que responda a sus necesidades tomando en consideración sus peculiaridades.
- Es importante actualizar la dinámica de presentación de la plática-debate, así como el material didáctico.
- Es importante tener un conocimiento amplio de la población a la cual va a ser dirigida la plática-debate.
- Se debe informar con claridad a las autoridades sobre la finalidad de la plática debate, haciendo hincapié en las condiciones necesarias y los tiempos para su aplicación.
- Es necesario solicitar el apoyo por parte de los profesores y autoridades de los planteles para lograr una mayor difusión del evento.
- Dar seguimiento a los resultados obtenidos en un lapso no mayor a seis meses después de la plática-debate.
- Utilizar los cuestionarios diseñados en el presente trabajo en futuras investigaciones en relación al consumo de tabaco.

REFERENCIAS

- Anderson, J. (1996) Journal of School Health. Objectives of Community programs to Prevent Drug Abuse. 56 (9)
- Alpizar, G; Gómez P; Sandoval, L(2004) Mujer y Drogas "Centros de Integración Juvenil A.C . Ed. Mucime
- Avalos, Y (2000) Efectos de una platica debate en las actitudes hacia el consumo excesivo y/o adictivo de alcohol en un grupo de estudiantes de nivel medio superior. Tesis de Licenciatura UNAM: Facultad de Psicología.
- Batzan, A (1994) Psicología de la adolescencia Macombo. Ed. Alfa Omega
- Baumrind, D. (1991), The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. Journal of Early Adolescence, 11
- Becoña, E (1994) Guía de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo Madrid. Ed. Pirámide.
- Becoña, E (1998) Tratamiento del tabaquismo. Madir Ed. Dykinson
- Beauvoir, S (1981) El segundo sexo Buenos Aires Ed. Siglo Veinte
- Botvin y Heli Baker (1983) Developmental Changes in Attittudes toward Cigarette smoker during early adolescence. Psychological Recorts. 53.
- Burin, M y Meler T (1998) Género y Familia: poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad. Buenos Aires Argentina Ed. Paidos
- Burk, K.C Burke, J.D; Regier, D.A y Rae, D.S (1990), Age at on set of selected mental disorders in five community populations. Archives of General Psychiatry, 47
- Caplan (1966) Principios de Psiquiatría Preventiva Buenos Aires. Ed. Paidos
- Carneiro, A. (1982) Adolescencia. México. Ed. Hispanoamericana, S.A de C.V
- Casillas (1981) Consumo de Alcohol y Tabco entre Estudiantes Universitarios VI Jornada. Memorias UNAM
- Castro, M; García, G; Rojas, E y de a Serna, J (1988). Conducta antisocial y uso de drogas en una muestra nacional de estudiantes. Salud Pública, México, 30.
- Cherly R, Kolander W (1997) A school and Community Partnership Massachushttes: Jones and Bartlett Publishers. Cherly R, Kolander W (1997) A school and Community Partnership Massachushttes: Jones and Bartlett Publishers.
- CONADIC (2004), Comunicado de Prensa Num. 108 en www.salud.gob.mx
- Corona (1998) Hablemos de Salud Sexual. Manual para profesionales de atención primaria de la salud, información, herramientas educativas y recursos. Organización panamericana de la salud, México, D.F
- Clasen, D. R y Brown, B.B (1985) The multidimensionality of peer pressure in adolescence. Journal of youth and Adolescence, 14
- Craig, G (1997) Desarrollo Psicológico México Ed. Prentice Hall Hispanoamericana S.A
- Chassin, L. y Presson K (1984) Predicting onset of cigarette smoking in adolescents. A longitudinal study. Journal of Applied Social Psychology, 14,3.
- De la Garza, F (1983) "La Juventud y las Drogas" México. Ed. Trillas.
- Delval, J. (1994) El desarrollo humano. España Siglo Veintiuno de España Editores, S.A
- De la Garza (1986) Prevalencia del Consumo de Tabaco en los estudiantes de las escuelas secundarias, sus padres y sus maestros. Secretaría de Educación y Cultura. Dirección de Educación Media.
- Díaz – Loving, R; Díaz – Guerrero, R; Helmereich y J.J Spence, (1982). Comparación transcultural y análisis psicométrico de una medida de rasgos masculinos (instrumentales) y femeninos (expresivos), Revista Latinoamericana de Psicología Social, 1 (1), 3 – 37
- Dulanto, E (2000) El adolescente México Mc Graw – Hill Interamericana
- Encuesta Nacional de Adicciones (2002). Tabaco en www.conadic.gob.mx
- Esbensen, F y Delbert, S. (1994) Continuity and discontinuity in illicit drug use: patterns and antecedents. Journal Drug Iussues, 24, 1

- Espino, G. (1989) Te dejo porque me matas pero no te dejo porque me muero. Uno más uno. Salud y Sociedad Pp. 1-3
- Fishben Martín (1967) "A theory of Reasoned Actino Some Applications and Implications". University of Illinois at Urbano. Champaign. Pp.66-114
- Fuentes, B. (1989) Conocimientos y formación del adolescente México. Cía. Editorial Continetal, S.A de C.V
- Flores (2002) DSM-IV-TR Manual de Diagnostico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona. Ed. Masson
- Gallager, J; Harris, H. (1966) Problemas emocionales de los adolescentes Buenos Aires Ed. Horne S.A
- Goldsmith, M (1986) Debates antropológicos en torno a los estudios sobre la mujer Nueva antropología, 30,
- Gordon, R (1983) An Operational Classification of Disease Prevention. Vol. 98 Num. 2 March-April
- Gutiérrez, R; Unikel, S; Villatoro, V; Ortíz, C, (1996) La psicología social en México, vol. VI Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- Guzmán 2000 Imagen. Secretaría de salud. Cambios en la adolescencia. www.e-mexico.gob.mx
- Hernández, S; Baptista, L; Fernández, C (1997) Metodología de la investigación México. Ed. Mc Graw Hill
- Hierro, G (1985) Ética y Feminismo México UNAM
- Horrocks, J. (1984) Psicología de la adolescencia México. Ed. Trillas
- Hurlock, E. (1980) Psicología de la adolescencia Barcelona Ed. Paidós
- Jaffé, J (1980) Vicios y Drogas. Problemas y Soluciones. México. Ed. Harla
- Kandel, D.B y Fausto, R. (1975), Sequence and stages in patterns of adolescent drug use, Archives of General Psychiatry, 32
- Kimmel, D. (1998) La adolescencia: una transición del desarrollo Barcelona Ed. Ariel, S.A
- Kuri, M (2000) Tabaquismo involuntario en México. En www.salud.gob.mx
- Kramer y Cameron, D (1975) Manual sobre la dependencia de las drogas. Organización Mundial de la Salud. Ginebra
- Ladero, J; Leza, J; Lorenzo, P y Lizasoain, I (1998) Drogadependencias, Farmacología, Patología, Psicología. Legislación. Madrid. Médica Panamericana.
- Lazcano, P (2002) La Epidemia de Tabaquismo. Epidemiología, factores de riesgo y medidas de prevención. Salud Pública de México Vol. 44
- Lempers, J y Clark, Lempero, D.S (1993), A functional comparison of same sex and opposite – sex friend ships during adolescence Journal of Adolescent Research, 8
- Leñero, L. O (1968) Investigación de la familia en México. México. IMES
- López y Velázquez (1991) Prevalencia y Actitudes Frente al Consumo de Tabaco en una Población de Estudiantes de Secundaria del Distrito Federal. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología UNAM. México, DF
- Macia, D. (2000) La droga: conocer y educar para prevenir Madrid: Ediciones Pirámide
- Martín, M.J y Pritchard, M. E (1991), Factors associated with alcohol use in later adolescence, Journal of studies on Alcohol, 52
- Mata, Quiroga y Barrera, (1986) Diseño, Instrumentación y Evaluación de un Modelo Psicológico de Prevención, Orientación y Tratamiento de Conductas Adictivas para Estudiantes y Trabajadores Universitarios.
- Medina, M; López, E (1993) Prevención en Materia de Adicciones Instituto Mexicano de Psiquiatría
- Morales, J. (1994) Psicología Social. México, Ed. Mc Graw-Hill.
- Moscovici (1984) Psicología Social. México. Ed. Paidós.
- Mozas, J (1998) Como prevenir el consumo de Tabaco y Alcohol. Guía Didáctica para profesores. España. Escuela Española
- Notimex 2003 Consumo de tabaco en estudiantes de secundaria. Encuesta sobre tabaquismo en jóvenes. Ciudad de México. www.insp.mx/tabaco

- Novacek, J; Raskin, R y Hogan, R (1991), Why do adolescents use drugs? Age, sex and use differences, Journal of youth and Adolescence, 20
- Ortíz, A (1988) Adolescencia: fenómeno psicosociocultural. En. Salud, Sexualidad y Adolescencia, México. Ed. Pax
- Owusu-Bempah y Howitt, (1985) The effects of self modeling on cigarette smoking behavior. Curent. Psychological Research Reviews. Vol. 4(2).
- Palacios, J. (9ª ed., 1995) ¿Qué es la adolescencia. En C. Coll. (Comp.) Desarrollo Psicológico y Educación Psicología Evolutiva. México Alianza Psicológica
- Papalia, D.E. (1985) Desarrollo Humano. Ed. Mc Graw- Hill. México.
- Protitsny, H y Shiits, L. (1990), Adolescent substance use y family cohesion, Family Therapy, 17
- Quiroga, A.H, Mata, M.A y Vázquez, V.G (2004) Modelo de Prevención, Orientación, y Tratamiento en Conductas Adictivas para estudiantes y Trabajadores Universitarios. México, UNAM
- Quiroga, Sánchez y Barrera (1993) Diseño, Instrumentación y Evaluación de un Modelo Psicológico de Prevención y Orientación y Tratamiento de Conductas Adictivas (Alcohol, Tabaco y Droga) para Estudiantes y Trabajadores Universitarios. México, UNAM
- Raja, S.N; Mc Gee, R. Y Stanton, W. R (1992) Perceived attachment to parents and peers and bychological well-beging in adolescence, Journal of youth and Adolescence, 21
- Rappoport, L. (1986) La personalidad del niño desde los 13 a los 25 años. Barcelona. Ed. Paidós
- Real, D (2002) El tabaquismo y sus motivos de mantenimiento desde una perspectiva de género, en adolescentes de la universidad del valle de México/Xochimilco. Tesis de Licenciatura UNAM: Facultad de Psicología.
- Roales, J (1994) Tratamiento del tabaquismo. Medicina y Sociedad. México. Ed. Interamericana Mc Graw Hill
- Rodríguez, G (1997) Propuesta de capacitación de personal a partir de la acción razonada. Tesis de Licenciatura UNAM: Facultad de Psicología.
- Russell , M (1971) Cigarette Dependence Nature and Classification En Br. Med. J.; 2
- San Martín (1984) Salud Mental México. Prensa Medica
- Sánchez, M; Zuñiga, S (2004) Cuestionario de Actitudes. Facultad de Psicología, UNAM
- Sánchez, M; Zuñiga, S (2004) Cuestionario de Conocimientos Facultad de Psicología, UNAM
- Secretaría de Salud (1993) Encuesta Nacional de Adicciones. México. Tomo 1.
- Selltiz, Jahoda, Deutsch y Cook (1965) Métodos de investigación en las relaciones sociales. España, Ediciones Rialp.
- Siegel, S. (1972) Estadística no paramétrica. México. Trillas
- Solis, Gómez y Ponce (2003) Modelo de Prevención en Centros de Integración Juvenil, A.C Modelos Preventivos. Serie Planeación
- Trandis (1973) Attittude and Attittude Change. E. U. Series Preface. Cap. VI.
- Varela, E. (1985) Actitudes de los Estudiantes Universitarios hacia algunos problemas de actualidad. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología UNAM. México, D.F..
- Vega, A. (1983) Los educadores ante las drogas Madrid. Ed. Santillana
- Youniss, J y Smollar, J (1985) Adolescent relations with mother, fathers, and friends. Chicago University of Chicago Press.

ANEXO A

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

PROGRAMA DE CONDUCTAS ADICTIVAS
Y AMBIENTES TERAPEUTICOS

AREA DE PREVENCION

UNIDAD TEMATICA PREVENTIVO-INFORMATIVA
SOBRE TABACO

RESPONSABLE DEL AREA: GERARDO VÁZQUEZ VERA

CIUDAD UNIVERSITARIA, AGOSTO 1997.

INDICE DE LOS TEMAS

1. CONCEPTOS BASICOS
2. EFECTOS EN EL SISTEMA NERVIOSO Y ORGANOS RELEVANTES
3. FACTORES CONTEXTUALES
(INFLUENCIA DEL MEDIO AMBIENTE)
4. PROCESO DE LA ADICCION
5. MOTIVOS PARA EL USO DE SUSTANCIAS
6. SIGNOS Y SINTOMAS DE DEPENDENCIA
7. DAÑOS SOBRE EL ORGANISMO, FAMILIA Y SOCIEDAD
8. INFLUENCIA DE LOS MEDIOS MASIVOS DE COMUNICACION
9. LEGISLACION VIGENTE
10. ALTERNATIVAS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS

El uso del tabaco se remonta varios siglos antes del descubrimiento de América. Es originario del Nuevo continente, su consumo se ha extendido por todo el mundo a través de los años, de tal manera, que en la actualidad, se consume en prácticamente todos los países del planeta. Primero lo utilizaron nuestros antepasados con fines religiosos; y ahora, es consumido en sus diversas presentaciones en cigarrillos, puro, pipa, etc.; por millones de seres humanos, a pesar de que se sabe que su consumo es no solamente perjudicial para la salud, sino porque también, afecta otros niveles como la economía familiar, las relaciones de trabajo, las relaciones de pareja, etc. Al igual que el alcohol, el tabaco ocupa también un lugar importante en las sociedades en las que su consumo resulta ser socialmente aceptado. Así, el uso del cigarro que en un inicio respondió a necesidades de tipo religiosas y místicas, en la actualidad se ha popularizado, respondiendo más a los cañones de la comercialización.

De este modo, el tabaco al igual que el alcohol, se ha utilizado en cantidades variantes desde las que producen intoxicación, hasta porciones simbólicas que desempeñan un papel ritual. Por consiguiente, su uso es social y legalmente aceptado. No obstante, el uso del tabaco produce efectos farmacológicos notables de tal forma que se justifica plenamente considerarlo como una droga potencialmente peligrosa por las implicaciones que acarrea en las personas que lo consumen.

1. CONCEPTOS BASICOS

El tabaco es una planta de la familia de las solanáceas, de la cual se pueden encontrar alrededor de 45 especies distintas (nicotina tabacum, nicotina rústica, nicotina attenatua, nicotina bigelovi, nicotina trigonophylla)

Componentes del humo del tabaco

El humo del tabaco es, sin paliativos, altamente tóxico. Por lo menos han sido identificados 1200 productos químicos tóxicos diferentes, entre los cuales destacan la nicotina, el alquitrán, el monóxido de carbono y el polonio radiactivo, entre otros.

Contiene nicotina. Pero, además contiene óxido de carbono, procedente de la combustión incompleta del tabaco, que con la hemoglobina de la sangre constituye un compuesto estable e indestructible: La carboxihemoglobina. Se están haciendo estudios sobre la composición sanguínea a que puede dar lugar. Según la estadística del Doctor Stewart, sobre veintinueve mil donantes de sangre, de los que la mitad eran fumadores, la tasa de CO (óxido de carbono), en la sangre de los fumadores variaba de 0.5 por 100 en los poco fumadores a 20 por 100 en los grandes fumadores.

Benzopirenos y Nitroso-Aminas.

Son productos de degradación de los dos carburos policlónicos y están catalogados como productos altamente cancerígenos. Por último, si a todo esto se añade el ácido cianhídrico, arsénico, acetonas, aldehídos, fenoles, amoníaco y una pequeña cantidad de alcohol metílico, se tendrá una visión bastante completa de lo que contiene el humo que va a absorber el fumador. Hace poco, se ha demostrado, que el humo del tabaco contiene también una cierta cantidad de polonio radioactivo.

Sea cual sea su motivación, con el tiempo el fumador se volverá dependiente del tabaco. Esta dependencia puede ser de dos tipos, que con frecuencia se presentan juntas: dependencia física y dependencia psicológica.

Dependencia física. Es un estado de adaptación biológica que se manifiesta cuando se suspende en forma brusca la droga - en este caso el cigarro -. Se trata de una especie de síndrome de abstinencia, como ocurre cuando hay dependencia de drogas como el alcohol o los fármacos. Se caracteriza por trastornos más o menos intensos. Quienes consumen más de una cajetilla (20 cigarrillos) al día, son los más propensos a fumar por adicción, si bien esta no es una regla ineludible, pues también influyen el tipo de cigarro y la forma de fumar.

Dependencia psicológica. se manifiesta cuando una droga, en este caso el tabaco, se consume de manera compulsiva, aunque no exista dependencia física. Y cuando al suprimirla, se siente la necesidad imperiosa de volverla a consumir.

Con frecuencia es más difícil deshacerse de la dependencia psíquica que de la dependencia física, ya que, el fumar se asocia con situaciones gratificantes o relajantes o bien con aspectos de la vida cotidiana. Se puede afirmar, entonces, que muchas personas siguen fumando no porque así lo deseen, sino porque no pueden abandonar el hábito. Ya sea por motivos psicológicos, por dependencia física, o por ambos. El hecho es que no pueden sustraerse al tabaquismo.

De esta manera, el consumo excesivo de tabaco puede desembocar en una dependencia (física y psicológica), cuyos efectos pueden dar la pauta para iniciarse en el tabaquismo. Así según Turner (1971), el Tabaquismo es "la intoxicación crónica por el tabaco". Esta a su vez crea una dependencia física".

Desde el punto de vista conductual se conocen dos tipos de tabaquismo:

1. Tabaquismo activo: El tabaquismo activo desde el punto de vista conductual, es una conexión entre una secuencia estímulo-respuesta y un reforzador. Las teorías conductistas explican el desarrollo del hábito de fumar, argumentando que éste se establece como cualquier otra conducta y estará determinado por el balance entre sus reforzadores positivos y negativos. Esto esencialmente se debe a las motivaciones psicosociales y farmacológicas primordialmente.

2. Tabaquismo pasivo: Se refiere a la inhalación de la mayoría de los derivados de la combustión del tabaco. La exposición del humo del tabaco puede ser de dos tipos: De fuente principal (el humo exhalado por no fumar) o de fuente colateral (el humo que se origina de la combustión final del cigarrillo llamada comúnmente colilla).

2. EFECTOS SOBRE EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y ORGANOS RELEVANTES

Por sus efectos sobre el sistema nervioso central, el tabaco es un estimulante, y al igual que el alcohol, es considerado como una droga, en tanto que produce distintos cambios fisiológicos y psicológicos en el organismo. Estudios recientes indican que la nicotina puede causar dependencia física y no solamente psicológica, como antes se creía,

Después de la cafeína, el estimulante más usado a nivel mundial es la nicotina, aún cuando se ha demostrado, mediante documentos, que el fumar contribuye a porcentajes altos de morbilidad y muerte. A pesar de lo anterior, el 40% de la población adulta ha decidido no sólo pasar por alto esto y continuar fumando, sino también, consumir más cigarrillos por año.

Daños a la salud

Desde la década de 1950-1960, cuando por primera vez se habló que el consumo de cigarrillos era causa importante de cáncer de pulmón en los varones, las investigaciones realizadas reportan la relación directa el consumo de tabaco y un número cada vez mayor de enfermedades. (Sánchez-Ocaña, Ramón).

El fumar tabaco de manera inmoderada además de producir dependencia psicológica puede producir dependencia física, ocasionando serios daños a la salud y de manera particular en los siguientes órganos, aparatos y/o sistemas del organismo:

- 1) Aparato respiratorio;
- 2) Sistema cardiovascular;
- 3) Aparato digestivo;
- 4) Aparato urinario; y
- 5) Órganos de los sentidos

Parece ser que la acción directa del consumo tabáquico y la salud sigue 5 caminos:

1. El consumo de cigarrillos pone en marcha un proceso patológico, que progresivamente, produce daños irreversibles, cuyo efecto final es más o menos proporcional a la dosis total acumulada desde que se empezó a fumar. Cuando se deja de fumar, el individuo queda con trastornos

funcionales que ni mejoran apreciablemente ni, por sí mismos, siguen empeorando, a no ser, quizá, como consecuencia del envejecimiento o de la exposición a otros agentes nocivos.

2. El consumo de cigarrillos desencadena un proceso patológico caracterizado por la reparación y la recuperación continuas, hasta que llega a un punto crítico en el que deja de ser reversible. El efecto total está en función de la exposición acumulada a lo largo de los años, de manera que varios períodos breves de mucho fumar pueden conducir al punto de la irreversibilidad. A menos que se haya llegado a ese punto, el dejar de fumar disminuye rápidamente el riesgo. Un mecanismo de esta índole explica probablemente tanto la estrecha relación dosis-respuesta en el cáncer pulmonar como la rápida disminución relativa del riesgo de cáncer de pulmón entre los ex-fumadores.

3. El consumo de cigarrillo no inicia, sino que favorece el proceso patológico, sea reforzando directamente una afección en desarrollo o disminuyendo la capacidad del organismo para defenderse contra la enfermedad. Así, favorece el paso de una enfermedad subclínica a un estado patológico con síntomas clínicos o agrava una enfermedad leve o incluso aumenta las tasas de mortalidad de ciertas enfermedades. Por ejemplo, hay un aumento de las tasas de mortalidad por gripe o tuberculosis entre los fumadores, aunque el consumo de cigarrillos no sea la causa en sí misma, de esas enfermedades.

4. El consumo de cigarrillos crea condiciones transitorias que favorecen una combinación crítica de acontecimientos conducente a la enfermedad, la invalidez y posiblemente la muerte. Por ejemplo, hay bastantes pruebas de que cada cigarrillo puede aumentar la probabilidad de lesión del miocardio.

5. El consumo de cigarrillos puede estar artificialmente relacionado con un aumento de invalidez o mortalidad como resultado de una estrecha asociación con alguna otra afección que sea frecuente entre los fumadores, como por ejemplo, un gran consumo de cigarrillos y alcohol produce efectos mayores que el consumo de alcohol solo (cirrosis hepática).

Enfermedades del Aparato Respiratorio

Dos tipos de males pueden derivarse para el fumador: la ciliostásis y las alteraciones de los tejidos de los conductos respiratorios, que se traducen en la aparición de faringitis, traqueitis, bronquitis con tos persistente y expectoración matinal. El enfisema pulmonar y la insuficiencia respiratoria van a progresar inexorablemente.

La ciliostásis, es la pérdida de los cilios o pelillos que los conductores respiratorios poseen como filtro. La agresión continuada va eliminándolos y atrofiándolos definitivamente. (Sánchez-Ocaña Ramón).

Según datos del INER (1989) evidencias clínicas y epidemiológicas acumuladas en las décadas recientes indican que fumar cigarrillos es el principal factor de riesgo para la producción de EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica), Bronquitis crónica y enfisema pulmonar. Cuando los grandes fumadores se exponen a la contaminación atmosférica, hay más probabilidades de que contraigan la forma más grave e incapacitante de la bronquitis crónica.

En un rango situado entre el 80 y 90% de las muertes ocasionadas por EPOC han sido atribuidas al tabaquismo. Cabe destacar que la morbi - mortalidad por esta cantidad ha ido aumentando en la mujer de manera consistente en su incremento en el consumo de tabaco, fenómeno similar al que se ha observado en el cáncer pulmonar. Se considera que la EPOC se produce por la compleja interacción de varios agentes señalados, que ocasionan alteraciones ciliares y de las glándulas mucosas, así como por un aumento de las células inflamatorias y de la secreción de elastasa e inactivación de alfa 1 antitripsina (Fielding en Fajardo, 1995).

En cuanto al Enfisema, es importante mencionar lo siguiente: (El Tabaco Suplemento de "Viva Mejor"). El pulmón afectado por el enfisema, a semejanza de un resorte estirado en demasía, no puede contraerse lo suficiente, por cuya razón, el aire permanece atrapado en los alvéolos pulmonares, lo cual los deja dilatados. Los alvéolos normalmente parecen como racimos de uvas. El enfisema hace que las paredes de muchos alvéolos se rompan, lo que disminuye el número de sacos aéreos, aumentando al mismo tiempo su tamaño. Aunque esto forma espacios aéreos más grandes,

los pulmones disponen de una menor superficie de intercambio de gases con la sangre. Además de esto, los alvéolos se tornan menos elásticos, con lo que el aire permanece cerrado sin poder salir.

El aire atrapado se convierte en aire impuro, y ya no puede vitalizar la sangre. Los que padecen bronquitis y enfisema pueden respirar 30 o más veces por minuto en lugar de las 16 veces que se respira normalmente. Y aún así, no consiguen suficiente oxígeno.

Sin embargo, el enfisema que trastorna la respiración no suele causar gran alarma en sus primeras etapas. Por eso, puede pasar inadvertido hasta alcanzar una etapa donde produce intensas molestias. Aunque parezca asombroso, la realidad es que los pulmones tienen suficientes alvéolos para que una persona pueda desempeñarse en forma normal usando nada más que la mitad de la capacidad pulmonar. En algunos casos, el cirujano debe extirpar la mitad de un pulmón a un paciente enfermo de cáncer. Numerosas personas viven nada más que con un pulmón. Esto explica porque la destrucción de los sacos aéreos tiene que haber progresado bastante, antes de que la dificultad para respirar o la debilidad alarme suficientemente al enfermo para que busque ayuda "El enfisema es una enfermedad que comienza insidiosamente-declaran los doctores O.Schueeter y W. Stead-, porque los síntomas que producen se advierten sólo después de que una extensa porción del pulmón ha sido dañada. En ese momento, la patología se encuentra bien avanzada y las anormalidades fisiológicas pueden ser bastantes graves (Current Research in Chronic Airway Ostruction, p. 267; Public Health Service Publication No. 1717). De aquí la importancia de identificar el daño en fumadores asintomáticos por medio de pruebas de función respiratoria, ya que la sesión inicial es la obstrucción de las pequeñas vías aéreas que puede detectarse por la espirometría. Sin embargo, para evitar la presencia de la enfermedad, lo más conveniente es la abstención del uso del tabaco y la marihuana y llevar una vida lo más sana y natural que sea posible.

El enfisema no tiene tanto que ver con la obstrucción de los bronquios y bronquiolos como con el agrandamiento anormal de los alvéolos pulmonares; sin embargo, siempre se produce obstrucción de los conductos aéreos más pequeños.

En efecto, la peor clase de enfisema siempre va acompañada de desórdenes en los tubos bronquiales. La ruptura de las paredes de los alvéolos dificulta notablemente la expulsión del aire. La infección bronquial crónica con frecuencia precede al enfisema.

El enfisema de los pulmones produce un intercambio eficiente de gases entre la sangre y los pulmones, y una grave reducción de la capacidad pulmonar, especialmente, para espirar el aire viciado. Al producirse una ruptura de los bronquiolos y los alvéolos, hay también una destrucción de los vasos capilares que rodean los sacos aéreos. El diafragma se aplana y la caja toraxica pierde su elasticidad, quedando exageradamente dilatada. Además, esta enfermedad destruye el tejido pulmonar elástico y estrecha los tubos bronquiales, lo que genera una respiración jadeante. Aunque esta enfermedad no tiene curación, la eliminación del consumo de tabaco y de otras sustancias irritantes, y el uso adecuado de medicinas, puede disminuir su gravedad.

Como la expulsión del aire se realiza lentamente, el fumador termina por quedar sin aliento, porque el cuerpo no puede esperar tanto tiempo para recibir el oxígeno que necesita. Esta necesidad de oxígeno lo fuerza a apresurarse a efectuar la próxima inhalación sin ninguna pausa intermedia; pero como el movimiento respiratorio anterior no pudo liberarse de su suficiente aire viciado, la nueva inhalación simplemente fuerza aire adicional en los pulmones, los que ya contienen más de lo que debieran, produciendo en algunos casos malestar intenso, característico de los enfisematosos.

En ningún caso una persona puede expulsar completamente el aire que hay en los pulmones, no importa cuánto se esfuerce por conseguirlo. Siempre queda una cantidad considerable. La capacidad respiratoria vital varía de acuerdo con la edad y el sexo, de dos y medio litros a 5 litros. Pero la porción que siempre permanece en los pulmones normalmente asciende a unos 1000 cms. cúbicos, o sea un litro. En el caso de los enfisematosos esta cantidad aumenta. La medición del volumen del aire es muy importante para determinar una persona sufre enfisema o no. Si está enferma, su capacidad vital generalmente es menor. (Tabaco, iliaco y carótida).

La aspiración de aire necesita fuerza muscular, en tanto que la expulsión se realiza sin esfuerzo. Por lo general los pulmones son lo suficientemente elásticos para que su movimiento deje al tórax regresar a su posición de descanso sin ayuda adicional de los músculos durante la respiración.

Una persona en estado de reposo respira unas 16 veces por minuto y utiliza alrededor de medio litro de aire en cada respiración; sin embargo, los pulmones contienen mayor cantidad de aire. Una espiración forzada puede hacer salir de 3 a 4 litro de aire, pero aún así, después de esto queda en los pulmones otro medio litro más de aire que se mezcla con el nuevo aire respirado.

Cuando una persona sufre, no solo por haber perdido elasticidad de los pulmones, sino también por obstrucciones en los pasajes aéreos, la exhalación de aire se convierte en un proceso dificultoso. Una de las enfermedades que ocasiona esta clase de resistencia a la salida de aire, es el enfisema, reduciendo la elasticidad del mismo en el tejido, la bronquitis crónica ocasiona también oposición de resistencia a la exhalación de aire.

Durante la enfermedad obstructiva crónica, se experimenta al más alto grado de dificultad para expulsar el aire de los pulmones. El objeto de los movimientos de la caja torácica, es producir un intercambio de gases, necesarios para mantener la vida, por lo que al padecer enfisema, este queda gravemente afectado.

Resumiendo, las enfermedades que se presentan en el aparato respiratorio debido al consumo de tabaco son:

- _ Irritación de la garganta y del árbol respiratorio (tráquea, bronquios y pulmones)
- _ Reducción de la capacidad respiratoria.
- _ Bronquitis crónica con sus complicaciones: menores defensas ante las infecciones respiratorias.

Enfermedades del Sistema Cardiovascular.

El corazón paga un fuerte tributo. Cada "chupada" de cigarro provoca un espasmo arterial generalizado. Las arterias más afectadas por la intoxicación tabáquica son las de los sistemas coronarios, ilíaco y carótido. Así, cada cigarro puede aumentar la probabilidad de lesión del miocardio. Esta se produce al aumentar la demanda de oxígeno en respuesta a la nicotina contenida en el humo de los cigarrillos, al mismo tiempo que el monóxido de carbono presente en el humo reduce el suministro de oxígeno elevando la concentración de carboxihemoglobina en la sangre. Una vez corregido este desequilibrio de suministro y demanda de oxígeno, la probabilidad de lesión del miocardio tornaría, probablemente, a límites normales; en este caso, al dejar de fumar, bajarían mucho y casi de inmediato la morbilidad y la mortalidad correspondientes.

Con mucha frecuencia se encuentra arteriosclerosis en los fumadores; la carboxihemoglobina, cuya concentración está casi siempre elevada en la sangre de las personas que fuman moderadamente o mucho, se combina con el colesterol, que también está aumentando, produciéndose así una mayor cantidad de placas arterioscleróticas. (Sánchez-Ocaña, Ramón).

El fumar produce de inmediato una disminución del calibre de las arterias y las venas de los miembros, especialmente las de los pies y manos. Una consecuencia es el marcado descenso de la temperatura de la piel, la que puede, a nivel de los dedos, disminuir de 3 a 8 grados centígrados. Otra consecuencia, es un aumento de la presión arterial, especialmente en los que ya la tienen elevada. Hay una enfermedad llamada de Leo Buerger o tromboangeitis obliterante caracterizada por una obstrucción progresiva de los vasos sanguíneos, principalmente en las piernas, que puede requerir la amputación de las mismas, si no se deja de fumar y si no se atiende a tiempo. Esta enfermedad ataca exclusivamente a los fumadores. (Tabaco, suplemento "Viva Mejor").

El fumar produce aumento de los latidos del corazón (de 10 a 30 por minuto) aunque esto puede no observarse en algunas personas muy acostumbradas al tabaco. En las personas predisuestas, el tabaco causa palpitaciones e irregularidades en las contracciones del corazón (arritmia).

En muchos enfermos con angina de pecho o infarto de miocardio (dolencia en que se hallan afectadas las coronarias) el uso del tabaco provoca o agrava los síntomas. (Tabaco, Suplemento de "Viva Mejor").

Las enfermedades vasculares periféricas y el aneurisma de la aorta abdominal, están aún más relacionadas con el cigarro, además las fumadoras corren mayor riesgo de sufrir hemorragias subaracnoideas, sobre todo si se trata de mujeres que usan anticonceptivos orales que están 2 veces más propensas que las no fumadoras. La muerte súbita es más frecuente entre fumadores que no fumadores. (INER, 1989).

En relación a la presente enfermedad, los fumadores presentan una tasa de mortalidad mayor de un 70% en edades que van desde los 45 a los 54 años, y como otras consecuencias tenemos:

- Taquicardia y vasoconstricción con elevación de la presión arterial e isquemia de territorios capilares, como consecuencia de descarga de catecolaminas (vasoconstrictoras).
- _ Alteraciones electrocardiográficas, trastornos de repolarización en fumadores con elevado número de cigarros consumidos.
- _ Cardiopatía coronaria. El tabaquismo en pacientes que lo sufren es peligroso, sobre todo si ha tenido infarto, ya que una arritmia podría ser fatal.
- _ Arteriosclerosis aórtica y coronaria, más frecuentemente en no fumadores.

Resumiendo, las alteraciones que se presentan en el aparato cardiovascular debido al consumo del tabaco son:

- El tabaco provoca irritación en la garganta, inflamación de la mucosa, algunas veces estas molestias son permanentes, y la única solución es evitar el tabaco.
- _ Aceleración del ritmo cardiaco.
- _ Aumento de la tensión arterial
- _ Agravación del riesgo de ateroma (depósito de grasa en la pared interna de los vasos) y de trombosis que conducen a la angina de pecho y/o al infarto al miocardio.
- _ Accidentes vasculares cerebrales.

Enfermedades del Aparato Digestivo.

También estas vías, especialmente las superiores, se ven afectadas por la inhalación del humo tóxico. Las faringitis crónicas llevan a menudo al cáncer de faringe, el cual prácticamente no se manifiesta entre los no fumadores. Entre quienes fuman mucho se manifiestan cáncer de esófago, de estómago. (Sánchez-Ocaña, Ramón). Con frecuencia se observa un aumento de la contracción del colon, por lo que está contraindicado en los que sufren de trastornos en ese órgano. Sobre el estómago se observa una disminución de las contracciones que manifiestan el hambre, explicando la pérdida de apetito. (Sánchez-Ocaña, Ramón).

Al fumar hay un aumento en la secreción de saliva, por eso al dejar de fumar hay resequedad de boca. También hay aumento de la movilidad y mortalidad gástrica. Por irritación del humo, y hay alteraciones en la percepción del sentido del gusto y el olfato, por lo que al dejar de fumar se perciben mejor los olores y sabores (INER, 1989).

Enfermedades del Aparato Urinario

La acción del tabaco lo afecta. La eliminación de sustancias tóxicas del tabaco se hace en gran parte por el filtro renal. Se atribuye al tabaco la mayor frecuencia de cánceres de vías urinarias y sobre todo, de la vesícula, cuyas formas más precoces se constatan en grandes fumadores. Hay quienes atribuyen al tabaco alteraciones cutáneas; sequedad de piel, arrugas, etc. (Sánchez-Ocaña Ramón).

Efectos en los pulmones. El tabaquismo origina transformaciones estructurales y funcionales en las vías aéreas y en el parénquima pulmonar. Los cambios que sufre el fumador van desde el aumento de la producción de moco, hasta la presencia de tos, tales cambios son variables, también se

puede sufrir inflamación moderada, y obstrucción de las vías respiratorias. "Los cambios en el parénquima incluyen incremento en el número de células inflamatorias y finalmente obstrucción de las paredes alveolares, más comúnmente en la parte central de lobulillos, por lo que se denomina el enfisema centro lobulillar.

Cáncer pulmonar. Este fue el primer padecimiento que se asoció con el tabaco, desde los años 60s. El pliegue al que cada fumador está expuesto se distingue con su forma de fumar, así mismo, se da la relación dosis - respuesta dependiente de la duración, cantidad, inhalación (profunda) y la edad de inicio. Los primeros síntomas que presenta el individuo al adquirir esta enfermedad son: al arrojar esputos sangrientos (saliva con sangre), dificultad al caminar.

Esta enfermedad genera esencialmente en los fumadores crónicos mayores de 45 años, pero hoy en día se da también en personas jóvenes. Estudiosos del tabaquismo han llegado a la conclusión de que aproximadamente el 90% de los cánceres de las vías respiratorias están relacionados con el tabaco.

En más de 30 estudios retrospectivos realizados en 10 países y en otros 7 hechos en Canadá, Reino Unido y Estados Unidos, se ha puesto de manifiesto que el riesgo de cáncer de pulmón aumenta en relación directa con el número de cigarros fumados. Los grandes fumadores tienen un riesgo de 15 a 30 veces más elevado que los no fumadores. El riesgo aumenta con la inhalación de humo, con el comienzo temprano del hábito, con la cantidad de chupadas que se da a cada cigarro, con la costumbre de conservar el cigarro en la boca entre las chupadas, y con la de volver a encender los cigarros apagados. (Sánchez-Ocaña, Ramón).

El fumar cigarros incrementa el riesgo para desarrollar cáncer en 15 a 30% en los fumadores, que en los no fumadores. Parece inevitable que después de haber fumado más de 40 años una de cada 5 personas vaya a presentar cáncer. El riesgo se incrementa al iniciar a fumar, disminuye al dejar de hacerlo y al cabo de 5 años se tiene el mismo riesgo que el de quien nunca ha fumado. (INER, 1989).

Los fumadores de cigarros con filtro pueden tener menos riesgo de cáncer de pulmón que los fumadores de cigarros sin él. (Sánchez-Ocaña, Ramón). En la mayor parte de los estudios retrospectivos y en todos los prospectivos, se ha puesto de manifiesto un aumento relativamente pequeño de la mortalidad por cáncer de pulmón en sujetos que sólo fumaban en pipa o fumaban puros, tiene un efecto mucho menos intenso, ya que la cantidad de elementos carcinógenos en el humo de la pipa o del puro es en realidad superior al que existe en el humo de los cigarros.

En general, se considera que, al revés de lo que pasa con los fumadores de cigarros, que suelen inhalar el humo y son grandes fumadores, los habituados a la pipa y al puro son en general fumadores moderados que no inhalan el humo. Sin embargo, entre los que "tragan" el humo, la incidencia del cáncer del pulmón sigue siendo más baja que entre los fumadores de cigarros que declaran no inhalar el humo. (Sánchez-Ocaña Ramón).

Cáncer de laringe. Diversos estudios epidemiológicos, clínicos y experimentales han establecido una fuerte relación entre el fumar y el cáncer de laringe (Garfinkel en Fajardo 1995). En general se considera que los fumadores presentan - en comparación con los no fumadores - un aumento de riesgo relativo ha desarrollar este tipo de neoplasia, que oscila entre 2.0 y 27.5 veces, con una estrecha relación dosis - respuesta, según este mismo autor.

Cáncer de boca. Estudios de cohortes han demostrado también una alta incidencia de cáncer oral en fumadores. En términos generales se considera que la relación de mortalidad entre fumadores y no fumadores es de 31.1. Así mismo, poblaciones con pocos fumadores tienen una tasa muy alta de mortalidad por este tipo de neoplasias (Hammond y Hain en Fajardo, 1995).

Cáncer de esófago. Datos obtenidos de casos controlados y estudios indican que el cigarrillo es una de las causas principales del cáncer de esófago. Aunque existen grandes variaciones, en las diferentes investigaciones con relación al riesgo que atribuye al tabaquismo, se considera que la mortalidad por esta neoplasia es de 1.3 a 11.1 veces mayor en los fumadores.

Cáncer de vejiga. El riesgo relativo al desarrollar cáncer de vejiga en los fumadores es de 2 a 3 veces más alto que en los no fumadores. Se ha demostrado también un gradiente de este riesgo asociado con el número de cigarrillos fumados. - que va de 1.6 (aproximadamente media cajetilla) a 5.3 (aproximadamente dos cajetillas o más).

En estudios de cohortes, se ha visto que el riesgo de cáncer en el tracto urinario disminuye tras dejar de fumar. El riesgo de los fumadores se aproxima al de no fumadores cuando han pasado más de 15 años que han dejado de fumar.

Cáncer de páncreas. Diferentes estudios realizados, han sugerido que esta neoplasia ocurre con una proporción aproximada de 2.1 en los fumadores, en comparación con los no fumadores, sin embargo, la asociación no ha sido tan fuerte como en las neoplasias antes mencionadas (Garfinkel en Fajardo, 1995).

Enfermedad cerebro vascular.

Los fumadores tienen una mortalidad por enfermedad cerebro vascular de alrededor de 1.5 veces mayor que los no fumadores (Rose y Blackburn en Fajardo, 1995).

Enfermedad oclusiva arterial periférica.

El factor de riesgo más importante que predispone a este crecimiento es el hábito tabáquico. Así por ejemplo, la enfermedad aórtica y femoropoplitea son mucho más frecuente en fumadores. Por otro lado, estos individuos presentan una mortalidad por aneurisma aórtica abdominal de 2 a 3 veces mayor que los no fumadores.

Enfermedad gastrointestinal.

Un gran número de evidencias han implicado al tabaquismo como un factor importante en la patogénesis y desarrollo de varias enfermedades gastrointestinales, en especial la úlcera péptica.

Problemas específicos de la mujer.

Philippe Augendre, impulsor de los planes para dejar de fumar, y redactor jefe de la revista "Vida y Salud", francesa, comenta, al plantear las consecuencias del tabaco en la mujer, datos tan significativos como que la mujer fumadora tenía problemas en la menstruación con una frecuencia tres veces mayor que las que no fumaban (de 5.000 encuestados, el 37,7 por 100, frente al 13.8).

Por otra parte, parece demostrado que el tabaco aumenta la frigidez. También, según los resultados de la misma encuesta, entre las fumadoras hay diez veces más casos de esterilidad que entre las no fumadoras (41,8 por 100, frente al 3,3). Se ha constatado de igual forma que hay un aumento considerable de menopausia anticipada, lo que puede interpretarse como un síntoma de envejecimiento precoz.

Estadísticamente se demuestra también que los abortos son más frecuentes entre las mujeres que fuman y que el peso de sus hijos es menor al nacer.

En el informe técnico sobre el tabaco, de un comité de expertos de la Organización Mundial de la Salud, que hemos tomado como base para este trabajo, se dice al hablar del tabaco y el embarazo: "Todo el mundo sabe lo peligroso que son para el feto las radiaciones, la rubéola y determinadas drogas; pero, en cambio, es menos conocido el hecho de que una madre que fuma durante el embarazo está poniendo en peligro a su hijo."

Según resultados de siete grandes encuestas, practicadas de forma independiente, parece seguro que los niños que han nacido de mujeres que han fumado durante su embarazo, pesan, por el término medio, de 150 a 240 gramos menor que los nacidos de madres no fumadoras y que la proporción de prematuros es de dos a tres veces mayor entre las madres que fuman.

(Detalle este importante; quizá alguna madre fumadora no encuentre de excesiva importancia un peso inferior en 200 gramos. Quizá no lo sea en un embarazo que llega perfectamente a término. Pero si al menor peso añadimos el problema de que hay un mayor riesgo de que sea prematuro, el problema adquiere otras dimensiones. Para un prematuro, 200 gramos pueden ser vitales.)

El Tabaco, el embarazo y la lactancia

Aunque pocas mujeres latinoamericanas fuman, se observa desafortunadamente una tendencia al aumento del número de las que lo hacen. Cabe señalar al respecto que está perfectamente demostrado que, basta que una embarazada fume un cigarrillo, para que se produzca un aumento en las palpitations del niño de 5 a 10 por minuto, que dura unos 15 minutos. Las madres que amamantan a sus hijos deben recordar que, cuando ellas fuman, pasa nicotina a la leche en cantidad de 0,14 miligramos por litro si fuman poco, y de 0,47 miligramos si son muy fumadoras, lo cual inevitablemente daña a las criaturas que toman esa leche contaminada.

El tabaquismo durante el embarazo causa alteraciones cuyos resultados son desfavorables para el bebé. Debido a tales complicaciones, tenemos: nacimiento de niños con bajo peso, así mismo sufren desventajas intelectuales a futuro, además que en las mujeres fumadoras la tasa de mortalidad en niños es mayor.

Es importante señalar que el riesgo de aborto espontáneo en madres fumadoras es de 10 a 20%, existen también otras complicaciones como "el desprendimiento prematuro de la placenta, hemorragias durante el embarazo y rupturas prematuras de membrana de la bolsa de las aguas, condiciones que contribuyen también al aumento de muertes fetales.

El tabaco y los órganos de los sentidos

Es muy frecuente observar una franca disminución de la fineza del sentido del gusto y del olfato en el fumador. Sobre la vista, además del frecuente efecto irritante del humo sobre la conjuntiva, cabe señalar el marcado empeoramiento que produce el tabaco en algunas afecciones de la retina, y la llamada ambliopía nicotínica, debida a una lesión de los nervios ópticos producida por el tabaco, que puede terminar en la ceguera.

El tabaco y la esperanza de vida

La disminución en el número de años de vida en los fumadores de cigarrillos se debe, desde luego al acortamiento de la esperanza de vida. La reducción del porcentaje de esa esperanza de vida, se hace mayor con el avance de la edad. De este modo el fumador de 10 a 19 cigarrillos al día tiene una esperanza reducida en un 11% cuando tiene 25 años, que llega a ser de 21% cuando tenga 65 años.

Fumadores pasivos

Se define como fumador pasivo, a aquel individuo no fumador que se expone a la inhalación pasiva de productos de la combustión del tabaco en un ambiente cerrado:

- a) "De fuente principal" que es el humo exhalado por un fumador.
- b) "De fuente colateral" que es el humo que se origina de la combustión final de cigarrillo.

Así según Tapia Conyer (1994), señala que "El primer término utilizado para definir la exposición voluntaria al humo del tabaco fue el de fumador pasivo. Sin embargo, en la actualidad se utilizan términos diversos para el mismo fenómeno: tabaquismo pasivo, fumador involuntario, exposición ambiental al humo del tabaco, tabaquismo ambiental, etc. Se dice por lo tanto, que hay tabaquismo pasivo cuando un fumador se expone al humo del tabaco de un fumador en un ambiente cerrado".

De esta manera -según este autor- el humo del tabaco se deriva de dos fuentes, la principal y la colateral: el humo de la primera es un aerosol que es inhalado por el fumador, filtrado en sus pulmones y exhalado; el segundo es el aerosol que se emite al ambiente de forma directa por la combustión de tabaco. Ambos tipos de humo tienen características comunes y componentes similares, incluidos en los óxidos de nitrógeno, el monóxido de carbono, y un número importante de sustancias carcinógenas y cocarcinógenas, como el amonio, las nitrosaminas volátiles y las aminas aromáticas"

Diferentes estudios han demostrado que la exposición pasiva al humo del tabaco produce elevación de los niveles de carboxihemoglobina circulante y nicotina en saliva y orina. A niveles esperados para fumadores moderados (1-10 cigarrillos al día).

Así mismo, se ha reportado una asociación significativa entre la prevalencia de enfermedades respiratorias como bronquitis crónica, e infecciones respiratorias crónicas con niños menores de 2 años, así como aumento en la incidencia de asma bronquial en hijos de padres fumadores.

Además se ha observado una mejoría de estas alteraciones cuando los padres dejan de fumar, también el tabaquismo de los padres se ha identificado como un factor de riesgo para la otitis media persistente en niños.

En niños mayores se ha observado que las intervenciones quirúrgicas del tipo de la amigdalectomía son más frecuentes en hijos de padres fumadores que no fumadores. Se ha observado, que el contenido de nicotina en la saliva en niños de 11 a 16 años, es casi 8 veces mayor cuando ambos progenitores fuman. Se considera que este efecto equivale al que produciría el consumo de 80 cigarrillos en un año.

Estudios realizados por los Doctores Wittig y Blaiss (1982) indican que las personas que no fuman, pero viven con alguien que consume una cajetilla diaria, sufren casi el mismo daño en sus pulmones, como si fumaran cinco cigarrillos diarios.

Numerosos estudios realizados con el objeto de determinar las características específicas de la personalidad del fumador han alcanzado escasos resultados. Únicamente se ha podido llegar a aproximaciones en algunas características que se dan con mayor frecuencia entre los fumadores que entre quienes no fuman.

Este es el caso de la extroversión, rasgo que sirve para identificar a sólo el 60%. Por otra parte aún si se pudieran establecer asociaciones entre la costumbre de fumar y otras variables, con ello no se logra definir conexiones causales, que serían muy útiles para prevenir el consumo en usuarios potenciales.

Por ejemplo, en el caso de la extroversión, no se puede determinar si es el hecho de fumar el que incrementa el nivel de este rasgo, o si existe otra variable que se correlaciona tanto con fumar como con la extroversión y que causa esta asociación. En una revisión de más de 50 estudios sobre la condición mental de los fumadores se concluyó que había una gran disparidad en los datos recopilados, presentándose sólo una ligera mayoría de investigaciones que señalaban que los fumadores tenían un estado de salud mental levemente inferior (en un 1 o 2%) al de los no fumadores, mientras que los demás estudios no encontraron esta relación.

Se ha definido, además, que los fumadores tienen un más alto nivel de heterosexualidad y un menor nivel de diferencia hacia los demás. Entre los fumadores existe una mayor incidencia que en la población no fumadora de consumo de otras sustancias con fines de alteración mental. También por llevar una vida sedentaria, así como por lo general, son mayores de 17 años con un nivel socioeconómico medio alto o nivel económico medio/medio superior.

La bronquitis crónica, frecuentemente precede o acompaña al enfisema. Se caracteriza por la producción excesiva de moco en los bronquios. La inflamación e hipersecreción de las células bronquiales, da lugar al exceso de flemas y se presenta la tos para expeler el material que normalmente podría ser expulsado por la acción de los cilios. Aunque la bronquitis crónica también se

ha encontrado en personas expuestas a ambientes contaminados, su incidencia en fumadores es 20 veces mayor que en no fumadores.

Para terminar, quisiéramos señalar que el uso combinado de alcohol y tabaco causa mayores estragos a la salud de los individuos, pues con cada aspiración del humo del tabaco se inhala por lo menos 1200 sustancias químicas, entre ellas el monóxido de carbono, el ácido cianhídrico, el benzopireno, etc. que definitivamente son sustancias carcinógenas que se depositan en la boca, nariz, garganta y pulmones, formando una capa de resinas vegetales quemadas, que al combinarse con el alcohol, éste actúa como solvente de estas sustancias, incrementando el riesgo de contraer cáncer en las diferentes zonas que atraviesa el humo de los cigarrillos.

Factores que modifican la mortalidad del daño producido por tabaco

* Edad de inicio en el hábito. Esta es muy importante porque entre más temprano se inicie mayores serán las probabilidades de que en forma prematura presenten algún síntoma relacionado con fumar.

* Forma de fumar. Si la persona acostumbra inhalar el humo hasta dentro del pecho hay más probabilidades de daño, también si fuma en forma rápida o si se termina el cigarro completamente ya que en el último tercio del mismo se concentran la mayor cantidad de compuestos nocivos producidos en la primera porción.

* Tipo de tabaco. Influye la longitud del cigarro, la cantidad de nicotina y alquitrán, la presencia del filtro o no e incluso el tipo de papel utilizado para la elaboración del mismo.

* Cantidad de cigarrillos fumados y tiempo de fumar. Entre más años tenga la persona fumando o entre más sea la cantidad de cigarrillos fumados mayor será la probabilidad de daño orgánico.

* La susceptibilidad individual. Esta favorece o determina la aparición de diversas enfermedades, por ejemplo en una familia puede haber varios miembros afectados por el mismo padecimiento y algunas son dañadas más fácilmente por el humo del cigarro. (INER, 1989).

Daños Físicos.

Los más conocidos por sus efectos perjudiciales sobre el organismo son la nicotina, el óxido de carbono, el alquitrán y otras diversas sustancias irritantes.

El alquitrán posee una capacidad cancerígena muy alta. El alquitrán se encuentra en el cigarrillo que se quema, y ha sido identificado como uno de los principales factores de cáncer pulmonar y otros cánceres del tracto respiratorio.

La nicotina es el componente más conocido que existe en el tabaco. Es un estimulante del corazón y del Sistema Nervioso, de tal manera que el efecto inmediato al fumar es un aumento en los latidos del corazón y una elevación de la presión sanguínea. Estos efectos, sin embargo, desaparecen rápidamente.

Los fumadores incipientes pueden desarrollar, como consecuencia de esto, accesos de tos y dificultades para respirar y, a largo plazo, pueden desarrollar problemas respiratorios y cardiovasculares.

El monóxido de carbono se produce al quemarse el cigarrillo y tiene la capacidad de reducir la habilidad sanguínea para acarrear oxígeno a los tejidos del cuerpo, desarrollando un endurecimiento de las arterias, que es lo que técnicamente se llama arteriosclerosis.

Patologías asociadas al uso del tabaco.

Se ha comprobado que a este nivel el tabaquismo produce alteraciones tanto funcionales como orgánicas, contra lo que inicialmente se creía el hábito de fumar tiene repercusiones negativas

sobre la función respiratoria, demostrada por un deterioro en la capacidad vital forzada y en el volumen respiratorio forzado. Una de las pocas noticias alentadoras para los fumadores es que este deterioro es reversible casi completamente después de cinco años de haber abandonado el hábito.

A nivel orgánico, tanto la bronquitis crónica como el enfisema pulmonar, problemas relacionados con la obstrucción crónica de las vías aéreas centrales o por un trastorno difuso que afecta preferentemente las vías periféricas, se relacionan íntimamente con el tabaquismo. El asma, patología de las vías respiratorias y patógenas multifactorial y no bien precisada, en las cuales, el sistema inmunitario se ve intensamente implicado, también tiene una gran relación con el hábito de fumar, pues se supone que puede inducir un estado de hiperactividad y la expresión de ésta como ataques de asma clínicamente reconocibles.

Contracción arterial.

Otro de los efectos producidos por el tabaquismo es la contracción de las arterias, las que aumentan los latidos del corazón, esto sucede en los fumadores crónicos (empedernidos). Principalmente dentro de los que conforman el grupo de edad entre los 40 y 50 años; las consecuencias que padecen son palpitations irregulares, algunas de ellas inofensivas, pero a veces pueden llegar hasta temblor cardiaco. Aparte de las irregularidades en las palpitations del corazón se padecen síntomas de opresión en el pecho.

Resumiendo pues, el fumar tabaco de manera inmoderada, además de producir dependencia psicológica, puede producir dependencia física, ocasionando serios daños a la salud en los siguientes órganos relevantes:

- * Aparato respiratorio
- * Sistema cardiovascular
- * Aparato digestivo
- * Organos de los sentidos

De entre las enfermedades del aparato respiratorio podemos citar algunas:

- Faringitis
- Traqueitis
- Bronquitis
- Enfisema pulmonar
- Insuficiencia respiratoria
- EPOC
- Bronquitis crónica
- Cáncer de pulmón

De entre las enfermedades del Sistema Cardiovascular podemos mencionar las siguientes:

- Sistemas coronarios
- Presión arterial
- Tromboangitis obliterante
- Arritmia
- Enfermedades vasculares periféricas
- Aneurisma de la aorta abdominal
- Hemorragias subaragnoideas

De entre las enfermedades del aparato digestivo podemos mencionar las siguientes:

- Cáncer de faringe
- Cáncer de esófago
- Cáncer de estómago
- Gastritis
- Ulcera

De entre las enfermedades del aparato urinario podemos mencionar las siguientes:

- Cánceres de vías urinarias
- Cáncer de vesícula

De entre las enfermedades en la mujer podemos mencionar las siguientes:

- Problemas en la menstruación
- Frigidez

- Esterilidad
- Menor peso de los hijos al nacer
- Aborto y parto de feto muerto

3. FACTORES CONTEXTUALES (INFLUENCIA DEL MEDIO AMBIENTE)

El tabaquismo no es un problema resultante de un solo factor, sino que, es el resultado de la presencia de varios factores contextuales o ambientales que facilitan y/o promueven la aparición y el mantenimiento de estas conductas de consumo. De esta manera, el consumo de cigarrillos se practica en la casa, entre los amigos y muchas veces, con la esposa o con los hijos. El hecho es que el tabaco al igual que el alcohol -ya que son sustancias socialmente aceptadas-

En este sentido, el tabaco desempeña un papel fundamental puesto que sirve tanto para validar una relación social como para unir a la gente, cuando se fuma colectivamente. A través de un proceso de socialización, los individuos internalizan desde pequeños las formas peculiares tanto del beber como del fumar.

En el problema del tabaquismo intervienen, desde factores personales, familiares, sociales, culturales, económicos, religiosos, médicos, legales, psicológicos, etc.

De este modo, todas aquellas fuentes de socialización que incluyen desde la familia, la cual transmite en un primer momento al individuo, todo un conjunto de normas, costumbres y reglas que éste deberá asimilar con el fin de poder convivir con sus semejantes. Más tarde, otras instancias socializadoras como la escuela, la iglesia, los amigos, el trabajo y los medios masivos de comunicación, todos, fungirán como los encargados de matizar, cambiar o crear las actitudes y conductas de los individuos hacia a algo o hacia alguien.

Una diferencia entre las otras drogas y el tabaco es que éste al igual que el alcohol, son sustancias que se caracterizan por que su venta es libre, legal y autorizada, mientras que las otras se consiguen en un mercado marginal, con receta médica en el caso de los psicofármacos.

El tabaco y el alcohol son sustancias de mayor consumo en todo el mundo, ya que su uso está socialmente aceptado y, de hecho, suele acompañar las reuniones sociales o las ceremonias religiosas. Además, el tabaco al igual que el alcohol, siempre ha sido productos de fácil adquisición, puesto que son baratos y accesibles para la mayoría de las personas, incluso los niños y los adolescentes.

Existen una serie de factores que influyen en el consumo repetido de cigarrillos, que funcionan como reforzadores de carácter social, entre los cuales podemos enumerar los siguientes :

1) La disponibilidad del tabaco (Que tan accesible es el tabaco y cuan permitido es su consumo en su población) Se ha comprobado que entre mayor sea la probabilidad de tener acceso y disponibilidad de una sustancia adictiva, aumenta en mayor proporción el riesgo de ingerirla, ya que como en el caso del tabaco, es una droga legal es fácilmente adquirible; además de que su precio es relativamente bajo en la mayoría de los tipos de cigarros y eso hace que más gente tenga acceso a ellos. También hay un debilitamiento de las restricciones para su consumo, hay incorporación al mercado nacional de nuevas marcas comerciales, y sin embargo no disminuye el consumo de cigarros nacionales por efecto de la propaganda, diversificándose el mercado internacional y aumentando el nivel de consumo.

2) El contexto en el que se utiliza. Según Miller y Eisler (1976), las fiestas muy concurridas, ruidosas y animadas facilitan la intoxicación, en comparación con aquellas de carácter íntimo que se desarrollan en sitios íntimos y confortables.

3) Las sanciones impuestas debidas al abuso de cigarros aún en lugares prohibidos. Se ha demostrado que todos los métodos coercitivos que intentan resolver el problema han resultado totalmente inefectivos. Además, también se ha visto que las sanciones impuestas al consumo de

tabaco alientan o refuerzan las propiedades del mismo, convirtiéndolo en una "peligrosa aventura", que para algunas personas resulta atractiva de intentar.

4) Los medios Masivos de Comunicación. En el caso del abuso de tabaco y del alcohol, los Medios Masivos juegan un papel muy importante ya que a través de la propaganda y de la publicidad, llegan a crear en las personas; fuertes actitudes y motivaciones a favor del consumo de ambas sustancias. En este sentido Nort Robert (1987), considera que " No podemos dejar a un lado el impacto de comunicación, no sólo sobre la población en general sino también sobre la vida familiar, y por lo tanto sobre los adolescentes. La televisión en particular, se ha convertido en el centro crítico de las actividades y del entretenimiento familiar, y se ha vuelto tan poderoso que muchos de nosotros sencillamente no tenemos que pensar por nuestra cuenta. Con familias sometidas a presiones muy reales, la televisión y las engañosas estaciones de radio que atraen a los adolescentes por medio de la música".

Muchas de estas conductas y actitudes hacia el tabaco y del alcohol, son reforzadas debido a la asociación que las personas hacemos con algunos modelos o personas que consideramos atractivas, intrépidas, únicas, brillantes, inteligentes, maduras, etc.; los cuales en muchas ocasiones -si no es que en todas - sólo hacen estos papeles para ganar prestigio y dinero.

La mayoría de los consumidores y los que no consumen, saben poco o nada con respecto a las grandes inversiones que hacen las compañías tabacaleras y vinícolas o cerveceras para producir mensajes y publicidad, lo cual garantice el impacto y efectividad en el público consumidor y no consumidor.

La mayoría de las compañías tabacaleras y vinícolas o cerveceras gastan miles de millones de pesos seduciendo a los que observan sus anuncios a consumir sus productos, la industria de los tabacos y los licores gasta cantidades semejantes anunciando sus artículos en los periódicos y revistas, en murales y casas por el estilo.

Veamos algo con respecto a la propaganda y la publicidad.

a) La presión de la publicidad en la televisión. En los carteles y la prensa, suelen encontrarse mensajes que, directa o indirectamente intentan persuadir sobre el consumo tanto de cigarrillos como de bebidas alcohólicas, relacionándolas con un mejor estilo de vida, con éxito o reconocimiento social.

b) La propaganda de los cigarrillos y de las bebidas alcohólicas, contribuye en muchos casos a crear y difundir ideas erróneas respecto a las bondades de consumir los productos anunciados. El tabaco alcohol, mediante el éxito, la atracción física, la prosperidad, la aventura y la diversión. Las diferentes marcas se anuncian ligándolas al deporte, las diversiones costosas, en fin el prestigio personal, la amistad o el compañerismo, etc.

De acuerdo con Kessel y Walton (1991), entre las causas sociales y culturales del tabaquismo y el alcoholismo, se han mencionando la oportunidad ,el ejemplo, la presión de la publicidad.

La oportunidad para consumir tabaco y alcohol, dependen de la disponibilidad de estas sustancias, de la facilidad para adquirirlo, la facilidad para consumirlo en bares, restaurantes, tiendas, expendios, la falta de sanciones para su consumo de acuerdo con la edad y propaganda. El ejemplo, no únicamente de los patrones de consumo de los padres, sino también de las personas que se toman como modelos, tal es el caso de los compañeros, deportistas, estrellas de rock, personalidades del cine.

La presión de la publicidad, televisión, carteles y en la prensa escrita.

Así mismo, -consideran estos autores-, que las actitudes culturales hacia el tabaquismo y el alcoholismo, también influyen en el consumo. Ya que en nuestra sociedad el tabaquismo y el alcoholismo tienden a considerarse como una cuestión de hombres e incluso cuestiona a aquellos que no los consumen.

Adicionalmente el modelo de los padres, con relación al uso o abuso de bebidas alcohólicas, influyen en el aprendizaje de dichos patrones conductuales y roles sociales, que tienden a alentar o desalentar, el consumo de alcohol.

5) El modelamiento (Familia). Toda familia constituye una pequeña sociedad con costumbres y valores propios, en mayor o menor grado influidos por la cultura de la sociedad a la que pertenece. La tendencia al alcoholismo no se trasmite sólo como factor hereditario a través de los genes, sino que las costumbres y el modo de beber alcohol en una familia pueden alentar el progresivo desarrollo de éste problema en los hijos.

6) La Sociedad. Otro factor de suma importancia es la sociedad como sancionadora de conductas pero también como la que las permite y las fomenta. La sociedad tiende a considerar el alcoholismo y el tabaquismo una cuestión de hombres y mira con toque de prejuicio a los hombres que no beben ni fuman. En este sentido, las distintas costumbres y valoraciones que una sociedad tiene respecto de diferentes cuestiones son, sin duda, una guía que muestra a sus integrantes determinadas pautas de convivencia, y las conductas que serán aceptadas y rechazadas.

En este mismo sentido, existen según Cormillot, algunos factores que podrían predecir la aparición de problemas de tabaquismo y de alcoholismo en una sociedad:

- a) Normas excesivamente permisivas con respecto al beber y al fumar.
- b) Carencias de normas que regulen el consumo de bebidas y de cigarros.
- c) Aceptación cultural del beber fuerte y del fumar en exceso.
- d) Popularización del uso de alcohol para reducir la tensión y el estrés. A esto se le denomina "uso utilitario".
- e) Falta de adecuadas campañas de Prevención que provean de información y enseñanza sobre el alcohol, el tabaco y su consumo.

También Madden (1986), considera importante algunos factores externos, en el medio ambiente, que influyen de manera considerable para que un individuo, grupo o población consuma algún tipo de sustancia. Para este autor "Los aspectos socioculturales que afectan la aceptabilidad y disponibilidad del alcohol, son las características más determinantes en la producción de los hábitos de consumo personal peligrosos.

Sólo las fluctuaciones que ocurren en estos aspectos podrían explicar las variaciones tan amplias que se observan en los distintos países y razas en lo que respecta a los problemas que ocasiona el consumo del tabaco y del alcohol". Siguiendo con este autor, considera que son cuatro las razones por las cuales un individuo miembro de la sociedad puede recurrir a tomar una sustancia.

- a) La primera es obtener el valor real o supuesto de la sustancia como medicamento.
- b) El segundo objetivo de tomar una sustancia con efectos sobre la mente reside en que se considera que posee valor nutritivo.

Desde el punto de vista de la Psicología, hay quien sostiene que el individuo fuma o toma por que aprende a hacerlo, y esta conducta le es gratificante. Esta gratificación es tanto farmacológica como social.

Por su parte Bales (en Velasco Fernández, 1987), -con base en varios estudios culturales y transculturales-, propuso que "existen tres formas en las que la organización social influye en la incidencia del tabaquismo y del alcoholismo, a saber:

- a) El grado en el cual una cultura genera en los individuos fuertes necesidades de adaptación a sus tensiones internas.
- b) Las actitudes que la propia comunidad propicia entre sus miembros respecto del consumo del tabaco y alcohol.
- c) La medida en que prevé sustitutos para la satisfacción de sus necesidades.

Bales supone que una sociedad que genera tensiones internas como culpabilidad, agresión contenida, conflictos sociales e insatisfacción sexual y cuya actitud hacia el tabaco y alcohol es la de aceptarlo utilitariamente como un reductor de tales tensiones, es una sociedad que tiende a producir un alto porcentaje de alcohólicos y de fumadores excesivos.

De este modo, nos damos cuenta de que el contexto social o medio ambiental que rodea a las personas, contiene una serie de factores y variables que permiten la instauración de las conductas de consumo de tabaco y alcohol.

7) Las expectativas personales y la actitud de la persona al consumir tabaco y alcohol, influyen en los efectos que estas sustancias provocan en el individuo.

8) El estado físico y emocional, el temor, la tensión, la angustia, la ira, la fatiga, pueden también influir en los efectos al consumir sustancias.

9) También se ha visto que los estímulos que tienen que ver con la conducta de fumar y de beber, llegan a desencadenar el deseo y el acto de fumar y beber, los estímulos implican una amplia gama, que incluyen la vista, el olor, los lugares donde se fuma y se bebe y las circunstancias (agradable o desagradables) que ha precedido al consumo de dichas sustancias.

10) Hay factores relacionados con la ocupación y el trabajo que son citados por Plant (1979), el cual sostiene que las presiones sociales en horas de trabajo, por parte de amigos o compañeros es un factor que puede ocasionar el acto de fumar y beber, así como el grado de relación que exista entre los compañeros de trabajo y los colegas, constituye un aspecto común en el abuso del tabaco y del alcohol. La ausencia de supervisión, los ingresos muy altos o muy bajos, las tareas que generan tensiones considerables o las obligaciones que implican actitudes peligrosas, el trabajar a deshoras o jornadas demasiado prolongadas, el trabajar en lugares en los que el consumo de tabaco y la bebida este a disposición durante todo el día, etc, Madden (1989).

11) El tipo de cigarrillos y de bebidas y la cantidad que se consumen alteran de acuerdo a varios factores que se presentan, tales como:

a) La cantidad de alimento en el estómago

b) La experiencia adquirida por el fumador o tolerancia que es la capacidad para "aguantar más" de tal modo que cada vez se necesita fumar mayores cantidades de tabaco para obtener los mismos efectos.

12) Mitos sobre el consumo de tabaco y tabaquismo. Finalmente, mencionemos que es en la sociedad, en la familia, en la escuela, en el trabajo, con los amigos y de los medios masivos de comunicación de donde obtenemos informaciones, experiencias e ideas con respecto al uso del tabaco y los virtuales efectos que causa en el organismo. Así, es plausible advertir que, no toda la información que se nos brinda puede ser confiable, debido precisamente a que cada quien experimenta los efectos del tabaco según sus condiciones tanto físicas como mentales, y que además, también los otros agentes socializadores pueden transmitir una información distorsionada, con prejuicios, sensacionalista, etc con respecto al tabaco y a su uso. Es sobre estas variables sobre las que se crean, refuerzan y moldean los Mitos que en cada sociedad se tienen con respecto a un objeto actitudinal cualquiera, en este caso sobre el tabaco.

Los mitos, son ideas erróneas que por tal o cual razón se mantienen dentro de un grupo social, de una comunidad o de un país. Así, encontramos que, existen una serie de mitos que se han creado acerca del consumo de tabaco y que es precisamente, uno de los objetivos de toda información que se brinda a los grupos en riesgo, él brindarles una información real y objetiva que ayude a valorar los efectos reales que produce el consumo de tabaco sobre el cuerpo humano. Los mitos en cierto sentido favorecen en gran medida el hecho de que se mantenga un consumo excesivo de tabaco.

Como se sabe, el medio más cercano lo constituye la familia, y es precisamente ésta, la que puede alentar o evitar que un joven consuma drogas. En ocasiones, es posible encontrar un perfil

característico de la familia del fármaco dependiente, caracterizado por una falta de comunicación, de apoyo, de soporte emocional, la evidente presencia de rivalidades entre familiares, los problemas económicos, la desintegración familiar, el divorcio, etc.

Además, existen factores ambientales que influyen en el consumo de drogas, como son la disponibilidad o accesibilidad hacia las drogas y la existencia de agentes inductores como los grupos de compañeros en la escuela, en el trabajo, amistades, vendedores y publicidad, siendo esta última, quien haga uso de la psicología para persuadir a la gente, sobre todo a jóvenes a consumirlas, inculcando la idea de que el éxito, la belleza, la virilidad, el sexo, la intimidad, la inteligencia y la comodidad pueden lograrse por medio de distintos productos, cuyo uso no parece representar peligro alguno.

Así mismo, la sociedad de consumo busca multiplicar los productos químicos u otros que prometen satisfacción, placer o alivio del dolor del comprador / consumidor.

4. PROCESO DE LA ADICCIÓN

Son muchas las clasificaciones que se han hecho en el intento por agrupar, por sus características, a los tipos de fumadores con la finalidad de describir y explicar el proceso que sigue una adicción. Aunque cada fumador recorre su propio camino, se puede decir en términos generales que toda persona fumadora pasa por etapas que a continuación se describen. Para ello, se han tomado algunas clasificaciones de algunos autores, finalmente; se menciona una clasificación emitida por la OMS, la cual, recopila en sus categorías varias de las consideraciones hechas por los otros autores.

Etapas del Tabaquismo

Inicio.- Por lo general ocurre en la adolescencia, aunque también en la niñez o edad adulta. Causas :

- * Disponibilidad del cigarro.
- * Curiosidad por saber qué es fumar.
- * Sentir que al hacerlo se demuestra conformidad con el comportamiento de otras personas o rebeldía prohibición (considerada como impuesta arbitrariamente).
- * Curiosidad por saber cuál es su atractivo.
- * Antecedentes familiares. Comúnmente se da con mayor frecuencia en hijos de padres fumadores o hermanos mayores fumadores.

Establecimiento.- Se da por relaciones con sensaciones placenteras, facilitación de las relaciones interpersonales, publicidad (influencias sociales); por pérdida de valores estables, alivio de la tensión o falta de decisión (factores individuales).

Mantenimiento.- Se da debido al desarrollo de la dependencia hacia el tabaco. El uso regular no puede ser abandonado sin que el fumador perciba molestias en su estado de ánimo y en signos físicos. Ello incita volver a consumir tabaco, con lo que los síntomas desaparecen.

Interrupción.- Se debe a diversos factores:

- * Valores (salud.- Daño potencial a ésta y su importancia, independencia, control sobre sí mismo, conceptos estéticos).
- * Papel que desempeña el fumar en el consumidor para incrementar sentimientos positivos o disminuir tendencias negativas (ansiedad o angustia).
- * Apoyo externo que fomenta la decisión de interrumpir el consumo.

De este modo, según Rico Méndez (1990), "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". La tolerancia a los efectos displacenteros se desarrolla rápidamente, y si las gratificaciones psicosociales son lo bastante intensas, el sujeto encontrará

formas de controlar la inhalación de manera que el placer sea cada vez menor y se inicie el aumento en el número de cigarrillos consumidos".

Más adelante este mismo autor señala que..... " Una vez iniciado el tabaquismo, el paso siguiente es el mantenimiento, el cual, está condicionado por varios factores. Durante las primeras etapas el fumar es intermitente y casi exclusivo de las situaciones psicosociales, pero conforme aumenta el consumo y se profundizan las inhalaciones, se incrementan las gratificaciones farmacológicas. 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 -aún no bien determinado, ya que cada individuo tiene características personales-, se presenta una nueva dificultad: la supresión de la nicotina, que se manifiesta inicialmente como un malestar subjetivo y que desaparece rápidamente al reiniciar el hábito. De esta manera se cierra el círculo y la dependencia se hace cada vez mayor".

Existe una clasificación más elaborada por Turner (1971), el cual considera que existen tres etapas en la historia de un fumador, las cuales son:

1 Etapa. Como el sujeto se inicia en el hábito de fumar; dentro de esta etapa los factores psicosociales van a explicar la causa que tiene el individuo para fumar. Constituye también el inicio de trastornos físicos en el ser humano, el fumar es apenas un deseo en esta etapa.

2 Etapa. Se le considera como la estimulación u obtención de placer. La nicotina cumple la función de reforzador positivo, es decir, estimula al individuo positiva o negativamente, de acuerdo con el problema que quiera solucionar.

3. Etapa. Finalmente, en la tercera etapa, se ha dado inicio la dependencia física más extensamente, consiste en la enajenación del individuo para dejar de fumar y tiene que hacerlo por que constituye una necesidad. Es aquí donde el individuo viene ha hacerse dependiente de la familia en algunas ocasiones.

Siguiendo con este autor considera que, si consideramos la clasificación de fumadores de acuerdo al número de cigarrillos fumados tenemos:

* Fumador muy moderados	1/2 cajetilla al día
* Fumadores moderados	1/2 cajetilla al día
* Grandes fumadores	1 a 2 cajetillas al día
* Fumadores exagerados	2 o más cajetillas al día

Cabe aclarar, que en esta clasificación, el número de cigarros fumados por una persona, depende del estado de ánimo, o de los problemas que esté enfrentando.

Así, los fumadores exagerados, son aquellos que han desarrollado una dependencia física con relación al cigarro y representan trastornos motores debido a ello, dichos trastornos pueden ser temblores, reducción de la habilidad e interferencia en la vista entre otros.

Finalmente, la OMS (Citado en Frenk, 1976) estableció la siguiente clasificación de los tipos de consumidores de sustancias adictivas con base en la frecuencia de consumo, y las motivaciones que refuerzan este comportamiento. Así según la Organización Mundial de la Salud, existen cuatro tipos de fármaco dependientes, los cuales se suceden en un proceso que denota una cadena adictiva. Estos son:

1) El consumidor Experimental. El primer tipo de usuarios de drogas es el de los experimentadores, que son, básicamente, aquellos individuos que toman droga por simple curiosidad, pero que pasando esta experiencia, deja de ser atractivo su consumo.

Según Llanes J. (1982), este tipo de usuarios inicia su consumo con más frecuencia en la adolescencia. También señala que, es también frecuente que los jóvenes que consumen drogas presenten otro tipo de desequilibrio psicológico y conductual, manifestado en el abandono de los estudios, dificultades para conservar un trabajo estable, desviaciones de su conducta sexual, etc. Finalmente, éste autor considera que, el consumo inicial se define como aquel que consiste en consumir una droga de una a tres veces y casi siempre al quedar la curiosidad saciada, la mayoría de los consumidores de drogas ilícitas a este nivel no vuelven a consumirlas.

2) El consumidor Social u Ocasional. El segundo tipo, es el de los usuarios sociales u ocasionales, que son principalmente aquellos individuos que sólo consumen drogas cuando están en grupo. Para ellos, el consumo de drogas tiene la finalidad de poder pertenecer a un grupo, de rebelarse contra los valores sociales establecidos, de resolver conflictos pasajeros, o simplemente para seguir una moda.

Llanes (1982), considera que este tipo de consumidores son aquellos que persisten en el uso de drogas cuando está al alcance de la mano en un ambiente en el que su uso es corriente, de este modo, generalmente la droga actúa como relajadora y facilita la interacción social.

3) El consumidor funcional. El tercer tipo, es el de los fármacos dependientes funcionales, que son aquellos usuarios que necesitan tomar drogas para funcionar en sociedad. Se trata de personas que han creado una dependencia tal a una droga, que no pueden realizar ninguna actividad si no la consumen. Sin embargo, a pesar de su dependencia, siguen funcionando en la sociedad, y sólo presentan trastornos cuando no pueden consumir la droga en cuestión.

Al hablar sobre este tipo de consumidor Llanes, considera que este tipo de consumo habitual - como él lo llama- depende de una serie de factores tales como la frecuencia, el tipo de droga y el punto de vista del observador; este nivel se distingue por la intensidad de la necesidad. Se llega al fenómeno de la dependencia psicológica cuando el consumo pasa a ser habitual o intensivo pero las causas son muy variadas y están más relacionadas con la personalidad del individuo al igual que con la acción farmacológica de una determinada droga

4) El consumidor disfuncional. El cuarto tipo, es el de los fármacos dependientes disfuncionales que son aquellos individuos que han dejado de funcionar dentro de la sociedad debido a su alto consumo de droga, toda su vida gira en torno a ésta, por lo que su actividad entera la dedican a conseguirlas y a consumirlas.

Según Llanes (1982), el consumo disfuncional, intensivo o compulsivo - como él lo llama - es el grado en el que tal consumo llega a abominar la vida del individuo; en el que gran parte de tiempo y energía es ocupada para obtener la droga y abusar de ella, para hablar de sus efectos y pasar la mayor parte del día con compañeros en su misma condición.

La aproximación conductual y del aprendizaje social, propone que el abuso del Tabaco, se debe a un simple condicionamiento (con la finalidad de reducir una necesidad o pulsión) que se deriva de los principios del aprendizaje. Esta aproximación estudia los factores relevantes que contribuyen a mantener la conducta abusiva del consumo de Tabaco, a través del análisis funcional de los eventos antecedentes y consecuentes específicos asociados con el patrón conductual en los que se incluye una amplia variedad de factores tanto sociales, situacionales, cognitivos, fisiológicos y emocionales.

Cualquiera de ellos o la combinación de los factores consecuentes, puede precipitar el consumo excesivo de Tabaco. Estos factores consecuentes, pueden así mismo incluir el incremento de experiencias positivas o la reducción de antecedentes negativos.

Finalmente, en la adquisición del hábito de fumar cigarrillos de acuerdo con Levental y Cleary, se pueden distinguir cuatro estadios: Preparación, Iniciación, Convertirse en fumadores y mantener el hábito de fumar.

La mayoría de los fumadores fuman su primer cigarrillo en situaciones sociales; siendo la presión social el factor más importante en el inicio del hábito, especialmente, las influencias que provienen de amigos de la misma edad.

5. MOTIVOS PARA EL CONSUMO DE TABACO

A) Motivos en los jóvenes La adolescencia es un periodo de transición. En esta etapa, los jóvenes reducen su dependencia hacia la familia y la transfieren a chicos de su misma edad. Se crea entonces la dependencia a grupos de jóvenes similares a ellos, lo que les permite experimentar con diversa conductas sociales, a través de las que expresan su independencia con respecto a sus padres.

Es en este periodo cuando convergen factores que los pueden inducir, más que en otras etapas de la vida, a adquirir el hábito de fumar. Así por ejemplo, se mencionan los siguientes factores (CONADIC, 1992; ADICTUS, 1994):

1. La Curiosidad: Muchos adolescentes e incluso niños, prueban el cigarrillo con el deseo de averiguar a qué sabe y qué sienten sus padres y otros mayores cuando fuman. Y a pesar de que la mayoría de las veces el cigarro les provoca malestar físico, continúan fumando, no por el sabor, sino para obtener gratificaciones de orden psicológico y social.

2. La Aceptación: Cuando un adolescente se desenvuelve en un grupo donde la mayoría de los muchachos fuma, existe mayor probabilidad de que empiece a fumar para sentirse integrado al grupo y aceptado por sus compañeros.

3. Deseo de ser adulto: Al fumar, los jóvenes tienen la sensación de haber arribado al mundo de los adultos. Es natural que los adolescentes deseen ser "gente grande", pero ese deseo es aprovechado por la publicidad que presenta al fumador como una persona madura, audaz, atractiva para el sexo opuesto, adinerada y, en general, afortunada y envidiable". Resulta lógico que los adolescentes, ante esta fantástica imagen, deseen identificarse con ella. Y lo hacen a través del cigarro.

4. Rebeldía: Muchos jóvenes, hombres y mujeres emplean el cigarro para demostrar su inconformidad frente a la sociedad.

5. Imitación: Una de las razones más determinantes del nuevo hábito de fumar de los jóvenes es el mecanismo de imitación. Padres, tíos, hermanos y otros parientes mayores, así como maestros y amigos de la familia, son el ejemplo a seguir por los adolescentes. En consecuencia, si estos "modelos" fuman, será más probable que los muchachos también lo hagan.

b) Motivos en los adultos. Quienes adquieren el hábito de fumar desde la adolescencia -hábito que es reforzado por diversos factores sociales y psicológicos tienen grandes probabilidades de llegar a ser adultos fumadores. Pero, si los factores que los llevaron a iniciarse en el tabaquismo han dejado de tener relevancia (ya no requieren aceptación de grupo como antes, ni manifestar rebeldía, ni parecerse a los mayores), puesto que han rebasado la etapa de la adolescencia ¿Por qué continúan fumando?.

Al respecto, se han identificado varias razones para que los fumadores sigan atados a su hábito. En este sentido, Rusell (1983), elaboró una clasificación de los distintos tipos de fumadores, de acuerdo a las razones de consumo en:

* El fumador psicosocial. Es el que recibe recompensa de tipo social y psicológico. Para él, fumar es un símbolo de fuerza, de precocidad, de atractivo sexual y de sofisticado buen gusto; se trata en su mayor parte de adolescentes y jóvenes. Fuman de modo ocasional e intermitentemente, sobre todo en fiestas y situaciones sociales. Puede también ser por curiosidad, deseo de imitar a sus padres, hermanos mayores y amigos, en caso de que lo vean fumando. Además el derecho a fumar se ha transformado, para muchas mujeres, en un símbolo de liberación femenina.

* El fumador sensorial o táctil. Existen numerosas sensaciones de tipo placentero que motivan a estas personas. Por ejemplo, la apariencia y la textura de las cajetillas, las sensaciones de tener el cigarro en la mano y en la boca, el olor del tabaco, el proceso de encender los cigarrillos, inhalar y luego contemplar el humo cuando exhalan.

Si se agregan el sabor y los sonidos, se tiene una amplia gama de sensaciones y movimientos que forman una especie de ritual en el que se sumergen algunos fumadores. Se calcula que solamente el 11% de los fumadores considera que las sensaciones y movimientos son importantes para ellos.

* El fumador que busca placer. La mayoría de los fumadores ocasionales y moderados consumen menos de veinte cigarrillos al día. Al hacerlo buscan la relajación y el placer; lo hacen casi siempre en momentos de descanso, cuando pueden gozar de estos. Se pueden pasar más de dos o tres horas sin fumar cuando su atención está dirigida a otras actividades. Como es obvio, los fumadores de tipo

recreativo que inhalan el humo, también derivan placer de algunos efectos farmacológicos de la nicotina.

* El fumador que busca la estimulación. Este tipo de fumador utiliza los efectos de la nicotina para activarse mientras está trabajando o está ocupado en algo. Se utilizan, en este caso, los cigarrillos como estimulantes, además de disminuir las sensaciones de hambre, sueño y fatiga. También alivian un poco la monotonía y el aburrimiento de un trabajo demasiado rutinario. En situaciones de tensión, es frecuente que fumen un cigarrillo tras otro y lo hacen de modo automático.

* El fumador que intenta calmarse. Es muy común que las personas nerviosas fumen intentando calmarse. Parece ser que por algún efecto farmacológico de la nicotina, aunque también influyen las recompensas orales y tener las manos ocupadas con cigarrillos.

Cuando el nerviosismo, la ansiedad y la tensión son habituales, pueden considerarse como síntomas neuróticos, a los que podría dar una mejor solución mediante otros caminos, como hacer ejercicio o realizar determinada actividad que lo mantenga relajado y seguro de sí mismo.

*El fumador adicto. Este tipo de fumador, puede ser que ya no disfrute el tabaco, sino que fuma para evitarse los malestares de la abstinencia. Fumar se ha vuelto una necesidad marcada: Su organismo se ha acostumbrado a la nicotina. El fumador experimenta síntomas de abstinencia, tales como irritabilidad y nerviosismo, si pasa 20 o 30 minutos sin fumar. Encienden el primer cigarrillo en cuanto despiertan y continúan fumando todo el día, para poder mantener un alto nivel de nicotina en su cerebro.

* El fumador automático. Es el que enciende un cigarrillo tras otro; incluso cuando no se termina de consumir el que estaba fumando. Se sienten molestos e inquietos cuando no tienen un cigarrillo encendido entre sus dedos. En particular, los motivos adictivo, automático, de estimulación y para calmarse, aparecen reunidos en muchas personas. Si una persona presenta los cuatro tipos de motivación se puede hablar de adicción farmacológica y psicológica.

* El fumador involuntario. Los fumadores "involuntarios" o "pasivos" son personas que no fuman, pero que se ven obligadas a respirar el humo de los cigarrillos, tanto en su trabajo como en su casa. Existen, a su vez, numerosos sitios públicos como ciertos cafés y restaurantes que tienen la atmósfera cargada de humo, por lo que puede dañar seriamente la salud de los no fumadores. En estos sitios, los no fumadores inhalan cada hora la cantidad equivalente a fumar un cigarrillo.

Por otra parte, en la revista *nicotinell* (1992), se clasifica a los fumadores de la siguiente manera:

* El fumador habitual: Este tipo de fumador hecha mano del cigarro con regularidad, a ciertas horas del día o durante ciertas actividades. Muchas actividades cotidianas están tan íntimamente ligadas al fumar que incitan al fumador, casi en forma automática, a buscar un cigarro. El alto consumo de cigarros y la elevada dependencia de la nicotina por parte de los fumadores habituales traen consigo el consecuente alto nivel de riesgo para la salud.

* El fumador por tensión: Los fumadores por tensión recurren al cigarro para hacer frente con más éxito a situaciones desagradables, a una sensación de presión, a la inquietud o a la irritación. El fumar le proporciona a este tipo de fumador un alivio transitorio: la tensión parece desvanecerse. Esta clase de alivio inmediato lleva a un alto grado de dependencia de la nicotina.

* El fumador recreativo: El fumador recreativo fuma por el placer, encendiendo un cigarro ante una tasa de café, por ejemplo. Una sensación de logro y satisfacción o una reunión con amigos íntimos podrían ser vistas también como ocasiones adecuadas para el cigarro. Este tipo de fumador, sin embargo, fuma además por el sabor, el aroma, el ambiente cálido, para tener las manos ocupadas y así sucesivamente. El fumar, para esta clase de personas, sirve para fortalecer sentimientos positivos.

El tipo recreativo fuma en forma irregular y puede pasarse algún tiempo sin fumar en absoluto. La dependencia del cigarro es menos marcada en estos fumadores.

* El fumador por imagen: Un rasgo característico de este grupo es la noción de que "fumar es sinónimo de diversión": los cigarrillos y el encendedor son objetos con los que al fumador le encanta jugar. Este tipo de fumador rechaza la idea de "fumar por tensión".

Algunos fumadores por imagen prenden el cigarrillo para parecer más maduros y demostrar mayor aplomo en presencia de los demás, para que les ayude a entablar conversación con otros o para superar la turbación. El fumador por imagen fuma sin regularidad y en raras ocasiones, y prácticamente no revela ninguna dependencia a la nicotina.

En este sentido, entre los principales motivos y/o razones de consumo se encuentran:

* En el ámbito individual. Placer, costumbre, relajación, estimulación, hábito, dependencia, disminución de un estado negativo, influencia.

* En el ámbito social. Efectos de la propaganda en la cual, la publicidad presenta a los jóvenes como atractivos, felices y sofisticados y así, el ganar importancia teniendo a cambio una pareja con los atributos anteriormente mencionados y creando una atmósfera de intimidad y confianza, la imagen del fumador que proyecta es la del hombre o la mujer ideal; pertenencia e identificación a un grupo determinado.

* En el ámbito familiar. En la familia se pueden transmitir patrones derivados de los padres o hermanos mayores como factores que aumentan la probabilidad de que los hijos fumen. Así según la revista Adictus (1994), "En cuanto a la motivación se sabe que, en la gran mayoría de los casos la iniciación al tabaquismo ocurre en la adolescencia, debido en parte a complejos fenómenos de aprendizaje y, sobre todo, a que la adolescencia es un periodo de transición con importantes cambios físicos y conductuales, que agraven el problema y que están predispuestos al consumo de tabaco.

El niño fuma por imitación, porque ve fumar a sus padres y a las personas mayores y desea parecerse a ellos. La dependencia hacia la familia se trasfiere hacia jóvenes iguales a ellos, quienes les proporcionan la oportunidad de experimentar con una gran variedad de conductas sociales, que son aceptadas y reforzadas por sus iguales y a través de las cuales logran expresar su independencia e individuación.

Así, encontramos que existen motivaciones tanto de tipo psicológico, como también las hay de tipo fisiológico.

Con base en lo anterior, Tapia Conyer (1994), ha realizado estudios con personas que fuman acerca de las motivaciones que los llevan a tener dicho hábito, llegando a la conclusión de que esas razones se dividen en dos grupos:

1. Necesidades internas (relajación, estimulación y hábito)
2. Factores que se relacionan con aspectos sociales

Seguindo con este autor, entre las motivaciones más frecuentes se encuentran:

* Por hábito. La gente fuma automáticamente sin darse cuenta de ello.

* Por dependencia. Entre un cigarrillo y otro sienten un impulso por fumar que solo desaparece en presencia de otro cigarrillo.

* Por disminución de un estado negativo. Fuman cuando se sienten deprimidos o quieren olvidarse de problemas.

* Por relajación placentera. Cuando fuman se sienten relajados y cómodos.

* Por estimulación. Fuman cuando están deprimidos para elevar su estado de ánimo.

* Por publicidad. La publicidad provoca un impacto en los receptores de los mensajes de tal manera que si ellos fuman, serán más importantes, audaces y sensuales, podrán tener una pareja con los mismos atributos así como para poder ser aceptados en un grupo social determinado.

* Por influencia. Como es sabido la conducta de los padres y de las personas cercanas a los jóvenes juegan un papel muy importante. En este sentido, la conducta fumadora tiene repercusiones importantes en los niños de manera que los segundos aprenden de los primeros.

Sobre esta misma línea Rico Méndez (1990), señala que se pueden postular tres mecanismos básicos de motivación en el consumo de tabaco:

- a) Para disminuir las manifestaciones de tensión, temor, angustia, etc.; es decir, con el propósito de obtener un efecto sedante o tranquilizante.
- b) Para evitar las molestias del síndrome de supresión.
- c) Por efectos gratificantes y placenteros de la nicotina.

6. SIGNOS Y SINTOMAS DE DEPENDENCIA

Podemos hablar de tabaquismo desde el momento en que el uso o consumo del tabaco, provoca una compulsión por fumar de manera continua y periódica a fin de conseguir los efectos deseados o para evitar sus efectos físicos producidos por su abstinencia.

Síndrome de abstinencia.- Es el conjunto de signos y síntomas provocados por la interrupción del consumo del tabaco. Se caracteriza por intranquilidad, excitación, agresividad, irritabilidad, crisis de mal humor y depresión por parte del sujeto, lo que provoca problemas en las relaciones sociales, aumento de peso corporal y gran deseo de fumar, dolor de cabeza y trastornos gastrointestinales. Este síndrome es variable en cada consumidor, su intensidad depende de la dosis que diariamente utilice el consumidor.

Se han encontrado enfermedades y trastornos relacionados con el tabaquismo, que dependen de:

- * El número de cigarrillos fumados al día
- * El tiempo que lleva fumando
- * La edad de inicio
- * La profundidad de la inhalación
- * El tipo de cigarrillos y el tabaco que fuma, es decir, el porcentaje de nicotina y alquitrán que contengan.

TRASTORNOS RELACIONADOS CON LA NICOTINA

El DSM IV(1995), se menciona que la dependencia y la abstinencia de nicotina se pueden presentar con el consumo de cualquier modalidad de tabaco (cigarrillos, chicle, polvo, pipa y puros) y con la toma de medicamentos (parches y chicles de nicotina) La capacidad relativa de estos productos para provocar dependencia o inducir abstinencia, la cual está en función de la rapidez de la vía de administración (fumada oral) y del contenido en nicotina del producto consumido".

Dependencia de Nicotina.

La tolerancia a la nicotina se manifiesta por la ausencia de náuseas, mareos y otros síntomas característicos a pesar del consumo abundante de nicotina o de la disminución del efecto del consumo continuado de la misma cantidad de nicotina. La interrupción del consumo produce un síndrome de abstinencia bien definido. Aunque más del 80% de los sujetos que fuman expresan el deseo de dejar de fumar y el 35% lo intentan cada año y sólo el 5% lo consigue.

Abstinencia de Nicotina.

Los criterios para el diagnóstico de abstinencia de nicotina son los siguientes:

- A. Consumo de nicotina durante al menos algunas semanas.
- B. Interrupción brusca o disminución de la cantidad de nicotina consumida, seguida a las 24 horas por cuatro o más de los siguientes signos:

- * Estado de ánimo eufórico o depresivo
- * Insomnio
- * Irritabilidad, frustración o ira

C. Estos síntomas provocan un malestar clínicamente significativos o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Estos síntomas son debidos en gran parte a la derivación de nicotina y son más intensos entre sujetos que fuman cigarrillos que entre los que consumen otros productos. En sujetos que dejan de fumar la frecuencia cardiaca disminuye cinco a doce latidos por minuto en los primeros días y el peso aumenta de 2 a 3 Kg en el primer año. Con el cambio del consumo de cigarrillos de alto a bajo contenido de nicotina o al interrumpir el consumo de chicle o de parches, pueden aparecer síntomas de abstinencia leves.

Características y trastornos asociados.

Características descriptivas y trastornos mentales asociados como la necesidad irresistible (craving) es un elemento importante en la abstinencia de nicotina y puede explicar las dificultades de los sujetos para dejar de consumir productos que la confieren; otros síntomas asociados con la abstinencia incluyen el deseo de dulces y de deterioro de actividades que requieren un estado de alerta. Algunos síntomas asociados con la dependencia de nicotina parecen predecir mayores dificultades para interrumpir su uso: fumar al levantarse, fumar cuando se está enfermo, etc. Los trastornos del estado de ánimo, las de ansiedad y otros relacionados con sustancias que son más frecuentes entre los fumadores que entre los ex-fumadores o en quienes nunca han fumado.

Es importante aclarar también que los síntomas también van a depender de la cultura, la edad y el sexo.

DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS

Características de la dependencia de sustancias

- * Grupo de síntomas cognoscitivos, conductuales y fisiológicos
- * Existe un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia
- * Los síntomas son similares para todas las categorías de sustancias, aunque alguno de ellos es menos patentes e incluso pueden no aparecer
- * Necesidad irresistible de consumo: se presenta en la mayoría de pacientes con dependencia

SINTOMAS DE DEPENDENCIA

También en el CONADIC (1995), se han analizado una serie de fenómenos asociados al consumo del tabaco, entre los cuales se pueden mencionar:

1. La Tolerancia

- a) Necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
- b) Efecto de mismas cantidades de sustancia, disminución claramente de su consumo continuado.

2. Abstinencia

- a) Síndrome de abstinencia característico para la sustancia
 - b) Misma sustancia es ingerida para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
3. Patrón compulsivo de uso de una sustancia:
- a) Demasiado tiempo para obtener la sustancia. Todas las actividades de la persona giran virtualmente en torno a la sustancia.
 - b) Abandono o reducción de actividades sociales, laborales o recreativas, familiares o hobbies.
 - c) Presencia de problemas psicológicos y fisiológicos
4. Frecuencia en la ingesta de sustancias en cantidades mayores o durante periodos más largos

CRITERIOS PARA EL ABUSO DE SUSTANCIAS

Algunos de los criterios para considerar el abuso de sustancias son:

A) Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno o más de los ítem siguientes durante un periodo de 12 meses:

1. Consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (por ejemplo: ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionados con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la sustancia; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa.
2. Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso; por ejemplo, conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia.
3. Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia; por ejemplo; arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia.
4. Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrente o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia; por ejemplo, discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación o violencia física.

B. Los síntomas no han cumplido nunca con los criterios para la dependencia de sustancias.

DEPENDENCIA, ABUSO, INTOXICACION Y ABSTINENCIA DE SUSTANCIAS.

Entre los individuos de 18 a 24 años hay una prevalencia relativamente alta de consumo de sustancial incluyendo el alcohol.

Con las drogas de abuso, la intoxicación suele ser el primer trastorno relacionado con las sustancias, que suele tener lugar en la juventud.

La abstinencia puede aparecer a cualquier edad en función del tiempo de ingesta de dosis altas de la droga a lo largo de un tiempo suficiente.

La dependencia también puede aparecer a cualquier edad, pero para muchas drogas de abuso es típico que su inicio sea entre los 20, 30 y 40 años.

Cuando un trastorno relacionado con sustancia al margen de la intoxicación empieza en la adolescencia temprana, con frecuencia se asocia con un trastorno social o fracaso escolar.

Para las drogas de abuso de los trastornos relacionados con las sustancias, suelen diagnosticarse con más frecuencia en varones que en mujeres, sin embargo, la proporción según el sexo varía para cada sustancia.

El curso de la dependencia, abuso, intoxicación y abstinencia varía, según el tipo de sustancia, la vía de administración y otros factores.

La intoxicación suele producirse en minutos u horas, después de una dosis suficiente y se mantiene o intensifica con dosis repetidas.

La abstinencia aparece al disminuir la concentración de la sustancia en el Sistema Nervioso Central para sustancias de vida media corta (alcohol o heroína), los síntomas suelen aparecer después de suprimir las dosis aunque pueden producirse crisis comiciales por abstinencia algunas semanas después de interrumpir las dosis altas de ansiolíticas de vida media larga.

Signos más intensos pueden ceder pocos días o semanas después de haber interrumpido el consumo.

El diagnóstico de abuso de sustancias es más probable en personas que han comenzado a consumir la sustancia recientemente.

En muchos individuos el abuso particular de una sustancia evoluciona hacia una dependencia, en especial, para aquellas sustancias que tienen un potencial alto de tolerancia, abstinencia y patrones de uso compulsivo.

Algunos individuos presentan episodio de abuso durante un largo periodo de tiempo, pero, no presentan dependencia. Esto es más frecuente con sustancias con potencial bajo para el desarrollo de la tolerancia, abstinencia y patrones de consumo compulsivo.

El curso de la dependencia es variable. Aunque pueden aparecer episodios relativamente breves y autolimitados (en particular durante periodos de estrés psicosocial), el curso es habitualmente crónico, dura años con periodos de agudización y remisión parcial o total.

La dependencia de sustancia se asocia en ocasiones con largas remisiones espontáneas. Por ejemplo, estudios de seguimientos revela que el 20% o más de los sujetos con dependencia alcohólica consigue la abstinencia permanente, con frecuencia después de un intenso estrés. Los síntomas predominantes del abuso o la dependencia son de forma invariable de los repetidos episodios de intoxicación por sustancias.

7. DAÑOS SOBRE EL ORGANISMO, FAMILIA Y SOCIEDAD

Ya en el punto que trata sobre efectos sobre el SNC y órganos relevantes, habíamos visto cómo el consumo de tabaco altera muchas de las funciones en el organismo humano, de entre los efectos más relevantes, caben mencionar:

El fumar tabaco de manera inmoderada, además de producir dependencia psicológica, puede producir dependencia física, ocasionando serios daños a la salud en los siguientes órganos relevantes:

- * Aparato respiratorio
- * Sistema cardiovascular
- * Aparato digestivo
- * Organos de los sentidos

De entre las enfermedades del aparato respiratorio podemos citar algunas:

- Faringitis
- Traqueitis
- Bronquitis
- Enfisema pulmonar
- Insuficiencia respiratoria
- EPOC
- Bronquitis crónica
- Cáncer de pulmón

De entre las enfermedades del Sistema Cardiovascular podemos mencionar las siguientes:

- Sistemas coronarios
- Presión arterial
- Enfermedades vasculares periféricas
- Aneurisma de la aorta abdominal

- Tronboangeítis obliterante -Hemorragias subaragnoideas
- Arritmia

Es frecuente encontrar ciertas correlaciones entre el consumo de tabaco con disrupción social de diversa índole, pero particularmente de carácter familiar. Las tensiones familiares y maritales son virtualmente inevitables, la frecuencia de divorcios entre los pacientes con problemas en su forma de fumar es evidente.

El *consumo excesivo* de tabaco se da, en muchas ocasiones de manera indiscriminada en varios ámbitos de la sociedad, así por ejemplo:

Se puede presentar en el lugar de trabajo, lo cual, trae como consecuencia algunas riñas entre los trabajadores del lugar.

En el ámbito familiar, el consumo de tabaco de manera inmoderada ha alterado la relación de pareja a tal grado de que el consumo de tabaco es, en muchas ocasiones, la causa de riñas entre la pareja. Además, el gasto en cigarrillos repercute grandemente en la economía familiar.

Los problemas familiares, desarrollados paulatinamente al mismo nivel que el progreso de la adicción, llegando a establecerse serias diferencias que llegan a la desorganización, a la separación y/o divorcio; ya que la situación familiar problemática afecta diferencialmente a cada uno de los miembros de la familia en particular. La atmósfera que predomina en la casa casi siempre es nociva y va en decremento de los que ahí viven, particularmente de los niños, debido a la violencia y los roles inadecuados que el fumador adicto provoca en sus familiares. Los hijos de los fumadores excesivos desarrollan con gran facilidad patrones de conducta tendiente a imitar el consumo de cigarrillos.

Finalmente, en el ámbito social, implica una asistencia a las personas que requieren de atención, tratamiento y rehabilitación

Además existe evidencia que apoya el hecho de que los "patrones de abuso" son transmitidos dentro de una familia a través de un modelamiento del rol o papel social (Bandura, 1969). Ya que se ha reportado una mayor incidencia de alcohólicos en personas que provienen de familias en las que uno o ambos padres eran alcohólicos. Y lo mismo ocurría cuando ambos padres eran abstemios. Por lo que los mecanismos de abuso y moderación o abstinencias también parecen ser aprendidos.

De acuerdo con Narro Robles J. (1994), las consecuencias para la familia del alcohólico son las siguientes:

- * Ruptura de la armonía familiar
- * Desacuerdo conyugal
- * Maltrato y/o descuido de los hijos y del cónyuge.
- * Pérdida de la estimación del bebedor
- * Problemas del desarrollo de los hijos (abandono escolar, delincuencia ...)
- * Incremento de los problemas de la salud mental de los hijos y del cónyuge.
- * Lesiones fetales por alcoholismo materno
- * Problemas económicos

8. INFLUENCIA DE LOS MEDIOS MASIVOS DE COMUNICACION

Como es sabido, algunos de los agentes de socialización que más influyen en los individuos (en cuanto a sus actitudes, opiniones y comportamientos) después de la familia, son los Medios Masivos de Comunicación. Estos al igual que muchos otros elementos socializantes, proporcionan a los individuos una serie de valores, normas, modas, estilos, etc., que orientan y matizan sus actitudes, sus opiniones y su comportamiento, lo cual les permite a los individuos adherirse a un grupo, diferenciarse de él, o simplemente optar por la indiferencia ante ellos.

En el caso del consumo de cigarrillos, los Medios Masivos de Comunicación, juegan un papel muy importante en la conformación de sus actitudes y opiniones e incluso, a veces, la información que

las personas poseen con respecto de alguna sustancia, solo la reciben de los medios de comunicación por lo que no están exentos de prejuicios y verdades a medias.

Así por ejemplo, según Duran Montes (199..), considera que " De nadie es desconocido, que los medios masivos de comunicación transmiten continuamente anuncios publicitarios en los que se hace aparecer a los fumadores de ambos sexos como jóvenes audaces, en traje de fiesta, trabajadores, todos ellos sensuales, agresivos e intrépidos que disfrutan de la vida cada uno en su ambiente y encienden un cigarrillo para disfrutar del momento, creando una atmósfera de confianza e intimidad, para relajarse durante el descanso. Esto no es más que una broma de mal gusto, ya que ni el sabor es agradable, ni las expectativas de los fumadores a largo plazo son de éxito y bienestar en la salud. Si a ello agregamos que ningún medio de comunicación transmite anuncios ni tan sugestivos ni de ningún tipo en contra del hábito de fumar, lo más lógico es que nuestra población, tan susceptible de consumir lo que se vende por estos medios, siga consumiendo cigarrillos y se niegue a abandonar el tabaquismo".

Existen diferentes aspectos a tomar en cuenta en lo relacionado con los procesos comunicacionales y legislativos relacionados con el tabaco, pero estos no deben limitar nuestro accionar en aras de buscar una sociedad mejor informada sobre la problemática que este hábito representa y más ocupada en su combate.

En la lucha contra estas adicciones resulta fundamental la participación firme y decidida de los comunicadores sobre todo al: facilitar a las personas y a la sociedad los conocimientos que conlleven a la adopción de actitudes y el desarrollo de hábitos favorables a su salud, por lo que son tareas de ellos:

- * Promover ante personas y/o grupos estilos de vida saludables
- * Impulsar el mejoramiento de los ambientes físicos y sociales al identificar factores de riesgo.
- * Involucrar a organizaciones políticas, institucionales y profesionales en la conveniencia y necesidades de avanzar en la legislación respectiva.

La participación de los Medios Masivos de Comunicación en el insistir sobre la problemática que representan las adicciones en lo individual, lo familiar y social permitirá evitar el grave riesgo que este hábito representa. Es importante poner al alcance de la población información real sobre las adicciones, así como opciones y alternativas positivas al joven que busquen el desarrollo de su capacidad asertiva.

En cuanto a medios de propaganda masiva se hace aparecer a los fumadores de ambos sexos como jóvenes audaces, trabajadores, deportistas, elegantes, intrépidos, sensuales, que disfrutan la vida y encienden un cigarrillo para disfrutar más el momento, para crear una atmósfera de mayor confianza o intimidad.

Tapia Conyer (1980), advierte que esto es una broma de mal gusto para la sociedad, ya que es un factor de riesgo de envejecimiento prematuro, enfermedad, invalidez, y en muchos otros casos la muerte.

Datos recientes de la conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo y Comercio (UNCTAD), advierten que las compañías tabacaleras invierten al año, únicamente en México, un promedio de dos mil millones de pesos en campañas publicitarias para fomentar su consumo. Los anuncios presentan a los fumadores rodeados de paraísos exóticos: entre yates, autos lujosos, joyas, países exóticos, con hombres y mujeres atractivas.

En ninguno de ambos sexos ha sido posible correlacionar el número de cigarrillos fumados al día y las declaraciones de motivación por fumar.

9. LEGISLACION VIGENTE

Se puede decir, que las leyes son un conjunto de normas creadas para regular el comportamiento de las personas que viven en una sociedad específica; que son generales, abstractas

y permanentes, pero también, otorgan derechos que ponen al hombre en una posición de ventaja cuando se trata de una razón justa.

No es posible entender, en ninguna parte una sociedad sin derecho, y ningún derecho sin dos de sus elementos esenciales: el ilícito o delito y su consecuencia en caso de que se incurra en él: la sanción o pena.

El Programa Nacional contra la Fármaco dependencia encuentra su marco jurídico en las siguientes disposiciones aplicables:

1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
2. Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994.
3. Programa Nacional para el Control de Drogas 1989-1994.
4. Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.
5. Ley Federal de Salud.
6. Ley de Planeación.
7. Código Penal para el D.F en materia de Fuero Común y para toda La República en materia de Fuero Federal.
8. Reglamento de la Ley Federal de Salud en Materia de control Sanitario de la Publicidad.
9. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Control Sanitario de actividades, establecimientos, productos y servicios.
10. Reglamento para la Organización y Funcionamiento del Consejo Nacional Contra las Adicciones publicado en el diario oficial de la Federación de 1988.
11. Norma técnica No. 198 para la atención médica a los Fármaco dependientes.
12. Bases de colaboración que celebran la Secretaria de Salud y la Procuraduría General de la República, para la atención y tratamiento que debe darse a los sujetos adictos o habituales, a estupefacientes y a sustancias psicotrópicas, publicadas en el diario oficial de la Federación del 16 de Diciembre de 1991.
13. Reglamento para el control de sustancias psicotrópicas por inhalación.
14. Reglamento para el funcionamiento del centro de planeación para el control de drogas, publicado el 26 de Junio de 1992.

Es importante mencionar que la Ley General de Salud tiene registradas todas aquellas sustancias que son consideradas como estupefacientes y sustancias psicotrópicas, así como todas las acciones enfocadas a la elaboración y distribución de las mismas.

Partiendo de esta Ley, es que al aplicar la Ley jurídica se determina si la sustancia que se porta, fabrica, consume o distribuye es droga o no.

Los artículos del Código Penal que hacen referencia a los delitos contra la salud son; Art. 67, 68, 69; así como del 193 al 199.

Para comentar cada uno de estos artículos se partirá de lo general a lo particular y sin puntualizar que artículo se está hablando, es importante señalar que el desconocimiento de la ley, no exonera de la responsabilidad.

Toda aquella persona que cultive dentro de su terreno algún tipo de droga será sujeto a sanción, lo mismo que si presta o arrienda sus tierras para este tipo de cultivo, aún y cuando por parte del campesino exista desconocimiento para que se esté empleando su tierra, será castigado, con la disminución de la pena.

Al que permita que se transporte droga sin tener ningún tipo de autorización, está infringiendo la Ley, de igual forma que el que está prestando el medio de transporte y/o transportándolo, pero si el que la transporta, no lo hace con el afán de utilizarlo de manera delictiva y no es miembro de una organización, la pena será menor.

Al que fabrique o elabore cualquier tipo de sustancia que pueda ser considerada, como droga, y no tenga la autorización correspondiente será digno de castigo, al igual que sí lo proporciona sin

autorización (como por ejemplo los fármacos que contengan alguna sustancia psicotrópica), o tiene algún establecimiento que se preste para realizar acciones tendientes a este tipo de delito.

Pero si se encuentra a estos sujetos en posesión de algún tipo de estos Narcóticos, siendo que el sujeto no es fármaco dependiente, y la cantidad no excede de lo que se presupone será de uso personal, no amerita sanción.

Del mismo modo, con respecto a los medicamentos si se le encuentra en cantidades consideradas únicamente de uso personal o para suministrar en tratamiento a quienes estén bajo su custodia, no será motivo de penalidad, pero si esta droga se le suministra a otra persona tendrá hasta nueve años de prisión o ciento ochenta días de multa.

Toda pena aumenta si el involucrado es un servidor público, cuando se utilice a menores de edad, a un incapaz, o aproveche de los lazos familiares para obligar a realizar una acción delictiva, o se cometa en centros educativos, asistenciales o policiales.

En caso de las personas a las que no se les pueda aplicar una sanción, el juzgador dispondrá de la medida de protección adecuada para ellas.

Pero estos no son los únicos puntos a los que se hace referencia el Código Penal pues también incluye a los más afectados dentro de este problema, es decir el consumidor.

Como se ha referido en párrafos anteriores existen divergencias en cuanto al consumidor, pero hoy día señala la Ley que todo tipo de Fármaco dependiente que posea droga, únicamente para su consumo, no se le aplicará pena alguna, ya que toda autoridad jurídica que tenga conocimiento de una persona con este problema deberá recurrir a las autoridades sanitarias correspondientes para su tratamiento.

El uso de drogas y la dependencia a estas no está considerado por las leyes y reglamentos vigentes como delito, esto no excluye de responsabilidad al adicto que, pudiera cometer cualquier otro delito bajo estado de intoxicación.

Por lo que respecta a las bebidas alcohólicas, los cigarros de tabaco y las sustancias inhalables con efectos psicotrópicos, que también son objeto de abuso y crean adicción, en la Ley General de Salud se encuentran reglamentada su venta y distribución, misma que señala que queda prohibida la venta de estas sustancias a menores de 18 años, entre otras disposiciones.

Por lo que se refiere a algunos medicamentos con propiedades psicoactivas que son utilizados con fines de intoxicación y no terapéuticos, en la misma ley se indican normas de control para su venta que limitan su disponibilidad al público en general, que pudiera hacer uso inadecuado de ellas.

A pesar de lo cual el desconocimiento de las leyes hace que los encargados de farmacias, vinaterías, tlapalerías y expendios de pintura realicen la venta de tales productos de manera indiscriminada.

Dentro de la determinación de la pena se tomarán en cuenta las circunstancias exteriores de ejecución y peculiaridades del delincuente, la gravedad del delito, el grado de culpabilidad, el daño causado al bien jurídico, los medios empleados para ejecutarla u omitirla, la circunstancia de tiempo, lugar, modo u ocasión del hecho realizado: así como los motivos que lo impulsaron o determinaron delinquir, la cantidad y especie del narcótico de que se trate, así como del grado en que se pone en peligro la salud pública.

Todo lo que se utilice o sea producto de este delito se pondrá a disposición del ministerio público durante la averiguación previa para que se determine que hacer con ello.

Dentro de las reformas que se hacen en 1994 al Código Penal, se menciona que es factible que la sanción no solo sea la privación de la libertad, sino que se imponga una multa donde el monto de la misma será dictaminada por el juez.

Según González Roldan(1995) En México se viven diversos problemas sociales y de salud relacionadas con el consumo y tráfico de drogas. Sin embargo, la ingestión de bebidas alcohólicas junto con el tabaquismo representa aún el mayor problema en materia de adicciones y son causantes de manera directa o indirecta de gran número de defunciones en todos los niveles socioeconómicos.

De entre las adicciones, el alcoholismo y el tabaquismo constituyen hoy en día uno de los más graves problemas de salud pública, los cuales además de afectar directamente a la persona adicta, repercute ampliamente en el ámbito familiar, social y económico

En la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 1993), se menciona que "los más expuestos a ésta problemáticas son los jóvenes, de ahí la importancia de prevenir las adicciones en los adolescentes, quienes perciben el mundo con un matiz particular: su curiosidad es inmensa, su osadía desmesurada, tienen grna vitalidad y presentan óptimas condiciones, rara vez recurre a los servicios de salud, que es donde se encuentran programas relacionados con ésta problemática.

La LEY GENERAL DE SALUD contempla la obligación para desarrollar programas que contemplen aspectos preventivos, terapéuticos y rehabilitatorios y establece la regulación de la publicidad relacionada con éstos hábitos en su artículo 308.

El reglamento de la LEY GENERAL DE SALUD en materia de Control Sanitario de la Publicidad establece en su capítulo cuarto las disposiciones a las que debe apegarse aquella relacionada con el tabaco y las bebidas alcohólicas. Ya sea a través de la promoción del producto, como aquella que identifique de manera visual o auditiva marca, emblema, nombre y rúbrica.

En este reglamento encontramos, en su artículo 34, que la publicidad deberá limitarse a dar información sobre las características y técnicas de su elaboración, y no podrá asociar su consumo con ideas o imágenes de éxito en el amor, y en la sexualidad de las personas, con actividades creativas y deportivas, con centros laborales o instituciones educativas, ni hacer exaltación del prestigio social, hombría o feminidad del público a quién va dirigido. Además de no poder utilizar en los promocionales personas menores de 25 años o asociarla con actividades propias de su edad.

10. ALTERNATIVAS PREVENTIVAS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS

La prevención del fármaco dependencia se presenta hoy como una labor impostergable, de primera importancia que se inscribe dentro de un proceso global de desarrollo individual social. Prevenir la fármaco dependencia implica necesariamente desarrollar nuestra sociedad.

" Nos enfrentamos en la actualidad a un creciente proceso de <<quimificación>> de la vida, donde las sustancias químicas adquieren cada vez mayor preponderancia en la conducción de todas las manifestaciones vitales. Esta omnipresencia química se produce, además, en un marco de tensiones sociales, de injusticias lacerantes, de miseria humana. La fármaco dependencia forma parte de este proceso de degradación ecológica y social. Por su complejidad, que limita en muchas ocasiones las acciones terapéuticas y más todavía las rehabilitatorias, la farmacodependencia debe ser atacada mediante un enfoque un enfoque fundamental hacia la prevención primaria. El derroche de energías y recursos, las secuelas individuales y sociales, el costo en términos de desperdicio humano, nos impone la necesidad de evitar que una entidad tan destructiva como la fármaco dependencia se manifieste"(CONADIC, 1995).

El consumo ritual de drogas que se observa en ciertas sociedades no es considerada en forma alguna como enfermedad. En cambio, nuestra cultura contempla la fármaco dependencia como una conducta que tiende a trastornar el rol del individuo dentro de la sociedad y con ello, el funcionamiento mismo de la colectividad. Por ello, en nuestra sociedad la fármaco dependencia es considerada como un serio problema que afecta diversos ámbitos de desarrollo y salud. Así por ejemplo, se altera la vida familiar, escolar, laboral, escolar, etc.

Si pretendemos prevenir la fármaco dependencia debemos preguntarnos, ¿Qué significa prevenir las adicciones?, Prevenir significa preparar, disponer con anticipación lo necesario para lograr un fin. Es la acción y efecto de prevenir, es decir, implica un proceso que pone en marcha los medios o condiciones apropiados para impedir la aparición o surgimiento de un problema. En este sentido Prevenir la Fármaco dependencia será, "evitar que la gente use o abuse de drogas y si ya lo hace, prestarle un servicio que le permita recuperar su salud".

En este sentido, cualquier tarea preventiva en materia de salud debe partir del conocimiento y la valoración del estado de salud y las condiciones en que encuentran el individuo y la comunidad a la que se encamina la actividad.

Así, en el campo de las adicciones, la prevención se instaura como una labor impostergable que se ubica dentro del proceso global del desarrollo individual, consecuentemente, del desarrollo de nuestra sociedad.

Ahora bien ¿En qué consiste el proceso preventivo de las adicciones?. Se entiende por proceso preventivo de las adicciones, un conjunto de acciones encaminadas a combatir el abuso en la ingestión de alcohol y el consumo de tabaco y otras drogas, a lo largo de diferentes fases que constituyen un ciclo que comprende desde la producción y la comercialización de las diferentes drogas, hasta su uso propiamente dicho.

En este sentido se cuenta con tres niveles de prevención:

- * Prevención Primaria
- * Prevención Secundaria y
- * Prevención Terciaria o tratamiento individual.

Es en las acciones del primer nivel de prevención en donde nos encontramos con que una de las actividades fundamentales lo constituyen precisamente, la creación de alternativas al uso y abuso de drogas.

En este nivel, existen dos grandes grupos de medidas: las indirectas y las directas.

Las Medidas Indirectas. Se refieren a los esfuerzos que en gran escala influyen sobre las condiciones políticas y económicas de la sociedad y que transformen la calidad de vida, los valores y las normas de los individuos que viven en ellas,

Las Medidas Directas. Las medidas directas se subdividen en específicas e inespecíficas. Las primeras comprenden a la información y a la educación, éstas abarcan diversos públicos bien definidos como padres de familia, maestros, alumnos de diversos grados, grupos de alto riesgo, usuarios, etc; con objetivos, contenidos y medios diferentes según las necesidades de cada grupo. Otras medidas específicas se inscriben en el campo de la salud pública aplicando reglamentos para las drogas, estableciendo un sistema de inspección de recetas médicas, tratando y rehabilitando a usuarios a fin de reforzar la prevención primaria en grupos todavía no afectados, etc. Además, se encuentran aquí las medidas jurídicas de fiscalización y represión del narcotráfico, así como las acciones de investigación biomédica y social.

Las medidas no específicas son aquellas que pretenden utilizar alternativas al consumo de drogas.

En este sentido, las alternativas con que cuenta la sociedad para evitar el uso y/o el abuso del alcohol, tabaco y otras drogas, el individuo puede escoger dos opciones: la moderación o la abstinencia y por otro lado, la creación y práctica de alternativas ocupacionales, recreativas, deportivas, culturales, políticas, etc.

Si el individuo toma la decisión de la abstinencia entonces puede seguir las siguientes observaciones:

- * Comunicación familiar de manera eficaz y con confianza.
- * Práctica de algún deporte que sea incompatible con la conducta del beber.

- * Evita caer en situaciones en las que sea "forzoso fumar"
- * Evitar compañeros que de alguna manera inviten a fumar.
- * Analizar de manera fría y objetiva la publicidad que se ve a diario en los medios de comunicación.

En segundo lugar, podemos contemplar la creación de alternativas ocupacionales.

Así, según el CONADIC (1995), "La creación de alternativas es el aspecto más decisivo en prevención de la fármaco dependencia. No es a base de la persuasión ni del amedrentamiento como se evitará el uso de drogas. Las campañas con esta orientación han fracasado en todo el mundo. Es necesario ofrecer a los usuarios actuales o potenciales, alternativas que resulten más satisfactorias para ellos que la fármaco dependencia".

Así pues, el consumo de drogas cumple ciertas funciones y satisface algunas necesidades del usuario. La creación de alternativas se basa en el principio de que si se encuentra algo que satisfaga mejor la misma necesidad e incluso que cumpla algunas funciones más que el consumo de drogas, los usuarios dejarán de recurrir a los fármacos para satisfacer tal necesidad.

Las alternativas deben promoverse a tres niveles: individual, familiar y social.

* Alternativas a nivel individual. En lo individual, resulta indispensable poner a disposición de los jóvenes salidas creadoras, tales como las actividades artísticas, culturales, políticas y deportivas. Como ejemplos concretos pueden citarse las actividades artísticas, como la danza, la pintura, la escultura, las artesanías y la literatura; Las actividades de servicio social, como el trabajo en dispensarios y en servicios de medicina preventiva; las actividades para mejorar el medio ambiente, como la participación en campañas de saneamiento ambiental o de adecuación de parques; la recreación física y el deporte; la capacitación en algún tipo de trabajo, y la participación sociopolítica.

Las actividades alternativas no tienen más límites que la imaginación de sus organizadores y la medida en que se propicie la participación comunitaria. Llevar a la práctica estas alternativas implicaría liberar una gran fuerza de desarrollo que hasta ahora se ha mantenido cautiva por la falta de oportunidades a los jóvenes.

* Alternativas a nivel familiar. A nivel familiar, deben hecharse a andar programas para un aprovechamiento integral del tiempo libre, que posibilite la convivencia y el afianzamiento de los nexos entre todos los miembros de la familia.

* Alternativas a nivel social. En el nivel social deben considerarse los cambios sociales de la fármaco dependencia. En este nivel, la prevención de la fármaco dependencia no puede verse como una acción aislada, sino que debe inscribirse dentro de una estrategia global de desarrollo. Abatir los niveles de desempleo, mejorar el estado nutricional del pueblo, dotar de una vivienda digna a todos los mexicanos, terminar con la insalubridad y el hacinamiento, son todas ellas alternativas sociales efectivas que coadyuvaran a la prevención de la fármaco dependencia.

En conclusión, este tipo de estrategias preventivas basadas en las alternativas pretenden generar mejores opciones que respondan a las necesidades y aspiraciones de los individuos. Por lo tanto, las alternativas deben corresponder a los motivos profundos que llevan al individuo a consumir drogas. Esto lleva a la necesidad de comprender las verdaderas causas individuales y sociales del consumo y a no limitarse a la mera manifestación sintomática de dicho consumo. En este sentido la creación de alternativas constituye una estrategia etiológica de prevención. En la medida en que descubramos tales causas podremos diseñar las alternativas más apropiadas para cada individuo y para cada grupo.

Algunas estrategias para la prevención del tabaquismo

El largo periodo en que tardan en aparecer los efectos del tabaco en el fumador impide que el individuo reconozca los efectos nocivos de este producto. Una vez que se ha desarrollado la adicción es necesario incrementar los esfuerzos para erradicar la dependencia.

En este sentido, la atención primaria a la salud es una estrategia que promueve la participación de todos los sectores de la comunidad para actuar en el marco de la salud, detectando factores de riesgo y activando factores de protección (tales como las conductas anticipadoras para evitar el daño que puedan provocar los factores de riesgo identificados).

Por ejemplo, existen algunos programas educativos en donde se busca destacar diferentes factores en distintas etapas, algunos de ellos son:

- * Información sobre salud y formación de actitudes antes de la edad en que se empieza a fumar.
- * Enfrentar las influencias sociales a la edad de empezar a fumar.
- * Información sanitaria e influencias sociales después de que ya se haya empezado a fumar.
- * Apoyo para el abandono del hábito dentro y fuera de la escuela

Dentro de los programas de prevención psicosocial, los investigadores Bell y Battjes (1985) identificaron dos principales tipos de programas:

- * Los que ayudan a los jóvenes a resistir la influencia de sus compañeros y amigos y otras presiones que los inducen a fumar; y
- * Los programas más estructurados que fortalecen de una manera más general las habilidades y destrezas necesarias para vivir en sociedad. Estos hacen al joven menos vulnerable ante esas presiones.

El Instituto Nacional del Cáncer de EUA (Unión Internacional contra el Cáncer, 1990), recomendó en 1987 tres componentes mínimos para un programa de prevención de tabaquismo:

- * Información acerca de las consecuencias sociales y los efectos fisiológicos a corto plazo del uso del tabaco.
- * Información acerca de las influencias sociales que inducen a fumar, especialmente las que provienen de amigos, padres y medios de comunicación.
- * La adquisición de destrezas para rechazar el cigarrillo, incluidos el modelaje y la práctica de habilidades para resistir dichas influencias.

CONCLUSIONES

Como se ha visto en todo el trabajo, hablar de fármaco dependencia, no implica hablar de algo nuevo, mucho menos de un problema que atañe tan sólo a ciertas personas. Se sabe que es un enigma complejo que encierra factores sociales como individuales, por lo que es necesario dejar claro que lo mismo afecta a pobres como a ricos, a jóvenes como a adultos, aunque con repercusiones distintas por obvias razones.

En la presentación anterior, se menciona que uno de los tantos motivos que propician la fármaco dependencia es la edad; Hecho que nos remite a pensar o recordar cuántas veces nosotros mismos hemos dicho que es un problema tan sólo de jóvenes. Sin embargo, no olvidemos que la juventud puede ser el periodo más vulnerable por buscar un lugar dentro de la sociedad, por querer ser aceptado, reconocido; lo que los psicólogos llamaríamos, una búsqueda de identidad. Desafortunadamente, es cierto que muchos de los hoy fármaco dependientes iniciaron su adicción en una edad temprana, ello aunado a otros factores indispensables para todo individuo como la mala orientación, la falta de comunicación, de amor, de respeto, los problemas familiares como la desintegración, la economía, pudieron ser desencadenantes.

La fármaco dependencia es un problema real que día a día avanza y es necesario buscar nuevas alternativas para combatirlo, siendo precisamente uno de los objetivos de dicha presentación en la que más que nada trata de plantear nuevas alternativas que sean la base que ayuden a prevenir además de orientar y brindar una opción más en caso de que se requiera de tratamiento.

Para finalizar, te recordamos que si alguna persona cercana a ti presenta algún problema relacionado con el uso o abuso de drogas, alcohol y/o tabaco, puedes ayudarlo siguiendo las siguientes recomendaciones o alternativas:

- * Mantener contacto y comunicación cercana con la persona con el fin de lograr la confianza necesaria para facilitarle la ayuda disponible.
- * No criticar, juzgar, clasificar o emitir ningún tipo de juicio de carácter valorativo respecto al consumo de la droga.
- * No automedicarse, ni aceptar sustancia alguna de la cual se dude su procedencia o elaboración
- * Acudir a las instituciones especializadas en la orientación o tratamiento para buscar ayuda. Ejemplo de ello, es el Programa de Orientación, Prevención y Tratamiento de Conductas adictivas de la facultad de Psicología de la UNAM.
- * Aprovechar el tiempo libre, acudiendo a algún lugar de recreación social y cultural, además, de practicar algún deporte, ya sea en un lugar cerrado o al aire

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. Tapia Conyer R. "Las adicciones". Edit. Manual moderno, México 1994.
2. Quiroga Anaya H. "La prevención y tratamiento de la drogadicción", Trabajo presentado en el 1er. Simposio Municipal "Ignacio Chávez" celebrado en Zirándaro Guerrero, México 1996.
3. CONADIC "Legislación y normatividad". México 1992.
4. CONADIC "Fármacos de abuso: prevención, información farmacológica y manejo de intoxicantes". México 1992.
5. Rico Méndez "Tabaquismo", Edit. Trillas, México 1990.
6. Fajardo. "Tabaquismo y personalidad".
7. ADICTUS "Tabaquismo: historia de abandonos y reencuentros (danza con una muerte esperada). # 1994.
8. Revista NICOTINELL TTS* "Sistema terapéutico transdérmico coadyuvante para suprimir el hábito del tabaquismo"1994.
9. Guía: Conocer para prevenir... fármaco dependencia PGR, 1993.
10. "Pautas para el control del tabaquismo". Unidad internacional contra el cáncer, 2da. Edición Ginebra 1980.
11. Folleto de CONADIC y la Secretaria de Salud "Los motivos del fumador". 1995.
12. DSM IV. 1994.

ANEXO B

CUESTIONARIO DE ACTITUDES HACIA EL CONSUMO DE TABACO

El presente cuestionario forma parte de un estudio que se está llevando a cabo en la UNAM y tiene como propósito recabar información sobre las actitudes que tienen los estudiantes de bachillerato hacia el consumo de tabaco. Para lograr este propósito, es muy importante que conteste con la mayor honestidad. Toda la información que nos brinde es estrictamente confidencial, y no es necesario que nos proporcione su nombre.

Edad: _____ Sexo: _____ Escolaridad: _____

1. Las personas que fuman tienen un aspecto desagradable

a) Totalmente de acuerdo b) De acuerdo c) Indiferente d) En desacuerdo e) Totalmente en desacuerdo

2. El aliento de una persona es desagradable cuando fuma

a) Totalmente de acuerdo b) De acuerdo c) Indiferente d) En desacuerdo e) Totalmente en desacuerdo

3. Me molesta que mis amigos fumen en mi presencia.

a) Totalmente de acuerdo b) De acuerdo c) Indiferente d) En desacuerdo e) Totalmente en desacuerdo

4. Cuando fumo, afecto mi salud

a) Totalmente de acuerdo b) De acuerdo c) Indiferente d) En desacuerdo e) Totalmente en desacuerdo

5. Considero adecuado que existan lugares especiales para fumar

a) Totalmente de acuerdo b) De acuerdo c) Indiferente d) En desacuerdo e) Totalmente en desacuerdo

6. Disfruto cuando fumo en compañía de otras personas

a) Totalmente de acuerdo b) De acuerdo c) Indiferente d) En desacuerdo e) Totalmente en desacuerdo

7. Cuando uno fuma, parece un adulto

a) Totalmente de acuerdo b) De acuerdo c) Indiferente d) En desacuerdo e) Totalmente en desacuerdo

8. Fumar propicia derroche de dinero

a) Totalmente de acuerdo b) De acuerdo c) Indiferente d) En desacuerdo e) Totalmente en desacuerdo

9. Fumar hace que mis dientes tengan sarro

a) Totalmente de acuerdo b) De acuerdo c) Indiferente d) En desacuerdo e) Totalmente en desacuerdo

10. El fumar me hace popular ante mis compañeros

a) Totalmente de acuerdo b) De acuerdo c) Indiferente d) En desacuerdo e) Totalmente en desacuerdo

11. Cuando fumo, perjudico mi salud y la de quienes me rodean

a) Totalmente de acuerdo b) De acuerdo c) Indiferente d) En desacuerdo e) Totalmente en desacuerdo

12. Fumar cigarrillos me produce una sensación placentera

a) Totalmente de acuerdo b) De acuerdo c) Indiferente d) En desacuerdo e) Totalmente en desacuerdo

13. Fumar tabaco me perjudica menos que cualquier otra droga

a) Totalmente de acuerdo b) De acuerdo c) Indiferente d) En desacuerdo e) Totalmente en desacuerdo

14. Siento que el tabaco es buen remedio para la tristeza

a) Totalmente de acuerdo b) De acuerdo c) Indiferente d) En desacuerdo e) Totalmente en desacuerdo

15. Cuando estoy solo (a), me gusta fumar para no aburrirme

a) Totalmente de acuerdo b) De acuerdo c) Indiferente d) En desacuerdo e) Totalmente en desacuerdo

16. Fumar me hace sentir importante

a) Totalmente de acuerdo b) De acuerdo c) Indiferente d) En desacuerdo e) Totalmente en desacuerdo

17. Los profesores no deberían fumar frente a sus alumnos

a) Totalmente de acuerdo b) De acuerdo c) Indiferente d) En desacuerdo e) Totalmente en desacuerdo

18. La mayoría de los jóvenes que fuman lo hacen por imitar a otros

a) Totalmente de acuerdo b) De acuerdo c) Indiferente d) En desacuerdo e) Totalmente en desacuerdo

19. Los adultos no deberían fumar frente a sus hijos

a) Totalmente de acuerdo b) De acuerdo c) Indiferente d) En desacuerdo e) Totalmente en desacuerdo

20. Me molesta que se impregne el humo del cigarro en mi ropa

a) Totalmente de acuerdo b) De acuerdo c) Indiferente d) En desacuerdo e) Totalmente en desacuerdo

ANEXO C

CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS

1. Después de la cafeína, es el estimulante más usado a nivel mundial:
 - a) Extasis
 - b) Cocaína
 - c) Heroína
 - d) Nicotina

2. Es un mito acerca del consumo de tabaco:
 - a) Produce manchas en los dientes
 - b) Ayuda a mejorar la circulación de la sangre
 - c) Ayuda a controlar el peso
 - d) Provoca envejecimiento prematuro

3. Son etapas del proceso de adicción
 - a) Inicio, habituación, interrupción, dependencia
 - b) Inicio, establecimiento, mantenimiento, interrupción
 - c) Inicio, dependencia, interrupción, establecimiento
 - d) Dependencia, habituación, establecimiento, interrupción

4. Las personas que consumen tabaco u otras drogas para desenvolverse en sociedad se denominan
 - a) Consumidores recreativos
 - b) Consumidores funcionales
 - c) Consumidores experimentales
 - d) Consumidores permanentes

5. Son síntomas del Síndrome de Abstinencia
 - a) Euforia e Insomnio
 - b) Irritabilidad y Ansiedad
 - c) Depresión y Tensión
 - d) Ansiedad y Excitación

6. Se llama así a la necesidad de cantidades crecientes de una sustancia para conseguir el efecto deseado
 - a) Habituación
 - b) Tolerancia
 - c) Intoxicación
 - d) Adaptación

7. Es el conjunto de signos y síntomas provocado por la interrupción del consumo del tabaco
 - a) Farmacodependencia
 - b) Dependencia Nicotínica
 - c) Tolerancia a la Nicotina
 - d) Síndrome de Abstinencia

8. Los hijos de fumadores excesivos tienden a:
 - a) Seguir la conducta de fumar
 - b) Rechazar a quienes consumen tabaco
 - c) Consumir diferentes tipos de drogas
 - d) Consumir tabaco exageradamente

9. Una de las actividades fundamentales es la creación de alternativas al uso y abuso de drogas mediante la información:
 - a) Tratamiento Grupal
 - b) Prevención Selectiva
 - c) Rehabilitación
 - d) Prevención Primaria

10. Las alternativas al uso de drogas deben fomentarse en los siguientes niveles:
 - a) Cultural y Social
 - b) Moral y Familiar
 - c) Familiar y Social
 - d) Cultural y personal

ANEXO D
TABLAS DE RESULTADOS DEL ANALISIS ESTADISTICO

Tabla 1. Resultados de la prueba estadística Kruskal-Wallis utilizando la variable grupo.

GPO		N	Rango Promedio
Tabaco	Pretest	100	114.69
	Postest	100	86.31
	Total	200	
Estadísticos de contraste a, b			
		Tabaco	
Chi- Cuadrado		12.124	
gl		1	
Sig. asintót		.000	

- A. Prueba de Kruskal-Wallis
B. Variable de agrupación: GPO

Tabla 2. Resultados de la prueba estadística Wilcoxon utilizando la variable hombres y mujeres antes y después.

	RD1 RD1	RD2 RD2	RD3 RD3	RD4 RD4	RD5 RD5	RD6 RD6	RD7 RD7	RD8 RD8	RD9 RD9	RD10 RD10
Z	-1.019a	-,210a	-1,487a	-1,543a	-1,199b	-2,386a	-1,211b	-,418a	-1,204a	-2,180b
Sig.	,308	,834	,137	,123	,230	,017	,226	,676	,229	,029
Asintot. (bilateral)										
	RD11 RD1 1	RD12 RD12	RD13 RD13	RD14 RD14	RD15 RD15	RD16 RD16	RD17 RD17	RD18 RD18	RD19 RD19	RD20 RD20
Z	-1,096a	-	-	-,044b	-1,243b	-1,550b	-2,097a	-2,948b	-1,754a	-726a
Sig.	,273	1,760b	1,054a	,965	,214	,121	,036	,003	,079	,468
Asintot. (bilateral)		,078	,292							

- a. Basado en los rangos positivos.
b. Basado en los rangos negativos.
c. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon.

Tabla 3. Resultados de la prueba estadística Moses utilizando la variable grupo mediante 5 categorías.

Test Statistic a,b	personal	salud	imagen	amigos	sociedad
Observed	198	191	188	193	190
Group Span Sig(1-tailed)	.500	.009	.001	.032	.005
Trimmed Control	166	167	169	171	190
Group Span Sig(1-tailed)	.012	.019	.041	.082	1.000
Outliers Trimmed fromm each End	5	5	5	5	5

- a. Moses Test
b. Grouping Variable: GPO

Tabla 4: Resultados de la prueba estadística Moses para el pretest de actitudes utilizando la variable genero.

GPO		ESCALA
Pretest	Amplitud observada	99
	Del grupo control Sig. (unilateral)	.753
	Amplitud recortada	84
Del grupo control	Sig. (unilateral)	.054
	Valores atípicos recortados de cada Extremo	2

- Prueba de Moses
- Variable de agrupación: sex

Tabla 5. Resultados de la prueba estadística U de Mann-Whitney para el pretest de actitudes utilizando la variable genero mediante 5 categorías.

GPO		amigos	sociedad	imagen	personal	salud
Pretest	Mann-Whitney U	770.500	940.000	992.000	1149.000	1179.500
	Wilcoxon W	2045.500	2215.000	2267.000	2424.000	2454.500
	Z	-3.366	-2.166	-1.825	-.706	-.497
	Asymp. Sig. (2-tailed)	.001	.030	.068	.480	.619

- Grouping Variable: Sex

Tabla 6: Resultados de la prueba estadística Moses para el postest de actitudes utilizando la variable genero.

Postest	Amplitud observada	98
	Del grupo control Sig. (unilateral)	.500
	Amplitud recortada	76
Del grupo control	Sig. (unilateral)	.000
	Valores atípicos recortados de cada Extremo	2

- Prueba de Moses
- Variable de agrupación: sex

Tabla 7. Resultados de la prueba estadística U de Mann-Whitney para el postest de actitudes utilizando la variable genero mediante 5 categorías.

GPO		sociedad	imagen	personal	amigos	salud
Postest	Mann-Whitney U	683.000	926.500	956.000	1103.000	1169.000
	Wilcoxon W	1958.000	2201.500	2231.000	2378.000	2444.000
	Z	-3.961	-2.269	-2.057	-1.041	-.587
	Asymp. Sig. (2-tailed)	.000	.023	.040	.298	.557

- Grouping Variable: Sex
- Basado en los rangos positivos.
- Basado en los rangos negativos.

Tabla 8. Resultados de la prueba estadística Wilcoxon utilizando la variable del genero masculino después de participar en la platica debate.

	RD1 RD1	RD2 RD2	RD3 RD3	RD4 RD4	RD5 RD5	RD6 RD6	RD7 RD7	RD8 RD8	RD9 RD9	RD10 RD10
Z Sig. Asintot. (bilateral)	-1.241a .215	-.618a .536	-2.193a .028	-.953b .340	-2.327b .020	-.870a .384	-2.528b .011	-2.785b .005	-3.360b .001	-1.274b .0001
	RD11 RD11	RD12 RD12	RD13 RD13	RD14 RD14	RD15 RD15	RD16 RD16	RD17 RD17	RD18 RD18	RD19 RD19	RD20 RD20
Z Sig. Asintot. (bilateral)	-1.108b .268	-2.131a .033	-.073b .383	-1.830b .067	-.405b .067	-.356b .722	-3.283b .001	-2.064 a .039	-1.790b .073	-1.633 a .103

- Basado en los rangos positivos.
- Basado en los rangos negativos.
- Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon.

Tabla 9. Resultados de la prueba estadística U de Mann-Whitney para el genero masculino, después de participar en la platica debate mediante 5 categorías.

GPO		sociedad	imagen	salud	amigos	personal
Masculino	Mann-Whitney U	694.000	1077.500	1176.000	1184.000	1232.000
	Wilcoxon W	1969.000	2352.500	2451.000	2459.000	2507.000
	Z	-3.883	-1.208	-.521	-.466	-.126
	Asymp. Sig. (2-tailed)	.000	.227	.602	.641	.900

- Grouping Variable: GPO

Tabla 10. Resultados de la prueba estadística Wilcoxon utilizando la variable del genero femenino después de participar en la platica debate

	RD1 RD1	RD2 RD2	RD3 RD3	RD4 RD4	RD5 RD5	RD6 RD6	RD7 RD7	RD8 RD8	RD9 RD9	RD10 RD10
Z Sig. Asintot. (bilateral)	-2,630a ,009	-,937 ,349	-3,633a ,000	-1,176a ,239	-,828a ,407	-4,287a ,000	-3,638b ,000	-2,040 ,041	-2,828b ,005	-3,837b ,000
	RD11 RD11	RD12 RD12	RD13 RD13	RD14 RD14	RD15 RD15	RD16 RD16	RD17 RD17	RD18 RD18	RD19 RD19	RD20 RD20
Z Sig. Asintot. (bilateral)	-3,638b ,000	-,228b ,820	-,607a ,544	-2,391b ,017	-2,103b ,035	-2,499b ,012	-,395b ,693	-2,161b ,031	-,589a ,556	-2,852a ,004

- Basado en los rangos positivos.
- Basado en los rangos negativos.
- Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon.

Tabla 11. Resultados de la prueba estadística U de Mann-Whitney para el genero femenino después de participar en la platica debate mediante 5 categorías.

GPO		amigos	imagen	personal	sociedad	salud
Femenino	Mann-Whitney U	723.000	832.000	878.500	1012.000	1239.000
	Wilcoxon W	1998.000	2107.000	2153.500	2287.000	2514.000
	Z	-3.690	-3.005	-2.601	-1.660	-.080
	Asymp. Sig. (2-tailed)	.000	.003	.009	.097	.936

c. Grouping Variable: GPO

Tabla 12. Prueba U de Mann Whitney para el cuestionario de conocimientos.

Estadísticos de contraste

	conoce
U de Mann – Whitney	3873.000
W de Wilcoxon	8923.000
Z	-2.813
Sig. Asintót. (bilateral)	.005

a. Prueba de U de Mann Whitney

b. Variable de agrupación: Gpo

Tabla 13. Resultados de la prueba estadística Wilcoxon para el cuestionario de conocimiento antes y después.

	DR1 R1	RD2 R2	DR3 R3	DR4 R4	DR5 R5	DR6 R6	DR7 R7	DR8 R8	DR9 R9	DR10 R10
Z	-3,411a	-,283a	-,229b	-4,523a	-1,298b	-6,564a	-2,897b	,000c	-,590b	-,152 ^a
Sig. Asintot. (bilateral)	,001	,777	,819	,000	,194	,000	,004	1,000	,555	,879

a. Basado en los rangos negativos.

b. Basado en los rangos positivos.

c. La suma de rangos negativos es igual a la suma de rangos positivos.

d. Prueba de los rangos con signo Wilcoxon.