



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CARRERA DE PSICOLOGÍA

**UNA PROPUESTA DE PROGRAMA PREVENTIVO EN TABAQUISMO PARA ADOLESCENTES
DE 11 A 15 AÑOS**

**T E S I S I N A
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A:
DANA E I V O N N E J I M É N E Z R A M O S**

JURADO DE EXAMEN

**TUTOR: MTRA. ALMA LIDIA MARTÍNEZ OLIVERA
COMITÉ: MTRA. LORENA IRAZUMA GARCÍA MIRANDA
MTRO. EDGAR PÉREZ ORTEGA
LIC. OTILIA AURORA RAMÍREZ ARELLANO
LIC. EDUARDO ARTURO CONTRERAS RAMÍREZ**



MÉXICO D.F.

SEPTIEMBRE 2014



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.

AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIAS

En esta etapa de mi vida en la que tengo la oportunidad de expresar mi gratitud a todas aquellas personas que de alguna forma me han brindado su apoyo. Quiero comenzar esta lista de agradecimientos y dedicatorias así:

A la gloriosa y maravillosa UNAM, que hace algunos años me abrió las puertas y me permitió ser parte de una gran familia que a través de muchas generaciones ha formado a grandes profesionistas. Gracias porque sin duda me dio identidad y siempre es un orgullo decir Yo soy hija de la UNAM...

A la FES ZARAGOZA, que durante cuatro años y medio me acogió en sus aulas.

A la Maestra Alma, por su paciencia y su apoyo. Por su aliento para impulsarme a seguir y llegar hasta el final de la meta. Gracias por todo el tiempo que me dio y me esperó, para concluir este trabajo.

A mi mamá, por su apoyo durante toda la carrera, gracias madre por estar, gracias por tu amor incondicional. Gracias por ser mi más grande maestra en esta vida. Gracias por haberme permitido gestarme en tu vientre. Y hoy tener la dicha de poder disfrutar de esta hermosa vida.

A mi papá, gracias por permitirme conocerte como ser humano. Porque tú eres mi maestro. Gracias por el apoyo que siempre me has brindado. Gracias por estar y ser parte de estos resultados. Gracias papá por el primer libro que me regalaste, sin duda el mejor regalo que me has podido dar.

A mis hermanos Juan y Paola, gracias por las aventuras, las risas y los momentos que hemos compartido.

A ti Juan por ser mi protector y cuidarme, gracias por tu apoyo. A ti Paola por tu compañía y tu apoyo, gracias por darme las lecciones de vida que me has dado, gracias por tu tiempo dedicado a este trabajo. Gracias hermanos por formar parte de esta realidad.

Gracias a Irene, Jesús y Brian, tres personitas que me han enseñado, apoyado y sobre todo iluminado mi existencia con sus risas y lecciones. Gracias familia Pachecha, sin ustedes yo no sería quien soy.

A mis amigas y compañeras de la facultad, personas con una singular personalidad, que me acompañaron en los años gloriosos de la carrera: Sofí, Anallely, Gaby, Francis, Maribel, mejor conocida como la mariposa y Lupita.

Gracias a ti Ana, porque a pesar de la distancia y los múltiples cambios que hemos tenido, tú has estado en todo momento presente. Gracias por ser ese gran ser humano lleno de luz.

A tres mujeres que fueron una pieza clave en el camino de mi crecimiento personal y espiritual: Vero, Araceli y Esperanza.

A mi Master y amigo Jorge Acosta, gracias por ser mi inspiración en los últimos tres años. Desde que te conocí, impactaste mi vida con tus sabias palabras. Recuerdo la primera vez que me acerqué a ti y la manera tan peculiar que tuviste para describirme con un par de palabras... Gracias porque siempre me has visto en una nueva posibilidad... Gracias por el conocimiento que me has mostrado. Gracias por el entrenamiento que me has brindado. Gracias por todo lo que hemos compartido. Gracias por ser quien eres, pero sobre todo gracias por existir...

A mis sinodales ... gracias por su apoyo y su tiempo:

A la maestra Lorena, por todo su conocimiento y atinado estilo de redacción.

A la maestra Aurora por sus recomendaciones y su disposición a la hora de revisar este trabajo.

Al maestro Edgar, gracias por sus observaciones, sugerencias y conocimientos.

Al maestro Eduardo, porque a pesar de su carga de trabajo, accedió a la revisión de este trabajo.

A Dios, el Arquitecto, el Gran Espíritu, el Creador, la Fuente Divina, el Yo Soy. Gracias por guiar mis pasos, mi corazón y mi mente. Mi existencia te pertenece, ayer, hoy y siempre... Gracias por permitirme ser la administradora de este título en licenciatura.

El 100% es el 100% y es posible el 100% de las veces nada está completo hasta que está completo. Y si algo ha de ser el resultado depende de mí...

Si no es aquí ¿Dónde?

Si no soy yo ¿Quién?

Si no es ahora ¿Cuándo?

Índice	
Resumen	1
Capítulo I. Adolescencia	4
Capítulo II. Tabaquismo	22
Capítulo III. Prevención	59
Capítulo IV. Modelo de Competencias	65
Capítulo V. Aprendizaje Significativo	68
Metodología	72
Estructura del Taller	79
Conclusiones	81
Referencias Bibliográficas	83

RESUMEN

En México, el tabaquismo se ha convertido en un problema de salud muy serio. Es la segunda causa de muerte y es la única enfermedad que puede ser prevenible, tal como lo indica la Organización Mundial de la Salud (OMS). Debido a los múltiples cambios que los adolescentes viven durante esta etapa son muy vulnerables a dicha enfermedad. Por lo anterior se presenta el diseño de un Programa de Prevención Psicológica del Tabaquismo en Adolescentes, fundamentado en la metodología del Grupo Operativo aplicado a la Enseñanza y apoyado en la propuesta didáctica de un Taller Reflexivo. La propuesta intenta que los adolescentes ejecuten una participación proactiva en el programa, para reforzar habilidades que les permitan fomentar factores de protección como: la asertividad, buena autoestima y adecuada toma de decisiones, que los lleven a reflexionar sobre las consecuencias del abuso de tabaco y reducir así, la incidencia en la adicción.

JUSTIFICACIÓN

La adolescencia es un periodo de transición entre la niñez y la edad adulta, que conlleva cambios físicos, cognitivos, psicológicos y sociales, que favorecen la comprensión e interacción con el entorno y permite alcanzar la madurez. Sin embargo, es posible que para muchos jóvenes sea una etapa complicada por los cambios que se experimentan y, por las etiquetas sociales y culturales que se tiene hacia ellos: flojos, rebeldes, conflictivos, complicados, etc.

No obstante, la adolescencia es una etapa decisiva para el ser humano, puesto que en ella tiene lugar la búsqueda de identidad y la individualización, ya que las reglas y los límites impuestos por los padres y la sociedad en general, son revalorados y reevaluados, controlando así la toma de decisiones, como será la conformación del papel sexual o de género; es decir, adoptar la forma de vida y comportamientos establecidos por la sociedad. Cuando los adolescentes son capaces de lograr la separación del seno familiar y asumen el rol sexual que desean, han encontrado su identidad y se dirá entonces que se está llegando a la madurez.

La necesidad de estudiar a este sector de la población con sus cambios y características propias obedece a la razón de que la adolescencia es una etapa llena de cambios y es generalmente en ésta, donde los adolescentes comienzan a experimentar el probar sustancias como el alcohol o el cigarro; que son la puerta de entrada a drogas con la marihuana, cocaína, etc.(Becoña, 2005)

En México, según la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) realizada en 2002, existen casi 14 millones de personas del área urbana (26.4%) entre 12 y 65 años de edad que son fumadoras activas en (Kuri, González, Hoy y Cortés, 2006). En la actualidad las cifras son alarmantes ya que el consumo entre los niños y en especial en las niñas ha ido en incremento; por cada hombre que consume también lo hace una mujer. Según datos del Banco Mundial, el 20% de la población fumadora oscila entre 13 y 15 años, y todos los días cien mil jóvenes comienzan a fumar, ochenta mil de éstos viven en países en vías de desarrollo como México The World Bank (1999, en Ocampo, Cuevas y Villa 2007).

Por otro lado, el primer contacto con el tabaco es aproximadamente a los 11 años, de tal forma que el mantenimiento comienza a los 13 años etapa de vital importancia para el desarrollo físico e intelectual del individuo (niñez y adolescencia), por ello el tabaquismo es considerado como una enfermedad pediátrica.

La ENA realizada en 2011, reporta una prevalencia de fumadores activos en la adolescencia de 12.3%, lo que corresponde a 1.7 millones de adolescentes fumadores. Los adolescentes fumadores son principalmente ocasionales (10.4%) siendo sólo el 2% (263 mil adolescentes) los que fuman diariamente. La prevalencia de ex fumadores es de 9.9% (1.3 millones de adolescentes) siendo ésta principalmente de aquellos que fumaban ocasionalmente. El 77.8% (10.5 millones) de los adolescentes mexicanos nunca han fumado.

El adolescente en la búsqueda de identidad utiliza todo aquello que cumpla las expectativas del medio y por lo tanto, las ejecuta, como es el caso del fumar, ya que esta experiencia le resulta enriquecedora para formar su personalidad. Por ello, la intención de este trabajo está encaminada a contribuir en la toma de conciencia en los adolescentes respecto a que el tabaquismo es una enfermedad y no un estilo de vida. Cabe mencionar que durante todo el presente trabajo cuando se haga referencia a él y las adolescentes se utilizará el artículo “el”, como un singular de forma neutra.

Tomando en cuenta que el tabaquismo es la segunda causa de muerte en el mundo, surge la imperiosa necesidad de hacer un programa preventivo dirigido a menores de entre 11-15 años para poder evitar que sean consumidores de tabaco. El objetivo prioritario de la prevención del consumo de tabaco en adolescentes es

reducir el porcentaje de jóvenes que acabarán convirtiéndose en adictos a la nicotina. Dado que los enfoques orientados al abandono del consumo sólo tiene éxito como máximo en el 25% de los casos, la prevención constituye una alternativa de salud, que representa un importante medio alternativo para disminuir la incidencia de las afecciones relacionadas con el consumo del tabaco.

Capítulo I. Adolescencia

A pesar de que las circunstancias culturales e históricas limitan el establecimiento de intervalos de edad en la que inicia y termina la adolescencia, en la mayoría de las culturas actuales la adolescencia se inicia aproximadamente entre los 10 y los 13 años y finaliza entre los 18 y los 22 en la mayoría de los individuos. En México hay 112, 336,538 habitantes de los cuales 8, 851,080 son del D.F., de ellos 4, 617, 297 son mujeres y 4, 233, 783 son hombres. El 22.1% de los habitantes tienen la edad de 0 a 14 años. Y de 15 a 29 años 26.3% son hombres y 24.7% son mujeres. Por lo que según cifras del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), México es un país de jóvenes.

En la actualidad, más especialistas en desarrollo distinguen entre la adolescencia temprana y la adolescencia tardía, la primera corresponde a los años de enseñanza secundaria e incluye la mayoría de cambios asociados a la pubertad. La adolescencia tardía, se refiere aproximadamente a la segunda década de la vida. Los intereses profesionales, las citas románticas y la exploración de la identidad suelen predominar más en la adolescencia tardía que en la temprana. Desde la antigüedad, la adolescencia ha sido estudiada: por ejemplo, Platón dijo que el razonamiento se empieza a desarrollar en la adolescencia y Aristóteles sostuvo que la autodeterminación es el sello distintivo de dicha etapa.

Santrock (2003), define la adolescencia como el período evolutivo de transición entre la infancia y la etapa adulta: que implica cambios biológicos, cognitivos y socioemocionales. Ya que la adolescencia se ha percibido durante mucho tiempo, como una etapa problemática en el ciclo vital de los jóvenes, que sus familias, y la sociedad ha tenido que soportar. Pero la adolescencia no es una etapa de rebelión, crisis, patología y desviación para la gran mayoría de los jóvenes; para este autor, la adolescencia se describe como un período de evaluación, toma de decisiones, asunción de compromisos y búsqueda de un lugar en el mundo.

Desde el punto de vista cultural, generalmente la adolescencia es la época de la vida entre el momento que empieza la pubertad y el momento en que se aproxima el estatus de adulto, cuando los jóvenes se preparan para asumir las funciones y responsabilidad de la edad adulta en su cultura. Decir que la adolescencia es una construcción cultural significa que es variable la forma en que las culturas definen el estatus adulto y el contenido de las funciones y responsabilidades adultas que el adolescente aprende a cumplir. Para Schlegel y Barry (1991, en Arnett 2008

todas las culturas tienen un tipo de adolescencia, cuya duración, contenido y experiencia varía dependiendo de la construcción cultural.

Desde el punto de vista de la biología, la persona se convierte en adolescente cuando es capaz de reproducirse. Por lo general, a esto se le conoce como el inicio de la pubertad; al término de ésta, el individuo adquiere la capacidad de reproducirse.

Para Horrocks (2008), la adolescencia es una etapa en la que influyen factores (personales, culturales e históricos) que intervienen en el logro de la madurez personal, y que es casi imposible establecer edades precisas. Por lo tanto, se puede definir globalmente a la adolescencia como el periodo de la segunda y parte de la tercera década de la vida. Es conveniente dividir este periodo en adolescencia temprana y adolescencia tardía, ya que los aspectos del crecimiento fisiológico son predominantes en la primera etapa, mientras que los aspectos sociales y de apreciación propia lo son en la segunda.

CARACTERÍSTICAS DE LA ADOLESCENCIA

La adolescencia es un tiempo vital que se define por un devenir, por cambios esenciales en casi todos los planos en que se desenvuelve la vida de un ser humano. Constituye una fase de la vida, de la cual se ha escrito y hablado mucho a lo largo de toda la historia y, sin embargo, se ha investigado muy poco. Se habla de un momento vital en el que suceden muchos cambios que afectan en todos los aspectos fundamentales de una persona.

Horrocks (2008), menciona que el adolescente tiene características que lo definen en esta etapa, algunas son: hay una gran expansión e intensificación de la vida emocional, ya que el adolescente amplía sus actividades en busca de nuevas experiencias y conocimientos, pero al mismo tiempo adopta una actitud defensiva contra las posibles consecuencias. Normalmente es un periodo de esperanzas e ideales, de anhelos que, a menudo, están divorciados de la realidad. Existe un apasionamiento por asuntos que las personas mayores consideran de poca importancia; se observa que las emociones tienden a mostrar mayores variaciones que en otros periodos de la vida. El entusiasmo y los intentos por querer alcanzar grandes logros son seguidos por periodos de languidez, depresión e insatisfacción.

Las emociones pueden conducir a violentos afectos hacia los miembros del sexo opuesto y profundas amistades caracterizadas por abundancia de promesas. El hogar se convierte, a menudo, en una especie de prisión y empieza a parecer restrictivo. A medida que el deseo de acción y aventura se intensifican, la actitud

de “hazlo y atrévete” parece ser el verdadero anhelo de la existencia. Muchos adolescentes están enamorados del amor y sienten que desean alcanzar y abarcar el universo.

La principal ocupación del adolescente es la de elaborar y confirmar un concepto estable de su yo. Para lograrlo se requiere poner la realidad a prueba una y otra vez. A menudo las pruebas son negativas y los “castillos en el aire” se derrumban junto con las más profundas esperanzas y aspiraciones.

Para Arnett (2008), existen cinco características que distinguen a la adolescencia de otras edades, las cuales son:

1. Es la edad de las exploraciones de la identidad
2. La edad de la inestabilidad
3. La edad de centrarse en uno mismo
4. La edad de sentirse en medio
5. La edad de posibilidades

Santrock (2003) propone tres procesos que ocurren en el ser humano: biológicos, cognitivos y sociemocionales. Los procesos sociemocionales moldean los procesos cognitivos y éstos estimulan o restringen a los primeros; los procesos biológicos influyen sobre los procesos cognitivos y sociemocionales; éstos están entrelazados entre sí conforme el adolescente se va desarrollando. Por ello, es de suma importancia identificar las características específicas a fin de entender la influencia de cada una. A continuación se presenta una breve descripción de las características físicas, cognitivas y sociales.

Características físicas

La palabra pubertad deriva del latín *pubertas*, que significa edad de la madurez, y normalmente se considera que tiene su comienzo con el inicio de la menstruación en las mujeres y la aparición del vello púbico en los hombres. En esta etapa ocurre el llamado “estirón” (Coleman y Hendry, 2003).

Stassen (1998), menciona que la pubertad es el periodo de crecimiento físico rápido y de maduración sexual que pone fin a la infancia y que acerca al joven a la talla, el tipo y el potencial sexual del adulto. En el caso de las mujeres, los cambios físicos son el crecimiento de los pechos, la aparición inicial del vello púbico, el ensanchamiento de las caderas, el mayor estirón y el primer período menstrual. En el caso de los hombres, los cambios físicos visibles son el crecimiento de los testículos, el crecimiento del pene, la aparición inicial del vello púbico, la primera eyaculación, el mayor estirón, los cambios en la voz y la aparición de la barba.

Para Papalia, Wendkos y Duskin (2001), existen características sexuales primarias y secundarias que permiten identificar los cambios físicos en la adolescencia. Las características sexuales primarias son los órganos necesarios para la reproducción. En las mujeres, los órganos sexuales son los ovarios, el útero y la vagina; en los hombres, los testículos, la próstata, el pene y la vesícula seminal. Durante la pubertad, estos órganos crecen y maduran. Las características secundarias son señales fisiológicas de la maduración sexual que no involucran directamente los órganos sexuales: por ejemplo, los senos de las mujeres y los hombros anchos en los varones. Otras características secundarias son los cambios en la voz y la textura de la piel, el desarrollo muscular y el crecimiento del vello púbico, facial, axilar y del cuerpo.

Para Coleman y Hendry (2003), los cambios físicos, como el cambio en la talla y el peso se asocian a otros fenómenos. Por ejemplo, el peso del corazón aumenta casi el doble en esta etapa, hay un crecimiento acelerado de los pulmones y una disminución en el metabolismo basal. En los hombres, es obvio el aumento en la fuerza y la resistencia física. Otro de los cambios es el aumento en el número de glóbulos rojos de la sangre y el aumento en la presión arterial sistólica.

Por otro lado, Papalia et al. (2001) señalan que en la pubertad existe un acelerado incremento en la producción de hormonas sexuales, ya que las glándulas suprarrenales comienzan a secretar grandes cantidades de andrógenos, que inciden en el crecimiento del vello púbico, axilar y facial. En las mujeres los ovarios iniciarán su producción de estrógenos, que estimula el crecimiento de los genitales femeninos y el desarrollo de los senos. En los hombres, los testículos incrementan la producción de andrógenos, particularmente de testosterona, que estimula el crecimiento de los genitales masculinos, la masa muscular y el vello corporal. Ambos tienen los dos tipos de hormonas, pero en las mujeres existen niveles más altos de estrógenos y en los hombres existen niveles más altos de andrógenos.

Para Meece (2000), la pubertad designa el periodo en que el joven está en condiciones de realizar la reproducción sexual. La edad media de su aparición es entre 10 y 12 años de edad para la mujer y entre 12 y 14 para el varón; sin embargo, algunos adolescentes comienzan y terminan los cambios de la pubertad antes que sus compañeros del mismo sexo. Ya que la herencia determina en gran medida el peso y el tamaño del adolescente.

La pubertad no consiste únicamente en cambios físicos. A menudo también se producen cambios en la autoimagen, en la seguridad en sí mismo, en las relaciones familiares, en el estado de ánimo, en las relaciones con el sexo opuesto y en muchas otras conductas, por lo que a continuación se presentan las características cognitivas y sociales que envuelven esta etapa.

Características cognitivas

El desarrollo cognitivo en la adolescencia es una de las áreas de maduración menos latente para los observadores. Ya que no existen signos externos o visibles para evidenciar lo que está sucediendo, como ocurre con el desarrollo físico.

Los cambios físicos, son visibles, pero esta transformación no convierte por sí misma a la persona en adulto. Se exigen otros cambios más variables y menos visibles, para alcanzar la verdadera madurez, que incluyen los adelantos cognitivos que convierten a los adolescentes en personas más adultas en la forma de utilizar el análisis, la lógica y el razonamiento.

En esta etapa se desarrolla el potencial intelectual del ser humano. Sus manifestaciones varían de un individuo a otro, ya que un adolescente puede mostrar avances en cuestiones específicas o en áreas de experiencia, mientras que otro puede presentar un desarrollo superior en temas diferentes. Asimismo, el adolescente que muestra habilidades en la reflexión sobre tareas científicas o abstractas puede que no tenga el mismo nivel de destreza con respecto a problemas importantes en el ámbito personal. Por otro lado, las capacidades intelectuales en las cuestiones escolares quizás no tenga nada que ver con las habilidades sociales, y viceversa.

Para Keating (1990, en Kimmel y Weiner 1998), el pensamiento adolescente tiende a utilizar ideas abstractas (en lugar de limitarse a la realidad concreta), a ser multidimensional (en vez de limitarse a una sola idea), a ser relativo (y no absoluto) y a volverse autorreflexivo. Estas capacidades no sirven forzosamente para la resolución de los problemas cotidianos, sino que son aptitudes potenciales que surgen en entornos que estimulan su desarrollo. Ya que todas las habilidades básicas del pensamiento, el aprendizaje y la memoria que progresaron durante los años escolares continúan progresando durante la adolescencia.

La atención selectiva, por ejemplo, se despliega con mayor habilidad, lo que permite a los adolescentes hacer sus tareas escolares en casa rodeados de amigos o escuchar música a un volumen ensordecedor, o ambas cosas a la vez.

Para Kimmel y Weiner (1998), la comprensión del desarrollo intelectual durante la adolescencia aclara una gran diversidad de cuestiones sobre el crecimiento de los adolescentes. Por ejemplo, la complejidad con la que piensan, afecta su autoimagen, su identidad y su capacidad para comprender las relaciones interpersonales.

Para Papalia et al. (2001), el pensamiento adolescente se distingue porque el joven alcanza conciencia del concepto “¿qué pasa si...?”. Ya que los adolescentes se vuelven conscientes del mundo tal como podría ser.

Por su parte Stassen (1998), dice que durante la adolescencia, los jóvenes se hacen más capaces de especular, emitir hipótesis y deducir a partir de las teorías, destacando tanto las posibilidades como la realidad. A diferencia del niño más pequeño que está ligado a la realidad tangible y “a la forma como son las cosas”, los adolescentes pueden construir sistemas formales y teoría generales que trascienden (y a veces ignoran) a la experiencia práctica. Su razonamiento puede ser formal y abstracto en lugar de empírico y concreto. Esto también les permite considerar principios abstractos, como los del amor por los demás, la justicia y el sentido de la vida humana. Sin dejar de mencionar que aún apesar de este cambio en el pensamiento, sigue habiendo limitaciones.

Papalia, (2001) retoma a Piaget menciona que los jóvenes entran al nivel más alto del desarrollo cognoscitivo -operaciones formales- cuando alcanzan la capacidad para el pensamiento abstracto. Este desarrollo, suele ocurrir alrededor de los 12 años, y les permite manipular de una nueva manera la información. Ya que no se limitan a pensar en el aquí y ahora, sino que pueden pensar en términos de lo que podría ser verdad, ya que pueden imaginar posibilidades, demostrar hipótesis y formular teorías.

Con esto queda claro que la adolescencia normalmente constituye un período de apertura y timidez combinadas, en el que los adolescentes se revelan como ansiosos por recibir una estimulación intelectual pero muy vulnerables a las dudas sobre sí mismos. Cabe resaltar que estos cambios son independientes de los rasgos de personalidad en cada persona.

Características sociales

Es importante mencionar que muchos autores señalan que no es adecuado, estudiar a los adolescentes en forma aislada de su entorno. Ya que el contexto sociocultural afecta el significado del desarrollo físico del individuo, a las expectativas de su género y aspectos importantes de su vida.

Es en esta etapa cuando surge la búsqueda de identidad; es parte de un proceso saludable y vital que se contruye en base a los logros en la confianza, autonomía, e iniciativa. Una de las dificultades con que se encuentra todo adolescente, consiste en establecer un sentido de la identidad individual, encontrar una forma de ser miembro de un grupo, pero sobre todo destacar entre la multitud.

Para Stassen (1998), los cambios físicos de la pubertad inician el proceso de la adolescencia y el desarrollo cognitivo permite al joven empezar a pensar de forma abstracta y teórica. Sin embargo, el desarrollo psicosocial, como la relación con los padres desde una nueva independencia, ó con los amigos, desde una nueva intimidad, con la sociedad un nuevo compromiso y con uno mismo una nueva comprensión de la propia realidad, es lo que ayuda al joven a conseguir finalmente la categoría y la madurez de un adulto. Considerando esto en conjunto puede entenderse mejor la búsqueda del adolescente en pos de una comprensión de sí mismo y de una identidad, es decir, en pos de las respuestas a una pregunta que pocas veces se plantea un niño ¿Quién soy yo?

Según Papalia et al. (2001), es en la adolescencia, cuando los amigos son una marca representativa de la escena social. Aunque los adolescentes acuden a sus amigos en busca de compañía e intimidad, buscan en sus padres una “base segura” para ensayar. La edad se convierte en un poderoso agente de unión en la adolescencia, más poderoso que raza, religión, comunidad o género. A veces, los adolescentes parecen creer que los demás jóvenes comparten sus valores y que las personas mayores no. El grupo de compañeros es una fuente de afecto, simpatía, entendimiento y orientación moral, un sitio para experimentar, un ambiente para lograr autonomía e independencia de los padres.

Es en esta etapa en que los adolescentes sienten la tensión entre la dependencia de sus padres y la necesidad de liberarse, ya que con frecuencia los padres también tienen sentimientos mixtos. Ellos quieren que sus hijos sean independientes pero consideran difícil dejarlos ir.

Con todos estos cambios, ya expuestos, el adolescente tiene conciencia de poseer rasgos físicos singulares, una manera de actuar y pensar. Valores que tomados en su conjunto los convierten en individuos únicos. Es decir, poseen una identidad propia.

TEORÍAS DEL DESARROLLO

Santrock (2003), menciona que una teoría es un grupo de proposiciones generales, coherentes y relacionadas entre sí, que se utilizan como principios para explicar una clase o conjuntos de fenómenos; es un enunciado de las relaciones que supuestamente se dan en un conjunto amplio de datos. Toda teoría nace de una hipótesis y puede generar otra. La formulación de la teoría empieza por la reflexión e integración de las pruebas disponibles, que no solo incluyen los resultados de varios estudios, observaciones y experimentos, si no también especulaciones emocionales y filosóficas.

Por su parte Horrocks (2008), dice que todas las teorías se pueden encontrar manifestaciones y principios de comportamiento explicados con respecto al desarrollo de cualquier persona, y sería erróneo considerar que algunas de ellas es completamente válida, ya que las diversas teorías tienden a tomar algo de otras anteriores y no se ha podido confirmar la universalidad de ningún enfoque. Sin embargo, la mayoría de las teorías puede clasificarse, al menos parcialmente, dentro de alguna categoría. En términos generales pueden identificarse tres clases de enfoques en las teorías de los adolescentes.

El primer enfoque está orientado hacia el ambiente, el cual es examinado para encontrar los problemas que se plantean y las tareas que se imponen a los adolescentes. En ellas se considera que el individuo es incidental en la situación. El segundo enfoque se centra en la conducta del individuo y consideran que el ambiente es el escenario en el que éste se desarrolla. Se orientan hacia lo que sucede dentro de la persona, y acepta la influencia del ambiente, pero sólo como incidencia. El tercer enfoque es puramente descriptivo y en realidad no es teórico. Su método es análogo al del naturalista que observa y registra lo que ve, sin elaborar una teoría sistemática. Tales enfoques están más cercanos a las teorías orientadas hacia la conducta que a las que se centran en el ambiente.

A continuación se presenta una serie de teorías, que han sido un pilar fundamental en el estudio y desarrollo del adolescente.

Teoría cultural

Bronfenbrenner (2000, en Arnett 2008), menciona que hay cinco niveles, claves o sistemas que cumplen un papel en el desarrollo humano:

- El microsistema. Término que se refiere al ambiente inmediato, son las situaciones en las que la gente experimenta su vida cotidiana. Es aquí donde tienen lugar las interacciones y reacciones directas de las personas. Destaca que el niño es un agente activo en el microsistema; por ejemplo, los niños son afectados por sus padres, pero la conducta de los niños también afecta a sus padres.
- El mesosistema. Son las interconexiones entre los diversos microsistemas; por ejemplo, un niño que es maltratado por sus padres, puede volverse difícil de manejar en las relaciones con sus maestros.
- El exosistema. Son las instituciones sociales que tienen influencia indirecta pero potencialmente importante en el desarrollo, éstas incluyen a las escuelas, instituciones religiosas y medios de comunicación.

- El macrosistema. Es el sistema amplio de ideas y valores culturales, así como los sistemas económico y gubernamental en que se basan las ideas y valores.
- El cronosistema. Se refiere a los cambios que ocurren en las circunstancias del desarrollo a lo largo del tiempo, tanto con respecto al desarrollo individual como a los cambios históricos.

Esta teoría es importante, ya que reconoce la importancia de los cambios históricos como influencia en el desarrollo.

Teoría Psicoanalítica

La teoría psicoanalítica describe el desarrollo fundamental como un proceso inconsciente, e intensamente teñido por las emociones. Los teóricos psicoanalíticos consideran que el comportamiento sólo es una característica superficial y que, para entender verdaderamente el desarrollo, tenemos que analizar los significados simbólicos del comportamiento y el funcionamiento interior de la mente.

Santrock (2003), señala que la teoría de Freud está constituida por tres estructuras diferentes: el *id* o *ello*, el *ego* o *yo* y el *superego* o *superyó*.

El *id* o *ello*, está integrada por los instintos, constituye la reserva de energía psíquica de una persona, y es completamente inconsciente. El *ego* o *yo*, es la estructura freudiana de la personalidad que afronta las demandas de la realidad, es la parte que toma decisiones racionales. El *superego* o *superyó*, es la “rama moral” de la personalidad. Es la parte de la estructura freudiana, que tiene en cuenta si las cosas están bien o mal, es la conciencia. Sostiene que la vida de los adolescentes está llena de tensiones y conflictos. Para reducir estas tensiones, los adolescentes mantienen la información bloqueada en su mente inconsciente. Según este enfoque, las exigencias conflictivas de las distintas estructuras de la personalidad produce ansiedad. Dado que la represión es el mecanismo de defensa más eficaz, ya que expulsa los impulsos inaceptables del *ello* fuera de la conciencia, relegándolos a la mente inconsciente, y así los mecanismos de defensa se reprimen, o expulsan de la conciencia.

Freud a lo largo de su carrera fue analizando a sus pacientes y fue convenciéndose de que los problemas, son el resultado de las experiencias acumuladas durante las primeras etapas de la vida. Creía que el ser humano pasa por cinco fases del desarrollo psicosexual y que en cada una de ellas se

experimenta el placer de una parte del cuerpo, con mayor intensidad que otra; estas fases son:

- Oral: Abarca los 18 primeros meses de vida, el placer del bebé se centra en torno a la boca.
- Anal: Va del año y medio a los tres años, el placer del bebé se sitúa en el ano o la función de excreción a él asociada.
- Fálica: Comprendida entre los tres y los seis años, el placer se focaliza en los genitales.
- De latencia: Va de los 6 años a la pubertad, en ella se reprimen todos los impulsos sexuales y el centro de desarrollo se encuentra en las habilidades sociales e intelectuales.
- Genital: Se inicia con la pubertad y se prolonga durante la etapa adulta, es en este periodo donde se reactivan los impulsos sexuales.

De tal forma que de acuerdo a esta teoría, los conflictos con los padres no resueltos se reactivan durante la adolescencia, ya que se considera que el ser humano actúa inconscientemente.

Teoría Psicosocial

Erikson consideraba que Freud, no supo ver algunas dimensiones importantes del desarrollo humano, para Freud la motivación primaria del comportamiento humano era de carácter sexual, para Erikson era de carácter social y reflejaba el deseo de afiliarse con otras personas.

Esta teoría menciona que existen ocho estadios psicosociales que abarcan todo el ciclo vital. Cada uno de ellos se centra en una sola tarea evolutiva que enfrenta a la persona a una crisis que debe superar.

Santrock (2003), las resume brevemente:

- Confianza versus desconfianza: Es el primer estadio psicosocial de Erikson que se prolonga durante el primer año de vida; la confianza da una sensación de bienestar físico y una cantidad mínima de miedo y aprensión por el futuro.
- Autonomía versus vergüenza y duda: Se inicia a finales del primer año y se prolonga hasta el tercero. Después de adquirir confianza en sus cuidadores, los bebés empiezan a descubrir que su comportamiento es efectivamente suyo y empiezan a afirmar su sentido de independencia.

- **Iniciativa versus culpa:** Tiene lugar durante la etapa preescolar, durante esta etapa se amplía el mundo social del niño, en ésta se le pide al niño que se responsabilice de su cuerpo, su comportamiento, sus juguetes y sus mascotas.
- **Laboriosidad versus inferioridad:** Es durante el periodo de la educación primaria, los niños dirigen su energía hacia la adquisición de conocimientos y el dominio de habilidades intelectuales. El peligro durante ésta, es que el niño desarrolle un sentimiento de inferioridad o una sensación de incompetencia e improductividad.
- **Identidad versus confusión de la identidad:** Coincide aproximadamente con la adolescencia, la persona se enfrenta al descubrimiento de quién es, qué hace en la vida y hacia dónde va. En esta etapa es importante que los padres permitan al adolescente explorar distintos roles, ya que esto genera una mejor identidad.
- **Intimidad versus aislamientos:** Coincide con la primera parte de la etapa adulta, el individuo debe afrontar la tarea evolutiva de establecer relaciones íntimas con otra persona.
- **Productividad versus estancamiento:** Esta etapa coincide con la edad adulta media, una de las preocupaciones centrales de esta etapa es ayudar a la generación más joven a desarrollar y llevar una vida plena.
- **Integridad versus desesperación:** Comprende la última etapa de la vida adulta, (adulthood tardía) durante esta etapa se suele volver la vista atrás para evaluar lo que se hizo durante la vida.

La importancia de esta teoría reside en el hecho de que los cambios evolutivos no se producen solamente durante la infancia, sino que también tiene lugar durante la etapa adulta, ya que para Erikson la personalidad se puede entender mejor si se estudia desde el punto de vista evolutivo.

Teorías cognitivas

Las teorías cognitivas enfatizan sus pensamientos en la parte consciente del ser humano. Las teorías cognitivas más importantes son la de Piaget y la de Vygotsky.

➤ Teoría cognitiva de Jean Piaget

Sostiene que las personas construyen activamente su comprensión del mundo y pasan por cuatro estadios del desarrollo cognitivo. Santrock (2003) los menciona de la siguiente manera.

- El estadio sensoriomotor: Se extiende aproximadamente desde el nacimiento hasta los dos años, los niños contruyen la comprensión del mundo coordinando experiencias sensoriales (como la visión y la audición) y acciones físicas o motoras. Al iniciar este estadio, los recién nacidos sólo disponen de patrones de reflejo; al final del mismo, los niños de dos años poseen esquemas sensoriomotores complejos y empiezan a utilizar símbolos.
- El estadio preoperacional: Se extiende aproximadamente de los 2 a los 7 años, los niños empiezan a representar el mundo con palabras, imágenes y dibujos. Los preescolares pueden representar simbólicamente, pero aún no poseen la habilidad para realizar operaciones.
- El estadio de las operaciones concretas: Va de los 7 a los 11 años, los niños son capaces de realizar operaciones, y el razonamiento lógico sustituye el pensamiento intuitivo.
- El estadio de las operaciones formales: Aparece entre los 11 y los 15 años, las personas van más allá de las experiencias concretas y piensan de una forma más abstracta y lógica, pueden reflexionar. Empiezan a dar vueltas a las posibilidades que se encuentran al alcance y se sienten fascinados con la idea de lo que podrían ser en el futuro. A la hora de resolver un problema, los adolescentes son más sistemáticos.

➤ Teoría cognitiva de Lev Vygostky

Creía que los niños construyen activamente su conocimiento. La teoría de Vygostky es una teoría cognitiva sociocultural que enfatiza la importancia del análisis evolutivo y el papel que desempeña el lenguaje y las relaciones sociales.

La teoría de Vygostky se basa en tres ideas principales Tappan (1998, en Santrock 2003) :

1. Las habilidades cognitivas de los niños y adolescentes se entienden mejor cuando se analizan e interpretan evolutivamente; ya que para Vygostky adoptar un enfoque evolutivo significa que, cualquier aspecto del funcionamiento infantil y adolescente, se debe examinar desde sus orígenes y transformaciones, desde formas tempranas hasta formas tardías.
2. Las habilidades cognitivas están medidas por las palabras, el lenguaje y las formas del discurso, que actúan como herramientas psicológicas para facilitar y transformar la habilidad mental; ya que para Vygostky el lenguaje es muy importante para entender el funcionamiento cognitivo.

3. Las habilidades cognitivas tienen su origen en las relaciones sociales y están inmersas en un trasfondo sociocultural; dado que las habilidades cognitivas se originan en las relaciones sociales y la cultura; Vygotsky consideraba que el desarrollo cognitivo del niño y el adolescente no se puede separar de las actividades sociales y culturales.

En general la teoría de Vygotsky sugiere que el conocimiento se adquiere mejor a través de la interacción con otras personas en actividades cooperativas. Las ideas de este autor reflejan la premisa, de que el funcionamiento cognitivo tiene un origen social.

FORMACIÓN DE LA IDENTIDAD

La adolescencia es una realidad compleja en la que, aparte de los muchos cambios y transformaciones físicas, culturales, familiares, existe un problema clave de fondo, la búsqueda de la identidad, o de saber quién es y cuál es su papel en la sociedad. Ya que el adolescente reconoce que no es lo que era, e ignora lo que será (Baztan, 1994).

El logro de un sentido claro de la identidad es normalmente el último paso de la transición de varios años que van desde la infancia a la edad adulta.

La formación en la identidad se hace generalmente de forma gradual. Para Braconnier (2001), existe una serie de manifestaciones en esta etapa de maduración, las cuales varían en función de las vivencias del momento y la personalidad de cada uno, éstas son las siguientes:

- Algunos temerán comprometerse a la ligera o darán prueba de una desconfianza excesiva.
- Otros se sentirán asustados ante cualquier problema, esto muchas veces es una forma de intentar afirmar su búsqueda de independencia.
- Otros adolescentes, buscarán satisfacción y placer en una actividad o una profesión.
- Tomar decisiones puede parecer algo imposible para algunos, la duda parece ser su segunda naturaleza.
- En otros adolescentes la sed por vivir es tal que les empuja en todas las direcciones. No consiguen renunciar a la multiplicidad de posibles destinos, no llegan a decidirse entre uno y otro.

El reto fundamental al que se enfrenta todo adolescente consiste en reorganizar su identidad y dotarla de coherencia tomando como núcleo un conjunto congruente y estable de aspiraciones y percepciones sobre sí mismo. Esto no es

tarea sencilla, para Kimmel y Weiner (1987, en Moreno y Del Barrio 2005) la identidad supone la adhesión a:

- a) Un conjunto de valores y creencias (aspecto ideológico)
- b) Un conjunto de metas educativas y ocupacionales (aspecto ocupacional)
- c) Una orientación sexual que determina los modelos de relación entre mujeres y hombres (aspectos interpersonales)

Por supuesto, este cambio, por muy radical que sea, no arrastra consigo toda la personalidad infantil sino que la toma como base para introducir las modificaciones necesarias.

Definir quién se es o quién se quiere ser, constituye una de las tareas centrales de este periodo de la vida. Esta cuestión pasa por el deseo de apropiación de las cualidades de aquellos a quienes el adolescente desea, consciente o inconscientemente, parecerse. Se inscribe en la dinámica de las identificaciones, es decir, no imita sino hace de una de las cualidades del otro una parte de sí mismo (Braconnier, 2001).

La identidad se refiere a una toma de posición existencial, a una organización interior de las necesidades, a una representación global de sus capacidades y de sus valores, pero la identidad es una estructura dinámica conflictual, en constante evolución, la identidad pasa por una "crisis" en el momento en el que el adolescente se enfrenta a las demandas de su medio social, a la vez que tiene que preservar su integridad y afirmarse como persona.

Coleman y Hendry (2003), mencionan que para Erikson la formación de identidad se hace especialmente aguda en esta etapa o estadio -como él le llama- como resultado de varios factores. Así, destacó el fenómeno del rápido cambio biológico y social durante la adolescencia, y señaló especialmente, la importancia para el individuo de tomar en esta época, decisiones importantes en casi todas las áreas de su vida.

Para Kimmel y Weiner (1998), el sentido de la formación de la identidad, consiste en que el individuo está razonablemente seguro del tipo de persona que es, de aquello en lo que cree, y de lo que quiere hacer con su vida. Formar una identidad supone que el individuo alcance una visión integrada de sus aptitudes y capacidades, de sus valores y preferencias, y de su forma de reaccionar ante las demás personas y de ser percibido por ellas. Una vez alcanzada, esta visión integrada genera un sentimiento de certidumbre y resolución en el proceso de pasar del pasado al futuro y concede continuidad al modo de pensar, sentir y actuar de las personas desde ciertas situaciones y momentos concretos a otros distintos.

También se ha confirmado que desde los 15 a los 18 años, los adolescentes empiezan a presentar una atención creciente a explorar posibilidades, resolver sus compromisos y procurar una identidad. Sin embargo, entre los jóvenes que van a la universidad, los mayores avances en la formación de la identidad se producen entre los 18 y los 21 años, ya que las nuevas y más ricas experiencias de la vida universitaria conducen a ciertos replanteamientos y a un posterior desarrollo de la identidad.

Marcia (1980, en Papalia et al., 2001), menciona que existen cuatro tipos de estados de identidad, los cuales son:

- Logro de la identidad: Estado de la identidad, que se caracteriza por el compromiso con opciones tomadas luego de una crisis, es un periodo que está dedicado a explorar alternativas.
- Exclusión: Estado de la identidad, en donde una persona que no ha dedicado tiempo a considerar alternativas (es decir, no ha estado en crisis) esta comprometida con los planes de otra persona para su propia vida.
- Moratoria: Estado de la identidad, en donde una persona está considerando en el momento de crisis, alternativas y parece dirigirse hacia un compromiso.
- Difusión de la identidad: Estado de la identidad, que se caracteriza por la ausencia de compromiso y por la falta de una consideración seria de alternativas.

Estas categorías, claro está, no son permanentes y pueden cambiar a medida que la persona se desarrolla. A partir del final de la adolescencia, cada vez más personas se encuentran en el estado de moratoria o logro: buscando o encontrando su propia identidad.

El adolescente, para lograr este sentimiento de identidad interior, debe considerar una secuencia progresiva entre aquello que ha llegado a ser durante los largos años de la infancia y lo que promete ser en el futuro; entre lo que piensa él que es y lo que percibe que los demás ven en él y esperan de él.

Para Papalia et al. (2001), la identidad se forma cuando la gente joven resuelve tres problemas importantes: la elección de una ocupación, la adopción de valores para creer en ellos y vivirlos, y el desarrollo de una identidad sexual satisfactoria. A pesar de que la crisis de identidad rara vez se resuelven a plenitud en la adolescencia, ya que algunos aspectos relacionados con la identidad pueden presentarse una y otra vez en la edad adulta. Se genera una autoidentificación

(identidad) cuando los jóvenes eligen valores y personas a las cuales les tiene lealtad y no se limitan a aceptar las elecciones de sus padres.

En esta etapa, para la mayoría de los adolescentes el trayecto hasta la vida adulta joven consiste en un camino bastante fácil, y pueden brincar cualquier dificultad que encuentren. Sin embargo, para una minoría de adolescentes estas dificultades pueden convertirse en un conflicto que amenaza su crecimiento e incluso su vida. Puesto que cuando aparecen problemas graves, normalmente son la consecuencia de una amplia gama de factores, entre los cuales se encuentran los problemas del hogar y las vulnerabilidades persistentes de cada personalidad, así como las tensiones especiales de la adolescencia y el contexto particular de los compañeros y los medios donde se desenvuelven.

A continuación se mencionan las dificultades más usuales en esta etapa de la vida.

DIFICULTADES EN LA CONDUCTA DE LOS Y LAS ADOLESCENTES

El adolescente vive situaciones turbulentas y está lleno de contradicciones: eufórico y disfórico, egoísta y altruista, desea la soledad y el aislamiento pero recaba la vida grupal y la amistad, mientras unas veces está lleno de entusiasmo idealista otras veces tiene una enfermiza melancolía.

Es debido a estos cambios que el adolescente experimenta una serie de dificultades durante este periodo. Para Santrock (2003), los problemas de los adolescentes se pueden categorizar en dos tipos: problemas de interiorización y problemas de exteriorización. Los problemas de interiorización ocurren cuando la persona dirige sus problemas hacia su interior. Entre los problemas de interiorización se incluye la ansiedad y la depresión. Los problemas de exteriorización ocurren cuando la persona dirige sus problemas hacia el exterior. Uno de los problemas de exteriorización es la delincuencia juvenil.

Por su parte Arnett (2008), señala que los problemas internalizados afectan el mundo interior de la persona; incluyen problemas como la depresión, ansiedad y problemas alimenticios. Los problemas internalizados tienden a presentarse juntos. Por ejemplo, los adolescentes que sufren de trastornos alimenticios tienen mayor probabilidad que otros jóvenes de estar deprimidos. Los adolescentes que están deprimidos son más propensos a los trastornos de ansiedad. Por otro lado los problemas externalizados crean dificultades en el mundo externo de la persona. Son problemas como la delincuencia, peleas, drogadicción y conductas arriesgadas, los problemas exteriorizados suelen presentarse también juntos. Por

ejemplo los adolescentes buscapleitos también son más proclives a cometer delitos.

Los problemas en la adolescencia varían tanto en gravedad como en incidencia en función de diferentes factores, como los biológicos, psicológicos y factores socioculturales, algunos problemas son de escasa duración, otros pueden persistir durante años.

Algunos problemas tienen probabilidad de aparecer en ciertos niveles evolutivos que en otros. Por ejemplo, los miedos son más habituales al principio de la etapa preescolar y muchos de los problemas relacionados con el abuso de sustancias predomina más en la adolescencia. Por lo que en la adolescencia existen factores de riesgo que predisponen a algunos adolescentes más que a otros a verse involucrados en conductas como el consumo de drogas, la delincuencia juvenil, la depresión y el suicidio, problemas relacionados con la escuela, problemas sexuales y algunos trastornos de la conducta alimenticia.

El presente trabajo sólo se enfocará en una droga, el tabaco y algunos factores que desencadenan su consumo.

El consumo de alcohol y tabaco, se ha convertido en parte de la vida de muchos jóvenes en todos los países industrializados del mundo. Muchas personas se sienten atraídas por sustancias adictivas, porque estas sustancias les ayudan a adaptarse a un ambiente cambiante. Fumar, beber y consumir otras drogas son comportamientos que reducen las tensiones y la sensación de frustración, el aburrimiento y la fatiga; y en algunos casos ayudan a evadir la dura realidad. Muchas otras veces las drogas también satisfacen la curiosidad de los adolescentes, prueban las drogas porque se sienten intrigados por lo que escuchan de los efectos que causa al ser consumida.

Para Brown y Mills (1987, en Stassen, 1998), el abuso de drogas durante la adolescencia consiste en dos problemas distintos. Uno se aplica a todos los adolescentes, cuya reducida capacidad de juicio sobre cuándo y cómo experimentar con las drogas, y cuya conducta se encuentra “bajo la influencia” de las mismas, que pueden llevar a accidentes fatales o a consecuencias graves. El segundo problema aplica a los adolescentes que consumen las drogas como un intento para resolver u olvidar problemas que vienen desde antes. En este caso las drogas pueden proporcionar un alivio temporal, pero a medida que pasa el tiempo sólo empeoran las dificultades, ya que muchos de ellos también tienen otros problemas,- con la escuela, con las relaciones interpersonales, con la ley- y esto empeora a su vez con el abuso de drogas.

Pero el consumo de drogas con fines de gratificación y adaptación temporal implica un precio muy alto: la dependencia con respecto a las sustancias consumidas, la desorganización personal y social, y la predisposición a contraer enfermedades graves y a veces fatales. Por lo tanto, lo que se hace con una finalidad adaptativa acaba siendo desadaptativo (Santrock, 2003).

Por ejemplo, el consumo prolongado de tabaco, en el que la sustancia activa es la nicotina, es uno de los problemas de salud más graves, aunque evitable. Algunos expertos han descrito el hecho de fumar como “un suicidio a cámara lenta”. La conducta de fumar también implica un problema psicosocial, en la búsqueda de identidad y como una manera de socializar se abre a la posibilidad de probar sustancias como la nicotina.

Por esta razón, surge la idea y la importancia de prevenir a una edad temprana, en donde el consumo de tabaco, no sea una manera de socializar, lo cual posteriormente se puede convertir en una adicción. En el siguiente capítulo se tocará a profundidad el tema del tabaco, su clasificación como droga, sus componentes y la manera en cómo se crea la adicción, además se retomarán los factores sociales y emocionales que predisponen el consumo del tabaco.

Capítulo II. Tabaquismo

¿QUÉ SON LAS DROGAS?

El uso y consumo de drogas a lo largo de la historia ha sido constante entre las distintas culturas y civilizaciones, por lo que no es algo atribuible a la sociedad actual. A diferencia del fenómeno de hoy, el consumo de drogas, se trataba de un contacto cultural, normalizado y controlado.

Pero en realidad, ¿Qué es una droga? Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) droga es toda sustancia química que, introducida voluntariamente en el organismo de un sujeto, posee la propiedad de modificar las condiciones físicas y/o químicas de éste. Provocando una modificación del comportamiento psicológico, físico y social del sujeto (Vega, 2003).

Se conoce como “drogas” todas aquellas sustancias en las que concurren las siguientes propiedades: 1) Tienen la capacidad de modificar de un modo u otro el funcionamiento cerebral, y 2) Su uso regular puede generar procesos de tolerancia (necesidad de una mayor cantidad para conseguir el mismo efecto buscado), así como también de dependencia, tanto física como psicológica, de esta forma el consumidor necesita seguir consumiendo la sustancia a fin de no experimentar síntomas de abstinencia.

Para Baldiz y Rosales (2005), las drogas se pueden clasificar en tres grandes grupos, dependiendo de cómo afectan la percepción y la conducta del ser humano:

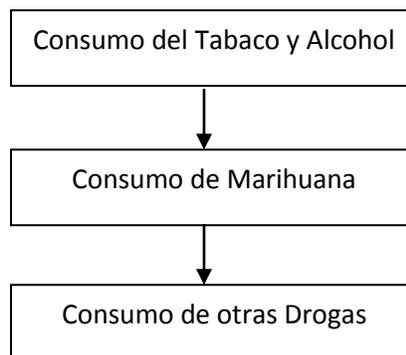
1. Drogas depresoras del sistema nervioso: Producen un progresivo adormecimiento. Las más conocidas de este grupo son el alcohol, los tranquilizantes, los hipnóticos y el grupo de los opiáceos en el que encontramos la heroína, la morfina y la metadona.
2. Drogas estimulantes del sistema nervioso: Aceleran de algún modo el funcionamiento del sistema nervioso central, manteniendo despierto y llevando a un estado de gran excitación e hiperactividad a quien las consume. En este grupo suele distinguirse a los estimulantes menores (como la cafeína y la nicotina) y los estimulantes mayores (como las anfetaminas y la cocaína)
3. Drogas perturbadoras del sistema nervioso: Altera el funcionamiento del cerebro, propiciando todo tipo de distorsiones en la percepción y/o

alucinaciones. Las drogas dentro de este tercer grupo son los derivados del cannabis (marihuana y hachís) y los grandes alucinógenos como la mescalina o el ácido lisérgico (LSD)

Todas las drogas logran una función para el ser humano, las drogas del primer grupo, proporcionan algún tipo de paz interior; las drogas del segundo grupo, proporcionan algún tipo de energía, como un aumento de tensión en los circuitos electrónicos. Por último, las drogas del tercer tipo, prometen algún tipo de excursión a zonas no recorridas del ánimo y la conciencia.

Las drogas en un principio, parecen ser la solución para el ser humano, pero esto es sólo de una forma transitoria, ya que el propio consumo acaba convirtiéndose en un nuevo problema para el sujeto que las consume.

Para Pérez (1999), existe una secuencia de consumo en las drogas; la cual es de la siguiente manera:



Esta secuencia no implica necesariamente que el hecho de fumar cigarrillos o consumir alcohol conlleve al consumo de marihuana u otras drogas, sino que el riesgo de acabar consumiendo marihuana aumenta mucho más que si no se ha fumado o bebido, y el riesgo de consumir cocaína o drogas de diseño, es mayor para aquellos que han consumido marihuana que para los abstemios. Por esto el tabaco y el alcohol, son llamadas drogas de inicio (Pérez, 1999).

Musitu, Buelga, Lila y Cava (2004), mencionan que tanto el consumo del tabaco como del alcohol se convierte a partir de los 15-16 años en un comportamiento estable. Este autor retoma la idea de la “teoría de la puerta de entrada”, la cual hace referencia a la secuencia en el consumo del alcohol, tabaco y marihuana, anteriormente expuesta.

Existen muchas maneras de clasificar las drogas, en el caso de tabaco, entra en una dualidad interesante que pone en evidencia lo caprichoso y lo variable de los criterios sociales y culturales que determinan los límites de lo legal o lo ilegal.

Puesto que la ilegalidad de una droga no se determina en función de la gravedad de los problemas sanitarios y/o sociales que su abuso pueda acarrear, sino más bien con base en otros factores: económicos, culturales o simplemente políticos.

Massün (2001), señala que en varias reuniones internacionales, representantes del tercer mundo hicieron notar que los tratados internacionales tienden a prohibir las drogas producidas en los “países pobres” (opio, coca), mientras que legalizan las producidas y comercializadas por los “países ricos” (bebidas alcohólicas, cigarrillos, diversos comprimidos).

ADOLESCENCIA Y TABACO

Para Rico (1990), la edad promedio en la que el adolescente fuma por primera vez un cigarrillo es de 11 años, y generalmente esta experiencia es displacentera, a pesar de ellos los adolescentes que fuman más de un cigarrillo en algún momento cuentan con el 85% de probabilidad de convertirse en fumadores habituales y dependientes. Este fenómeno es abrumador al rededor de los 20 años de edad.

Por ejemplo, estudios que se han realizado en Francia, por la Misión Interministerial de lucha contra las Drogas y la Toxicomanía (MILDT) señalan, que más de la tercera parte de los jóvenes de 12 a 18 años consumen tabaco. Nueve de cada diez de estos consumidores fuman con regularidad. Añadamos, que el consumo de tabaco se multiplica por diez entre el principio y el final de la adolescencia. Así, el 60% de los adolescentes de 16 y 17 años fuman. A los 18 años, las mujeres parecen mayores consumidoras que los varones. Con todas estas estadísticas, la edad promedio del consumo de cigarro se sitúa alrededor de los 13 o 14 años. Entre los 15 y los 19 años (31% de los jóvenes) fuman al menos un cigarro al día y el 8% fuma 10 o más MILDT (2002, en Fize 2007).

Hay múltiples estudios que demuestran que el hábito del tabaquismo inicia por imitación; el niño que ve a sus padres y a las personas mayores fumar, refleja su deseo de identificarse con ellos; por ello la probabilidad de que un adolescente fume es mucho mayor si sus padres lo hacen. Debido a las características del periodo de la adolescencia, el joven se encuentra en proceso de individualización y de identificación con otros sujetos de su misma edad, de modo que se adhiere a grupos que le proporcionan la oportunidad de ampliar su conducta social y de experimentar nuevas actitudes que previamente no se atrevía a iniciar. Es común que los adolescentes que fuman se reúnan con aquellos que también lo hacen, y a

la inversa. Otro hecho digno de mencionar, es que el hábito es más frecuente en aquellas familias en las que los hermanos mayores fuman, lo cual sugiere que el inicio es aprendido como cualquier otra conducta y que está sujeto a las normas de reforzamiento positivo y negativo.

En la actualidad el tabaco es considerado, como una auténtica droga, pero aún sigue siendo una droga que puede ser bien vista al consumirse, ya que es socialmente aceptada. En la adolescencia, fumar es una oportunidad de estar con los “cuates”, es una forma de convivir.

El consumo de cigarrillos se establece a menudo en la adolescencia y tiene consecuencias significativas, a largo plazo, desde el punto de vista de la morbilidad y la mortalidad en la edad adulta Holland y Fitzsimons (1991, en Coleman y Hendry, 2003).

El consumo de tabaco se ha elevado en un 50% y el del alcohol en un 60%. Esta situación está relacionada con dos aspectos muy importantes: por un lado, se observan bajos niveles de percepción de riesgo y por otro lado, una alta tolerancia social, en comparación con el uso de drogas ilegales y médicas; por tanto esta situación eleva un alto porcentaje de niños (as) que inician su consumo a los 12 años o antes (Villatoro, Gutiérrez, Quiroz del Valle, Moreno, Gaytán y Gaytán, 2009).

Para Holland y Fitzsimons (1991, en Coleman y Hendry, 2003), existen algunas características generales que los adolescentes fumadores tienden a manifestar: tienen familiares y amigos que fuman; es más probable que procedan de familias monoparentales; pueden tener baja autoestima, menos confianza, más ansiedad y escasas aspiraciones educativas y su tiempo de ocio lo pasan trabajando media jornada o “yendo a sus lugares preferidos”.

Además, se ha mostrado claramente, tanto en población general como en población escolar, que este inicio temprano es un factor de riesgo muy importante para empezar el consumo de otras drogas (Villatoro et al., 2009).

Arnett (2008), retoma un concepto que podría ayudar a entender la mentalidad que tienen un adolescente al momento que se le cuestiona acerca del peligro que implica la conducta del fumar y los riesgos que existen para su salud en un futuro, que tal vez en ese momento lo vea lejano. Este autor menciona que en la psicología de la salud existe un término conocido como “sesgo optimista”, éste es la tendencia a suponer que es más probable que los accidentes, enfermedades, y otras desgracias les sucedan a otros que a uno mismo, suele ser más fuerte en la adolescencia que en la edad adulta.

El verdadero meollo del sesgo optimista para el tabaquismo parece estar en relación con las adicciones. Ya que muchos piensan así: “Podría fumar unos cuantos años y luego, dejar de hacerlo si así lo quiero”. Esto indica que una de las razones por la que los adolescentes empiezan a fumar a pesar de los bien conocidos riesgos para la salud es que tienen un sesgo optimista con respecto a la adicción. No creen que a la larga morirán por el tabaquismo, no porque no creen que fumar no es mortal, sino porque creen que dejarán de fumar antes de que los mate.

Tradicionalmente la sociedad tiene alta tolerancia ante el uso y abuso del alcohol y del tabaco. Y la asociación frecuente entre el alcohol y tabaco es muy palpable, ya que resulta mayor el riesgo de consumir una de ellas, si se consume con regularidad alguna de estas sustancias.

¿QUÉ ES EL TABAQUISMO?

El hábito tabáquico es una enfermedad, catalogada por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV, 2008). Dentro de esta categoría se incluye la dependencia nicotínica, la abstinencia de nicotina y el trastorno relacionado con la nicotina no especificado. En términos de letalidad, es responsable de al menos 60 veces más, defunciones cada año que la heroína.

Por su parte Pardell, Jané, Sánchez y Villalba (2002), señalan que la OMS, incluye al tabaquismo en el apartado F17 del DSM-IV con la denominación de “Trastornos mentales y del comportamiento”. Kuri et al. (2006), señalan que el tabaquismo representa la 2ª causa principal de muerte en el mundo ya que el tabaco es una sustancia adictiva socialmente aceptada y de consumo legal.

Se considera adicción tabáquica o tabaquismo al consumo habitual de productos elaborados del tabaco, especialmente cigarros.

Las propuestas para explicar la existencia del tabaquismo, incluyen desde las teorías genéticas -que sugieren que el individuo está predispuesto a buscar el estímulo de la nicotina en un intento de compensar un déficit de alerta-, las teorías psicodinámicas, que buscan la implicación simbólica del cigarro como un falo y de las tendencias orales relacionadas con succionar y mantener un objeto placentero en la boca; las sociales, que sugieren que es un mecanismo para lograr estatus y aceptación de grupo, hasta las más recientes, que contemplan los aspectos neurobioquímicos de la dependencia, tolerancia y supresión respecto a la nicotina.

Para Rico (1990), el tabaquismo es un hábito que se ha universalizado; llama la atención que sea aceptado tan rápida y fácilmente por todas las culturas, por lo que se han postulado tres mecanismos básicos de motivación:

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

Estos mecanismos no son excluyentes, por el contrario, proceden por interacción.

Por otro lado es curioso que de las múltiples sustancias que el hombre ha fumado a lo largo de la historia, sólo tres han sido lo suficientemente poderosas como para que su consumo perdure. Se considera que la persistencia del hábito se debe a las características específicas de cada compuesto: los tetrahidrocanabinos de la marihuana, la morfina del opio y la nicotina del tabaco, drogas cuyo común denominador es producir cambios en diversas áreas emocionales del ser humano.

Es muy importante conocer cómo es que funcionan los receptores nicotínicos, ya que en gran medida esto es lo que desencadena la dependencia; éstos se caracterizan por producir una respuesta neuronal casi inmediata cuando llega la nicotina. Cuando la persona fuma se multiplica el número de receptores nicotínicos, al dejar de recibir nicotina éstos la demandan. De ahí que el individuo empiece a tener una sensación de malestar y nerviosismo. Esto pasa al fumar sólo un cigarro, ya que la nicotina del cigarrillo se fija, se pega, a los receptores y así se mantiene la homeostasis. Pero, a partir de aquí, tiene que seguir fumando.

EL CONSUMO DE TABACO A LO LARGO DE LA HISTORIA

A lo largo de la historia el consumo de tabaco ha tenido diferentes contextos y diferentes usos. Antes de la llegada de los europeos, los habitantes del nuevo mundo ya cultivaban las dos especies de tabaco de mayor importancia económica: *Nicotiana tabacum* y *Nicotiana rústica*. La hoja de tabaco se ofrecía en signo de amistad, para ser consumida en pequeñas cantidades durante ritos de amistad o de guerra, ceremonias religiosas o negociaciones. También ingerían el tabaco en grandes cantidades para producir alteraciones de la conciencia, consultar a los espíritus y provocar estados de trance.

Por ejemplo en las primeras fuentes europeas acerca de la cultura maya, se menciona la costumbre de fumar, relacionada con los ritos de iniciación de la pubertad.

El tabaco llegó a España y el resto de Europa aproximadamente en 1550 por los marineros que retornaban al nuevo mundo y su uso se extendió pronto a otros países europeos y asiáticos, donde adquirió rápidamente valor comercial y de intercambio.

Para el siglo XVII, el tabaco ya se cultivaba en forma intensiva en las colonias americanas y se había constituido en una de las principales exportaciones del nuevo mundo, en respuesta a una demanda creciente de los países europeos. Sin embargo, ya a comienzos del siglo XVII se sospechaban los efectos negativos del tabaco, entre ellos su potencial adictivo (Organización Panamericana de la Salud, 1997). Para el siglo XIX y las dos primeras décadas del siglo XX, el tabaco para mascar y el rapé se convirtieron en las formas más usadas en los Estados Unidos. hacia 1920, sin embargo, los cigarros comenzaron a ser, y continúan siendo, la principal forma de consumo de tabaco en América.

Para Souza (2000), desde el siglo pasado la cantidad de fumadores se ha incrementado notoriamente y en las poblaciones consumidoras desde la posguerra mundial, se incluyen las mujeres y los jóvenes al consumo. El consumo de tabaco durante la primera mitad del siglo XX no fue considerado como una adicción; por el contrario, llegó a formar parte de la vida social y se reconoció como una afición o hábito digno de emularse, como algo que permite llegar a ser "gente de prestigio, acceder al éxito o consolidar una mejor apariencia". Por otro lado, representa indudablemente un rito de iniciación de la adolescencia hacia la adultez y muchas personas pretenden verlo como un estilo de vida necesario para deleitarse con los "placeres de la vida" y como apariencia deseable y elegante.

EL TABACO Y LAS SUSTANCIAS QUE CONTIENE

Al fumar un cigarro, se producen diversas sustancias químicas que son inhaladas a través del tabaco como corriente principal de humo o emitidas al aire como corriente secundaria.

El humo del tabaco es un aerosol compuesto de gotitas dispersas en un gas o vapor. Contiene sustancias muy diversas, se han identificado 4000 sustancias contenida en un cigarro (Becoña 2005), de los cuales más de 60 son dañinas para la salud.

Las sustancias contenidas en el tabaco se pueden dividir en tres subtipos:

- Carcinógenos
- Irritantes y tóxicos
- Adictivos

Entre los carcinógenos se encuentran los alquitranes de color oscuro, olor fuerte y sabor amargo (Becoña 2005), no es un compuesto único, ya que con ese nombre se engloban alrededor de 500 componentes British American Tobacco (2007, en Ocampo et al. 2007). Los principales carcinógenos son:

Tabla 1. Principales carcinógenos

TIPO	NOMBRE
Hidrocarburos polinucleares aromáticos	Benzoapireno
Nitrosaminas tabaco-específicas	N- Nitrosornicotina N'- nitrosornicotina N'-nitrosopirrolidina
Radionuclideos	Polonio-210 Uretano
Otros compuestos orgánicos	<ul style="list-style-type: none">• Benceno• Cloruro de vinilo• Acido clorhídrico

Fuente: Institute for Global Tobacco, 1999 en Ocampo et al., 2007

Por su parte las sustancias irritantes y tóxicas, dificultan la función de los cilios que son aquellos que tapizan la mucosa del árbol respiratorio y se encargan de limpiar los microorganismos que penetran con el aire inspirado. Facilitando la entrada de gases y partículas altamente dañinas Bello, Michalland y Soto (2005 en Ocampo et al., 2007).

Tabla 2. Sustancias tóxicas e irritantes

GASES	PARTÍCULAS
Acetaldehído	Arsénico
Acetona	Benzo(a)antraceno
Acroleína	Benzo(a)pireno
Amoniaco	Cadmio
Benceno	Cromo
Cianuro de hidrógeno	Funguicidas
Dióxido de nitrógeno	Niquel
Estireno	Plomo
Formaldehído	2-Naftilamina
Herbicidas	4-Aminobifenil
Hidrocarburos clorados	
Insecticidas	
Metanol	
Monóxido de carbono	
N-Nitrosodietilamina	
N-Nitrosodimetilamina	
Organofosforados	

Hoffman y Hoffmann, 1997 en Ocampo et al., 2007

La sustancia adictiva más estudiada es el alcaloide llamado nicotina, la cual es incolora, oleaginosa, volátil e intensamente alcalina, se cree que es la sustancia responsable del sabor característico del tabaco, ésta crea la dependencia, su uso compulsivo, tolerancia y síndrome de abstinencia García (2000 en Ocampo et al., 2007).

Por su parte Souza y Machorro (2000), menciona que la absorción del tabaco no sólo se da por la mucosa oral y el tubo digestivo, sino por la piel y el aparato respiratorio.

Becoña (2005), señala que de todos los componentes tóxicos del tabaco, se destacan 3 componentes en particular por su capacidad para producir patología:

la nicotina, el monóxido de carbono y el alquitrán. Estos elementos pasan fácilmente a los fluidos corporales y son absorbidos por los tejidos.

- **Nicotina:** Se sintetiza en forma de líquido oleaginoso e incoloro y se disuelve fácilmente en agua y alcohol, pasando del color amarillo al pardo oscuro en contacto con estos líquidos. Es el principio activo del tabaco, responsable de producir la dependencia en los fumadores; es un alcaloide sin usos terapéuticos, que se absorbe en un 90% en los pulmones cuando provienen de la combustión de cigarrillos. Cada cigarrillo contiene hasta 3.5 mg de nicotina. Produce liberación de adrenalina y noradrenalina, que actúan sobre los centros nerviosos que controlan la presión arterial y la frecuencia cardíaca. La nicotina actúa en diferentes puntos del organismo. Su acción farmacológica incluye activación electrocortical y relajamiento muscular, causando síntomas cardiovasculares y endocrinos que refuerzan la necesidad de su consumo. La nicotina aumenta la concentración de ácido graso en la sangre, provocando la adhesión entre sí de las plaquetas sanguíneas, lo que conlleva al engrosamiento de las arterias coronarias, siendo la etapa inicial de la trombosis.

- **Alquitrán:** Es una sustancia untuosa, de color oscuro, olor fuerte y sabor amargo. Los alquitranes del cigarro son los productos químicos que componen la fracción sólida del humo. Esta se va acumulando en los pulmones de los fumadores, dificultando la entrada del oxígeno. Cada vez que se absorbe el cigarro, se deposita una película de sustancia alquitranada en todas las zonas con las que el humo entra en contacto: los tejidos que revisten la boca, garganta y pulmones. Esas sustancias alquitranadas tienen la misma composición química que provoca el cáncer. Es la brea que se utiliza para recubrir las carreteras.
- **Monóxido de carbono:** Es un gas incoloro y muy tóxico que se desprende de la combustión del tabaco y del papel del cigarrillo. Al aspirarse por vía pulmonar, desplaza al oxígeno de los hematíes y forma carboxihemoglobina, sustancia no apta para el transporte del oxígeno. Trabajos recientes indican que es el factor de mayor responsabilidad en el padecimiento de un infarto, muerte súbita, arteriosclerosis, enfermedades respiratorias crónicas y daños al feto.

Souza y Machorro (2000), estima que la reducción de la esperanza de vida por cada cigarro consumido es de 14 minutos. Lo cual indica que se trata de la droga que más muertes causa en forma oculta y cuya adicción es de las más difíciles de manejar en una amplia población del mundo.

Por ello a continuación se mencionan algunos de los daños relacionados al consumo de cigarro.

DAÑOS A LA SALUD CAUSADOS POR EL TABACO

Es bien conocido que el tabaco “mata”. De hecho mata a la mitad de sus consumidores crónicos. Lo que es menos conocido, es el efecto que fumar puede tener sobre la capacidad de la gente para vivir su vida diaria en plenitud, especialmente de aquellos que disfrutaban de practicar deportes o realizar actividades físicas.

Alcántara, Reyes y Cruz (1999), mencionan que los efectos a largo plazo del abuso del tabaco son:

- Riesgo de muerte prematura.
- Afecciones cardiovasculares como enfermedad coronaria, cerebro vascular y alteraciones de la vasculatura periférica.
- Aceleración o agravamiento de la arteriosclerosis.
- Mayor incidencia de problemas respiratorios crónicos como bronquitis, enfisema, enfermedad pulmonar obstructora crónica (EPOC), sinusitis, neumonía, úlceras, etc.
- Mayor riesgo para desarrollar cáncer de pulmón, laringe, cavidad oral, esófago, estómago, vejiga, páncreas y piel.
- Potenciación de los efectos cancerígenos ambientales.
- Disminución de la fertilidad, problemas de erección, abortos espontáneos.
- Problemas de sueño, depresión, irritabilidad y angustia.
- Produce un menor efecto de los medicamentos que toma el fumador.

Para Ocampo et al. (2007), algunas de las afecciones provocadas por el consumo de tabaco en diferentes sistemas del organismo son:

- **Afecciones al sistema circulatorio**

No se conoce con certeza el origen de las afecciones cardíacas y de los vasos sanguíneos, pero se sabe que la nicotina, el monóxido de carbono y otras sustancias químicas contenidas en el tabaco afectan el corazón y los vasos sanguíneos.

Algunos efectos son los siguientes:

Taquicardia: elevación de 10 a 30 pulsaciones por minuto, que al cabo de los años son millones de latidos de más y un exceso de consumo de energía. Pueden aparecer palpitaciones.

Tensión arterial: La liberación hormonal produce una crisis hipertensiva. Una crisis por cada inhalación supone varios millones de choques hipertensivos sobre los vasos.

Arteriosclerosis: Los componentes del cigarro favorecen su aparición, aumentando su incidencia en fumadores.

Ateromatosis coronaria: Los no fumadores suelen tener un 40% de ateromas en sus vasos coronarios (alteraciones grasientas en las paredes arteriales), mientras que en los fumadores de 20 cigarrillos aumenta al 80%.

Trombosis: Hay aumento de la adhesividad de las plaquetas, llevando al fumador a la trombosis coronaria.

Muerte súbita: Las crisis cardiacas con fallecimiento son cuatro veces más frecuentes entre los fumadores.

Déficit de riego: La absorción y fijación del monóxido de carbono, formando carboxihemoglobina, desplaza e impide la absorción del oxígeno por la hemoglobina, por lo que disminuye el oxígeno circulante y el que llega a los tejidos, con una generalizada falta de oxigenación.

Cefalea: La nicotina y el monóxido de carbono son los responsables de la primera fase de vasoconstricción, que va seguida de la vasodilatación parálitica que produce el dolor de cabeza.

En general, las personas que fuman cigarrillos padecen enfermedades del corazón con mayor frecuencia que las que no fuman. Además, se sabe que quienes dejan de fumar padecen menos ataques cardiacos que aquellos que continúan haciéndolo, aunque se requieren muchos años para que un fumador empedernido disminuya este riesgo al nivel de una persona que nunca ha fumado. Aún, queda mucho por investigar acerca de las insuficiencias coronarias y sus causas, pero se sabe lo bastante para afirmar que las probabilidades de que una persona que fuma las padezca son casi del doble, de las de un no fumador.

- **Afecciones al aparato respiratorio**

Cáncer de pulmón: Esta enfermedad aumenta en relación directa con el número de cigarrillos fumados, edad de inicio, cantidad de inhaladas que se da al cigarrillo, costumbre de conservar el cigarrillo en la boca entre las inhaladas, volver a encender cigarrillos apagados. Los grandes fumadores corren un riesgo de 15 a 30 veces más elevados que los no fumadores de padecerlo.

Bronquitis: Sobre el pulmón actúan las sustancias tóxicas del tabaco, produciendo que no se efectúe la labor de "limpieza" hacia el exterior de sustancias que se introducen en el árbol respiratorio, provocándose infecciones en esa zona. Las sustancias irritantes producen una inflamación de la mucosa, que se defiende con una hipertensión de moco, el cual, al no poder eliminarse por la falta de cilios vibrátiles, se acumula en el bronquio, precisándose fuertes golpes de tos para eliminarlos. Asimismo, se altera la estructura bioquímica del mucus bronquial, siendo éste más espeso, más compacto y más difícil de eliminar. Esta es la base de un terreno ideal para la multiplicación y alojamiento de los gérmenes, los que a

su vez, provocan la agravación de la infección, la hipersecreción y la alteración del moco bronquial.

Enfisema: La suma de las lesiones anteriores hace que la mucosa tape los bronquios delgados y los bronquiolos, obstruyendo el árbol bronquial. Al no poderse ventilar como es debido, se van distendiendo progresivamente por falta de elasticidad los músculos lisos pulmonares, acumulándose aire en su interior, llevando al fumador al enfisema. La capacidad pulmonar disminuye y el volumen espirado es inferior al normal. El no fumador gasta un 5% de energía en respirar; el enfisematoso llega a gastar hasta un 80%; su vida queda limitada a la mera supervivencia del acto de la respiración. No puede hacer otra cosa.

Cáncer de laringe: La frecuencia de su aparición es 5 veces superior entre los fumadores.

- **Afecciones al aparato digestivo**

Afecciones dentales: Sarro dentario, dientes amarillos, piorrea, aumento de infecciones, caries.

Afecciones linguales: Dolor de lengua por la acción irritante de la nicotina y lengua saburral por las malas digestiones.

Cáncer de labio y en la cavidad oral: Los fumadores presentan una frecuencia superior de 4 veces de padecerlo a los no fumadores.

Cáncer de esófago: Los fumadores presentan una frecuencia superior de 3 veces de padecerlo a los no fumadores.

Gastritis: En una primera fase, aparece gastritis con hiperacidez y ardor en el estómago. La medicación antiácida es menos efectiva que en los no fumadores. La cicatrización es dificultada por seguir fumando. Posteriormente aparece una gastritis tóxica con hipo acidez, exceso de moco gástrico y atrofia de los pliegues del estómago.

Cáncer de páncreas: Entre los varones fumadores su aparición es de 2 a 5 veces más frecuente que en los no fumadores y en las mujeres 2 veces más que en las no fumadoras.

Dificultades en el metabolismo: La nicotina disminuye las contracciones de la pared gástrica, con lo que la sensación de hambre desaparece; la intoxicación tabáquica produce la pérdida del apetito; interfiere con la absorción de proteínas; causa insomnio; favorece la mala digestión: todo esto produce adelgazamiento. Por otro lado, los niveles de vitamina C en los fumadores son más bajos, aumentándose las enfermedades infecciosas.

¿CÓMO SE ABSORBE LA NICOTINA EN EL CEREBRO?

Antes de entrar en detalle de cómo se produce una adicción y los factores que determinan la consolidación del consumo, para que dicha adicción sea posteriormente dependencia, es indispensable saber cómo actúa la nicotina al ser absorbida y entrar en contacto con el cerebro. Como ya se ha mencionado en otro apartado de este trabajo. La nicotina es una droga adictiva que se absorbe fácilmente dentro del torrente sanguíneo al mascar, inhalar o fumar un producto de tabaco.

Por ejemplo un fumador típico inhala 10 veces aproximadamente a lo largo del periodo de 5 minutos en que el cigarrillo está prendido. De tal manera, una persona que fuma 1.5 cajetillas por día (30 cigarrillos), recibe 300 inhalaciones de nicotina diarias aproximadamente. Al entrar en el torrente sanguíneo, la nicotina inmediatamente estimula las glándulas suprarrenales para que liberen adrenalina. Ésta estimula el sistema nervioso central y aumenta la presión arterial, la respiración y la frecuencia cardíaca. Al mismo tiempo que la glucosa se libera en la sangre, la nicotina suprime la producción de insulina del páncreas, lo que significa que los niveles de glucosa en la sangre en los fumadores se encuentran crónicamente elevados.

Por otra parte, la nicotina aumenta los niveles de dopamina, la cual es un neurotransmisor que afecta las vías de gratificación y placer del cerebro. En el caso de los consumidores de tabaco, los cambios a largo plazo en el cerebro, inducidos por la exposición crónica a la nicotina resultan en adicción, una enfermedad que se caracteriza por la búsqueda y el consumo compulsivo de la droga a pesar de las consecuencias negativas que el consumo conlleve (NIDA, 2009).

Becoña (2005), explica que en el cerebro existen unos receptores que se llaman receptores nicotínicos, ellos se caracterizan por producir una respuesta neuronal

casi inmediata cuando les llega la nicotina. Cuando la persona fuma se multiplica el número de receptores nicotínicos. Al dejar de recibir nicotina éstos la demandan, de ahí que el individuo comience a tener una sensación de malestar y nerviosismo. Lo anterior sucede con sólo fumar un cigarro, ya que la nicotina del cigarro se fija, se pega a estos receptores y así se mantiene la homeostasis. A partir de aquí, se inicia el hábito de seguir fumando, porque se va creando una tolerancia hasta llegar a la dependencia.

ADICCIÓN, DEPENDENCIA FÍSICA Y DEPENDENCIA PSICOLÓGICA A LA NICOTINA

Becoña (2005), menciona que la consolidación del consumo viene determinada por varios factores como son: biológicos, psicológicos y sociales; hay que considerar los tres en conjunto. Los efectos psicofarmacológicos de la nicotina se deben al poder del reforzamiento positivo como la satisfacción, placer y disfrute; así como al reforzamiento negativo (evitar los efectos de la abstinencia¹). Ya que la nicotina tiene un poderoso efecto psicofarmacológico sobre el sistema nervioso central. Se absorbe rápidamente y llega en pocos segundos al cerebro al atravesar la barrera hematoencefálica.

La adicción se caracteriza por la búsqueda o uso repetitivo y compulsivo de una sustancia, independientemente de sus consecuencias perjudiciales (Carrillo, 2004). A menudo, la adicción va acompañada de una negativa dependencia física y psicológica a la sustancia. La nicotina es la droga adictiva usada en el tabaco. El consumo regular de productos con tabaco conlleva a la adicción en la mayoría de los consumidores.

El desarrollo de la adicción para la Organización Panamericana de la Salud, se ha descrito en cinco etapas: 1) Preparatoria, 2) De prueba inicial, 3) De experimentación 4) De uso regular y 5) De adicción a la nicotina.

¹ Se produce desde horas después de dejar de fumar hasta días después, cuando la persona deja de fumar. Pueden aparecer uno o más síntomas, debido a la carencia de nicotina en el organismo y también al romperse el hábito de efectuar esa conducta que se ha repetida varias veces. Estos síntomas son más o menos molestos dependiendo del grado de dependencia que se tenga. Los síntomas pueden ir desde estado de ánimo deprimido, insomnio, irritabilidad, frustración o ira, ansiedad, dificultad para concentrarse, nerviosismo o impaciencia, disminución de la frecuencia cardiaca y aumento del apetito o del peso.

Durante la etapa preparatoria los niños y jóvenes comienzan a recolectar información y a definir sus actitudes sobre el consumo de tabaco. En la etapa inicial prueban distintos cigarros. En la etapa experimental fuman con más frecuencia, pero todavía en intervalos irregulares. En la etapa de uso regular siguen una rutina más establecida, y en la etapa de adicción ya fuman regularmente, casi siempre a diario, y manifiestan los efectos físicos de la adicción a la nicotina.

Es importante señalar las etapas, ya que esto permite identificar con mayor facilidad, cuando es uso, abuso o dependencia.

La dependencia física: Es la necesidad de mantener el nivel de nicotina en la sangre. Las personas que fuman más de diez cigarrillos por día (5 mg de nicotina por cigarrillo), con inhalación profunda y rapidez de consumo, se consideran generalmente personas con dependencia física al tabaco.

Para Carrillo (2004), existe dependencia física cuando unas horas después del último consumo se presentan molestias debido a la disminución del nivel de nicotina en el organismo. A estas molestias se les llama: síndrome de abstinencia o supresión. El síndrome de abstinencia marca la diferencia entre la dependencia física y la dependencia psicológica.

Las molestias pueden variar dependiendo de la droga, en el caso del tabaco, son las siguientes:

- Deseos intensos de fumar.
- Enojo.
- Dificultad de concentración
- Molestias gastrointestinales.
- Inquietud
- Dolor de cabeza.
- Sueño o insomnio.
- Temblor de manos.

Según la Guía Clínica para el tratamiento de la dependencia de nicotina, la gravedad de la dependencia se pone de manifiesto en el hecho de que tan sólo un 33% de los individuos que dejan de fumar por iniciativa propia mantienen la abstinencia durante 2 días y son menos del 5 % los que finalmente tienen éxito en su intento de dejar de fumar.

De tal forma que la intensidad de la dependencia nicotínica producida por el consumo de cigarrillos se debe a varios factores: a) La nicotina produce una multiplicidad de efectos con refuerzo positivo (p. ej., mejoría de la concentración y del estado de ánimo, reducción de la irritabilidad y disminución de peso); b) Un bolo de nicotina llega al cerebro en un plazo de 10 segundos tras la inhalación, produciendo un efecto casi instantáneo; c) La dosis de nicotina puede controlarse de manera precisa mediante la forma en la que se fuma un cigarro (la manera de darle el golpe); d) El consumo de tabaco es frecuente (p. ej., un fumador de un paquete diario se autoadministra nicotina una 200 veces al día).

Y finalmente la adicción y el síndrome de abstinencia producido por la nicotina pueden aparecer sin importar la forma de consumo del tabaco, es decir, cigarrillos, tabaco mascado, tabaco inhalado, pipa y puro.

La dependencia psicológica: Originada por la conducta de fumar, está relacionada no únicamente con las sensaciones gustativas, sino que hay que reconocer un efecto apaciguador de la tensión y la ansiedad. Se puede mencionar, como aspectos placenteros que atraen a los fumadores, el ritual que envuelve el acto de fumar, manipular los cigarrillos, el mechero o las cerillas, inhalar el humo y observar las formas que adquiere mientras va ascendiendo.

En Vega (2003), se habla de dependencia psicológica cuando la necesidad de la droga produce una sensación de satisfacción y un impulso psíquico que exige la administración periódica o continua de esa droga, con el fin de obtener placer o de evitar un malestar.

Para Carrillo (2004), las personas generan una dependencia psicológica para controlar sus emociones, de esta forma sin que la persona se dé cuenta se crea una conexión entre el consumo y la emoción. El bienestar, la tolerancia, el valor o el control que se logran al consumir (en este caso el tabaco), es lo que hace que se desee cuando una emoción se hace presente. Por ello, la dependencia psicológica es el componente más difícil de vencer al intentar superar la adicción, y no la dependencia física como erróneamente se cree.

Al abandonar el tabaco, en algunas personas se presentan signos de depresión, nerviosismo, irritabilidad, intranquilidad e incluso casos que manifiestan perder la concentración para trabajar. El malestar de la persona se reduce a eso, pero como se ha acostumbrado a enfrentar esas emociones con el tabaco le es difícil hacerlo sin él. Por lo general, las personas fumadoras presentan al mismo tiempo los dos tipos de dependencia: física y psicológica.

FORMAS DE CONSUMO DEL TABACO

El tabaco a lo largo de la historia ha sido consumido en distintos productos, el cigarro es la presentación más característica del consumo de tabaco. Otra de las presentaciones del tabaco es, tabaco en polvo, el cigarro puro, la pipa y el tabaco de mascar.

Ruiz (2006), menciona cada uno de los productos:

- Tabaco en polvo. Fue el modo en el que el tabaco se propagó inicialmente en Europa, facilitando así su uso medicinal. Su forma de consumo, era aspirado por la nariz. Por ejemplo, en España, este tipo de consumo tubo gran renombre por su finura y porque era perfumado con agua de azahar en su fabricación.
- Rapé. Es un tabaco en polvo más oscuro que el ordinario y grueso como un aserrín.
- Cigarro puro. Se caracteriza por estar formado en su integridad por tabaco, tanto su contenido como su envoltura.
- Cigarros. Ha existido desde siempre, sus primeras descripciones señalan que el tabaco se envolvía en hojas de maíz, de tal forma que la hoja de maíz permitía reducir la fuerza y suavizaba la ingestión de la nicotina y otros componentes.
- Pipa. Ha existido desde épocas remotas, desde antes de nuestra era, para fumar hierbas aromáticas, ejemplo de ello eran los soldados de Roma, que lo utilizaban. Con la pipa se permitía la introducción directa y en mayores cantidades del humo, a través de la boca o de la nariz.
- Tabaco de mascar. Contiene tabaco masticado, y en la actualidad mucho de los jugadores de Beis Bol lo consumen.
- Tabaco sin humo. Este producto es una amenaza para los jóvenes, ya que estos productos son cigarros sin combustible, que curiosamente han sido denominados por sus fabricantes como cigarro ecológico o cigarrillo limpio. Estos cigarros, aunque sean menos contaminantes para el ambiente y para los no fumadores, son igualmente mortales para los fumadores.

TIPOS DE FUMADORES

Para una mejor comprensión, es de gran importancia establecer una clasificación que indique las formas en las que una persona se relaciona con las drogas. Para Ruiz (2006), la clasificación de las personas y su relación con las drogas es en cuatro grandes grupos:

- a) Consumidores experimentales o causales: Personas que sólo en una ocasión han consumido droga y que tras esta única experiencia no han vuelto a consumirla.
- b) Consumidores ocasionales: Personas que consumen sólo de vez en cuando alguna sustancia, sin que aparezca ningún síntoma de tolerancia.
- c) Consumidores habituales: Utilizan la droga con relativa frecuencia, apareciendo los síntomas de tolerancia, generándose comportamientos tendentes a la continuidad del uso, si bien no se presenta el síndrome de dependencia en su totalidad. En estas personas puede observarse ya , un deterioro en su funcionamiento personal.
- d) Drogodependientes: Persona que hace uso muy frecuente de la droga. Este uso prolongado y frecuente conduce al síndrome de dependencia, manifestándose claramente la tolerancia y el síndrome de abstinencia. Que una persona se convierta en dependiente de una droga estará en función de la interacción de tres factores:
 - Las características personales o experiencias anteriores del sujeto.
 - La naturaleza del ambiente sociocultural en el que se mueve.
 - Las características farmacodinámicas de la droga en cuestión, teniendo en cuenta también la cantidad utilizada, frecuencia del uso y vía de administración.

Por su parte Russell (1971, en Rico y Ruiz, 1990), destaca que de acuerdo a la recompensa se asocian las características del fumador; las recompensas son las siguientes:

- Recompensas psicosociales. Son aquellas que incluyen el fumar como un medio de ganar aceptación y afiliación al grupo. Se presentan fundamentalmente al inicio del tabaquismo.
- Recompensas sensoriales. Son todas las satisfacciones de los sentidos (sabor, olor, manipuleo, observar el humo, etc.), así como las más específicas de tipo oral, como es el caso de la succión.

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

De tal forma que con la recompensa se asocian las características del fumador, de esta interacción, resultan cinco grupos diferentes de fumadores, los cuales son:

1. Psicosocial. En esencia, las recompensas son sólo psicosociales: prácticamente no existe inhalación de nicotina. El fumador es intermitente y se limita a situaciones sociales: fuera de ellas no existe deseo de fumar. Paulatinamente, se va dando una evolución hacia otras recompensas, primero sensoriales y más tarde farmacológicas.
2. Indulgente. Las recompensas se reducen al puro placer, de manera que se fuma en diversas situaciones, como el ver la televisión, al descansar después del trabajo, mientras se lee, etc. El placer puede derivarse de recompensas predominantemente orales, y el individuo fuma después de ingerir algún alimento o bebida, o en sustitución de éstos. Cuando decide suspender su hábito, este tipo de fumadores tiende a aumentar su ingesta de alimentos y bebidas. El indulgente no es un fumador constante sino que tiende a presentar periodos de varias horas sin fumar.
3. Por Tranquilizarse. El efecto sedativo de la nicotina, el calmante de la gratificación oral y el mantener las manos ocupadas, se utilizan para mantener la ansiedad y la tensión. Las recompensas son sensoriales y farmacológicas, y la frecuencia en el fumar varía de acuerdo con el estado emocional.
4. Por Estimularse. Se utiliza el efecto estimulante de la nicotina para mantener ciertas conductas deseables y ahuyentar la fatiga cuando se realizan tareas monótonas como conducir un vehículo por largas distancias, o para estimular la creatividad y el estado de alerta al escribir. La frecuencia del fumar se incrementa notablemente en estas situaciones específicas. La recompensa es predominantemente farmacológica.
5. Por Adicción. El sujeto experimenta los efectos de la supresión si no logra fumar en un lapso de 20 a 30 minutos y fuma para aliviar esas molestias. La frecuencia del fumar no varía con las circunstancias externas y se inicia poco después de levantarse por las mañanas, cesa sólo durante el sueño y es regulada por los niveles de nicotina en la sangre. La recompensa es totalmente farmacológica y llega a ser inclusive displacentero el hecho de no poder dejar de fumar en

ocasiones en el que el individuo así lo desea (Rico Méndez, 1990, p.45-46).

Para Ocampo et al. (2007), existen tres tipos de fumadores, los cuales son los siguientes:

- Fumador tipo 1: Se encuentra en un consumo de baja cantidad de cigarros, ya que esta población, en su mayoría, está en etapa inicial de su consumo; los niños y adolescentes entran en esta clasificación.
 1. Uso: Es la autoadministración esporádica o repetida de una sustancia adictiva, sin que aparezca ningún síntoma.
 2. Motivos de fumar :1)Psicosocial: Los factores psicológicos y sociales favorecen el mantenimiento de fumar. 2) Sensoriomotriz: Establecer relación entre los sentidos y los “rituales” realizados durante el fumar. 3) Indulgentes: El fumar se asocia a momentos agradables y gratificantes.
 3. Consumo Leve: 1-5 cigarros al día.
- Fumador tipo 2: Hace referencia al consumo moderado, habitual y explosivo de tabaco en reuniones o eventos significativos, es decir están abusando de la droga para su vida cotidiana, existe tolerancia pero no necesariamente síndrome de abstinencia, en su gran mayoría se encuentra la población adulta joven.
 1. Abuso:Existe un patrón de abuso de la sustancia manifestado por consecuencias adversas significativas y recurrentes.
 2. Motivos de fumar: 1)Sedantes: El fumar relaja y reduce la tensión en momentos preocupantes y estresantes. 2) Estimulantes: El fumar proporciona energía, reduce el cansancio y favorece la concentración.
 3. Consumo Moderado: 6-15 cigarros por día.
- Fumadores tipo 3: Hace referencia a aquellos fumadores severos que además de presentar tolerancia ya presentan síndrome de abstinencia a la nicotina, es decir, tiene una dependencia fisiológica a la droga y generalmente este tipo de fumador ha mantenido su consumo durante un largo periodo de tiempo (por ejemplo, más de 20 años), y manifiesta consecuencias orgánicas por su adicción.

1. Dependencia: Uso repetido de la sustancia hasta el punto de estar periódica o crónicamente intoxicado; tiene gran dificultad para abandonar su consumo. Produce tolerancia y síndrome de abstinencia.
2. Motivo de Fumar: 1)Adictivo: Su cuerpo necesita la nicotina, suele fumar cada 30 o 45 minutos o en periodos más cortos. 2) Automáticos: El fumar se convierte en un acto mecánico que se lleva a cabo ante cualquier evento externo o interno.
3. Consumo Severo: 16 o más cigarros al día.

FACTORES SOCIALES Y EMOCIONALES QUE PREDISPONEN EL CONSUMO DEL TABACO EN LOS ADOLESCENTES

La OMS ha enfatizado una lista de motivos que inician y propician el consumo de una o varias drogas (en Vega, 2003):

1. Satisfacer la curiosidad sobre el efecto de las drogas.
2. Adquirir la sensación de pertenecer a un grupo y de ser aceptado por otros.
3. Expresar independencia y a veces hostilidad.
4. Obtener experiencias nuevas, placenteras, emocionantes, o peligrosas.
5. Adquirir un estado superior de conocimientos o de creatividad.
6. Conseguir una sensación de bienestar y tranquilidad.
7. Escapar a las situaciones angustiosas de la vida.

Becoña (2005), señala que existen factores que pueden desencadenar la conducta de fumar en la adolescencia, sin dejar de lado que dichos factores pueden variar dependiendo del contexto. Los cuales existen si:

- No asisten a la escuela
- Bebe alcohol
- El adolescente no quiere estudiar
- Existe la presión de los amigos para probar el cigarro
- Al adolescente le gusta probar de todo
- El adolescente imita a sus hermanos o familiares
- Se es muy impulsivo
- Valora muy poco su salud o no tiene conciencia de ello.

Para Papalia et al. (2001), algunas de las características que tiene el individuo que consume algún tipo de droga y los factores que lo llevan a dicha conducta son los siguientes:

1. Bajo control de los impulsos y una tendencia a buscar sensaciones fuertes en lugar de evitar el peligro (que puede tener una base bioquímica).
2. La influencia de la familia (como una predisposición genética al alcoholismo, el uso o la aceptación del consumo de drogas por parte de los padres, prácticas de paternidad deficientes o inconsistentes, conflictos de familia, relaciones distantes o conflictivas con la familia y no vivir con los padres biológicos o adoptivos).
3. Temperamento "difícil".
4. Problemas de comportamiento tempranos y persistentes, particularmente de agresión.
5. Fracaso académico y falta de compromiso con la educación.
6. Rechazo de los compañeros.
7. Vinculación con consumidores de droga.
8. Discordia y rebeldía.
9. Actitudes favorables hacia el uso de drogas.
10. Iniciación temprana en el consumo de drogas.

Por su parte Macia (2000), menciona 3 factores que están relacionados con la génesis del consumo de drogas:

- Factores personales (influencias individuales)

1. *Factores evolutivos:* Se acentúa el riesgo del uso de sustancias psicoactivas con el aumento de la influencia de los compañeros y amigos, el incremento de la conducta de conformidad, las nuevas habilidades cognitivas y la formación de una identidad personal.

Es en la adolescencia cuando se produce una progresiva independencia del refuerzo paterno y se dispone de cierta capacidad de auto-dirección, esto facilita "la conducta de probar", dando respuesta a la curiosidad. En esta etapa se acrecienta la susceptibilidad frente a las influencias sociales, de tal forma que si el uso de sustancias psicoactivas (fumar, beber, etc.) resulta consistente con las normas del grupo de amigos, el mismo declive de la influencia paterna en ciertos valores y la mayor dependencia

del grupo de contemporáneos junto a la mayor tendencia a mostrar conformidad con las normas del grupo, incrementa la probabilidad de que el joven ceda a la presión por consumir.

2. *Características de personalidad o conductuales:* Se ha considerado de forma tradicional la existencia de una serie de “rasgos de personalidad” que hacen más vulnerable a los sujetos para iniciarse y llegar al consumo abusivo de las sustancias. Algunas de las características que dibujan la personalidad del joven que consume alcohol y/o tabaco son: no se ajustan a los valores dominantes de la sociedad ni a estructuras como la escuela u otras instituciones (religiosas, civiles, etc.), baja motivación para el rendimiento académico, independencia, rebeldía, tendencia a la búsqueda de sensaciones nuevas o intensas, tendencias antisociales tempranas (agresividad, delincuencia, etc.).

Jessor (1982, en Macia, 2000) sugiere que las conductas del consumo de sustancias pueden estar relacionadas con conductas problemáticas, lo que indica que el consumo de sustancias es lo que conlleva a la situación problemática. En general, no existe una personalidad propia ya que lo único que se aprecia son rasgos como la baja autoestima, bajo nivel de autocontrol, baja autoconfianza, un bajo umbral a la frustración, sentir fracaso, pocas habilidades sociales, personalidad introvertida. Ya que se considera que los efectos desinhibidores, que tiene el alcohol o el cigarro son buscados por los jóvenes para facilitar el contacto social. Por otra parte el estrés emocional, causado por una autoimagen negativa o una baja autoestima, la depresión, el aislamiento social, han sido propuestos como variables potencialmente asociadas con el consumo de drogas.

3. *Actitudes hacia la salud y el consumo de drogas:* Las actitudes no son más que “receptores básicos de conducta” emocionales-motivacionales y cognitivo-verbales que son aprendidos por el individuo y que, pueden estar determinadas. De tal forma que se puede considerar, a las actitudes como parte de las estructuras cognitivas que las personas aprenden para organizar y sistematizar sus experiencias y su conducta. Ya que parece evidente que son los sujetos con actitudes positivas hacia las drogas los que con más

facilidad se inician en el consumo, en comparación con los que tienen actitudes negativas o neutras. Debido a que los adolescentes tienden a sobrestimar su capacidad de evitar patrones de uso abusivo y de consecuencias autodestructivas, considerando que en su caso todo está bajo control y que cuando quieran podrán interrumpir el uso. Esta ilusión sólo se rompe cuando algún joven fumador, tras realizar un intento de dejar de fumar, comprueba que ya es dependiente de la nicotina.

- Factores del entorno próximo (microsociales)

Se puede llamar variables microsociales a determinantes familiares, escolares o grupales. Ya que cada joven tiene un entorno interpersonal y social que es único y comprende a sus padres, hermanos, compañeros y otros adultos importantes para su vida y desarrollo. De este modo, el medio ejerce una influencia sobre el niño que puede ser favorable o desfavorable al uso de drogas; condiciones tales como el ambiente familiar, las normas culturales, la política escolar, etc., representan ese contexto social en el que se desarrolla la conducta.

Como característica general se puede afirmar que la mayoría de las investigaciones han demostrado que los jóvenes cuyos padres tienen actitudes favorables al consumo, o ellos consumen tabaco, bebidas alcohólicas u otras drogas, es más probable que consuman algunas de estas sustancias.

De forma más concreta, se han considerado factores del entorno próximo:

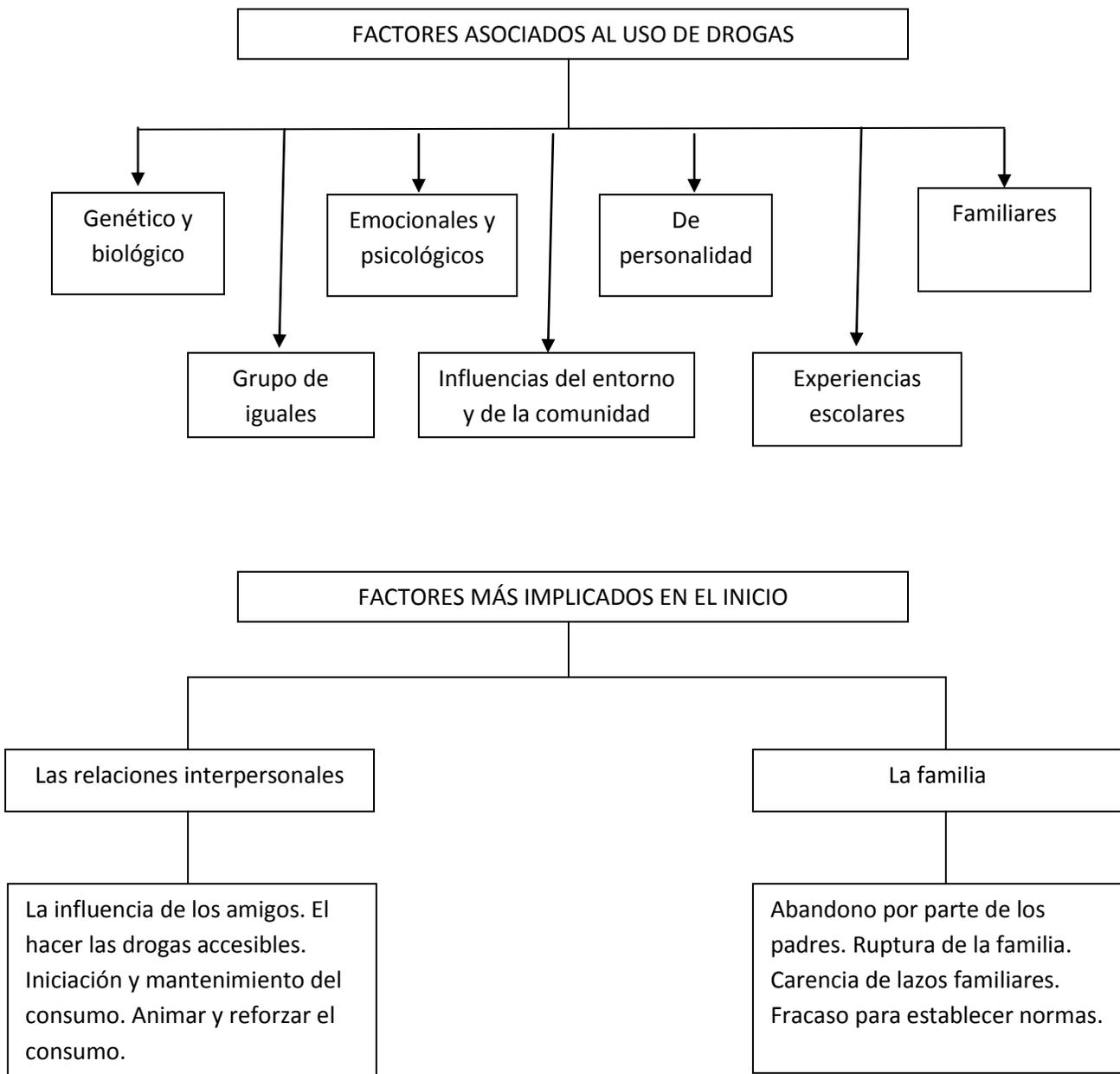
1. *Consumo inicial instaurado y existencia de adultos drogodependientes.* Debido a que el alcohol y el tabaco tienen una aceptación generalizada; el joven está continuamente expuesto a modelos que presentan una conducta activa.
2. *Presión del grupo.* La influencia de los amigos, es decir el grupo de iguales ejercen una presión sobre cada individuo que lo forma, y de aquí pueden influir en la tendencia al consumo de drogas. El deseo de integrarse en el grupo y de tener intercambio social dentro de él puede dar por resultado que se inicie y se mantenga el uso de la sustancia.

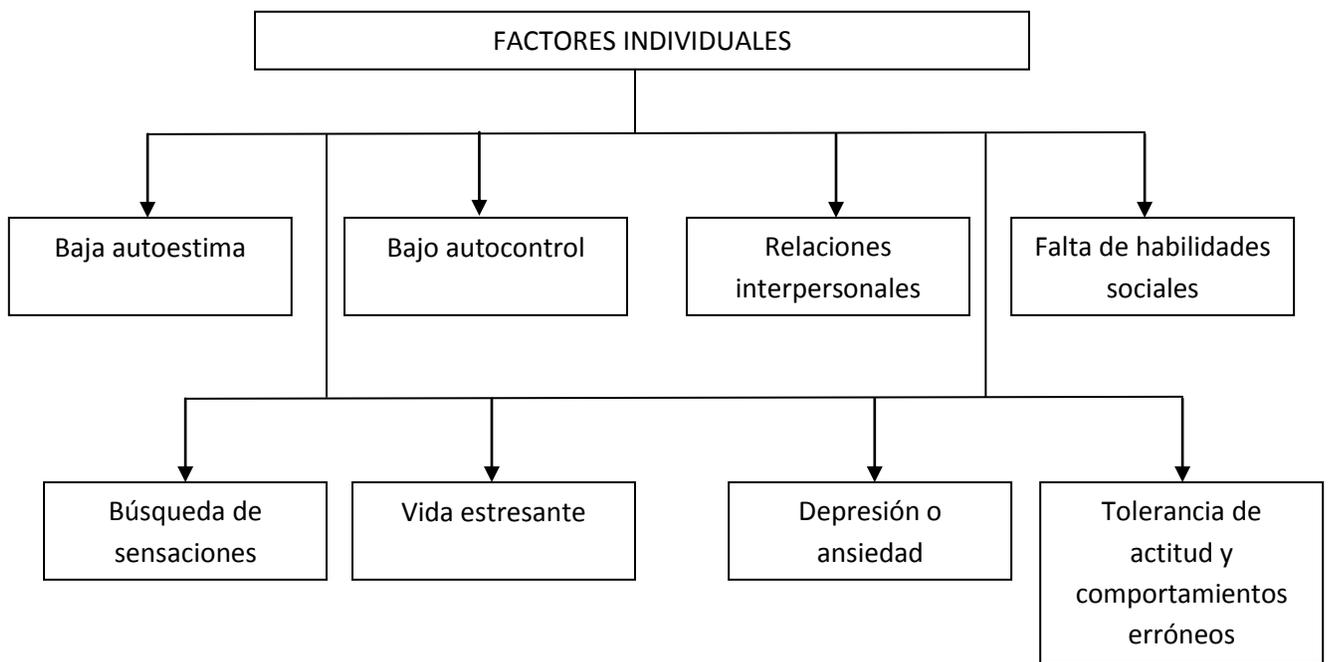
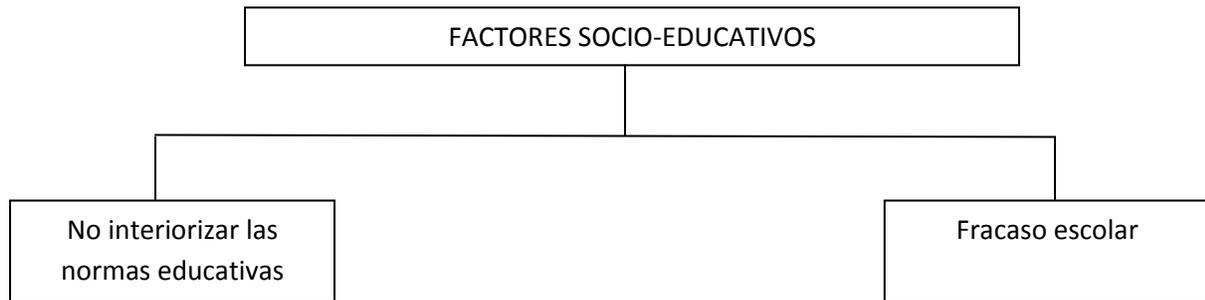
3. *Insuficiente información de padres o educadores:* Ni uno ni otros han sido formadores para educar hacia la salud en general, ni respecto a las drogas en particular.
4. *Deficiente comunicación familiar:* La falta de comunicación real entre padres e hijos, hace que éstos se distancien poco a poco del entorno familiar, al no encontrar allí respuesta a sus problemas. Si la comunicación es escasa resulta difícil para los padres saber qué piensas sus hijos, cuáles son sus problemas, y éstos recurrirán a otras personas, fundamentalmente a los amigos en los que no siempre encontrarán principios y valores compartidos por la familia.
5. *Conflictividad familiar:* La conflictividad entre algunos miembros hace que se genere un clima de tensión y desasosiego poco favorable para el establecimiento de una auténtica comunicación y, de forma más general para una correcta educación de los miembros de la familia. Existen muchos trabajos que demuestran, como una proximidad hacia la familia y la existencia de lazos afectivos, con los adultos, disminuye la necesidad de dependencia del grupo, disminuyendo así la probabilidad de que el joven busque pertenecer a grupos marginales o que utilicen drogas.
6. *Pautas incorrectas de educación:* La falta de dedicación de los padres a la educación de los hijos (por falta de tiempo, exceso de trabajo), o el deficiente control por un excesivo liberalismo en la educación, son sin duda, factores generales relacionados con la educación que devienen en una inadecuada formación de los jóvenes. En otros casos se descuida la educación y se delegan a otras instituciones, como el colegio o a otras personas.
7. *Inadaptación escolar:* Ya que la escuela es la institución educativa por excelencia después de la familia. Por otro lado existen muchas investigaciones que demuestran que se halla una clara relación entre el consumo de drogas en adolescentes y el bajo rendimiento académico, alto grado de absentismo, abandono escolar, bajos índices de actividades extraescolares y escasas aspiraciones educativas.

8. *Inexistencia de alternativas*: La falta de alternativas en el tiempo de ocio de los jóvenes se traducen en grandes dificultades para el consumo de sustancias como el alcohol o el tabaco.
 9. *La existencia de una crisis personal*: El agravamiento de una situación personal es bastante común en los antecedentes históricos del comienzo al consumo en los jóvenes.
- Factores ambientales globales
 1. *Disponibilidad y accesibilidad*: En México el tabaco y el alcohol están al alcance de toda la población.
 2. *Publicidad de las drogas legales*: La existencia de anuncios persuasivos para los jóvenes, hace que se inicien en el consumo de determinadas bebidas alcohólicas o tabaco. En este sentido es importante considerar como los medios de comunicación son cada vez más influyentes en nuestra sociedad, dado que los avances tecnológicos que utilizan introducen con más eficacia los modelos culturales en los que se socializan los individuos y los jóvenes. Por medio de estos llegan al joven datos, criterios, ideas y sensaciones que van confirmando su pensamiento y su propia visión del mundo.
 3. *Ciertas características generales del ecosistema*: Éstas inciden en un deterioro de la calidad de vida (ruido, mala organización urbana, falta de zonas deportivas, etc.) influyen en el uso de sustancias como el tabaco.
 4. *Culturas basadas en las drogas*: La creciente medicalización “tomar pastillas” (automedicación), constituye la solución mágica de todo tipo de problemas. Se genera así un hábito farmacológico como uso excesivo de medicamento. Los niños están acostumbrados a observar como sus padres acuden al fármaco como solución a cualquier desajuste personal; siendo sencillo generalizar el consumo del fármaco al uso de las drogas.

5. *Sistemas sociopolíticos-económicos*: Ciertos elementos sociales tiene una influencia importante en el consumo de drogas; la discriminación racial, la falta de oportunidades sociales, la pobreza, etc.

Para Pérez, (1999) el fenómeno del consumo de drogas es multifactorial, y en él se mezclan factores personales, sociales, y los que genera la propia sustancia. Más allá de los motivos personales, los problemas en el consumo de drogas tiene una dimensión eminentemente social. Y partiendo de esta idea Pérez, plantea diferentes factores que predisponen, mantienen o refuerzan el abuso y consumo de drogas, en este caso el tabaco.







Todos los factores expuestos se mencionan por Pérez (1999).

Al analizar estos factores, se puede llegar a la conclusión de que los problemas personales, familiares y de integración social exacerban el consumo de drogas.

PREVALENCIA DEL TABAQUISMO EN MÉXICO

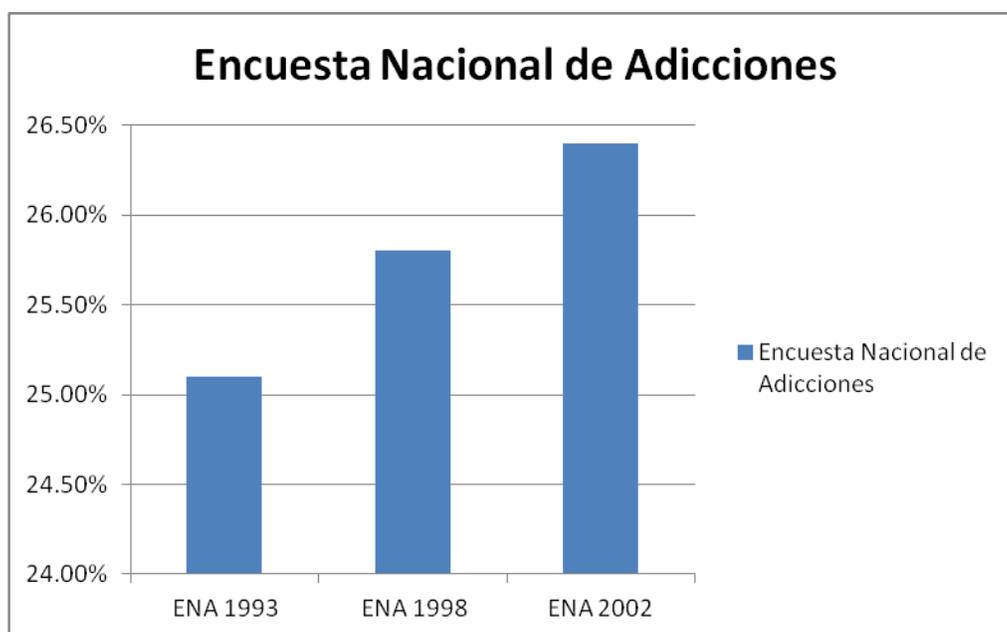
Los primeros estudios realizados en México para conocer la prevalencia de fumadores iniciaron hace más de 20 años; sin embargo, la mayoría se llevaron a cabo en grupos de poblaciones heterogéneas o con metodologías diferentes, dificultando la comparación e identificación de tendencias en el ámbito nacional.

La Dirección General de Epidemiología (DGE) y el Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP), de la Secretaría de Salud, realizaron la primera Encuesta Nacional de Adicciones en 1988 (ENA 1988) cuya metodología, adaptada de esquemas propuestos por la OMS en 1980, permitió conocer la prevalencia y distribución del consumo del tabaco en la población urbana nacional de 12 a 65 años de edad. En 1993 se realizó la segunda Encuesta Nacional de Adicciones (ENA 1993), y para 1998 se llevó a cabo la tercera Encuesta Nacional de

Adicciones (ENA 1998), con el propósito de conocer más a fondo esta problemática y así mejorar las estrategias de prevención y control del tabaquismo en México.

La prevalencia de fumadores obtenida en las tres encuestas nacionales, mostró un incremento. En 1998 la prevalencia global de la población urbana entre los 12 y los 65 años de edad, fue de 25.8%, mientras que en 1993 fue de 25.1%, incrementándose para 1998 a un 27.7%. En cuanto a la prevalencia por sexo, ésta permaneció relativamente similar en las tres encuestas, donde los hombres presentaron el mayor porcentaje de consumo (Tapia et al., 2001).

En la ENA de 2002 los datos indicaban que casi 14 millones (26.4%) de personas del área urbana entre 12 y 65 años de edad eran fumadores activos. A pesar de que se ha observado con claridad un incremento en el número de fumadores, de nueve millones en 1988 a casi 14 millones en 2002, la prevalencia sólo muestra un discreto aumento, de 25.8% en 1988 a 26.4% en 2002. Sin embargo, se observa un mayor consumo de tabaco en las mujeres, ya que en 1988 sólo 29% de los fumadores correspondían a mujeres, para 2002 33.6% correspondía al puntaje en mujeres. En cuanto a la prevalencia de la edad de inicio, se advierte que el consumo del tabaco comienza a una edad cada vez más temprana, va de entre los 10 y 14 años (en Kuri et al., 2006).



Encuesta Nacional de Adicciones de 12 a 65 años

En 2008 se realizó la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA 2008) en poblaciones de 12 a 65 años y se encontró una prevalencia de tabaquismo de

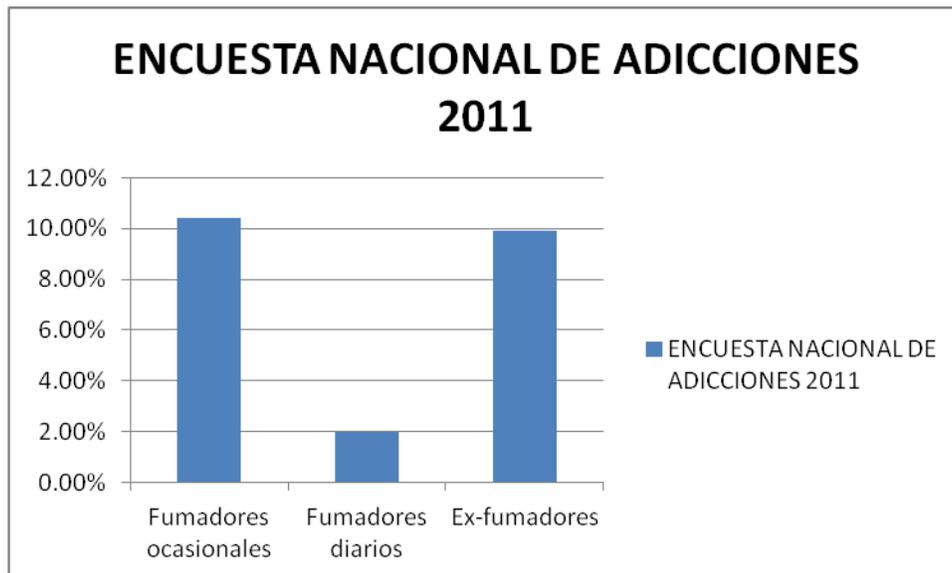
18.5% (hombres 27.8% mujeres 9.9%). La prevalencia en las zonas urbanas (20.4%) fue mayor que en las zonas rurales (11.3%) especialmente para mujeres.

Según la Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos México 2009 (GATS), en general, 15.9% son fumadores actuales, 24.8% son hombres (8.1 millones) y 7.8% son mujeres (2.8% millones). El 48% de los fumadores actuales son fumadores diarios.

La Encuesta de Tabaquismo en Jóvenes (ETJ) de 2005, 2006 y 2008 encontró que los estudiantes entre 13 y 15 años de edad estaban expuestos al humo del tabaco tanto en lugares públicos como en sus hogares, y esta exposición fue mayor en las ciudades con mayor prevalencia de consumo de tabaco (D.F. Guadalajara, Aguascalientes y Saltillo). La ETJ, encontró que entre 8 y 15% de los estudiantes ha probado el cigarrillo antes de los 13 años de edad.

La ENA 2011, reporta una prevalencia de fumadores activos en la adolescencia de 12.3%, lo que corresponde a 1.7 millones de adolescentes fumadores. Los adolescentes fumadores son principalmente ocasionales (10.4%) siendo sólo el 2% (263 mil adolescentes) los que fuman diariamente. La prevalencia de ex fumadores es de 9.9% (1.3 millones de adolescentes) siendo ésta principalmente de aquellos que fumaban ocasionalmente. El 77.8% (10.5 millones) de los adolescentes mexicanos nunca han fumado.

Se encontró que le región con más alta prevalencia de fumadores adolescentes activos es el D.F.

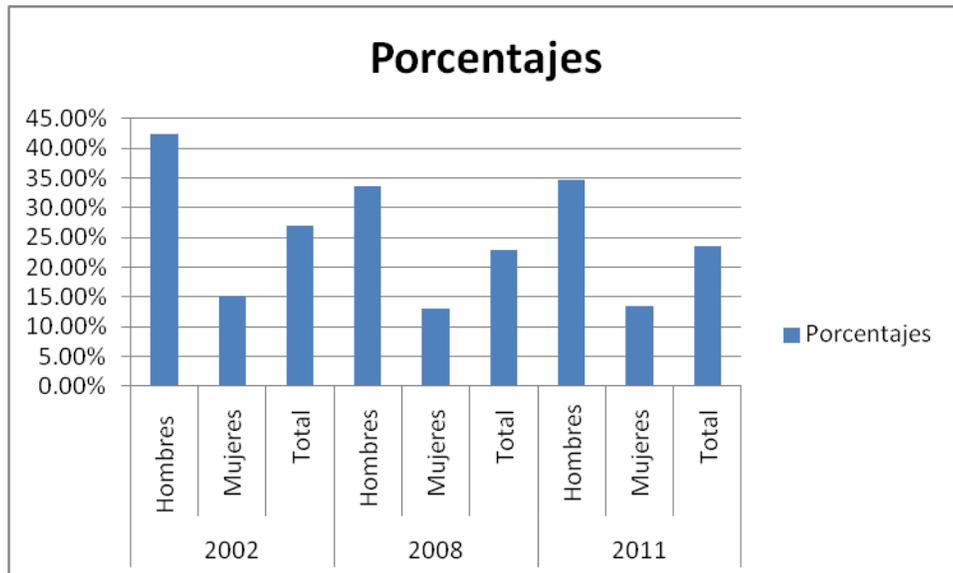


Encuesta Nacional de Adicciones 2011, en adolescentes de 12 a 17 años

Según la última encuesta nacional de adicciones realizada en 2011, los fumadores adolescentes activos que fuman diariamente iniciaron su consumo en promedio a los 14.1 años, siendo similar para hombres y mujeres la edad de inicio.

En general la ENA reportó una prevalencia de consumo activo de tabaco de 21.7%, lo que corresponde a 17.3 millones de mexicanos fumadores. El 31.4% de los hombres y el 12.6% de las mujeres son fumadores activos (12 millones de hombres y 5.2 millones de mujeres). Según la ENA 2011, el D.F. presenta la prevalencia más alta en el país (30.8%). De tal forma que los fumadores diarios fuman en promedio 6.5 cigarros al día.

La ENA reporta una prevalencia de fumadores activos adultos de 18 a 65 años, lo que corresponde a 15.6 millones de adultos fumadores. Entre los adultos, la edad promedio de inicio de consumo diario de tabaco se encuentra en 20.6 años. Se encontró que conforme aumenta la edad del fumador, aumenta el consumo promedio de cigarros.



Prevalencia de consumo activo de tabaco en los últimos años. Según sexo. Población de 18 a 65 años, ENA 2002, 2008 y 2011

ACCIONES PARA EL CONTROL DEL TABAQUISMO EN MÉXICO

“CONVENIO MARCO”

La OMS reconoce que el tabaquismo es la primera causa de muerte prevenible en el mundo, que en México provoca más de 165 muertes al día y que ocasiona graves daños a la salud, el medio ambiente y la economía tanto de fumadores

como de no fumadores, constituyendo uno de los mayores problemas de Salud Pública en nuestro país. Debido a este problema a nivel mundial surge la necesidad de establecer un convenio que ayude a estandarizar normas que permitan el apoyo para combatir el tabaquismo.

El Convenio Marco de la OMS (2003) para el control del tabaco, establece un piso mínimo de regulación del tabaco, a fin de promover el marco normativo necesario para controlar la epidemia de tabaquismo y coordinar esfuerzos entre países para enfrentar este grave problema de salud pública a escala mundial, con énfasis en aquellas políticas que permitan reducir la demanda de tabaco, así como la prevalencia del consumo y la exposición de la población al humo de tabaco. Este convenio entró en vigor el 27 de febrero del 2005 para los primeros 40 países que lo ratificaron, entre los cuales México fue el primer país de América en adherirse.

El objetivo del Convenio Marco, es proteger a las generaciones presentes y futuras de las devastadoras consecuencias sanitarias, sociales, ambientales y económicas del consumo de tabaco y de la exposición al humo del tabaco proporcionando un marco para las medidas de control de tabaco que habrán de aplicar las partes a nivel nacional, regional e internacional, a fin de reducir de manera continua y sustancial la prevalencia del consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco.

Para alcanzar los objetivos del Convenio Marco, de sus protocolos y la aplicación de sus disposiciones, deberán seguirse los principios siguientes:

1. Todos deben estar informados de las consecuencias sanitarias, la naturaleza adictiva y la amenaza mortal del consumo de tabaco y de la exposición al humo del tabaco; se debe contemplar en el nivel gubernamental medidas legislativas, ejecutivas, administrativas u otras medidas para proteger a todas las personas del humo del tabaco.
2. Se requiere un compromiso político firme para establecer y respaldar, a nivel nacional, regional e internacional, medidas multisectoriales integrales y respuestas coordinadas, tomando en consideración lo siguiente:
 - a) La necesidad de adoptar medidas para proteger a todas las personas de la exposición al humo del tabaco.
 - b) La necesidad de adoptar medidas para prevenir el inicio, promover y apoyar el abandono y lograr una reducción del consumo de productos de tabaco en cualquiera de sus formas.
 - c) La necesidad de adoptar medidas para promover la participación de las personas y comunidades indígenas en la elaboración, puesta en práctica y

evaluación de programas de control del tabaco que sean socialmente y culturalmente apropiados para su necesidad y perspectiva.

d) La necesidad de adoptar medidas para que, cuando se elaboren estrategias de control de tabaco, se tenga en cuenta los riesgos relacionados específicamente con el género.

3. La cooperación internacional, particularmente la transferencia de tecnología, conocimientos y asistencia financiera, así como la prestación de asesoramiento especializado, con el objeto de establecer y aplicar programas eficaces de control de tabaco, tomando en consideración los factores culturales, sociales, económicos, políticos y jurídicos locales.
4. Se debe adoptar a nivel nacional, regional e internacional medidas y respuestas multisectoriales integrales para reducir el consumo de todos los productos de tabaco, a fin de prevenir, de conformidad con los principios de salud pública, la incidencia de las enfermedades, la discapacidad prematura y la mortalidad debidas al consumo de tabaco y a la exposición al humo del mismo.
5. Las cuestiones relacionadas con la responsabilidad, según determine cada parte en su jurisdicción, son un aspecto importante del control total de tabaco.
6. La participación de la sociedad civil es esencial para conseguir el objetivo del Convenio y de sus protocolos.

Por otro lado, son cuatro los pilares en los que se sustentan las políticas públicas del Convenio Marco para la prevención y el combate de la epidemia del tabaquismo:

1. Promoción de espacios 100% libres de humo de tabaco.
2. Prohibición total de toda forma de publicidad, patrocinios y promoción.
3. Incorporación de advertencias sanitarias y pictogramas a todo empaque y etiquetado de los productos del tabaco.
4. Políticas para disminuir la demanda de productos de tabaco, principalmente entre los jóvenes y otros grupos vulnerables.

Debido a que el control del tabaco como producto requiere acciones en múltiples niveles, el Congreso de la Unión consideró necesario reunir en un sólo cuerpo normativo una serie de acciones legislativas sugeridas por el Convenio Marco, de este modo, se tradujo el Convenio en la Ley General para el Control del Tabaco (LGCT). Esta ley General fue aprobada el 14 de diciembre del 2007 por la cámara de diputados y el 26 de febrero de 2008 por la cámara de senadores. Se publicó

en el Diario Oficial de la Federación el 29 de mayo del 2008, entrando en vigor el 28 de agosto 2008.

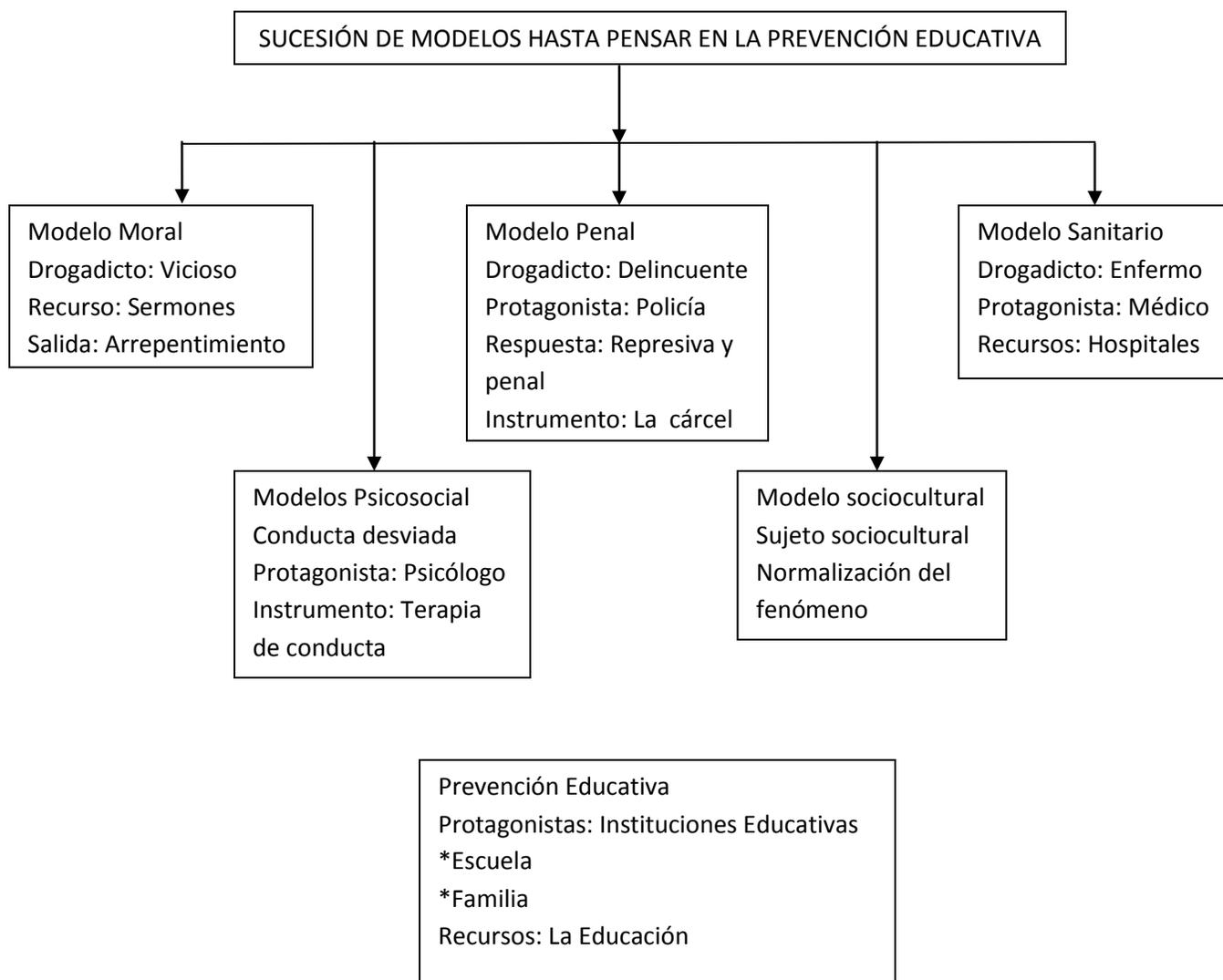
En cumplimiento a lo dispuesto en el Convenio Marco, en la Ley General para el Control del Tabaco y en su regulación, el 24 de diciembre de 2009 se publicó en el Diario Oficial de la Federación el acuerdo secretarial para la incorporación de pictogramas y leyendas sanitarias a todo empaquetado y etiquetado de los productos del tabaco.

De esta manera, se ha evidenciado la necesidad de establecer estrategias integrales de salud, donde además de la prestación de servicios de salud, también se aborden la atención de las causas sociales, económicas y políticas que subyacen a los diversos problemas de salud.

Es por ello que al implementar acciones de protección se abre la posibilidad de prevenir, enfrentar los riesgos y reducir el consumo. Con el Convenio Marco y la Ley General para el Control del Tabaco (LGCT) se busca que todos los sectores de gobierno en conjunto con la sociedad civil, las organizaciones públicas, sociales y privadas, participen tanto en la planeación, como en la puesta en marcha y seguimiento de acciones integrales de prevención, tratamiento, rehabilitación, reinserción social, investigación, formación de profesores y políticas públicas. Se pretende lograr un frente común en beneficio de la promoción de la salud que repercuta en un mejor desarrollo y bienestar social.

Capítulo III. Prevención

Pérez, (1999) menciona que ya desde la década del setenta se empezó a percibir la drogadicción como problema. Pero fue hasta mediados de la década de los ochentas cuando se produce un consenso generalizado por parte de los organismos internacionales, para definir que el éxito está en combatir la demanda, y el recurso idóneo no es otro que el de la prevención, pensando que la escuela y la familia representan los dos pilares básicos. La sucesión de modelos que han sido protagonistas, hasta llegar a la prevención es la siguiente:



La historia de la prevención siempre ha sido y continuará siendo la lucha continua contra la enfermedad, pero sobre todo, contra cualquier clase de sufrimiento que sea generado, aliviando el dolor físico o psíquico, de tal forma que la prevención siempre tendrá por objetivo reducir la probabilidad de aparición de una determinada patología, enfermedad o proceso doloroso.

Para Pérez (1999), prevenir significa evitar, tomar medidas para evitar un mal, anticiparse a un fenómeno para que éste no aparezca o, como mínimo, que de hacerlo sea lo más tarde y lo menos intenso posible. En lo que ha consumo se refiere, existe una forma correlativa a la demanda de la misma. Ya que se debería afrontar el problema tendiendo a reducir tanto la oferta como la demanda. Hoy todos los expertos e instituciones apuestan por la prevención para combatir la demanda, de tal forma que lo más conveniente es anticiparse a la situación de consumo a la que se enfrentan los jóvenes.

Por su parte Lofquist (1983, en Fernández, 1999), dice que la prevención es un proceso activo y asertivo de crear condiciones y/o atributos personales que promueven el bienestar de la gente.

Massün (2001), menciona que prevenir es evitar o impedir, lo cual implica que algo, generalmente maligno, suceda.

Por su cuenta Materazzi (1985), describe como prevención todas aquellas acciones anticipadas que, basadas en el conocimiento de la historia natural de la enfermedad, llevan a evitar la aparición o el desarrollo ulterior de ésta, ya que la enfermedad se ve como un proceso (o sea un fenómeno dinámico) en el que interactúan tres elementos: el agente productor, el huésped humano y los factores ambientales (físicos, económicos, sociales y culturales) que producen estímulos para que agente y huésped se pongan en contacto.

Para Caplan (1980, en Fernández, 1999), la prevención distingue tres niveles a nivel comunitario, los cuales son como siguen; la prevención primaria implica la disminución de la proporción de casos nuevos, en una población durante cierto periodo de tiempo. No se trata de evitar que enferme un individuo en especial, si no de reducir el riesgo de toda una población de manera que aunque algunos puedan enfermar, su número sea reducido. Por otro lado la prevención secundaria, la conceptualiza como aquella que tiene como objetivo la reducción de la enfermedad; haciendo descender la proporción de casos nuevos mediante la modificación de los factores que llevan al trastorno y por otro lado haciendo descender la proporción de los casos declarados, al acortar su duración mediante el diagnóstico precoz y el tratamiento efectivo. Por lo que se refiere a la prevención terciaria, ésta actúa mediante la rehabilitación en gran escala de los

pacientes, para devolverles su máxima capacidad productiva tan pronto como sea posible.

Massün, (2001) distingue tres etapas de la prevención:

1. La prevención primaria: Entendiéndola en el sentido correcto de la palabra, o sea evitar que se haga uso indebido de la droga, en este caso del tabaco.
2. La prevención secundaria: Que consiste en la detección temprana de los usuarios y la intervención para evitar que sigan usando drogas o que lleguen a ser farmacodependientes.
3. La prevención terciaria: Que es en realidad, el tratamiento médico y psicológico para una recuperación de la persona. Sin embargo en un sentido más exacto, ya no se trata de “prevenir”, sino más bien de “remediar” un mal que no se pudo evitar.

Materazzi (1985), menciona que la prevención tiene diversas etapas:

1. Prevención Primaria: Es el período en donde se previene promoviendo un estado de salud óptimo y protegiendo específicamente al ser humano contra agentes de enfermedad.
2. Prevención Secundaria: Es el período en donde el proceso de enfermedad no es detectable (en sus primeras fases), con un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno y adecuado se puede interrumpir este proceso y evitar que avance.
3. Prevención Terciaria: Cuando la enfermedad avanza, también se pueden prevenir secuelas, limitar la incapacidad y rehabilitar.

Por su cuenta Vega (2003), indica tres tipos de prevención:

1. Primaria: Antes del abuso
2. Secundaria: En el principio del abuso
3. Terciaria: Después del abuso, esto está dirigido a la rehabilitación, que implica la desintoxicación, el tratamiento y posteriormente el seguimiento.

Catalano y Dooley (1982, en Fernández, 1999) distinguen dentro de la prevención primaria entre prevención primaria proactiva y reactiva. La primera, la prevención primaria proactiva, se dirige a estrategias de acción que intentan prevenir la ocurrencia de factores de riesgo. Por otro lado la prevención primaria reactiva, su objetivo es preparar al sujeto para reaccionar en forma efectiva ante una situación estresante.

La perspectiva de la psicología preventiva es preparar al sujeto para reaccionar de forma efectiva ante una situación estresante. De tal forma que la prevención primaria será proactiva, es decir, que los individuos y comunidades lleguen a ser competentes y se reduzcan las situaciones estresantes.

Massùn (2001), propone que la información desempeña un papel muy importante en el proceso de la educación preventiva. Y propone que en un programa preventivo se procure que el adolescente comprenda en que consiste y a que necesidades responde el uso indebido de drogas, y que también se enseñen habilidades que le permitan resistirse a la oferta, así como opciones para que pueda satisfacer sus necesidades elementales de ser joven sin caer en el consumo de drogas.

La prevención en general comprende todo un conjunto de medidas orientadas a evitar el consumo de sustancias tóxicas, de tal forma que la prevención educativa es la que adquiere sentido y la que mejor ayuda a la consecución de los objetivos que aquí se desean alcanzar, ya que no atiende directamente al síntoma, (consumo de droga), sino las condiciones que favorecen su aparición o mantenimiento.

Las medidas de prevención deben disuadir del uso de fumar antes de la edad adulta, ya que se ha comprobado que es muy difícil persuadir a los adultos que han utilizado el tabaco durante muchos años, debido a la dependencia que la nicotina genera. Los adolescentes que se inician en el hábito no muestran miedo a las enfermedades provocadas por el tabaco. El camino de la prevención es educar y concientizar a los jóvenes para que no adquieran el hábito; una buena medida preventiva sería aquella que creará en la opinión pública una actitud crítica y de hostilidad hacia el hábito de fumar (Vega, 2003). Lo anterior no se trata de un asunto de rechazo ante las personas que fuman, sino más bien una actitud sólida ante la prevención.

Como bien lo menciona Fernández (1999), la prevención constituye un bien primario, ya que detrás de todo el bien que puede producir, se halla el derecho a la salud y por lo tanto el derecho y el deber de promocionar y proteger la salud y prevenir la enfermedad a nivel individual. Por ello la prevención es, o debería ser, el fundamento sobre el cual se establezcan y después se desarrollen los “bienes sociales primarios”.

La eliminación de todo tipo de uso de drogas es una meta utópica. Ya que es muy difícil persuadir a la gente para que renuncie a prácticas que le producen alivio a sus tensiones o simplemente placer. Y más difícil aún cuando muchas de estas prácticas son estimuladas y respaldadas por la sociedad (como el tabaco). La prevención consiste en utilizar la educación como técnica, en el sentido de

desarrollar o fortalecer la capacidad de resistencia de los individuos y grupos ante la oferta (Massün, 2001).

Es posible mejorar la capacidad de las personas para “manejar” con inteligencia su propio consumo (a temperar el uso de drogas legales y a evitar las ilegales), o lograr que no se sienta la necesidad de tomarlas (centrando el interés en actividades relajantes o placenteras, u otra forma de resolver conflictos internos). Ya que el objetivo general de la prevención del uso indebido de drogas sería entonces: “evitar o reducir en la medida de lo posible su uso el cual causa dependencia; pero también, es buscar la reducción de la incidencia y de la gravedad de los problemas individuales y sociales vinculados con el uso indebido de estas sustancias (factores que desencadenan su consumo)”.

Es importante señalar que la decisión de tomar o no una droga depende mucho más de factores circunstanciales que de la información recibida. Las actitudes y los hábitos no siempre responden a los conocimientos en el mundo adulto. Ya que los adolescentes pueden estar convencidos de no necesitar drogas, y sin embargo aceptarlas cuando por primera vez se las ofrecen en un ambiente amistoso. En este momento, más que lo aprendido acerca de la droga, influirán las reglas normales de comportamiento en grupo, tales como la sociabilidad, la reciprocidad o la simpatía.

Cabe destacar que la prevención primaria por sus características es idónea, ya que ante cualquier posible aparición de enfermedad o situación de riesgo se actúa evitando o disminuyendo las consecuencias negativas.

Por su parte Cowen y Goldston (1987, en Fernández, 1999) indican con peculiaridad de la prevención primaria los siguientes aspectos:

1. Objetivos Generales:

- Reducir la incidencia de problemas de salud
- Promover la salud

2. Objetivos Específicos:

- Promover el crecimiento sano de los individuos
- Incrementar la comprensión comunitaria de la salud y el conocimiento de recursos
- Incidir sobre las practicas organizacionales
- Influenciar la politica social
- Favorecer las coaliciones interorganizacionales
- Ampliar el papel de los técnicos de salud

3. Otros aspectos:

- Es especialmente para personas sanas
- Esta dirigida a grupos, organizaciones y comunidades
- Emplea tecnologías diversas
- Es internacional

No se puede evitar que se enferme un individuo determinado, pero sí disminuir el riesgo de toda una población, de manera que sea reducido el número de los que lleguen a enfermarse. Un plan de prevención primaria que se ocupa de un individuo, lo ve como integrante de un grupo y su tratamiento está orientado no sólo por las necesidades de la persona en cuestión, sino fundamentalmente con su relación en la comunidad a la que pertenece.

La prevención primaria retoma los principios del Modelo de Competencias, a través de estrategias proactivas, ya que se anticipa a los problemas para evitarlos, al promover el desarrollo cognitivo, en el individuo. A continuación se plantea los principios básicos del Modelo de Competencias.

Capítulo IV. Modelo de Competencias

La palabra competencia, viene del griego *agon*, *agoniste*, que quiere decir ir al encuentro de otra cosa, encontrarse para responder, rivalizar, enfrentarse para ganar, salir victorioso. Pero existe un segundo significado que se relaciona con hacerse responsable de algo, de un ámbito de su jurisdicción al cual generalmente se le asigna un saber (Argundín, 2005).

Noam Chomsky (1965, en Frade, 2008), retomó el término para definir la capacidad que tienen los seres humanos de comprender y producir el lenguaje de acuerdo con ciertas reglas y normas convencionales dentro de una perspectiva social. Señaló además que las competencias son habilidades y disposición para actuar e interpretar y por lo tanto son capacidades cognitivas abiertas al futuro y a lo inesperado.

Para Frade (2008, p. 82), el término “competencias se define como una capacidad adaptativa, cognitivo-conductual, específica que se despliega para responder a la demanda que se produce en un entorno determinado en un contexto socio histórico y cultural. Es un proceso de adecuación entre el sujeto, la demanda que existe en el medio y las necesidades que se producen. A mayor coherencia entre lo que exige el ambiente y lo que el sujeto realiza, mayor nivel de competencia. Es por tanto una capacidad adaptativa cognitiva (pensamiento, conocimiento y emoción), conductual (actitud), que responde a las demandas del entorno (imposición sociocultural), que se traduce en un desempeño (conducta observable con un fin dirigido por el sujeto). Una competencia se desarrolla cuando utiliza el ser biológico para responder a las demandas del entorno. Se forma y construye cuando existe una mediación que utilice instrumentos (cultura, lenguaje) para impulsar la interacción y la innovación sobre el medio en que se encuentra. Se adquiere cuando se ha establecido cierto nivel de dominio sobre la demanda presentada. Para que la persona sepa pensar para poder hacer, ser y vivir en sociedad”.

La prevención en psicología retoma los principios del Modelo de Competencia, a través de estrategias proactivas, para anticiparse a los problemas y evitarlos, sus estrategias se enfocan en promover el desarrollo cognitivo, entrenamiento en destrezas conductuales y socioemocionales que conducirán a resultados adaptativos y a un sentido de control personal. Algunos componentes de la competencia, de acuerdo a Raven (1984, en Fernández, 1999), son:

- habilidad para ejercer autocontrol

- autoconfianza
- disposición a pensar por uno mismo y ser original
- pensamiento crítico
- persistencia
- confiabilidad
- habilidad para tomar buenas decisiones
- responsabilidad personal
- manejo de conflictos

Cada una de estas características personales permiten al sujeto enfrentarse de mejor manera ante situaciones de estrés que puedan ocurrir durante el periodo de la adolescencia, sin embargo cabe destacar que el ser competente se aprende en el transcurso del desarrollo y con base a las exigencias del medio en el que se desenvuelve.

El modelo de competencias considera que todo ser humano tiene un gran potencial susceptible de ser desarrollado cuando muestra interés por aprender. Las competencias se definen como un conjunto de actitudes, habilidades y conocimientos que se expresan mediante desempeños relevantes para dar soluciones a la problemática social, así como para generar necesidades de cambio y de transformación.

Para Delors (1997, en Frade, 2008) implica un aprender a conocer, aprender a hacer, aprender a convivir y aprender a ser.

- Aprender a aprender: Es decir a regular los procesos de aprendizaje, para darse cuenta de lo que aprenden y cómo lo hacen, a contar los elementos y criterios para seleccionar la información pertinente y congruente que le permitan al sujeto ofrecer soluciones a los problemas que presenta la sociedad.
- Aprender a hacer: Desarrollar habilidades en una integración con el todo, que les permita aplicar lo que saben en beneficio de su entorno social; atendiendo las contingencias y los cambios continuos del contexto global.
- Aprender a convivir: Es decir, trabajar en equipo respetando al otro, convivir en el pluralismo, incorporar en su formación y desempeño profesional a lo interdisciplinario y a prepararse dentro de una cultura de la legalidad.
- Aprender a ser: Que se visualice como un ser particular.

Hoy se considera que los conocimientos que posee una persona son parte del proceso de competencias, propiciando la capacidad de lograr un mejor

desempeño, pero no son todos ni son suficientes: las habilidades del pensamiento, los valores y las destrezas motrices resultan también fundamentales para lograr las competencias que le permitan al individuo adecuarse al entorno.

En resumen la prevención del uso y abuso de tabaco, dirige sus acciones hacia sujetos que aún no presenten ningún síntoma de la enfermedad, sin embargo los adolescentes se consideran vulnerables a padecerla ya que reúnen factores de riesgo que los hacen susceptibles. Al emplear estrategias educativas proactivas, se fortalecen las competencias individuales para evitar los riesgos, permitiendo que los individuos fortalezcan destrezas y habilidades que los lleven a enfrentar algunos factores de riesgo personales y ambientales. Ya que aprender a aprender implica la capacidad de reflexionar en la forma en que se aprende y actuar en consecuencia, autorregulando el propio proceso de aprendizaje mediante el uso de estrategias flexibles y apropiadas que se transfieren y adoptan a nuevas situaciones.

La prevención primaria tiene por objetivo estimular y fortalecer los recursos individuales y sociales, por medio de la reflexión y el análisis crítico de la información. Para este caso el aprendizaje significativo apoya, ya que utiliza técnicas de entrenamiento en habilidades sociales necesarias para la solución de problemas. El propósito es lograr su competencia social, reestructuración de pensamientos y habilidades cognitivas. Por este motivo en el siguiente capítulo se retomarán los principios básicos del aprendizaje significativo.

Capítulo V. Aprendizaje Significativo

Implica un procesamiento muy activo de la información por aprender. El aprendizaje significativo ocurre cuando la nueva información se enlaza con las ideas que ya existen en la estructura cognocitiva del que aprende.

Ausubel (1978, en Arancibia et al., 1997), dice que el aprendizaje significa la organización y la integración de la información de la estructura cognocitiva del individuo. El aprendizaje significativo es un proceso a través del cual una nueva información se relaciona con un aspecto relevante de la estructura del conocimiento del individuo. Este proceso involucra una interacción entre la información nueva y una estructura específica del conocimiento que se posee.

Aprender un contenido quiere decir que el alumno le atribuye un significado, construye una representación mental a través de imágenes o proposiciones verbales.

El aprendizaje significativo unas veces se construye al relacionar los conceptos nuevos con los conceptos que ya posee y, otras, al relacionar los conceptos nuevos con la experiencia que se ha ido adquiriendo (Barca, Marcos, Nuñez, Porto y Santurum, 1997).

El individuo (observador), es quien activamente construye el conocimiento del mundo exterior y la realidad puede ser interpretada de distintas formas (José y Arnay, 1997).

Existen varios tipos de aprendizaje significativo, Barca et al. (1997) retoma los siguientes:

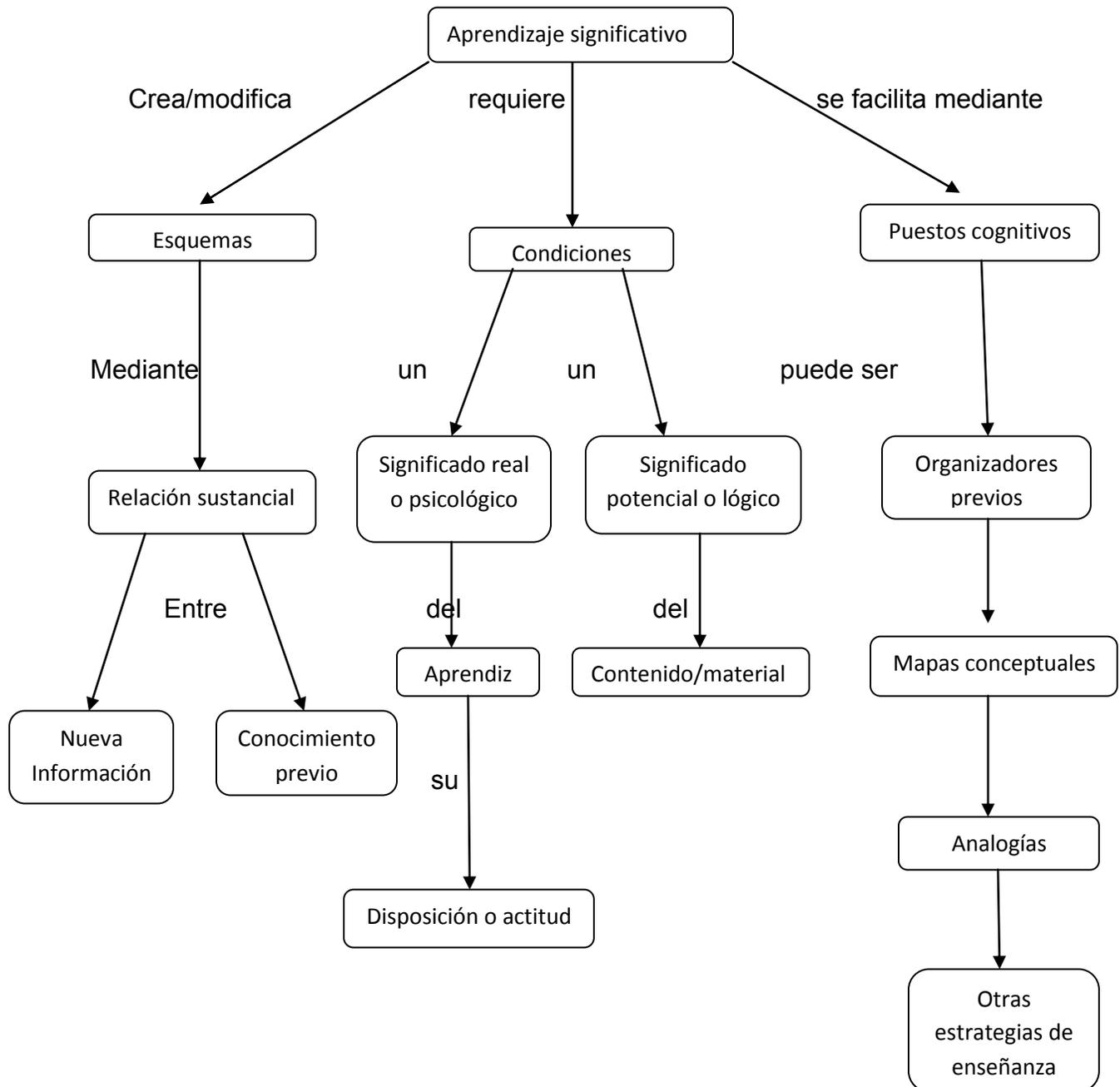
- Representacional: Aprender significado de símbolos o palabras. Se trata por tanto de la adquisición del vocabulario.
- Conceptual: Aprendizaje de conceptos. Se trata de un aprendizaje basado en situaciones de descubrimiento que incluirían procesos como la diferenciación, la generalización, la formulación y la comprobación de hipótesis.
- Proposicional: Aprendizaje de ideas que implican varios conceptos. Consiste en adquirir el significado de nuevas ideas expresadas en una frase o una oración que contiene dos o más conceptos, procede fundamentalmente de lo general a lo específico y particular.

El aprendizaje significativo debe contemplar el mecanismo lógico de los nuevos conocimientos o materia a impartir con los conceptos, ideas y representaciones ya

formados en las estructuras cognoscitivas del individuo; se construye así un conocimiento propio, individual, un conocimiento de él para él.

Existe un principio común en la unidad de lo cognitivo y lo afectivo en el aprendizaje significativo, ya que la interacción del material potencialmente significativo organizado coherentemente y jerárquicamente, a partir de la estructura cognitiva, junto con la disposición subjetiva, experiencia anterior, disposición afectiva y motivacional con conceptos integrados y significados establecidos da como resultado nuevo conocimiento (Viera, 2003).

Díaz y Hernández (1998) señala el concepto del aprendizaje significativo de la siguiente manera.



Este tipo de aprendizaje ocurre cuando las tareas están relacionadas de manera conexiada y coherente, surge, cuando el alumno como constructor y creador de su propio conocimiento, relaciona los conceptos a aprender y les da un sentido a partir de la estructura conceptual que ya posee. De otro modo: construye nuevos conocimientos a partir de los conocimientos que ha adquirido anteriormente. Y construye su conocimiento porque está interesado en ello.

Díaz señala las siguientes fases de aprendizaje significativo:

(Díaz y Hernández, 1998, p. 25-26)

1.- Fase Inicial de aprendizaje:

- El aprendiz percibe a la información como constituida por piezas o partes aisladas sin conexión conceptual.
- El aprendiz tiende a memorizar o interpretar en la medida de lo posible estas piezas, y para ello usa su conocimiento esquemático.
- El procesamiento de la información es global y éste se basa en: escaso conocimiento sobre el dominio a aprender, estrategias generales independientes de dominio, uso de conocimientos de otro dominio para interpretar la información (para comparar y usar analogías).
- La información aprendida es concreta (más que abstracta) y vinculada al contexto específico.
- Uso predominante de estrategias de repaso para aprender la información.
- Gradualmente el aprendiz va construyendo un panorama global del dominio o del material que va a aprender, para lo cual usa su conocimiento esquemático, establece analogías (con otros dominios que conoce mejor) para representarse ese nuevo dominio, construye suposiciones basadas en experiencias previas etcétera.

2.- Fase intermedia de aprendizaje:

- El aprendiz empieza a encontrar relaciones y similitudes entre las partes aisladas y llega a configurar esquemas y mapas cognitivos sobre el material y el dominio de aprendizaje en forma progresiva. Sin embargo, estos esquemas no permiten aún que el aprendizaje se conduzca en forma automática o autónoma.
- Se va realizando de manera paulatina un procesamiento más profundo del material. El conocimiento aprendido se vuelve aplicable a otros contextos.
- Hay más oportunidades para reflexionar sobre la situación, material y dominio.
- El conocimiento llega a ser abstracto, es decir, menos dependiente del contexto donde originalmente fue adquirido.

- Es posible el empleo de estrategias elaborativas u organizativas tales como: mapas conceptuales y redes semánticas, así como usar la información en la solución de tareas-problema, donde se requiera la información a aprender.

3.- Fase terminal del aprendizaje:

- Los conocimientos que comenzaron a ser elaborados en mapas o esquemas o mapas cognitivos en la fase anterior, llegan a estar más integrados y a funcionar con mayor autonomía.
- Como consecuencia de ello, las ejecuciones comienzan más automáticas y a existir un menor control consciente.
- Igualmente las ejecuciones del sujeto se basan en estrategias específicas de dominio para la realización de tareas, tales como solución de problemas, respuestas a preguntas, etcétera.
- Existe mayor énfasis en esta fase sobre la ejecución que en el aprendizaje, dado que los cambios en la ejecución que ocurren se debe a variaciones provocadas por la tarea, más que a rearrreglos o ajustes internos.
- El aprendizaje que ocurre durante esta fase probablemente consiste en: a) la acumulación de información a los esquemas preexistentes y b) aparición progresiva de interrelaciones de alto nivel en los esquemas.

El aprendizaje debe verse como un continuo, donde la transmisión entre las fases es gradual más que inmediata; ya que cada vez que se elabora uno de los elementos iniciales, se vuelve al punto de partida con el fin de enriquecer y ampliar el plan de conjunto.

Aprender a aprender implica la capacidad de reflexionar en la forma en que se aprende y actuar en consecuencia, autorregulando el propio proceso de aprendizaje mediante el uso de estrategias flexibles y apropiadas que se transfieren y adoptan a nuevas situaciones.

El aprendizaje significativo se apoya utilizando técnicas de entrenamiento en habilidades sociales necesarias para la solución de problemas. El propósito es lograr su competencia social, reestructuración de pensamientos y habilidades cognitivas.

METODOLOGÍA

PROPÓSITO

Diseñar la propuesta de un Programa de Prevención Psicológica para evitar la adicción al tabaco, dirigido a adolescentes de 11 a 15 años de edad, que no hayan ingerido cigarrillos y que acudan a clases regulares de secundaria en el Distrito Federal.

FUNDAMENTACIÓN

De acuerdo con las estadísticas se considera que la población más vulnerable en conductas adictivas son los adolescentes debido a sus características evolutivas, ya que durante esta etapa se enfrentan a factores de riesgo que alteran o evitan su desarrollo y la adaptación a su medio ambiente, lo cual puede desencadenar el abuso a drogas de inicio como son el tabaco y el alcohol, para posteriormente pasar al uso y abuso de drogas como la marihuana y otras drogas, lo cual en definitiva perjudica el desarrollo sano del adolescente. Puesto que la edad de inicio de los consumidores de tabaco y el alcohol es entre los 11 y los 15 años, se considera necesario no sólo rehabilitar sino *prevenir la adicción al tabaco* promoviendo la salud. De esta forma surge la idea de crear un programa, retomando los principios de la Psicología Preventiva y el Modelo de Competencia, en donde se emplea estrategias con el fin de promover destrezas y habilidades en los adolescentes, con el objetivo de que dichas habilidades les permitan enfrentarse a situaciones de estrés y de riesgo que reduzcan las probabilidades frente a una adicción. El procedimiento para este programa es la prevención, por medio de la *educación preventiva*, que brinda las herramientas necesarias para contrarrestar los factores de riesgo, a través del fortalecimiento de habilidades cognitivas y conductuales lo cual disminuyen la incidencia de padecer alguna adicción. Para la prevención en psicología es importante fomentar el pensamiento crítico y el análisis reflexivo de la información para que los adolescentes sean competentes en la toma de decisiones y en el cambio de actitudes que permitan establecer un estilo de vida sano. Se considera importante el aprendizaje activo y significativo de los participantes, de esta forma se retoman los principios teóricos del *Grupo Operativo* aplicados a la enseñanza para el diseño de la propuesta de un Programa de Prevención Psicológica de tabaquismo en adolescentes, siendo

parte activa dentro del proceso de aprendizaje. A continuación se exponen los conceptos básicos del grupo operativo.

GRUPO OPERATIVO

“El nexo que une a las personas son las necesidades o metas comunes” (Fernández, 1986, p.31). Esta es la característica que distingue a un grupo, de una multitud.

Para Fernández y Cohen (1986), un grupo es una relación significativa entre dos o más personas. Ya que la actividad de cada uno representa eslabones de la actividad de los otros en el proceso de un logro ulterior. Los actos de una persona influyen en la otra de tal manera que una respuesta se vincula con la actividad de la primera, y así sucesivamente. De este modo, la actividad de una y otra significan aspectos de una sola conducta común.

Una de las necesidades más imperiosas en la actualidad es que la gente aprenda a convivir y adquiera habilidades para resolver en grupos sus problemas sociales, laborales y de la vida diaria.

Kisnerman (1986), menciona que un grupo es un conjunto de individuos que interactúan con referencia a un objeto determinado. Ya que el individuo es impulsado a pertenecer a un grupo por distintas motivaciones de carácter impersonal: lograr conocer amigos, conocer otras personalidades, necesidades de seguridad, de adquirir conocimientos, experiencias, afirmarse socialmente, etc. Llama proceso de grupo, al desarrollo del mismo, teniendo en cuenta la interacción dinámica entre sus miembros. Las etapas del proceso están dadas en tres periodos de duración variable:

1.- Periodo de aparente grupo: Cada miembro inicia su actuación tratando de traducir sus intereses. Surgen las tendencias más dominantes.

2.- Periodo de organización: El grupo reconoce valores y normas, siendo el líder natural, quien permite que se desarrollen y el grupo las internalice. Aparecen los equipos de trabajo y la interacción en planos positivos de actuación con la percepción y aceptación de rol que desempeña. El grupo comienza a tener fuerza.

3.- Periodo de integración o madurez: Se logra la cohesión de grupo, manifestada en la tendencia a cooperar y conjugar, en forma espontánea, los esfuerzos en beneficio común. No es ya una suma de individuos sino una pluralidad unida de tal forma que integra una estructura o bloque. Todos los miembros son participantes.

Un grupo es entonces una relación significativa entre dos ó más personas, las interacciones que existen entre ellas es para producir un resultado deseado.

Delgado y Gutiérrez (1998), señalan que un grupo necesita de dos condiciones básicas para su formación:

- a) Que los miembros compartan normas acerca de algo en particular, dentro de un amplio margen de contenidos.
- b) Que el grupo incluya a miembros cuyos intereses se encuentren entrelazados entre sí.

Es decir hay grupo cuando los integrantes regulan su actividad con ciertas normas y cuando se vinculan entre si de una forma determinada.

El grupo operativo, inicio en la investigación de la famosa experiencia Rosario en 1958, que se desarrollo mediante una estrategia y una práctica operativa instrumental. Dicha experiencia se hizo efectiva mediante el empleo de ciertas técnicas y tuvo como propósito la aplicación de una didáctica interdisciplinaria, que se realizaba mediante la discusión y la comunicación. La técnica consistía en el trabajo de grupos heterogéneos pequeños, con un tema de tarea, guiados por un coordinador, el cual tiene por objetivo orientar y favorecer la comunicación intergrupal. Esta didáctica es interdisciplinaria, acumulativa y de enseñanza orientada, para desenvolver aptitudes y comunicar conocimientos. Se cumplen con la función de educar, de despertar interés, instruir y transmitir conocimiento (Pichon, 1975).

El grupo operativo se distingue por ser “un grupo centrado en la tarea”, es decir, permite crear un grupo de coordinación y escucha-observación. Ya que ninguna formación basada en el mero conocimiento de un saber aporta elementos suficientes, si solo se queda en el hecho de adquirir conocimientos. Una de las ventajas que ofrece el grupo operativo es crear una red de apoyo en donde los miembros del grupo con su experiencia al compartir y al escuchar generan una estructura (Baudes, 1991).

Esta estructura es una intermediación entre la estructura individual y la estructura social (Fernández y Cohen, 1986).

El grupo operativo es un pequeño grupo que se reúne, para ligar la comprensión de ciertos conocimientos con las experiencias vividas. Centrado en la tarea, objetivos y responsabilidades de cada miembro. A través de un coordinador que tiene como principal responsabilidad facilitar a los participantes la posibilidad de expresión y sobre todo guiar las sesiones. ““Enseñar y aprender” como una continua y dialéctica experiencia de aprendizaje en espiral, donde un clima de

plena interacción descubren o redescubren, aprenden y “se enseñan” (Pichon, 1975, p. 117).

Para Fernández y Cohen (1986), el grupo operativo, busca proveer a los individuos con los medios de lograr los insights, las comprensiones, métodos y habilidades requeridas para poder diagnosticar y resolver sus problemas individuales y de grupo, tanto como la oportunidad de remediar sus deficiencias educacionales, realizar nuevas experiencias profesionales y obtener información.

El grupo operativo es concebido como un grupo centrado en la tarea, con la finalidad de resolver las dificultades que un grupo en cuanto tal tiene para resolver una tarea y accionando esta en dos dimensiones: el sujeto como *portavoz* del grupo y la *fantasía inconsciente grupal* en torno a la tarea. Es a través de un portavoz del grupo que expresa, paradójicamente, el malestar y la resistencia al cambio, teniendo como función ser el depositario de la ansiedad del grupo y el denunciante de la situación conflictiva que yace en el grupo familiar. Los demás miembros del grupo son los depositantes de la ansiedad sobre el emergente. El Grupo operativo es formulado como un dispositivo técnico para movilizar las estructuras estereotipadas grupales que inciden en la producción de dificultades de aprendizaje y comunicación en el grupo y que están relacionadas con la ansiedad que despierta el cambio (grupal e individual). Para la consecución de las finalidades del grupo (abordar, desarrollar y resolver la tarea; establecer un proyecto grupal) es necesario construir un *Esquema Conceptual Referencial y Operativo* (ECRO grupal). La tarea es el *líder* del grupo operativo, como resultante del proceso grupo (Delgado y Gutiérrez, 1998, p.355).

Pacheco (1986), señala que los objetivos y metas del grupo operativo son:

- Aprender a pensar
- Analizar las contradicciones que surgen al interior del proceso grupal y su relación con las condiciones sociales
- Hacer explícito lo que parece implícito (aspectos verbales y no verbales de la dinámica)
- Incidir en la ruptura de estereotipos
- Analizar las ideologías subyacente del grupo
- Confrontar el análisis interno en relación con la práctica social
- Ensayar nuevos modos de relación al interior para validarlos al exterior

Los elementos característicos del grupo operativo son:

Tarea: La tarea es el líder del grupo operativo, como resultante del proceso grupal. Se distingue entre *tarea manifiesta* (lo explícito de la tarea, el factor que reúne al grupo) y *tarea latente* (lo no explícito, pero determinante) (Delgado y Gutiérrez, 1998, p.355).

Emergente de grupo: Es el individuo, que es el portavoz de la ansiedad. Se puede manifestar como conspirador impidiendo el desarrollo del trabajo o como líder del progreso.

Coordinador del grupo: La principal responsabilidad de quien coordina el grupo es facilitar a los participantes la posibilidad de que se expresen.

Observador: Organiza todos los elementos que surjan durante las reuniones.

DINÁMICA DEL GRUPO OPERATIVO

El aspecto creativo del grupo no debe ser descuidado como factor de evaluación, ya que lo consideramos como el índice más significativo de la operatividad del grupo. Se da en la medida en la que se enfrentan tareas nuevas, con técnicas nuevas, haciéndose el grupo plástico (no estereotipado), coherente y operativo. Por lo que cuando el grupo opera con un pensamiento creador, ha adquirido funcionalidad. Así la tarea, es un hecho objetivo, que permite el rendimiento del grupo.

La tarea es el ámbito de la elaboración de los cuatro momentos de la funcionalidad operativa: la estrategia, la táctica, la técnica y la logística.

La función del coordinador consiste esencialmente en crear, mantener y fomentar la comunicación, llegando ésta, a través de un desarrollo progresivo y toma la forma de un espiral, en el cual coinciden didáctica, aprendizaje, comunicación y operatividad. La indagación operativa aumenta considerablemente la efectividad, su método consiste, en observar los elementos comunes a cierto tipo de problemas y analizar las posibles soluciones. El coordinador favorece el vínculo entre el grupo y el campo de su tarea.

Mediante la tarea realizada en los grupos operativos el participante adquiere o recupera un pensamiento discriminativo social. Dando una planificación previa que orienta a la acción.

La finalidad y propósitos de los grupos operativos pueden resumirse diciendo que su actividad está centrada en la movilización de estructuras estereotipadas. El

esclarecimiento, la comunicación, el aprendizaje y la resolución de tareas coinciden con la curación, creándose así un nuevo esquema referencial.

Para Zarzar (1988), al planear un curso bajo los lineamientos del grupo operativo, es importante aplicar las siguientes actividades para propiciar aprendizaje significativo:

- Definir los objetivos de aprendizaje.
- Diseñar el plan de trabajo del curso y redactar el programa para los participantes.
- Desarrollar el encuadre.
- Diseñar e instrumentar actividades de aprendizaje y de evaluación de los aprendizajes.

En la enseñanza se puede aplicar la metodología del grupo operativo como alternativa para fomentar el aprendizaje activo de los participantes. Ya que en el proceso que comúnmente se sigue en la enseñanza tradicional funciona por medio de un emisor (profesor) y varios receptores (alumno), por lo que el alumno se convierte en un agente pasivo en el proceso de enseñanza-aprendizaje. De esta manera sólo acumulan o memorizan la información que da el profesor.

Bleger (1977), señala que la consigna de la enseñanza operativa “es la de romper estereotipos en todos los niveles y planos en que aparezcan. En esta acción, el estudiante aprende, con su participación directa, para hallar soluciones y plantear las posibles vías de solución. Desde esta percepción se concibe a los estudiantes como coautores de los resultados, los cuales emplean sus conocimientos como instrumentos para indagar y actuar sobre la realidad”.

MÉTODO

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El fomento de factores protectores o competencias como el pensamiento crítico, la reflexión, la información objetiva de las drogas, la asertividad, la autoestima y la toma de decisiones que contiene el programa de prevención psicológica favorece la prevención del abuso y la adicción al tabaco en adolescentes de 11 a 15 años. A través del taller se pretende dar a conocer al adolescente factores emocionales y/o sociales que predispongan al consumo de tabaco. El taller es una forma de enseñar y de aprender mediante la realización de una tarea. Utiliza una metodología de grupo operativo, en donde el alumno contribuye al proceso de

aprendizaje. Impulsando a los integrantes a adquirir habilidades que les permitan enfrentar las situaciones y factores que puedan desencadenar el tabaquismo. Cada participante podrá desarrollar habilidades cognitivas, emocionales, conductuales y sociales para que de esta forma disminuya la probabilidad de padecer tabaquismo en un futuro inmediato.

OBJETIVO GENERAL

A través del programa preventivo, generar en los adolescentes un contexto de reflexión sobre las causas y consecuencias del tabaquismo para evitar algún tipo de adicción a largo o corto plazo mediante la metodología del grupo operativo. Y así promover y proteger la salud de la población adolescente.

a) Objetivos informativos

- Conocer las características del tabaquismo
- Conocer las causas (factores de riesgo) que propician el tabaquismo
- Conocer las consecuencias del tabaquismo
- Identificar patrones de conducta que fomentan el consumo de tabaco.

b) Objetivos formativos

- Desarrollar una actitud crítica en torno al consumo y uso del tabaco.
- Identificar sentimientos, afectos y estados emocionales, que pueden originar el consumo de tabaco.
- Fomentar habilidades asertivas en la convivencia escolar y familiar para evitar la influencia social en el consumo de tabaco.

HIPOTESIS DE TRABAJO

La participación de los adolescentes en el taller del grupo operativo desarrollará habilidades que fomenten los factores de protección para prevenir el abuso y la adicción al tabaco. Reconociendo así los factores emocionales y/o sociales que predispongan al adolescente en el consumo de tabaco, para poder evitar que tengan algún contacto prematuro con el cigarro.

ESTRUCTURA DEL TALLER

Para el diseño del programa preventivo en tabaquismo para adolescentes, se utilizará como estrategia didáctica el taller, ya que como menciona Ander (1991), esto se define como una forma de enseñar y de aprender mediante la realización de una tarea que se lleva conjuntamente. “Es un aprender haciendo en grupo” (p.10)

El taller se fundamenta en el aprendizaje por descubrimiento y utiliza una metodología participativa, una metodología de Grupo Operativo donde se desarrollan actitudes que le permiten al participante contribuir al proceso de aprendizaje.

PROCEDIMIENTO

Cuando el Programa Preventivo Psicológico se aplique se sugiere realizarse en las siguientes fases:

Primera fase: Contacto, difusión y convencimiento.

Seleccionar una escuela secundaria que se considere como de alto riesgo. Posteriormente presentar en dicha escuela el programa preventivo con las autoridades correspondientes.

Publicar carteles y trípticos para la difusión del taller.

Se requiere un periodo de 20 días para completar esta fase.

Segunda fase: Características de la población cautiva y análisis de datos.

Se aplicarán los siguientes cuestionarios:

Cuestionarios de datos de identificación personal (Anexo 1).

Cuestionarios de categoría de análisis, sobre el consumo de tabaco en los adolescentes en el ámbito escolar y familiar (Anexo 2).

Se requiere de un periodo de 15 días para cubrir esta fase.

Tercera fase: Implementación del Taller, dirigido para adolescentes de 11 a 15 años de edad.

Se requiere de un periodo de mes y medio para cubrir esta fase.

Cuarta fase: Seguimiento a los participantes en un periodo de seis meses después.

Para una evaluación de los resultados de impacto sobre los participantes se puede hacer una comparación entre los participantes del taller y adolescentes que no han tomado el taller. Para saber si hubo algún cambio en la manera de percibir el consumo de tabaco.

Características generales del taller:

Duración: 25 horas, divididas en 10 sesiones de 2:30 horas cada una.

Participantes: 20 estudiantes de secundaria entre 11 y 15 años de edad de ambos sexos.

Escenario: Aula cerrada con ventilación e iluminación adecuada con medidas aproximadas de 5 x 3 metros.

La técnica de grupo operativo permite una autoevaluación en cada sesión en el ámbito individual y grupal.

Al finalizar cada sesión del taller se realizarán actividades que integren el contenido de las sesiones para reconocer los aprendizajes obtenidos.

Se recomienda que los participantes tengan un seguimiento después de 6 meses para constatar que no presenten comportamientos adictivos, por medio de una entrevista semiestructurada.

Nota: Para fines prácticos, la propuesta del taller titulado: *“Tabaquismo una muerte lenta, causas y consecuencias”*. Se presenta en formato digital en la parte posterior de este trabajo.

CONCLUSIONES

De acuerdo a la información teórica se considera que la adolescencia es una etapa del desarrollo humano que exige y plantea cambios radicales en la vida sociocultural de los sujetos, para que se desenvuelvan de forma saludable. Ya que los cambios que los adolescentes presentan en los ámbitos físicos y psicosociales se relacionan con problemas sociales (rebeldía, problemas escolares, problemas familiares, etc.) que incluso se consideran típicos de esta etapa, se identifican como un grupo de alto riesgo al presentar alteraciones psicológicas que afectan su sano desarrollo. Una de las problemáticas más latentes durante esta etapa es la drogadicción, la cual a través de la revisión de los datos epidemiológicos se ha determinado que es un fenómeno que ha aumentado y la edad de inicio es cada vez más temprana, es decir, que algunos adolescentes de 11 años ya han ingerido algún tipo de droga, siendo entre estas el tabaco una droga legal. El tabaco es una droga socialmente aceptada y por lo tanto está disponible para su consumo, es bien vista porque la sociedad acepta su consumo con fines de convivencia, su venta está permitida para todas las personas que deseen adquirirlo y a pesar de las leyes que prohíben su venta individual, en la actualidad sigue siendo esta la manera más fácil de adquirir cigarrillos. Las actitudes de aceptación y las creencias que se han generado en torno a su uso, provoca que los adolescentes en su búsqueda de identidad prueben y consuman tabaco, además de observar conductas que refuerzan y mantienen el consumo de tabaco.

El uso, abuso y la adicción al tabaco es un problema que actualmente los adolescentes están presentando, lo que pone de manifiesto que se requiere de intervenciones del personal del sector salud. Por lo que atender este fenómeno es de vital importancia, desafortunadamente los efectos nocivos que el tabaquismo implica, no son visibles en un periodo corto, lo cual acrecienta el sesgo optimista de pensar que nada pasará si consumen de vez en cuando tabaco. El hecho de que los efectos nocivos no sean visibles en las primeras etapas de consumo, hace que la adicción que es generada por la nicotina (sustancia que contiene el tabaco), crezca cada vez que se consume un cigarrillo. Este es el verdadero problema en la adicción que genera la nicotina, ya que por cada cigarrillo que se consume, la nicotina se va adhiriendo al cerebro y esto hace que el organismo del consumidor cada vez pida más sustancia para satisfacer la necesidad de nicotina.

De esta manera se le otorga un papel primordial a la atención primaria, por medio de los aportes de la prevención primaria a través de estrategias educativas proactivas que permiten a los adolescentes enfrentarse a los factores de riesgo como la presión de sus amigos o la influencia de familiares que fuman, por medio del fomento de habilidades y competencias cognitivas, psicológicas y sociales

como factores de protección ante los eventos estresantes del ambiente sociocultural.

La psicología es una disciplina que permite la elaboración de Programas Preventivos que impactan en la disminución de la incidencia del tabaquismo en poblaciones vulnerables como los adolescentes, es por ello que se propone el taller reflexivo “Tabaquismo una muerte lenta, causas y consecuencias”, retomando los principios de la metodología del Grupo Operativo para fortalecer los factores protectores como: información real del tabaquismo, aprendizaje reflexivo y crítico, asertividad, toma de decisiones y manejo de estrés. Se empleó esta metodología porque favorece el aprendizaje significativo de los participantes del grupo, ya que permite que ellos sean parte activa en el proceso de aprendizaje porque manipulan u operan la información, permitiendo que los adolescentes integren a sus conocimientos información que les apoye en la reflexión a través del proceso grupal, de esta forma se pretende la modificación de conductas sobre el tema que se trabaje, para que posteriormente sea aplicado en la vida real.

La prevención en psicología es utilizada para fortalecer las habilidades de las personas, es decir, fortalece a los sujetos para ser competentes al afrontar los múltiples factores de riesgo y poner en práctica los factores protectores (asertividad, toma de decisiones, alta autoestima, manejo del estrés, etc.) con el fin de evitar la aparición de enfermedades que deterioran la calidad de vida de las personas y de todo su entorno, busca primordialmente cuales son los factores estresantes que pueden propiciar u ocasionar un desequilibrio en la persona y que éste pueda llegar a enfermar, pero también aquellos factores que le favorecen y propician la buena calidad de vida.

En resumen la prevención del uso y abuso de tabaco, dirige sus acciones hacia sujetos que aún no presenten ningún síntoma de la enfermedad, sin embargo los adolescentes se consideran vulnerables a padecerla ya que reúnen factores de riesgo que los hacen susceptibles. Al emplear estrategias educativas proactivas, se fortalecen las competencias individuales para evitar los riesgos, permitiendo que los individuos fortalezcan destrezas y habilidades que los lleven a enfrentar algunos factores de riesgo personales y ambientales. Ya que el objetivo primordial es estimular y fortalecer los recursos individuales y sociales, por medio de la reflexión y el análisis crítico de la información.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcántara, M. H., Reyes, M. M. D., & Cruz, S. (1999). *Cómo proteger a tus hijos contra las drogas. Guía práctica para padres de familia*. México: Centros de Integración Juvenil.
- Ander, E. (1991). *El taller una alternativa de renovación pedagógica*. Buenos Aires: Magisterio del Rio de la Plata.
- Arancibia, C., Herrera V. P., & Strasser, S. K. (1997). *Manual de psicología educacional*. Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile .
- Argundín, Y. (2005). *Educación basada en competencias*. México: Trillas.
- Arnett, J. J. (2008). *Adolescencia y adultez emergente un enfoque cultural* (3 era ed.). México: Pearson Prentice Hall.
- Baldiz, M. & Rosales, M. I. (2005). *Hablando con Adolescentes*. España: Diván el Terrible Ed. Biblioteca Nueva.
- Barca, L. A., Marcos, M. J. L., Nuñez, P. J. C., Porto, R. A. M., & Santurum, P. M. R. (1997). *Procesos de aprendizaje en ambientes educativos*. España: Centro de estudios Ramon Areces, S. A.
- Baudes, M. (1991). *Grupo Operativo*. Argentina: Ediciones: Nueva visión .
- Baztan, Á. A. (1994). *Psicología de la adolescencia*. España: Boixareu Universitaria Marcombo.
- Becoña, I. E. (2005). *Que me dices de tabaco*. España: Nova Galicia .
- Becoña, I. E. (2005). *Saber para vivir Tabaco*. España: Nova.
- Bleger, J. (1977). *Temas de psicología. Entrevistas y grupos*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Braconnier, A. (2001). *Guía del adolescente*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Carrillo, J. J. (2004). *Consumo de Drogas ¿Qué Hacer?*. México: Trillas.
- Coleman, C. J. & Hendry, B. L. (2003). *Psicología de la adolescencia* (4ª ed.). Madrid: Morata.
- Delgado, J. M. & Gutiérrez, J. (1998). *Métodos y Técnicas Cualitativas de Investigación en Ciencias Sociales*. España: Síntesis.

Díaz, B. F. & Hernández, R. G. (1998). *Estrategias Docentes para un aprendizaje significativo una interpretación constructivista*. México: Mc Graw - Hill. Fernández, C. J. & Cohen, D. G. C. (1986). *El grupo operativo Teoría y Práctica*. México: Extemporáneos .

Fernández, R. L. (1999). *Manual de Psicología preventiva*. España: Siglo XXI.

Fize, M. (2007). *Los Adolescentes*. México: Fondo de cultura Económica.

Frade, R. L. (2008). *Desarrollo de competencias en educación: desde preescolar hasta el bachillerato*. México: Biblioteca para directivos y supervisores en el df.

Horrocks, J. E. (2008). *Psicología de la Adolescencia*. México: Trillas.

Hughes, R. J., Fiester, S., Goldstein, M., Resnick, M., Rock, N., & Ziedonis, D. (2001). *Guía Clínica para el tratamiento de la dependencia de nicotina*. Barcelona: Ars Medica.

José, R. M. & Arnay, J. (1997). *La construcción del conocimiento escolar*. España: Paidós .

Kimmel, C. D. & Weiner, B. I. (1998). *La adolescencia: una transición del desarrollo*. España: Ariel Psicología.

Kisnerman, N. (1986). *Grupo Recreativos con Adolescentes*. Buenos Aires: Hvmánitas .

Kuri, M. P., González, R. J., Hoy, G. M., & Cortés, R. M. (2006). Epidemiología del Tabaquismo en México salud pública. *Salud pública* , 48 (3), S91-S98.

Meece, L. J. (2000). *Desarrollo del niño y el adolescente para educadores*. México: Mc Graw Hill.

Macía, A. D. (2000). *Las drogas: conocer y educar para prevenir*. Madrid: Pirámide.

Massün, E. (2001). *Prevención del uso indebido de drogas*. México: Trillas.

Materazzi, M. A. (1985). *Drogadependencia*. Buenos Aires: Paidos .

Moreno, A. & Del Barrio, C. (2005). *La experiencia adolescente a la búsqueda de un lugar en el mundo*. Buenos Aires: Aique.

Morrison, J. (2008). *DSM-IV Guía para el diagnóstico clínico*. México: Manual Moderno.

- Musitu, G., Buelga, S., Lila, M. & Cava, M. D. (2004). *Familia y adolescencia análisis e intervención social*. España: Síntesis.
- NIDA, N. I. (2009). Los cigarrillos y otros productos que contiene tabaco. *Reportes de investigación del NIDA* , 1-6.
- Ocampo, O. A., Cuevas, A. E. & Villa, H. T. E. (2007). *Programa de cesación del tabaquismo en un hospital de tercer nivel*. México: Secretaría de Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2003) *Convenio Marco de la OMS para el control del Tabaco*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud. *Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos 2009*, México, Instituto Nacional de Salud Pública 2010
- Organización Panamericana de la Salud (1997). *Tabaquismo Una amenaza constante para la salud* (Vol. 12). Colombia: Washington.
- Pacheco, G. (1986). *Un modelo teórico-metodológico de investigación en proceso comunitario*. México: SEP-COMECSO-U.
- Papalia, D. E., Wendkos, O. S. & Duskin, F. R. (2001). *Psicología del Desarrollo*. Colombia: Mc Graw Hill.
- Pardell, H., Jané, M., Sánchez, I. & Villalba, J. (2002). *Manejo del fumador en la clínica recomendaciones para el médico español*. Barcelona: Ars. Medica.
- Pérez, B. D. (1999). *Prevención educativa de drogo dependencias en el ámbito escolar. Programa para la intervención*. Barcelona: Praxis.
- Perrenoud, P. (2002). *Construir competencias en la escuela*. Santiago de Chile: Dolmen.
- Pichon, R. E. (1975). *El Proceso Grupal Del Psicoanálisis a la psicología grupal*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Rico, M. G. & Ruiz, F. L. (1990). *Tabaquismo su repercusión en aparatos y sistemas*. México: Trillas.
- Ruiz, O. M. (2006). *Prevención escolar de las adicciones: actualización en drogodependencias*. España: Asociación Alcalá.
- Santrock, J. W. (2003). *Psicología del Desarrollo en la Adolescencia* (9 a ed.). España: Mc- Graw Hill.

Secretaría de Salud. *Encuesta Nacional de Adicciones 2011*. México, Dirección General de Epidemiología, SSA 2011.

Secretaría de Salud. *Ley General para el Control del Tabaco*. México, 2007

Souza & Machorro, M. (2000). *Diagnóstico y tratamientos de los síndromes adictivos*. México: JGH editores.

Stassen, B. K. (1998). *El desarrollo de la persona desde la niñez a la adolescencia* (Cuarta ed.). Nueva York: Medica Panamericana.

Tapia, C. R., Kuri, M. P. & Hoy, G. M. (2001). Panorama epidemiológico del tabaquismo en México. *Salud Pública* , 43 (5), 478-484.

Vega, F. D. (2003). *La Juventud y las Drogas Guía para jóvenes, padres y maestros*. México: Trillas.

Viera, T. T. (2003). *El aprendizaje verbal significativo de Ausubel*. Algunas consideraciones desde el enfoque histórico cultural. *Redalyc.org*, 37-43.

Villatoro, V. J. A., Gutiérrez, L. M. D., Quiroz del Valle, N., Moreno, L. M., Gaytán, L. L., Gaytán, F. F. I. (2009). *Encuesta de Estudiantes de la Ciudad de México 2006 Prevalencia y evolución del consumo de drogas*. *Salud Mental* , 287-297.

Zarzar, C. (1988). *Grupos de Aprendizaje*. México: Nueva Imagen.

Índice	
➤ Presentación	88
➤ Encuadre y Presentación (Sesión 1)	92
Unidad Temática I. Tabaquismo	96
• Sesión 2	
• Sesión 3	
Unidad Temática II. Factores de riesgo	101
• Sesión 4	
• Sesión 5	
Unidad Temática III. Consecuencia por el uso y abuso de tabaco y por el tabaquismo	107
• Sesión 6	
• Sesión 7	
Unidad Temática IV. Factores de protección. I. Asertividad y toma de decisiones. II. Autoestima y manejo de estrés	113
• Sesión 8	
• Sesión 9	
Cierre (Sesión 10)	120
➤ Alcances, limitaciones y sugerencias	123
➤ Referencias bibliográficas del taller	125
➤ Anexos	127

PRESENTACIÓN DEL TALLER

El taller reflexivo “Tabaquismo una muerte lenta, causas y consecuencias” tiene como objetivo general desarrollar en los adolescentes la reflexión sobre las causas y consecuencias sobre el tabaquismo para evitar la adicción. El diseño del taller se sustenta por la metodología del grupo operativo. Por lo que la aplicación puede ser propuesta por el o los coordinadores, o bien, reorganizar algunas sesiones, modificar técnicas grupales e incluso cambiar o sustituir contenidos temáticos, siempre y cuando, los participantes logren el objetivo general o tarea grupal.

La importancia fundamental del taller es propiciar la reflexión en el adolescente con respecto al consumo de tabaco. Esta reflexión no es con la finalidad de que el adolescente vea el consumo de tabaco como una conducta prohibida y de esta forma ver de manera reprobable su consumo. El objetivo es que el adolescente observe responsablemente lo que genera el consumo del tabaco, para posteriormente evitar la adicción. Ya que el tabaco como el alcohol, actualmente en la sociedad mexicana son drogas socialmente aceptadas y sobre todo permitidas. A pesar de que la sociedad está cada vez más informada, los índices de consumo se incrementan especialmente entre los adolescentes, quienes, alentados por las técnicas de mercadeo de las tabacaleras, fuman como símbolo de rebeldía, afirmación de personalidad, libertad o integración social.

Las causas o factores que desencadenan el tabaquismo han sido explicados desde diferentes puntos de vista, lo más sobresaliente son los factores cognitivos, ambientales y conductuales, lo cual señala que el problema de tabaquismo se debe a conductas aprendidas y mantenidas por diversas señales, que a su vez son reforzantes.

En la adolescencia el consumo del tabaco puede no tener consecuencias a corto plazo. Por lo que el objetivo del taller es la educación para la salud y el bienestar que representa, el conjunto de esfuerzos encaminados a lograr la reducción o eliminación del uso de drogas, en este caso del tabaco, o al menos el retraso en su inicio, así como los problemas a largo plazo que pueden estar asociados al consumo del mismo.

Además de retomar los conceptos de la prevención para la elaboración del presente taller, también se retoma la metodología del Grupo Operativo, ya que permite que los participantes, de forma activa y directa, aprendan a enfrentar situaciones problemáticas hallando las posibles vías de solución, de tal manera que puedan romper con el proceso tradicional-pasivo de enseñanza para llegar a un aprendizaje activo e incluyente.

El taller es un instrumento flexible de trabajo grupal que permite enlazar contenidos y actividades de acuerdo con las características de la población, además su naturaleza grupal facilita cubrir amplios grupos poblacionales, lo que convierte al taller en una adecuada estrategia de prevención.

Los objetivos de aprendizaje que se pretenden alcanzar en este taller son:

a) Objetivos Informativos

- Conocer las características del tabaquismo.
- Conocer las causas (factores de riesgo) que producen el tabaquismo.
- Conocer las consecuencias (físicas, psicológica y sociales) del tabaquismo.
- Comprender el impacto social que genera el tabaquismo en la vida de los individuos.
- Identificar patrones de conducta que fomentan el consumo de tabaco.

b) Objetivos Formativos

- Desarrollar una actitud crítica en torno al consumo del tabaco.
- Identificar sentimientos, estados emocionales individuales originados por los ámbitos familiares sociales o escolares que podrían propiciar el consumo de tabaco.
- Fomentar habilidades asertivas en la convivencia escolar y familiar para evitar la influencia social en el consumo de tabaco.
- Fortalecer actitudes de responsabilidad sobre su cuerpo y su salud al consumir tabaco.

Estructura del Taller

Duración: 25 horas; 10 sesiones con duración de 2:30 horas cada una.

Características especiales: Aula cerrada con ventilación e iluminación adecuadas, con medidas aproximadas de 5 x 3 metros.

Población: 20 adolescentes (de preferencia 10 hombres y 10 mujeres) con edades de 11 a 15 años, estudiantes del nivel secundaria donde se llevará a cabo el taller. Para que ellos ingresen se sugiere que se incorporen voluntariamente a partir de la campaña de difusión del taller, además deberán de cumplir con los requisitos de inclusión (ser estudiantes y no consumir ninguna droga).

Para un mejor funcionamiento del taller “Tabaquismo una muerte lenta, causas y consecuencias” se presenta la planeación didáctica del mismo en el anexo 34.

Actividades de aprendizaje: Exposición, técnicas grupales, proyecciones de video.

Evaluación: El taller reflexivo “Tabaquismo una muerte lenta, causas y consecuencias”, está dividido en cuatro unidades temáticas: Tabaquismo, Factores de riesgo, Consecuencias del abuso y dependencia del tabaco, y Factores de protección. Cada unidad plantea una tarea grupal, además se plantean objetivos de aprendizaje que se dividen en informativos y formativos. Los objetivos informativos se refieren al conocimiento, comprensión y manejo de la información, y los objetivos formativos se refieren a la adquisición y/o desarrollo de sistemas de trabajo, habilidades y destrezas, hábitos, actitudes y valores.

A través del planteamiento de los objetivos de aprendizaje se pretende fomentar un aprendizaje significativo, de esta manera generar las condiciones necesarias para propiciar la motivación, la comprensión del material, la elaboración activa de la información y sobre todo su aplicación en situaciones reales.

Existen tres formas de trabajo en el taller: individual, trabajo de pequeños grupos y sesiones plenarias. Dándole mayor énfasis al trabajo grupal para fomentar la participación activa dentro del proceso de enseñanza-aprendizaje, ya que en el aprendizaje grupal el cambio de conducta se da como resultado de la interacción.

Para alcanzar los objetivos planteados y la reflexión de la información se emplean diferentes estrategias como:

- Lectura de materiales para que los participantes del grupo emitan su opinión, propiciando el desarrollo del pensamiento crítico y la habilidad para clarificar y expresar sus ideas personales.
- Comprensión a fondo de los principios teóricos, capacidad de transferencia de los mismos principios en diferentes situaciones.
- Compartir los temas en subgrupos o en plenario, propiciando el desarrollo de la comunicación, de esta forma practicar el respeto al escuchar los diferentes puntos de vista y a la par expresar las propias ideas.

Para evaluar o interpretar el proceso reflexivo del grupo se empleará la apreciación subjetiva del coordinador, por lo que la reflexión es subjetiva y no se podrá calificar, sin embargo se refleja en las conclusiones grupales e individuales escritas, discusiones, debates o cualquier actividad de aprendizaje que permita obtener por cada sesión un producto para analizar la evolución del grupo, además se sugiere que todas las sesiones sean videograbadas para favorecer el análisis. También los mecanismos de evaluación permitirán identificar el cumplimiento de los objetivos planteados.

Coordinación: El coordinador o los coordinadores, tendrán como función principal ser un vínculo facilitador entre el grupo y la temática, por lo que será necesario el manejo de los contenidos temáticos, así como las habilidades necesarias para propiciar la reflexión del grupo a través del uso adecuado de las técnicas y actividades del aprendizaje. Es importante la objetividad del coordinador para evitar los juicios y las interpretaciones ante la participación de los integrantes del grupo. Se recomienda que para la impartición del taller existan dos coordinadores, para que el trabajo sea fluido y retroalimentado.

Algunas de las habilidades necesarias, que debe poseer el coordinador para el taller son:

- Comunicación verbal.
- Habilidades de enseñanza.
- Manejo de grupo.
- Experiencia de trabajo con adolescentes.
- Conocimientos de los contenidos temáticos.
- Permitir la construcción y reflexión grupal, por lo que su postura es de facilitador del proceso de aprendizaje.
- Motivación, confianza, empatía con el grupo.
- Asertividad.

ENCUADRE Y PRESENTACIÓN SESIÓN 1

Tarea grupal: El grupo conocerá el objetivo y metodología del taller, así como el desarrollo de empatía entre los participantes y coordinadores para conformar las condiciones del trabajo grupal.

Objetivos informativos:

- Conocer los contenidos temáticos del taller.
- Conocer la metodología del taller.

Objetivos formativos:

- Conocer las expectativas de los participantes.
- Lograr la conformación inicial del grupo, así como la empatía con los miembros del grupo.

Contenidos temáticos:

- Unidades temáticas.
- Metodología del taller.
 - a) Compromiso y acuerdos de los coordinadores (asistencia, puntualidad, respeto y manejo ético).
 - b) Compromisos y expectativas de los participantes (asistencia, puntualidad, respeto y participación).

Actividades:

- Presentación de los coordinadores.
- Exposición de los coordinadores de los objetivos y contenidos temáticos.
- Exposición de los coordinadores de la organización, desarrollo y funcionamiento general del taller.
- Técnica grupal: Presentación, animación y distensión.
- Técnica grupal: Detección de expectativas.

Material de apoyo:

- Computadora
- Presentación con las diapositivas de objetivos
- Cañón
- Hoja de rotafolio
- Plumones para pizarrón

- Plumones de tinta permanente
- Cinta adhesiva
- Hojas tamaño carta
- Plumas o lápices

Duración: 2:30 horas

DESARROLLO DE LA SESIÓN 1.

1. Los coordinadores se presentan ante el grupo, expresando sus datos generales: Nombre, profesión, grado de escolaridad, experiencia laboral, etc. Deberá de considerarse el hecho de hacer parte de la presentación, los gustos y preferencias del coordinador, como gustos en música, lectura y comida. Esto se sugiere con la finalidad de ir creando empatía, y también es una manera de generar confianza con los participantes.
2. Presentación de los objetivos, contenidos temáticos y metodología del taller (Anexo 3).
3. **Técnica Grupal:** Presentación, animación y distensión (Adaptada de Secretaria de Salud – SSA, 2009).

Objetivo: Que el grupo se conozca entre sí, es decir “romper el hielo”. De esta manera lograr una comunicación a través de un ambiente agradable.

Duración: 30 minutos.

Disposición del grupo: En círculo de pie para iniciar y posteriormente en subgrupos.

Mecánica:

- El coordinador dará la indicación que cada uno se presente ante el resto de los participantes, la idea es que todo el grupo se involucre y participe.
- Posteriormente se les pedirá que formen subgrupos de cuatro participantes en esta segunda parte cada participante compartirá la siguiente información: Nombre, grado, edad, intereses por el taller, ¿A qué te dedicas en tu tiempo libre?

4. **Técnica Grupal:** Detección de expectativas (Adaptada de Acevedo, 1989).

Objetivo: Conocer las expectativas del grupo con relación al taller.

Material: Hojas tamaño carta, hojas de rotafolio, lápices y plumones permanentes.

Duración: 50 minutos.

Disposición del grupo: En círculo sentados y posteriormente en subgrupos.

Mecánica:

- Se le informa a los participantes que la primera parte del ejercicio será de manera individual. Posteriormente formaran subgrupos de cuatro personas.
- De manera individual contesta las siguientes preguntas:

¿Por qué estoy aquí?

¿Qué me gustaría aprender de tabaquismo?

¿Qué pienso aportar?

¿Qué pienso que me aportarán?

¿Qué me gustaría que no ocurriera durante el taller?

¿Qué me gustaría que si ocurriera durante el taller?

- Una vez contestadas las preguntas, se les pide que se numeren del 1 al 4 progresivamente y que se reúnan en equipos del mismo número.
 - Posteriormente se les solicita que compartan sus respuestas individuales a cada integrante. Para que puedan dar respuesta a las mismas preguntas pero ahora como un equipo.
 - Las respuestas se escribirán en una hoja de rotafolio.
 - Cuando el equipo acaba, se pegan las hojas de rotafolio en las paredes y se les da lectura a ellas por medio de un representante por cada equipo. Si existe alguna duda en alguna respuesta es importante pedir la aclaración de la misma.
 - Es importante que el coordinador cuide que las expectativas no discrepen con los objetivos planteados, pero si ello llegará a ocurrir, deberá ser resaltado, de tal manera que se entablen negociaciones entre los participantes o simplemente señalar que las expectativas no serán satisfechas o cubiertas por el taller.
5. Para finalizar la sesión el coordinador solicita a los integrantes del grupo que de forma individual y como trabajo en casa realicen un **Diario Personal**, en el cual narren sus sentimientos, emociones y pensamientos que surjan en torno a la asistencia al taller. La forma y la presentación será a consideración personal.

Es importante mencionarles que este diario será retomado al final del taller.

Ya que este diario es una herramienta para los coordinadores, les permitirá tener un registro del impacto del taller en cada uno de los participantes.

Cada diario se recogerá en el cierre del taller, estos podrán ser anónimos o incluir el nombre del autor.

Actividad en casa: Buscar la definición de tabaquismo.

UNIDAD TEMÁTICA 1. TABAQUISMO

Sesiones 2 y 3

Duración: Dos sesiones de 2:30 horas cada una

Tarea Grupal: El grupo comprenderá las características del tabaquismo y los tipos de fumadores, para reflexionar sobre la adicción al tabaco y de esta forma desarrollar una actitud crítica y una conducta preventiva.

Objetivos informativos:

- Conocer la definición del tabaquismo.
- Conocer la definición de consumo, uso, abuso y adicción al tabaco.
- Conocer las sustancias que contiene el tabaco.
- Conocer la definición de adicción.
- Comprender las características de la dependencia física y psicológica del tabaquismo.
- Conocer los tipos de fumadores.
- Manejo y síntesis de ambos temas por medio de un debate para reflexionar sobre el consumo, uso, abuso y adicción al tabaco.

Objetivos Formativos:

- Desarrollar una actitud crítica en torno al consumo, uso, abuso y adicción al tabaco.
- Reflexionar sobre la adicción al tabaco.
- Fundamentación y defensa de argumentos para conducta y decisiones reflexivas.

Contenidos Temáticos:

- Definición del tabaquismo.
- Consumo, uso, abuso y adicción al tabaco.
- Sustancias que contiene el tabaco.
- Características de la dependencia física y psicológica del tabaquismo y tipos de fumadores.

Material: Computadora, proyector, hojas de rotafolio, plumones permanentes, cinta adhesiva, hojas de procesamiento.

Mecanismos de Evaluación

- Mesa redonda.
- Hoja de procesamiento.

- Conclusiones grupales anotadas en hojas de rotafolio.

DESARROLLO DE LA SESIÓN 2

Objetivos Informativos:

- Conocer la definición del tabaquismo.
- Conocer la definición del consumo uso y abuso de tabaco.
- Conocer las sustancias que contiene el tabaco.

Actividades:

- Técnica grupal: Presenta a tu buddy.
- Exposición del coordinador.
- Lectura, análisis y discusión de conclusiones por subgrupos.
- Mesa redonda grupal para conclusiones.
- Solución individual de la hoja de procedimientos.

Duración: 2:30 hrs.

Desarrollo:

1.- Técnica Grupal: Presenta a tu buddy (Jiménez R., D. I., 2014).

Objetivo: La técnica grupal tiene como finalidad que el grupo se relaje para iniciar la sesión. Aparte de generar un ambiente agradable para los participantes, tiene el objetivo de formar parejas de trabajo que se apoyen y cuiden durante el proceso del taller.

Materiales: Un salón amplio iluminado.

Duración: 30 minutos

Disposición del grupo: En círculo de pie.

Mecánica:

- El coordinador irá dirigiendo la dinámica, les explicará que formen un círculo más cerrado.
- Posteriormente les pedirá que empiecen a hacer una mezcla, conectando con la mirada de sus compañeros.
- Pasado un minuto de tiempo, el coordinador les pedirá que se pongan de frente con un compañero.

- Cuando ya estén formadas las parejas el coordinador comenzará a decir que la persona que tiene frente a ellos es un apoyo. Y además adquieren el compromiso de cuidar de esa persona.
- Se dan 5 minutos para que compartan datos como nombre, gustos y preferencias, a qué dedican su tiempo libre, si practican algún deporte, algún dato curioso, etcétera.
- Posteriormente cada pareja presentará a su buddy ante todo el grupo. Con la información compartida compañero A presentará a compañero B y viceversa.
- Concluye cuando todas las parejas se hayan presentado ante todo el grupo.

2.- El coordinador hará una exposición teórica sobre la diferencia entre consumo, uso y abuso de tabaco, definición del tabaquismo y sustancias que contiene el mismo (Anexo 4).

3.- Cuestionar a los participantes acerca de las similitudes o diferencias de la definición expuesta y la revisada por cada uno de ellos en casa.

4.- Entregar al grupo el material de apoyo (Anexo 5 y Anexo 7). Durante esta actividad se les pedirá a los participantes que formen subgrupos de tres personas para que realicen la lectura del material, y hagan un análisis de la misma compartan sus puntos de vista y plasmen las conclusiones a las que llegaron.

5.- Mesa redonda del grupo para llegar a conclusiones finales. Un voluntario escribirá las conclusiones a las que llegó el grupo en una hoja de rotafolio, la cual se pegará en el salón.

6.- De manera individual el grupo dará respuesta a la hoja de procesamiento (Anexo 8).

Actividad en casa: Platicar con tres personas distintas sobre ¿Qué son las adicciones? y ¿A qué se puede ser adicto? y plasmarlo por escrito, para compartirlo en la próxima sesión.

DESARROLLO DE LA SESIÓN 3

Objetivos informativos:

- Conocer la definición de adicción.
- Conocer la diferencia entre dependencia física y dependencia psicológica.
- Conocer los tipos de fumadores.
- Manejo y síntesis de ambos temas por medio de un debate para reflexionar sobre el consumo y la adicción.

Actividades:

- Técnica grupal: Jirafas y elefantes.
- Exposición del coordinador de inclusión de la adicción.
- Síntesis y resumen de la exposición por parte del grupo.
- Debate plenario: El consumo, ¿genera adicción?.
- Conclusiones en subgrupos y grupal.
- Exposición del coordinador de los tipos de fumadores.
- Clasificación y relación con la información teórica de casos ficticios de diferentes tipos de fumadores.
- Solución individual a la hoja de procesamiento.

Desarrollo:

1.- Técnica grupal: Jirafas y Elefantes (Adaptada de Secretaria de Salud - SSA 2009)

Objetivo: La finalidad de la técnica grupal es crear un ambiente de relajación y animación en el grupo. Además de generar concentración en el mismo.

Materiales: Un salón iluminado y amplio, sillas.

Duración: 20 minutos

Disposición del grupo: En círculo sentados

Mecánica:

- Todos los participantes formarán un círculo cada uno con su respectiva silla. El coordinador queda de pie al centro.
Se les explica a los participantes las posiciones de la jirafa y el elefante. La posición de la jirafa es: El participante en turno, juntará las manos arriba, simulando la cabeza de la jirafa. Por otra parte para formar el cuerpo de la

jirafa el compañero del lado derecho y del lado izquierdo deberán estar atentos para agacharse tomarlo del pie y de esta forma hacer el cuerpo de la jirafa. La posición del elefante es: El participante en turno, juntará las manos al frente, simulando la trompa del elefante. Por otra parte para formar las orejas el compañero que está a su derecha y aquel que se encuentra a su izquierda lo apoyarán para formar cada uno la oreja correspondiente.

- El juego consiste en estar atentos. Ya que quien no esté atento y se equivoque pasará al centro y señalará a un nuevo compañero hasta que uno de ellos no siga las indicaciones.

2.- Exposición del coordinador de que es la adicción, dependencia física y psicológica (Anexo 9).

3.- El coordinador pedirá algunos voluntarios para que describan con sus propias palabras que es la adicción con respecto a la exposición teórica. Además, se solicita que comparen las respuestas de las pláticas que sostuvieron con las tres personas (actividad en casa), con los criterios señalados.

4.- Formación de dos subgrupos, para el debate plenario. El primer subgrupo defenderá la postura de que la nicotina “no” genera una adicción. El segundo subgrupo defenderá la postura de que la nicotina “sí” genera una adicción.

5.- Cada subgrupo discutirá y expresará sus conclusiones.

6.- El grupo manifestará las conclusiones finales. Y se les repartirá el material de apoyo (Anexo 10).

7.- Exposición del coordinador sobre los tipos de fumadores (Anexo 9).

8.- Formación de parejas para que analicen y comenten las situaciones ficticias que repartirá el coordinador (Anexo 11).

9.- Clasificación y relación con la información teórica de los casos ficticios.

10.- Un voluntario escribirá las conclusiones a las que llegó el grupo en una hoja de rotafolio, la cual se pegará en el salón.

11.- Respuesta individual a la hoja de procesamiento (Anexo 12).

Actividades en casa: Enlistar dos causas que consideren que son generadoras para el consumo de cigarrillos, dos para comenzar con su uso, dos para abusar del mismo y dos que provoquen tabaquismo.

UNIDAD TEMÁTICA 2. FACTORES DE RIESGO

Sesiones 4 y 5

Duración: Dos sesiones de 2:30 horas cada una.

Tarea Grupal: Conocer las causas del tabaquismo, así como sus implicaciones sociales y emocionales.

Objetivos informativos:

- Conocer las causas (factores de riesgo) del tabaquismo.
- Definición de factores de riesgo.
- Conoce la clasificación de los factores de riesgo.
- Identificar patrones de conducta que fomentan el consumo de tabaco.

Objetivos formativos:

- Analizar las implicaciones sociales y emocionales que generan el tabaquismo, como son: sentimientos, afectos y estados emocionales individuales.

Contenidos Temáticos:

- Factores de riesgo del tabaquismo.
- Clasificación de los factores de riesgo: cognitivos, socio-afectivos, interpersonales, ambientales, culturales, económicos, familiares, escolares, etc.

Materiales: Computadora, proyector, hojas de rotafolio, plumones permanentes, cinta adhesiva, hojas de procesamiento.

Mecanismos de Evaluación:

- Registro de videograbación.
- Discusión en subgrupos.
- Mesa redonda plenaria.
- Lluvia de ideas.
- Conclusiones grupales anotadas en hojas de rotafolio.

DESARROLLO DE LA SESIÓN 4

Objetivos informativos:

- Conocer las causas (factores de riesgo) del tabaquismo. Definición de factores de riesgo.
- Conocer la clasificación de los factores de riesgo.

Actividades:

- Técnica grupal: Reacción en cadena.
- Formación de subgrupos para compartir las causas que generan el consumo de cigarrillos.
- Exposición por parte del coordinador de la definición y clasificación de los factores de riesgo.
- Proyección de los videos:
 - Tabaco-muertos (Localizable en <https://www.youtube.com/watch?v=2GJkpw5y8nI>)
 - Tabaco – Cápsula Informativa (Localizable en <https://www.youtube.com/watch?v=IDPtCmzf5no>)
 - Tabaquismo en jóvenes (Localizable en <https://www.youtube.com/watch?v=F5Uy6qruTjY>)
 - Tú te expresas Camel te unifica (Localizable en <https://www.youtube.com/watch?v=10KyuVQUBIq>)
 - El tabaco, afectación directa a nuestros adolescentes (Localizable en <https://www.youtube.com/watch?v=hi0J2FIDHcM>)
- Análisis grupal de los videos proyectados.

Desarrollo:

1. **Técnica Grupal:** Reacción en cadena (Adaptada de Acevedo, 1992).

Objetivo: La finalidad de la técnica grupal es relajar al grupo. Por medio de la risa.

Recursos materiales: Un salón iluminado y amplio.

Duración del grupo: 30 minutos.

Mecánica:

Nota: Antes de comenzar con la dinámica, es importante que el coordinador se ponga de acuerdo con tres integrantes del grupo. Para que les de las indicaciones de que cuando el grite “Ahora” ellos comenzarán hacer cosquillas a sus compañeros. La finalidad es generar una reacción en cadena.

- El coordinador invita a los integrantes a que participen en esta actividad y formen un círculo.
- Les pide que tomen una respiración profunda.
- El coordinador verifica que todos hayan hecho lo anterior y grita “ahora”, en ese momento él y sus comparsas (aquellos con los que se puso de acuerdo) comienzan a hacer cosquillas a sus compañeros.
- Cuando se haya generalizado la reacción en cadena se deja que así suceda unos minutos.
- Cuando el coordinador lo considere, después de que se hayan generado risas y un ambiente relajado, puede parar el ejercicio. Invitando a los participantes a tomar sus asientos para procesar el juego.
- Se suele hacer énfasis en la reacción en cadena.
- Se presenta a los ayudantes del ejercicio y se llegan a las conclusiones.

2.- Los participantes comentarán en subgrupos de cuatro las diferentes causas que encontraron en su actividad en casa, posteriormente lo harán en plenario.

3.- El coordinador expondrá la definición teórica de lo que son los factores de riesgo, así como la clasificación de los mismos (Anexo 13). Al terminar la exposición repartirá el materia de apoyo (Anexo 14).

4.- El grupo se acomodará, para la proyección de los videos.

5.- Proyección de los videos:

- Tabaco-muertos
- Tabaco – Cápsula Informativa
- Tabaquismo en jóvenes
- Tú te expresas Camel te unifica
- El tabaco, afectación directa a nuestros adolescentes

6.- Al terminar la proyección el grupo formará un círculo para que todos puedan verse.

7.- Se harán preguntas al grupo sobre la opinión de las proyecciones.

8.- Un voluntario escribirá las conclusiones a las que llegó el grupo en una hoja de rotafolio, la cual se pegará en el salón.

9.- Para finalizar a cada participante se le pedirá que conteste un cuestionario individualmente (Anexo 15).

Actividad en casa: Elegir un mensaje publicitario o un fragmento de alguna película, que involucre al cigarro y cuál es el factor de riesgo que está presente en el mismo.

DESARROLLO DE LA SESIÓN 5

Objetivos informativos:

- Identificar patrones de conducta que fomentan el consumo de tabaco.

Actividades:

- Técnica grupal “Qué hacer con...”
- Exposición del coordinador de los diferentes patrones de conducta que fomentan el consumo de tabaco.
- Juego de roles.
- Análisis, reflexión y conclusiones en subgrupos sobre las causas que originan el fumar.
- Conclusiones grupales a partir de la técnica “Lluvia de ideas”.

Desarrollo:

1.- Técnica grupal “Qué hace con...” (Adaptada de Secretaria de Salud – SSA, 2009).

Objetivo: La finalidad de la técnica grupal es relajar el grupo. Y fomentar la creatividad al trabajar en equipo.

Material: Un salón iluminado y amplio.

Duración: 20 minutos.

Disposición del grupo: En círculo sentados.

Mecánica:

- Los participantes se sientan en círculo y se enumeran del 1 al 2. Para que los “Uno” formen un equipo y los “Dos” formen otro equipo.
- Se les comenta a los equipos que la dinámica consiste en proponer 10 maneras distintas de utilizar un cigarro. Con la distinción de que no tenga ninguna relación con su uso común.
- Es importante recalcar que el equipo que haga las más divertidas proposiciones va hacer el ganador.
- Un representante de cada equipo expondrá el resultado final.
- Al terminar la dinámica se retoma el hecho de fomentar la creatividad y de tener diferentes maneras de ver las cosas.

2.- Exposición del coordinador de los patrones de conducta que fomentan el consumo de tabaco (Anexo 16).

3.- Formación de subgrupos de cuatro personas.

4.- Comentar las conclusiones de la actividad realizada en casa.

5.- El coordinador explicará que un representante del grupo tomará un papel, los cuales contienen los guiones para el juego de roles (Anexo 17).

Variaciones: Habrá dos guiones para la realización del juego de roles y un papel en blanco. Se les explicará a los subgrupos que los que hayan tomado hoja en blanco tendrán que inventar una situación en donde se involucren los factores de riesgo.

6.- De manera voluntaria los subgrupos representarán las situaciones que se les asignan.

7.- El coordinador servirá de apoyo, si así lo requieren los subgrupos.

8.- Se registrará la sesión a través de una filmación con la videgrabadora.

9.- Al concluir la actuación del primer subgrupo, se le pedirá al resto del grupo que trate de identificar cuáles son los factores de riesgo que ocasionaron el consumo del cigarro y que los clasifiquen.

10.- Se repetirá el mismo procedimiento para los otros subgrupos.

11.- Al concluir el juego de roles, el coordinador le pedirá a cada subgrupo que reflexione sobre la actividad que acaban de realizar y que concluyan sobre las causas que originaron el consumo en la situación que acaban de representar.

12.- El grupo se unirá nuevamente para llegar a conclusiones finales, a través de la técnica grupal: “Lluvia de ideas”.

Técnica grupal: Lluvia de ideas (Cirialiano y Villaverde, 1966).

Objetivo: Que el grupo llegue a una síntesis y conclusión final sobre los factores de riesgos del tabaquismo.

Duración: 20 minutos.

Materiales: Rotafolio y plumones.

Mecánica:

- El coordinador hará una pregunta clara, donde exprese el objetivo que se persigue. La pregunta debe permitir que los participantes puedan responder a partir de su experiencia. Por ejemplo: ¿Los factores de riesgo, son causa suficiente para que alguien se vuelva fumador habitual?
- Cada participante debe decir una idea a la vez sobre lo que piensa acerca del tema. Es importante aclararle al grupo que cada idea expresada, no es para discutir la idea.
- En esta actividad es importante también aclarar que todos participan por lo menos expresando una idea.
- Cada idea que los participantes expresen debe de ser anotada en una hoja de rotafolio.
- Para finalizar se hace una ronda de comentarios adicionales y preguntas.

12.- Un voluntario escribirá las conclusiones a las que llegó el grupo en una hoja de rotafolio, la cual se pegará en el salón.

Actividad en casa: Buscar un artículo de periódico o de revista que mencione los daños que genera el abuso del tabaco.

UNIDAD TEMÁTICA 3. CONSECUENCIAS POR EL USO Y ABUSO DEL TABACO Y POR EL TABAQUISMO

Sesiones 6 y 7

Duración: Dos sesiones de 2:30 horas cada una.

Tarea Grupal: Conocer las consecuencias que genera el uso y abuso del tabaco, y el tabaquismo, para determinar los problemas físicos, psicológicos y sociales en el fumador.

Objetivos informativos:

- Identificar las consecuencias por el uso y abuso del cigarro y del tabaquismo.
- Mitos y realidades del tabaquismo.
- Comprender las implicaciones físicas que conlleva el uso y abuso del cigarro y del tabaquismo.

Objetivos formativos:

- Analizar las consecuencias del uso y abuso del cigarro y del tabaquismo.
- Exponer, discutir y fundamentar las propias ideas.

Contenido temático:

- Consecuencias por el uso del cigarro.

Mecanismos de evaluación:

- Escritos con los comentarios y conclusiones.
- Supervisión del trabajo de los equipos.

DESARROLLO DE LA SESIÓN 6

I.- Consecuencia por el uso y abuso del tabaco y por el tabaquismo

Objetivos informativos:

- Identificar las consecuencias por el uso y abuso del cigarro y por el tabaquismo.
- Mitos y realidades que envuelven al tabaquismo.

Actividades:

- Técnica grupal: “Amo a mi amada con A”.
- Compartir en subgrupos de 4 personas el artículo de periódico o de revista de los daños generados por el abuso de tabaco.
- Exposición del coordinador de las consecuencias por el uso de tabaco.
- Proyección de los videos:
 - “Huevos Ahumados” (Localizable en <https://www.youtube.com/watch?v=uXNafHwCZTK>)
 - Consecuencias del tabaco (Localizable en <https://www.youtube.com/watch?v=DwbVzqZzT4Y>)
- Comentarios en plenaria de los videos.
- Técnica grupal: Tras la verdad, será Mito o Realidad.
- Conclusiones en plenario (escritas en rotafolio).

Desarrollo:

1.- Técnica grupal: Amo a mi amada con A (Adaptada de 100 formas de animar grupos).

Objetivo: El objetivo de esta dinámica es animar al grupo, además de generar concentración.

Material: Salón iluminado y sillas.

Duración: 20 minutos

Disposición del grupo: Sentados en círculo

Mecánica:

- Todos los participantes se sentarán en círculo. El coordinador forma parte del círculo.
- La dinámica consiste en usar un adjetivo calificativo con la letra en turno. Se utilizará el abecedario como referencia para saber cuál es la letra en turno.
- El coordinador inicia diciendo “Amo a mi amada con A” porque es Amable. El siguiente es B y así sucesivamente, hasta concluir con el abecedario.
- Quien tarde más de 5 segundos en contestar, pasará a bailar “la pelusa” al centro del círculo.

2.- Formar subgrupos de 4 personas para compartir el artículo de periódico o de revista, acerca de los daños que genera el abuso de tabaco.

3.- Exposición del coordinador de las consecuencias por el uso y abuso de cigarro. (Anexo 18). Material de apoyo (Anexo 19).

4.- Proyección de los videos:

- “Huevos Ahumados”
- Consecuencias del tabaco

5.- Comentarios en plenaria sobre los videos. Es importante que todos los participantes hagan mínimo un comentario, Los comentarios serán anotados en hojas de rotafolio por el coordinador.

6.- Técnica grupal “Tras la verdad, será Mito o Realidad”

Técnica grupal: “Tras la verdad, será Mito o Realidad” (Jiménez R., D. I., 2014)

Objetivo: Romper con paradigmas que minimizan las consecuencias que causa el consumo del tabaco. Además de exponer y fundamentar las propias ideas.

Material: Hojas de “Tras la verdad Mito o Realidad”.

Duración: 20 minutos

Disposición del grupo: Sentados en subgrupos de 4 personas.

Mecánica:

Nota: Para esta dinámica, solo se leen las consignas, la información real de cada consigna se leerá al final de toda la dinámica.

- Se les pide a los participantes que formen subgrupos de cuatro personas.
- El coordinador les dará una serie de consignas, el subgrupo exponiendo sus diferentes puntos de vista, llegará a una conclusión final. Para decir si la consigna es Mito o Realidad (Anexo 20).
- Cada subgrupo tendrá una hoja, en la cual deberá anotar la conclusión final a la que han llegado (Anexo 21).
- En cada consigna es importante que cada subgrupo exprese su conclusión en voz alta, por medio de un representante. Para que el coordinador haga la anotación en una hoja de rotafolio.
- Al finalizar todas las consignas es importante que el coordinador dé a conocer la información real. Para así descubrir la verdad.

7.- Ronda de comentarios y dudas. Por último recoger las conclusiones de los subgrupos, para ser analizados como evaluación de la sesión.

Actividad en casa: Identificar tres consecuencias por el uso y abuso del cigarro y del tabaquismo por escrito.

DESARROLLO DE LA SESIÓN 7

II. Consecuencias por el uso y abuso del cigarro y por el tabaquismo

Objetivos informativos:

- Clasificar las consecuencias causada por el uso y abuso de cigarro.
- Comprender las implicaciones físicas, que conlleva el uso y abuso del cigarro y el tabaquismo.

Actividades

- Técnica grupal: “El Rey ha muerto”
- Forma subgrupos de 4 personas para que compartan las 3 consecuencias por el uso y abuso del cigarro.
- Comentar en subgrupos de 4 personas la clasificación de las consecuencias y daños a la salud y crear una síntesis del tema.
- Proyección de diapositivas “Entre colillas” (Localizable en https://www.iner.salud.gob.mx/galerias/exposicion_entre_colillas.html)
- Proyección de los videos:
 - Los efectos del tabaco (Localizable en https://www.youtube.com/watch?v=SapJBu_evlw)
 - Sobre el daño que hace el tabaco (Localizable en https://www.youtube.com/watch?v=SapJBu_evlw)
- Mesa redonda para comentar la clasificación y los videos.
- Anotar las conclusiones por escrito.

Desarrollo

1.- Técnica grupal: “El Rey ha muerto” (Adaptada de 100 formas de animar grupos).

Objetivo: Animación y relajación en el grupo.

Material: Salón iluminado y sillas.

Duración: 20 minutos.

Disposición del grupo: Sentados en círculo.

Mecánica:

- El coordinador también forma parte del círculo.
- El coordinador es el primer jugador. Se da la vuelta hacia su vecino que este a mano derecha y le dice “¡El rey ha muerto!”. El vecino le pregunta, “¿Cómo murió?” y el primer jugador responde, “Murió haciendo esto”, y empieza hacer un gesto o movimiento simple. Todos los participantes repiten este gesto continuamente.
- El segundo jugador repite la afirmación y el tercero jugador pregunta, ¿Cómo murió? El segundo jugador añade otro gesto o movimiento. Entonces el grupo completo imita estos dos movimientos.
- El proceso continua a través del círculo hasta que haya demasiados movimientos que recordar.

2.- Se formarán subgrupos de 4 personas para compartir las 3 consecuencias por el uso y abuso del tabaco. En los mismos subgrupos se repartirá el material “Clasificación de las consecuencias por el consumo de tabaco” (Anexo 22).

3.- En subgrupos leerán el material y harán una síntesis breve por escrito.

4.- Se proyectará las diapositivas “entre colillas”.

5.- Proyección de los videos: “Los efectos del tabaco” y “Sobre el daño que hace el tabaco”.

6.- Técnica grupal: Mesa Redonda (Cirialiano y Villaverde, 1966).

Objetivo: La finalidad de esta técnica es que los participantes expongan su punto de vista, para que se dé una retroalimentación grupal.

Material: Hojas de rotafolio, cinta adhesiva y plumones de tinta permanente.

Duración: 30 minutos.

Disposición del grupo: En círculo.

Mecánica:

- El coordinador pide al grupo que formen un círculo.
- Una vez integrados, todo el equipo realizarán una discusión basándose en el material proyectado, así como de la síntesis realizada en subgrupos.
- Para apoyar esta actividad, el coordinador formulará una serie de preguntas abiertas sobre el tema, tales como: ¿Qué consecuencias genera el uso y abuso del cigarro? ¿En qué esferas de la vida de los individuos repercute el uso y abuso del cigarro?
- El coordinador complementará el tema y tratará los aspectos que considere que no han sido tratados adecuadamente por el grupo.
- Los comentarios serán anotados en hojas de rotafolio. Para llegar a conclusiones.

7.-Ronda de comentarios y dudas, ya sea en grupo o de manera individual.

Actividad en casa: Buscar la definición de asertividad

UNIDAD TEMÁTICA 4. FACTORES DE PROTECCIÓN I. Factores de protección: Asertividad y toma de decisiones. II. Factores de protección: Autoestima y manejo de estrés.

Sesiones 8 y 9

Duración: Dos sesiones de 2:30 horas cada una.

Tarea Grupal: Conocer habilidades que permitan la interacción interpersonal tales como asertividad, toma de decisiones, autoestima y manejo de estrés, con el fin de evitar la presión social o manipulación de los demás para emitir conductas adictivas.

Objetivos informativos:

- Conocer qué es la asertividad y los estilos de comunicación verbal (agresivo, pasivo o asertivo).
- Identificación del estilo individual de comunicarse.
- Comprender la utilidad de la comunicación asertiva frente al consumo del cigarro u otras conductas.
- Distinguir la relación entre asertividad y toma de decisiones.
- Identificarse como individuos.
- Reconocer los elementos de la autoestima.
- Conocer formas de relajación.

Objetivos formativos:

- Reconocer cómo comunicarse y hacer valer sus derechos.
- Manejo de la asertividad y toma de decisiones.
- Valorarse como individuos.
- Manejar el estrés de la vida cotidiana.

Contenidos temáticos:

- Asertividad y derechos asertivos.
- Estilos de comunicación.
- Facilitadores y obstaculizadores de la comunicación.
- Toma de decisiones.
- Autoestima.
- Manejo del estrés.

Mecanismos de evaluación:

- Participación grupal que demuestre asertividad a través del juego de roles. La asertividad se espera ver reflejada en criterios conductuales como cambios en el tono de voz, la mirada, la duración de la respuesta, acercamiento de los participantes hacia el coordinador.
- Comentarios personales.
- Hoja de procesamiento.

DESARROLLO DE LA SESIÓN 8

I. Factores de protección

Objetivos informativos:

- Conocer que es la asertividad y los estilos de comunicación verbal (agresivo, pasivo o asertivo).
- Identificación del estilo individual de comunicarse.
- Comprender la utilidad de la comunicación asertiva frente al consumo del cigarro u otras conductas.
- Distinguir la relación entre asertividad y toma de decisiones.

Actividades:

- Técnica grupal: “Qué estoy sintiendo”.
- Exposición del coordinador sobre asertividad: definición, derechos asertivos, estilos de comunicación -agresiva, pasiva y asertiva-, obstaculizadores y facilitadores de la comunicación.
- Técnica grupal: Dramatización.
- Comentarios e intercambios de experiencias por subgrupos.
- El coordinador expondrá los obstaculizadores y facilitadores de la comunicación.
- Preguntas de reflexión planteadas por el coordinador: ¿Existe relación entre la asertividad y la toma de decisiones?; ¿Cómo se toma una decisión?; y ¿De qué factores dependen sus decisiones?. El grupo deberá emitir conclusiones en plenario.
- Mostrar las formas de tomar decisiones y el modelo racional de toma de decisiones.
- Ronda de comentarios y dudas.

- Resolución del cuestionario correspondiente de manera individual.

Desarrollo:

1.- Técnica grupal: “Qué estoy sintiendo” (Adaptada de 100 formas de animar grupos).

Objetivo: Que el grupo se relaje y se anime.

Duración: 20 minutos.

Material: Un salón iluminado y sillas, hojas y plumas.

Disposición del grupo: Sentados y en forma de arco.

Mecánica:

Nota: Previamente, se hacen papelitos con emociones y sentimientos escritos. Y se colocan en una bolsa o recipiente.

- Los participantes se sientan en forma de arco, de manera que todos puedan ver a la persona que se encuentra al frente.
- El coordinador es el que inicia, toma un papelito, y lo lee para sí. Y comienza su actuación.
- Cuando el grupo adivine la emoción o sentimiento. El participante que se encuentra al frente, elige al siguiente. Y así sucesivamente hasta que todos hayan pasado.

2.- Exposición del tema por el coordinador (Anexo 23).

3.- Técnica grupal: Dramatización (adaptada de Pasut y Ferreira, 1998).

Objetivo: Representar situaciones reales para profundizar sobre el tema de la asertividad.

Duración: 45 minutos.

Materiales: Hojas y plumas.

Mecánica:

- El coordinador presentará al grupo el tema de asertividad.
- Se formarán subgrupos de 4 personas.
- En subgrupos elegirán una situación específica del tema planteado, es importante que a los participantes les quede claro que en su dramatización tendrán que representar los tres estilos de comunicación (pasiva, agresiva y asertiva), cada uno de estos

caracterizados por medio de conductas verbales y no verbales. Y para apoyar a los subgrupos, se les proporcionará el material de apoyo con las características de cada estilo de comunicación, Anexo 24 (Flores y Díaz, 2002).

- Cada integrante del subgrupo tendrá que tener un personaje y desempeñará su respectivo papel o rol.
- El coordinador ayudará a los grupos a definir la situación y a construir el guión (Si así el subgrupo lo requiere).
- Se realizará la dramatización por turnos, los equipos que sean espectadores tendrán que adivinar a que estilos de comunicación se refiere la actuación, especificando el porqué de la respuesta.

4.- Comentarios e intercambios de experiencias por subgrupos.

5.- El coordinador expondrá los obstaculizadores y facilitadores de la comunicación Anexo 25 (Pick, Aguilar y Rodríguez, 1992).

6.- Preguntas de reflexión planteadas por el coordinador: ¿Existe relación entre la asertividad y la toma de decisiones?, comentarios breves en subgrupos de tres integrantes, los cuales escribirán sus conclusiones. Una vez resuelta la pregunta, cuestionar; ¿Cómo se toma una decisión? y ¿De qué factores dependen sus decisiones?. Continuar con la discusión inicial por parte de los subgrupos y anexar sus conclusiones. Las conclusiones de los subgrupos se anotarán en un rotafolio, para posteriormente elaborar una conclusión grupal en plenario.

7.- Mostrar las formas de tomar decisiones y el modelo racional de toma de decisiones Anexos 26 y 27 (Pick, Aguilar y Rodríguez, 1992).

8.- Ronda de comentarios y dudas.

9.- Repartir de manera individual el cuestionario de la sesión correspondiente (Anexo 28).

Actividad en casa: Elaborar un dibujo que los represente.

DESARROLLO DE LA SESIÓN 9

II. Factores de protección: Autoestima y manejo de estrés.

Objetivos informativos:

- Identificarse como individuos.
- Reconocer los elementos de la autoestima.
- Conocer formas de relajación.

Actividades

- Técnica grupal: Buenas noticias.
- Juego “La caja adivina”.
- Lectura de la historia de Moreno.
- Ronda de comentarios por equipos.
- Presentar la docena mágica de la autoestima.
- Técnica grupal: Todos valemos.
- Procedimientos de relajación.

Desarrollo

1.- Técnica grupal: Buenas noticias (Jiménez R., D. I. 2014).

Objetivo: Animar y generar un ambiente de relajación en el grupo.

Material: Un salón iluminado.

Duración: 20 minutos.

Mecánica:

- Se les pide a los participantes que formen dos equipos: equipo A y B (Los equipos tiene que ser del mismo número de integrantes).
- Cada equipo elegirá un representante.
- Los equipos tendrán que formar una fila, en la cabeza de la fila va el representante de cada equipo.
- El representante tendrá el acceso a leer una frase, la cual deberá ser transmitida a su compañero, y así sucesivamente, hasta llegar al último integrante de cada equipo.

- Las frases con las que se hará esta actividad se pueden tomar del anexo 20: “Tras la verdad será mito o realidad”. O también podrán ser armada en el momento de la actividad.
- El equipo que más frases tenga completas gana.

2.- Juego de la caja adivina (Castro, 2000, p. 22).

Material: Una caja de cartón que se cierre y en el fondo de la caja se colocará un espejo que abarque el fondo de la caja. Eso tiene que estar preparado antes de iniciar la actividad.

Mecánica:

Nota: Para esta actividad es importante que la caja se encuentre en un lugar en el que los participantes estén obligados a levantarse e ir a ver la caja. Antes de comenzar con la actividad es importante comentarles que durante la dinámica deben permanecer en silencio y su expresión no verbal es neutra.

- Para iniciar esta dinámica se les reparte a los participantes una hoja y una pluma. En seguida se les hace la pregunta ¿Quién es la persona más importante para ti? Se les da un minuto para que contesten.
- Cuando todos los participantes hayan contestado, se les pide que doblen su hoja.
- Se les pide que vayan uno por uno, a la mesa donde está la caja, la abran y verifiquen lo que la caja ha adivinado.

3.- Lectura de la historia de Moreno (1995, en Castro, 2000, p.22 23) (Anexo 30).

4.- División del grupo en subgrupos de cuatro integrantes, para hacer un intercambio de opiniones acerca de las actividades anteriores, además de compartir comentarios para llegar a conclusiones generales por equipo, las cuales tendrán que ser presentadas en plenario.

5.- Presentar “La docena mágica de la autoestima” (Anexo 29 en Pick, Aguilar y Rodríguez, 1992). Es importante que a cada participante se les dé una copia, de este anexo. El grupo con el apoyo del coordinador construirán la definición de autoestima.

6- Técnica grupal: Todos valemos (adaptada de Pick, Aguilar y Rodríguez, 1992, p.285).

Objetivos: Simbolizar la percepción que el adolescente tiene de sí mismo.

Duración: 25 minutos.

Materiales: Plastilina para todos los participantes.

Mecánica:

- El coordinador explicará a los participantes que deberán reflexionar acerca de sí mismos.
- Dar a cada participante una barra de plastilina y pedir que se represente a sí mismo de manera positiva a través de un símbolo (por ejemplo, si un participante desea representar que es libre puede diseñar una paloma). Dar un tiempo de 10 minutos para la elaboración de la tarea.
- Al terminar, se solicita a los participantes que de manera individual y voluntaria expresen sus sentimientos acerca de los trabajos realizados (el de la plastilina y el dibujo elaborado en casa).
- Para concluir, es importante comentar con todo el grupo la importancia de la auto percepción en el incremento de la autoestima.
- El coordinador cuidará que todos los miembros del grupo ejecuten la tarea y se representen de manera positiva. Es importante promover la ayuda mutua, si algún participante tiene dificultad para realizar el trabajo.

7.- Procedimiento de relajación para enseñar a adultos y niños mayores (Cautela y Groden, 1988, pp.47 57) (Anexo 31).

8.- Ronda de comentarios y dudas.

Actividad en casa: Redactar en una cuartilla su opinión con respecto al taller.

Y traer cartulina, tijeras, pegamento y revistas. Para una actividad que se desarrollará en la siguiente sesión. El material es de manera individual.

Nota: Recordar a los participantes que para la próxima sesión, traigan sus diarios personales.

CIERRE

Sesión 10

Duración: Una sesión.

Tarea grupal: Sintetizar los contenidos temáticos y exponer comentarios de retroalimentación con respecto al taller.

Objetivos formativos:

- Retroalimentación de las experiencias de los participantes en el taller.

Actividades

- Técnica grupal: El espejo.
- Cuestionario de opinión personal.
- Técnica grupal: El mural.
- Ronda de comentarios acerca del mural que se creó como equipo.
- Técnica grupal: ¿Quién soy?.
- Contraste de expectativas iniciales de los participantes acerca del taller.
- Comentarios y agradecimientos finales.

Duración: 2:30 horas

DESARROLLO DE LA SESIÓN 10

1. Técnica grupal: El espejo (Jiménez R., D.I., 2014).

Objetivo: Animación y crear un ambiente de relajación.

Materiales: Salón iluminado.

Duración: 30 minutos.

Disposición del grupo: Por parejas de buddies de pie.

Mecánica:

- Se les pide a los participantes que se reúnan con sus buddies.
- Cuando los participantes se encuentran en parejas, se les indica que uno de ellos será compañero "A" y otro de ellos será compañero "B".

- Los que sean compañero “B”, deberán ser el espejo del compañero “A”.
 - Los “A” harán movimientos para que los “B”, sean los espejos.
 - Posteriormente se invertirán los papeles.
 - Para hacer más divertida la dinámica se les pide que una pareja de buddies sea el espejo para otra pareja de buddies.
2. Repartir los cuestionarios de opinión personal (Anexo 32).
 3. Formar subgrupos de cuatro personas para que cada subgrupo forme un collage. Al realizar el collage es importante que reflejen lo que aprendieron en el taller. Y qué hay de nuevo para cada uno de ellos a partir del taller.

Técnica grupal: El mural (adaptada de Secretaria de Salud - SSA 2009).

Objetivo: Trabajo en equipo y descubrir a través del collage tensiones, intereses y motivaciones individuales.

Materiales: Cartulinas, tijeras, pegamento y revistas para recortar.

Duración: 30 minutos.

Disposición del grupo: En subgrupos de cuatro personas.

Mecánica:

- Se les pide a los participantes que formen subgrupos de 4 personas.
 - Se les da la indicación de que van a formar un collage en equipo para posteriormente formar un mural.
 - En el collage tendrán que expresar ¿Qué fue lo que aprendieron del taller?, ¿Qué hay de nuevo en cada uno de ellos a partir del taller?
 - Al terminar el trabajo como subgrupo, se unirán todos para formar el mural.
4. Ronda de comentarios acerca del mural que se creó como equipo.
 5. **Técnica grupal:** ¿Quién soy? (adaptada de 100 formas de animar grupos).

Objetivo: Aclarar dudas y evaluar la comprensión de los diferentes temas que hubo durante el taller.

Materiales: Salón iluminado, hojas, plumones y cinta adhesiva.

Duración: 30 minutos.

Disposición del grupo: En círculo de pie.

Mecánica:

Nota: Previamente el coordinador deberá hacer en hojas de papel bond los diferentes nombres que irán pegados en la espalda de los participantes (Anexo 33).

- Para iniciar esta dinámica se les pide a los participantes que formen un círculo.
 - El coordinador pegará en la espalda de cada participante el cartel que contiene ¿Quién soy?...
 - El coordinador, explicará que cada uno de ellos tiene un nombre de algo que representan.
 - El objetivo es que cada uno de ellos descubra quien es, haciéndole preguntas a sus compañeros.
 - La regla del juego es que sólo a través de respuestas de “SI” y “NO”, los participantes pueden contestar a sus compañeros.
 - Cada participante tiene que descubrir qué es lo que representa y ¿Quién es?
 - El juego termina cuando todos hayan descubierto quien es.
6. En mesa redonda hacer una ronda de comentarios para identificar si se cumplieron sus expectativas personales iniciales respecto al taller.
 7. Solicitar a los participantes que en una mesa dejen sus diarios personales (puede o no incluir nombre).
 8. Para finalizar el coordinador inicia con los comentarios y los agradecimientos finales.

ALCANCES, LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Este trabajo fue el resultado de haber estado en contacto con pacientes que padecían tabaquismo y que acudían al servicio integral que ofrece el Hospital General de México, en la Clínica contra el Tabaquismo que se encuentra en el servicio de Neumología.

Los pacientes que acudían al servicio para abandonar el hábito de fumar, reportaban sus múltiples intentos de dejar de fumar y a pesar de tener fuerza de voluntad, -como ellos lo mencionaban-, la recaída era inevitable. Como se menciona en el trabajo, la adicción al tabaco genera una dependencia física y psicológica, dificultando su abandono. Lo que empieza como un acto en busca de identidad o por simple curiosidad en una etapa como la adolescencia, termina en una adicción en la etapa adulta.

La prevención primaria, es un excelente camino para evitar un padecimiento como el tabaquismo, una enfermedad lenta y silenciosa que al principio no da signos de ningún tipo, pero que con el paso del tiempo, los daños a la salud son visibles y en muchos de los casos irreversibles. De este modo surge la inquietud de crear una propuesta en el área de prevención, dirigido a los adolescentes.

Al analizar la propuesta se reconoce que el trabajo al ser aplicado puede generar resultados favorables para el público al que está dirigido. Pero también se pueden hacer cambios en las sesiones si así se cree conveniente. Cabe destacar que la propuesta del programa consta de 10 sesiones con una duración de 2 horas y media cada una. Durante la creación del esquema del trabajo, el enfoque estuvo puesto principalmente: en el tabaquismo, los factores de riesgo, consecuencias y finalmente se proponen dos sesiones para hablar de asertividad, autoestima y manejo del estrés como factores de protección. Al concluir con el trabajo, se observa que durante el taller, no se abre una sesión, para hablarle al adolescente de la etapa por la que atraviesa, retomando en este punto la búsqueda de identidad. Por lo que se sugiere que para mejores resultados es conveniente agregar una sesión en donde se retome el tema de adolescencia y la búsqueda de identidad.

La finalidad de este trabajo es brindarle al adolescente herramientas que le permitan tener conocimiento y sobre todo tener habilidades para enfrentarse a situaciones de riesgo, ante el ofrecimiento del cigarro. De ninguna manera es generar una actitud de rechazo ante las personas que fuman, más bien es crear la conciencia de evitar consumir cigarros, para prevenir la adicción que genera el uso frecuente de éste. Es generar una conciencia de ver al fumador como un enfermo,

es saber que el consumo de cigarros cuando existe una dependencia física, sobrepasa al consumidor. Es brindar apoyo para el fumador y prevenir el consumo de tabaco en los adolescentes.

Al hablar de prevención en tabaquismo, parece como un sueño o más bien como una utopía poder lograr algún resultado de impacto. Pero se considera que los grandes logros inician con pequeños cambios. Y esta propuesta tiene ese objetivo, generar un impacto de cambio en el público al que está dirigido.

Referencias Bibliográficas del taller

- Acevedo, I. A. (1989). *Aprender jugando: 60 dinámicas vivenciales* (Vol. 2). México: Limusa.
- Acevedo, I. A. (1992). *Aprende Jugando: 60 dinámicas vivenciales* (Vol. 3). México: Limusa.
- Alcántara, M. H., Reyes, M. M. D., & Cruz, S. (1999). *Cómo proteger a tus hijos contra las drogas. Guía práctica para padres de familia*. México: Centros de Integración Juvenil.
- Becoña, I. E. (2005). *Que me dices de tabaco*. España: Nova Galicia .
- Becoña, I. E. (2005). *Saber para vivir Tabaco*. España: Nova.
- Carrillo, J. J. (2004). *Consumo de Drogas ¿Qué Hacer?* México: Trillas.
- Castanyer, O. (1996). *La asertividad expresión de una sana autoestima*. España: Desclée de Brouwer, S.A.
- Castro, P. J. A. (2000). *Guía de autoestima para educadores*. Salamanca: Amarú Ediciones.
- Cautela, R. J. & Groden, J. (1985). *Técnicas de relajación Manual práctico para adultos, niños y educación especial*. España: Martínez roca .
- Cirialiano, J. G. F. & Villaverde, A. (1966). *Dinamicas de Grupo y Educación Fundamentos y Técnicas* (17ª ed.). Buenos Aires: HVMANITAS.
- Coleman, C. J. & Hendry, B. L. (2003). *Psicología de la adolescencia* (4ª ed.). Madrid: Morata.
- Flores, G. M. M. & Díaz, L. R. (2002). *Asertividad: Una alternativa para el óptimo manejo de las relaciones personales*. México: Miguel Ángel Porrua.
- Kuri, M. P., González, R. J., Hoy, G. M., & Cortés, R. M. (2006). Epidemiología del Tabaquismo en México salud pública. *Salud pública* , 48 (3), S91-S98.
- Morrison, J. (2008). *DSM-IV Guía para el diagnóstico clínico*. México: Manual Moderno.
- Ocampo, O. A., Cuevas, A. E. & Villa, H. T. E. (2007). *Programa de cesación del tabaquismo en un hospital de tercer nivel* . México: Secretaria de Salud.

Pardell, H., Jané, M., Sánchez, I. & Villalba, J. (2002). *Manejo del fumador en la clínica recomendaciones para el médico español*. Barcelona: Ars. Medica.

Pasut, M. & Ferreira, H. (1998). *Técnicas grupales. Elementos para el aula flexible*. Argentina : Novedades Educativas .

Pérez, B. D. (1999). *Prevención educativa de drogo dependencias en el ámbito escolar. Programa para la intervención*. Barcelona: Praxis.

Pick, S., Aguilar, J. & Rodríguez, G. (1992). *Planeando tu vida. Programa de educación sexual y para la vida dirigido a los adolescentes. Manual para el instructor*. México: Grupo Editorial Planeta .

Rico, M. G., & Ruiz, F. L. (1990). *Tabaquismo su repercusión en aparatos y sistemas*. México: Trillas.

Secretaria de Salud - SSA (2009). *Manual para el capacitador: Mitos y Realidades de las Drogas*. México.

Secretaria de Salud - SSA (2009). *Manual para el capacitador de Promotores de Habilidades para la Vida*. México.

Vega, F. D. (2003). *La Juventud y las Drogas Guía para jóvenes, padres y maestros* . México: Trillas.

Zarzar, C. C. (1993). *Habilidades básicas para la docencia*. México: Patria .

100 formas de animar grupos localizable en:

http://www.scribd.com/fullscreen/4002952?access_key=key22aswxvlf0z0fhyw5bq9&allow_share=true&escape=false&view_mode=scroll

ANEXOS

Anexo 1²

Cuestionario de datos de identificación personal

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: M F

Nombre por el que prefieres que te llamen: _____

Domicilio: _____ Calle: _____

Colonia: _____ No. _____ C.P. _____

Delegación: _____ Teléfono de casa: _____

Teléfono celular: _____

Grado escolar que cursas actualmente: 1ro 2do 3ro Grupo: _____

Como consideras tu desempeño académico, se claro y específico: _____

Has reprobado alguna vez algún grado escolar: Si No

¿Qué grado y/o materia?

Nombre del tutor: _____

Cuestionario Socioeconómico

Nombre del padre: _____

Nombre de la madre: _____

Cuál es el ingreso mensual aproximado en casa: _____

¿Cuántas personas viven contigo? _____

² Elaborado por Jiménez R., D. I., 2014

Escribe sus nombres, parentesco y edad:

Nombre	Parentesco	Edad
➤ _____		
➤ _____		
➤ _____		
➤ _____		
➤ _____		
➤ _____		
➤ _____		

La casa en la que vives es: a) Propia b) Rentada c) Otra _____

Número de habitaciones (sin contar baño y cocina) _____

La casa en la que vives está construida de: a) Lámina b) Prefabricada c) Concreto d) Otro _____

Servicios con los que cuentas en casa (señala con una X)

Agua ()

Luz ()

Drenaje ()

Televisión de paga ()

Teléfono fijo ()

Teléfono celular ()

Microondas ()

Computadora ()

Acceso a internet ()

Calentador de agua ()

Lavadora ()

Secadora de ropa ()

Automóvil ()

Cuestionario de categorías de análisis³

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: M F

Instrucciones: Te felicito por haber tomado la decisión de participar en este taller. Nos sentimos honrados de contar con tu presencia y privilegiados de trabajar contigo. En este taller encontrarás información y formación para evitar y prevenir las consecuencias que genera el tabaquismo. Estamos seguros de que al comprometerte con este taller obtendrás resultados para tu crecimiento personal. En el siguiente cuestionario encontrarás una serie de enunciados, contesta con honestidad, ya que las respuestas que proporcionas son de utilidad para el buen funcionamiento de este taller, las respuestas no serán tomadas para ninguna calificación. Gracias por tu compromiso y tu participación.

Marca con una X la respuesta que complete la pregunta desde tu experiencia personal.

CONDUCTUALES

¿Tienes antecedentes en tu familia de algún tipo de adicción?

SI NO

¿En caso afirmativo, menciona cuál?

¿Tienes antecedentes de alguna adicción o actualmente estás en ella?

SI NO

¿En caso afirmativo, menciona cuál?

¿Has fumado tabaco alguna vez?

SI NO

¿Practicas algún deporte?

SI NO

¿En caso afirmativo, menciona cuál?

¿Tu tiempo libre en qué lo inviertes?

³ Elaborado por Jiménez R., D. I., 2014

¿Tienes algún pasatiempo?

Realizas algún tipo de actividad en familia ¿Cuál?

RELACIONES INTERPERSONALES

¿Algún familiar cercano fuma?

SI NO

¿En caso afirmativo, menciona su parentesco y el tiempo de convivencia?

¿Algún amigo (a) cercano a ti fuma?

SI NO

¿Cómo es la convivencia en casa, describe brevemente?

¿Cuándo estas con tus amigos, que tipo de actividades realizan?

¿Asistes a fiestas?

SI NO

¿En las fiestas que asistes, hay personas que fumen con frecuencia?

SI NO

¿En las reuniones con amigos, se estila fumar?

SI NO

¿Alguna vez te han invitado a fumar?

SI NO

¿En caso afirmativo, menciona quien?

EMOCIONALES

Si te sientes triste, enojado o alegre, ¿Cómo lo afrontas?

¿Cuándo tienes algún problema, con quien acudes, en quien o en que te apoyas?

COGNITIVOS

¿Sabes que es el tabaquismo?

SI NO

¿Si tu respuesta es afirmativa, explica brevemente?

¿Crees que el tabaco es una droga?

SI NO

¿Para ti, el tabaquismo es una enfermedad?

SI NO

¿Crees que fumar por curiosidad, puede causar adicción?

SI NO

¿Una persona es adicta al tabaco, cuando ya no puede dejar de fumar ni un solo día?

SI NO

El consumo de tabaco afecta la salud física de la persona

SI NO

¿Por qué crees que las personas fuman?

¿Crees que las personas fumen para convivir?

SI NO

¿Crees que las personas fumen porque consideran que les da prestigio?

SI NO

¿Crees que las personas fuman por imitar a alguien?

SI NO

Anexo 3

Diapositivas de la Presentación del taller.

Taller: “Tabaquismo, causa y consecuencias”

Contenido Temático del Taller:

1. Encuadre
 - 1.1 Contenidos temáticos
 - 1.2 Metodología
2. Unidad Temática I. Tabaquismo.
 - 2.1 Definición de tabaquismo
 - 2.2 Consumo y abuso de tabaco
 - 2.3 Sustancia que contiene el tabaco.
 - a. Adicción y características de la dependencia física y psicológica
 - b. Tipos de fumadores.
3. Unidad Temática II. Factores de riesgo
 - 3.1 Factores de riesgo. Definición
 - 3.2 Factores de riesgo. Clasificación

4. Unidad Temática III. Consecuencias del abuso de tabaco y del tabaquismo
 - 4.1 Consecuencias I
 - 4.2 Consecuencias II
5. Unidad Temática IV. Factores de protección
 - 5.1 Asertividad
 - 5.2 Tema de decisiones
 - 5.3 Autoestima
 - 5.4 Manejo del estrés

Organización y funcionamiento general del taller

1. Compromiso del coordinador
 - 1.1 Puntualidad
El coordinador llegará 15 minutos antes del horario establecido, con la finalidad de preparar la sesión correspondiente y adecuar el salón para la sesión.
 - 1.2 Asistencia
El coordinador no faltará a la sesión. De ser el caso contrario se avisará con anticipación y la sesión perdida se repondrá al siguiente día
 - 1.3 Respeto
El coordinador respetará las participaciones y las intervenciones de los participantes, así como la decisión de no participar en alguna dinámica establecida a lo largo del taller
 - 1.4 Manejo ético

2. Compromiso de los participantes
 - 2.1 Puntualidad
Los participantes tendrán una tolerancia de 10 minutos. Pasado ese tiempo, el grupo decidirá si se les permite la entrada a la sesión correspondiente.
 - 2.2 Asistencia
Dos faltas injustificadas serán motivo de que el participante sea dado de baja del taller.
 - 2.3 Respeto
Los participantes deberán respetar a los participantes, así como las intervenciones y los puntos de vista expuestos por los miembros del grupo.
 - 2.4 Confidencialidad
Los participantes tendrán en cuenta que lo que en el salón pasa, en el salón se queda

Anexo 4

Diapositivas Tabaquismo, uso, abuso y sustancias del tabaco

¿Qué es el Tabaquismo?

Se reconoce que el tabaco es una droga. La cual ha tenido gran impacto debido a que es una droga socialmente aceptada y aprobada.

El tabaquismo se considera hoy en día como una enfermedad. Se considera adicción tabáquica o tabaquismo al consumo habitual de productos elaborados del tabaco, especialmente cigarrillos.

Su consumo se puede clasificar en uso, abuso y dependencia. Las diferencias primordiales entre estos, radica en la cantidad, la frecuencia y las consecuencias adversas que se generan.

Uso: Se define como la ingesta esporádica de la sustancia adictiva, sin que aparezca ningún síntoma.

Abuso: Se define como la ingesta repetida en donde ya existe un patrón de abuso de la sustancia manifestado por consecuencias adversas significativas y recurrentes.

Dependencia: Se define como el uso repetido de la sustancia hasta el punto de estar periódica o crónicamente intoxicado; tiene gran dificultad para abandonar su consumo. Produce tolerancia y síndrome de abstinencia.

El tabaco y las sustancias que contiene

Al fumar un cigarrillo, se producen diversas sustancias químicas que son inhaladas a través del tabaco como corriente principal de humo o emitidas al aire como corriente secundaria.

Contiene sustancias muy diversas, se han identificado 4000 sustancias contenida en un cigarro (Becoña 2005), de los cuales más de 60 son dañinas para la salud.

Las sustancias contenidas en el tabaco se pueden dividir en tres subtipos:

- Carcinógenos
- Irritantes y tóxicos
- Adictivos

De todos los componentes tóxicos del tabaco, se destacan 3 en particular por su capacidad para producir patología: la nicotina, el monóxido de carbono y el alquitrán. Estos elementos pasan fácilmente a los fluidos corporales y son absorbidos por los tejidos.

Nicotina: Se sintetiza en forma de líquido oleaginoso e incoloro y se disuelve fácilmente en agua y alcohol, pasando del color amarillo al pardo oscuro en contacto con estos líquidos. Es el principio activo del tabaco, responsable de producir la dependencia en los fumadores.

Alquitrán: Es una sustancia untuosa, de color oscuro, olor fuerte y sabor amargo.

Monóxido de carbono: Es un gas incoloro y muy tóxico que se desprende de la combustión del tabaco y del papel del cigarrillo.

Anexo 5

Material de apoyo ¿Qué es el tabaquismo?

El hábito tabáquico es una enfermedad, catalogada por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) (2008). Dentro de esta categoría se incluye la dependencia nicotínica, la abstinencia de nicotina y el trastorno relacionado con la nicotina no especificado. En términos de letalidad, es responsable de al menos 60 veces más defunciones que la heroína.

Por su parte Pardell et al., (2002) señalan que la OMS (Organización Mundial de la Salud), incluye al tabaquismo en el apartado F17 con la denominación de “Trastornos mentales y del comportamiento”. Kuri et al., (2006) señalan que el tabaquismo representa la 2ª causa principal de muerte en el mundo ya que el tabaco es una sustancia adictiva socialmente aceptada y de consumo legal.

Se considera adicción tabáquica o tabaquismo al consumo habitual de productos elaborados del tabaco, especialmente cigarrillos.

Para Rico (1990), el tabaquismo es un hábito que se ha universalizado; llama la atención que sea aceptado tan rápida y fácilmente por todas las culturas, por lo que se han postulado tres mecanismos básicos de motivación:

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

Estos mecanismos no son excluyentes, por el contrario, proceden por interacción.

Es muy importante conocer cómo es que funcionan los receptores nicotínicos, ya que en gran medida esto es lo que desencadena la dependencia, se caracterizan por producir una respuesta neuronal casi inmediata cuando llega la nicotina. Cuando la persona fuma se multiplica el número de receptores nicotínicos. Al dejar de recibir nicotina, éstos la demandan. De ahí que el individuo empiece a tener una sensación de malestar y nerviosismo. Esto pasa al ser fumado un solo cigarrillo, ya que la nicotina del cigarrillo se fija, se pega, a los receptores y así se mantiene la homeostasis. Pero, a partir de aquí, tiene que seguir fumando.

Anexo 6

Material de apoyo: Uso, abuso y dependencia.

Se reconoce que el tabaco es una droga y que su consumo se puede clasificar en uso, abuso y dependencia. La diferencia principal entre estos radica en la cantidad, la frecuencia en las que se consuma.

Su consumo se puede clasificar en uso, abuso y dependencia. Las diferencias primordiales entre estos, radica en la cantidad, la frecuencia y las consecuencias adversas que se generan.

Uso: Se define como la ingesta esporádica de la sustancia adictiva, sin que aparezca ningún síntoma.

Abuso: Se define como la ingesta repetida en donde ya existe un patrón de abuso de la sustancia manifestado por consecuencias adversas significativas y recurrentes.

Dependencia: Se define como el uso repetido de la sustancia hasta el punto de estar periódica o crónicamente intoxicado; tiene gran dificultad para abandonar su consumo. Produce tolerancia y síndrome de abstinencia.

Anexo 7

Material de apoyo: El tabaco y las sustancias que contiene

Al fumar un cigarrillo, se producen diversas sustancias químicas que son inhaladas a través del tabaco como corriente principal de humo o emitidas al aire como corriente secundaria.

El humo del tabaco es un aerosol compuesto de gotitas dispersas en un gas o vapor. Contiene sustancias muy diversas, se han identificado 4000 sustancias contenida en un cigarro (Becoña 2005), de los cuales más de 60 son dañinas para la salud.

Las sustancias contenidas en el tabaco se pueden dividir en tres subtipos:

- Carcinógenos
- Irritantes y tóxicos
- Adictivos

Entre los carcinógenos se encuentran los alquitranes de color oscuro, olor fuerte y sabor amargo (Becoña 2005), no es un compuesto único, ya que con ese nombre se engloban alrededor de 500 componentes.

Por su parte las sustancias irritantes y tóxicas, dificultan la función de los cilios que son los que tapizan la mucosa del árbol respiratorio y se encarga de limpiar los microorganismos que penetran con el aire inspirado. Facilitando la entrada de gases y partículas altamente dañinas Bello, Michalland y Soto, (2005 en Ocampo et al. 2007).

La sustancia adictiva más estudiada es el alcaloide llamado nicotina, la cual es incoloro, oleaginoso, volátil e intensamente alcalino, se cree que es la sustancia responsable del sabor característico del tabaco, crea la dependencia su uso compulsivo, tolerancia y síndrome de abstinencia García Tenorio, (2000 en Ocampo, 2007).

Por su parte Souza y Machorro, (2000) menciona que la absorcion del tabaco no sólo se da por la mucosa oral y el tubo digestivo sino por la piel y el aparato respiratorio.

Becoña 2005, señala que de todos los componentes tóxicos del tabaco, se destacan 3 en particular por su capacidad para producir patología: la nicotina, el monóxido de carbono y el alquitrán. Estos elementos pasan fácilmente a los fluidos corporales y son absorbidos por los tejidos.

- **Nicotina:** Se sintetiza en forma de líquido oleaginoso e incoloro y se disuelve fácilmente en agua y alcohol, pasando del color amarillo al pardo oscuro en contacto con estos líquidos. Es el principio activo del tabaco, responsable de producir la dependencia en los fumadores; es un alcaloide sin usos terapéuticos, que se absorbe en un 90% en los pulmones cuando

proviene de la combustión de cigarrillos. Cada cigarrillo contiene hasta 3.5 mg de nicotina. Produce liberación de adrenalina y noradrenalina, que actúan sobre los centros nerviosos que controlan la presión arterial y la frecuencia cardíaca. La nicotina actúa en diferentes puntos del organismo. Su acción farmacológica incluye activación electrocortical y relajamiento muscular, causando síntomas cardiovasculares y endocrinos que refuerzan la necesidad de su consumo. La nicotina aumenta la concentración de ácido graso en la sangre, provocando la adhesión entre sí de las plaquetas sanguíneas, lo que conlleva al engrosamiento de las arterias coronarias, siendo la etapa inicial de la trombosis.

- **Alquitrán:** Es una sustancia untuosa, de color oscuro, olor fuerte y sabor amargo. Los alquitranes del cigarrillo son los productos químicos que componen la fracción sólida del humo. Esta se va acumulando en los pulmones de los fumadores, dificultando la entrada del oxígeno. Cada vez que se absorbe el cigarrillo, se deposita una película de sustancia alquitranada en todas las zonas en que el humo entra en contacto con los tejidos que revisten la boca, garganta y pulmones. Esas sustancias alquitranadas tienen la misma composición química que provoca el cáncer. Es la brea que se utiliza para recubrir las carreteras.
- **Monóxido de carbono:** Es un gas incoloro y muy tóxico que se desprende de la combustión del tabaco y del papel del cigarrillo. Al aspirarse por vía pulmonar, desplaza al oxígeno de los hematíes y forma carboxihemoglobina, sustancia no apta para el transporte del oxígeno. Trabajos recientes indican que es el factor de mayor responsabilidad en la aparición de infarto, muerte súbita, arteriosclerosis, enfermedades respiratorias crónicas y daños al feto.

Souza y Machorro (2000), estima que la reducción de la esperanza de vida por cada cigarrillo consumido es de 14 minutos. Lo cual indica que se trata de la droga que más muertes causa y cuya adicción es de las más difíciles de manejar en una amplia población del mundo.

Anexo 8

Hoja de Procesamiento

1.-Explica de forma breve que es el tabaquismo.

2.- Explica la diferencia entre uso y abuso al tabaco.

3.- Escribe los 3 subgrupos en los que se dividen las sustancias que contiene el tabaco:_____

4.- Escribe cuales son las tres sustancias más destacadas que contiene un cigarro:_____

Anexo 9

Diapositivas Adicción, dependencia física y psicológica y tipos de fumadores

La adicción se caracteriza por la búsqueda o uso repetitivo y compulsivo de una sustancia, independientemente de sus consecuencias perjudiciales. A menudo, la adicción va acompañada de una negativa dependencia física y psicológica a la sustancia. La nicotina es la droga adictiva usada en el tabaco. El consumo regular de productos con tabaco conlleva a la adicción en la mayoría de los consumidores.

La dependencia física: es la necesidad de mantener el nivel de nicotina en sangre. Existe dependencia física cuando unas horas después del último consumo se presentan molestias debido a la disminución del nivel de nicotina en el organismo. A estas molestias se les llama: síndrome de abstinencia o supresión. El síndrome de abstinencia marca la diferencia entre la dependencia física y la dependencia psicológica.

La dependencia psicológica: originada por la conducta de fumar, está relacionada no únicamente con las sensaciones gustativas sino que hay que reconocer un efecto apaciguador de la tensión y la ansiedad. Se puede mencionar, como aspectos placenteros que atraen a los fumadores, el ritual que envuelve el acto de fumar, manipular los cigarrillos, el mechero o las cenizas, inhalar el humo y observar las formas que adquiere mientras va ascendiendo. Se habla de dependencia psicológica cuando la necesidad de la droga produce una sensación de satisfacción y un impulso psíquico que exige la administración periódica o continua de esa droga, con el fin de obtener placer o de evitar un malestar.

Tipos de fumadores

Existen conductas que refuerzan la conducta de fumar. Las cuales son:

- Recompensas psicosociales: Son aquellas que incluyen el fumar como un medio de ganar aceptación y afiliación al grupo.
- Recompensas sensoriales: Son todas las satisfacciones de los sentidos (sabor, olor, manipuleo, observar el humo, etc.), así como las más específicas de tipo oral, como es el caso de la succión.
- Recompensas farmacológicas: Incluyen los diversos efectos nicotínicos (euforizante, sedante, estimulante), así como el rápido alivio que se experimenta con la nicotina en el caso de la supresión.

La recompensa se asocia a las características del fumador, de esta interacción, resultan cinco grupos diferentes de fumadores, los cuales son:

- 1.- Fumador Psicosocial: En esencia, las recompensas son sólo psicosociales. El fumador es intermitente y se limita a situaciones sociales.
- 2.- Fumador Indulgente: Las recompensas se reducen al puro placer, de manera que se fuma en diversas situaciones, como el ver la televisión, al descansar después del trabajo, mientras se lee, etc.,
- 3.- Fumador por Tranquilizarse: El efecto sedativo de la nicotina, el calmante de la gratificación oral y el mantener las manos ocupadas, se utilizan para mantener la ansiedad y la tensión. Las recompensas son sensoriales y farmacológicas y la frecuencia en el fumar varía de acuerdo con el estado emocional.

4.- Fumador por Estimarse: Se utiliza el efecto estimulante de la nicotina para mantener ciertas conductas deseables y ahuyentar la fatiga cuando se realizan tareas monótonas como conducir un vehículo. La recompensa es predominantemente farmacológica.

5.- Fumadores por adicción: El sujeto experimenta los efectos de la supresión si no logra fumar en un lapso de 20 a 30 minutos y fuma para aliviar esas molestias. La recompensa es totalmente farmacológica y llega a ser inclusive displacentero el hecho de no poder dejar de fumar en ocasiones en el que el individuo así lo desea.

Anexo 10

Material de apoyo: Adicción, dependencia física y psicológica y tipos de fumadores

Becoña (2005), menciona que la consolidación del consumo viene determinada por varios factores de tipo: biológico, psicológico y social, Hay que considerar los tres en conjunto. Los efectos psicofarmacológicos de la nicotina se deben al poder reforzante que contiene a través del reforzamiento positivo (satisfacción, placer, disfrute) y del reforzamiento negativo (evitar los efectos negativos de la abstinencia⁴). Ya que la nicotina tiene un poderoso efecto psicofarmacológico sobre el sistema nervioso central. Se absorbe rápidamente y llega en pocos segundos al cerebro al atravesar la barrera hematoencefalica.

La adicción se caracteriza por la búsqueda o uso repetitivo y compulsivo de una sustancia, independientemente de sus consecuencias perjudiciales (Carrillo, 2004). A menudo, la adicción va acompañada de una negativa dependencia física y psicológica a la sustancia. La nicotina es la droga adictiva usada en el tabaco. El consumo regular de productos con tabaco conlleva a la adicción en la mayoría de los consumidores.

La dependencia física: es la necesidad de mantener el nivel de nicotina en sangre. Las personas que fuman más de diez cigarros por día (5 mg de nicotina por cigarro), con inhalación profunda y rapidez de consumo, se consideran generalmente personas con dependencia física al tabaco.

Para Carrillo (2004), existe dependencia física cuando unas horas después del último consumo se presentan molestias debido a la disminución del nivel de nicotina en el organismo. A estas molestias se les llama: síndrome de abstinencia o supresión. El síndrome de abstinencia marca la diferencia entre la dependencia física y la dependencia psicológica.

Las molestias pueden variar dependiendo de la droga, en el caso del tabaco, son las siguientes:

- Deseos intensos de fumar.
- Enojo.
- Dificultad de concentración.
- Molestias gastrointestinales.
- Inquietud.

⁴ Se produce desde horas después de dejar de fumar hasta días después, cuando la persona deja de fumar. Pueden aparecer uno o más síntomas, debido a la carencia de nicotina en el organismo y también al romperse el hábito de efectuar esa conducta que se ha repetido varias veces. Estos síntomas son más o menos molestos dependiendo del grado de dependencia que se tenga. Los síntomas pueden ir desde estado de ánimo deprimido, insomnio, irritabilidad, frustración o ira, ansiedad, dificultad para concentrarse, nerviosismo o impaciencia, disminución de la frecuencia cardiaca y aumento del apetito o del peso.

- Dolor de cabeza.
- Sueño o insomnio.
- Temblor de manos.

La dependencia psicológica: originada por la conducta de fumar, está relacionada no únicamente con las sensaciones gustativas sino que hay que reconocer un efecto apaciguador de la tensión y la ansiedad. Se puede mencionar, como aspectos placenteros que atraen a los fumadores, el ritual que envuelve el acto de fumar, manipular los cigarrillos, el mechero o las cenizas, inhalar el humo y observar las formas que adquiere mientras va ascendiendo.

En Vega (2003), se habla de dependencia psicológica cuando la necesidad de la droga produce una sensación de satisfacción y un impulso psíquico que exige la administración periódica o continua de esa droga, con el fin de obtener placer o de evitar un malestar.

Por lo general, las personas fumadoras presentan al mismo tiempo los dos tipos de dependencia: física y psicológica.

TIPOS DE FUMADORES

Russell (1971, en Rico y Ruiz, 1990), destaca que de acuerdo a la recompensa se asocian las características del fumador; las recompensas son las siguientes:

- **Recompensas psicosociales:** Son aquellas que incluyen el fumar como un medio de ganar aceptación y afiliación al grupo. Se presentan fundamentalmente al inicio del tabaquismo.
- **Recompensas sensoriales:** Son todas las satisfacciones de los sentidos (sabor, olor, manipuleo, observar el humo, etc.), así como las más específicas de tipo oral, como es el caso de la succión.
- **Recompensas farmacológicas:** Incluyen los diversos efectos nicotínicos (euforizante, sedante, estimulante), así como el rápido alivio que se experimenta con la nicotina en el caso de la supresión.

De tal forma que con la recompensa se asocian las características del fumador, de esta interacción, resultan cinco grupos diferentes de fumadores, los cuales son:

1.- **Fumador Psicosocial:** En esencia, las recompensas son sólo psicosociales: prácticamente no existe inhalación de nicotina. El fumador es intermitente y se limita a situaciones sociales: fuera de ellas no existe deseo de fumar. Paulatinamente se va dando una evolución hacia otras recompensas, primero sensoriales y más tarde farmacológicas.

2.- **Fumador Indulgente:** Las recompensas se reducen al puro placer, de manera que se fuma en diversas situaciones, como el ver la televisión, al descansar después del trabajo, mientras se lee, etc. El placer puede derivarse de recompensas

predominantemente orales, y el individuo fuma después de ingerir algún alimento o bebida, o en sustitución de éstos. Cuando decide suspender su hábito, este tipo de fumadores tiende a aumentar su ingesta de alimentos y bebidas. El indulgente no es un fumador constante sino que tiende a presentar periodos de varias horas, por ejemplo, entre las comidas, en los cuales no fuma, o mientras no está trabajando.

3.- Fumador por Tranquilizarse: El efecto sedativo de la nicotina, el calmante de la gratificación oral y el mantener las manos ocupadas, se utilizan para mantener la ansiedad y la tensión. Las recompensas son sensoriales y farmacológicas y la frecuencia en el fumar varía de acuerdo con el estado emocional.

4.- Fumador por Estimularse: Se utiliza el efecto estimulante de la nicotina para mantener ciertas conductas deseables y ahuyentar la fatiga cuando se realizan tareas monótonas como conducir un vehículo por largas distancias, o para estimular la creatividad y el estado de alerta al escribir. La frecuencia del fumar se incrementa notablemente en estas situaciones específicas. La recompensa es predominantemente farmacológica.

5.- Fumadores por adicción: El sujeto experimenta los efectos de la supresión si no logra fumar en un lapso de 20 a 30 minutos y fuma para aliviar esas molestias. La frecuencia del fumar no varía con las circunstancias externas y se inicia poco después de levantarse por las mañanas, cesa sólo durante el sueño y es regulada por los niveles de nicotina en la sangre. La recompensa es totalmente farmacológica y llega a ser inclusive displacentero el hecho de no poder dejar de fumar en ocasiones en el que el individuo así lo desea (Rico, 1990, p.45-46)

Anexo 11

SITUACIONES FICTICIAS

Fumador Psicosocial

Jorge invita a Carlos a una fiesta. Carlos no fuma, pero Jorge le invita un cigarro en la fiesta. Carlos para estar en ambiente acepta el cigarro y lo consume.

En cuanto se termina el cigarro. Carlos deja de fumar durante toda la fiesta.

Fumador Indulgente

Juan es un gran empresario. Él generalmente fuma después de la comida y también disfruta fumar mientras lee el periódico. Por la tarde-noche disfruta de fumar mientras toma su refresco de cola favorito.

Fumador por Tranquilizarse

Margarita es una mujer de 35 años, ella es gerente general de la empresa en la que trabaja. Trabaja 9 horas al día y de ella depende el buen funcionamiento de la empresa.

Generalmente está sometida a trabajar bajo presión y vive constantes estados de estrés. Ella fuma generalmente cada 60 minutos y lo hace para tomar un respiro. A veces fuma cada que se encuentra resolviendo alguna situación estresante.

Fumador por Estimularse

Sofía es una estudiante de medicina se encuentra en el último año de la carrera. Desde que ella ingreso a la carrera descubrió que fumar al momento de hacer la tarea le permite tener mayor concentración.

Desde ese entonces y hasta la actualidad fuma cuando hace tarea y mientras estudia. Desafortunadamente es una conducta que no puede dejar de hacer.

Fumadores por adicción

Oscar es un adulto de 45 años que comenzó su consumo de tabaco desde que tenía 15 años. Él comenzó su consumo por curiosidad, cuando ingreso a la preparatoria, siguió fumando porque sus compañeros de clase con los que convivía, fumaban.

Cuando tenía 20 años pensó que él podía dejar de fumar cuando él lo decidiera actualmente 30 años después no ha podido dejar de hacerlo. De hecho su consumo es de una cajetilla por día.

Anexo 12

Hoja de Procesamiento

1.- Explica brevemente que entiendes por adicción:

2.- Explica brevemente que es la dependencia física.

3.- Explica brevemente que es la dependencia psicológica.

4.- Explica brevemente los tipos de recompensa y los 5 tipos de fumadores.

Anexo 13

Diapositivas: Factores de riesgo

Factores de riesgo

Se considera como factor de riesgo “a todo aquello que permita e induzca al niño o al adolescente a consumir el tabaco”.

El fumar proporciona un sin fin de reforzadores sociales que invitan al individuo a tener los primeros contactos.

Clasificación de los factores de riesgo

FACTORES ASOCIADOS AL USO DE DROGAS

- Genético y biológico
- Emocionales y psicológicos
- De personalidad
- Familiares
- Grupo de iguales
- Influencias del entorno y de la comunidad
- Experiencias escolares

FACTORES MÁS IMPLICADOS EN EL INICIO

- Las relaciones interpersonales: La influencia de los amigos. El hacer las drogas accesibles. Iniciación y mantenimiento del consumo. Animar y reforzar el consumo.
- La familia: Abandono por parte de los padres. Ruptura de la familia. Carencia de lazos familiares. Fracaso para establecer normas

FACTORES SOCIO-EDUCATIVOS

- No interiorizar las normas educativas
- Fracaso escolar

FACTORES INDIVIDUALES

- Baja autoestima
- Bajo autocontrol
- Relaciones interpersonales
- Falta de habilidades sociales
- Búsqueda de sensaciones
- Vida estresante
- Depresión o ansiedad
- Tolerancia de actitud y comportamientos erróneos

FACTORES FAMILIARES

- Tener padres o hermanos que fumen
- Permisividad de fumar en los hogares
- Deficiencia en la comunicación

FACTORES SOCIOCULTURALES

- Disponibilidad de la droga
- Presión social y publicidad
- Hedonismo
- Falta de expectativas
- Sociedad consumista
- Medios de comunicación
- Abuso de medicamentos
- Consumo de alcohol y tabaco
- Carencia de valores
- Aceptación social de la droga
- Aprendizaje social
- Afán de curiosidad y de experimentación
- Medios para conseguir éxito social
- Conflicto y deterioro del ambiente familiar

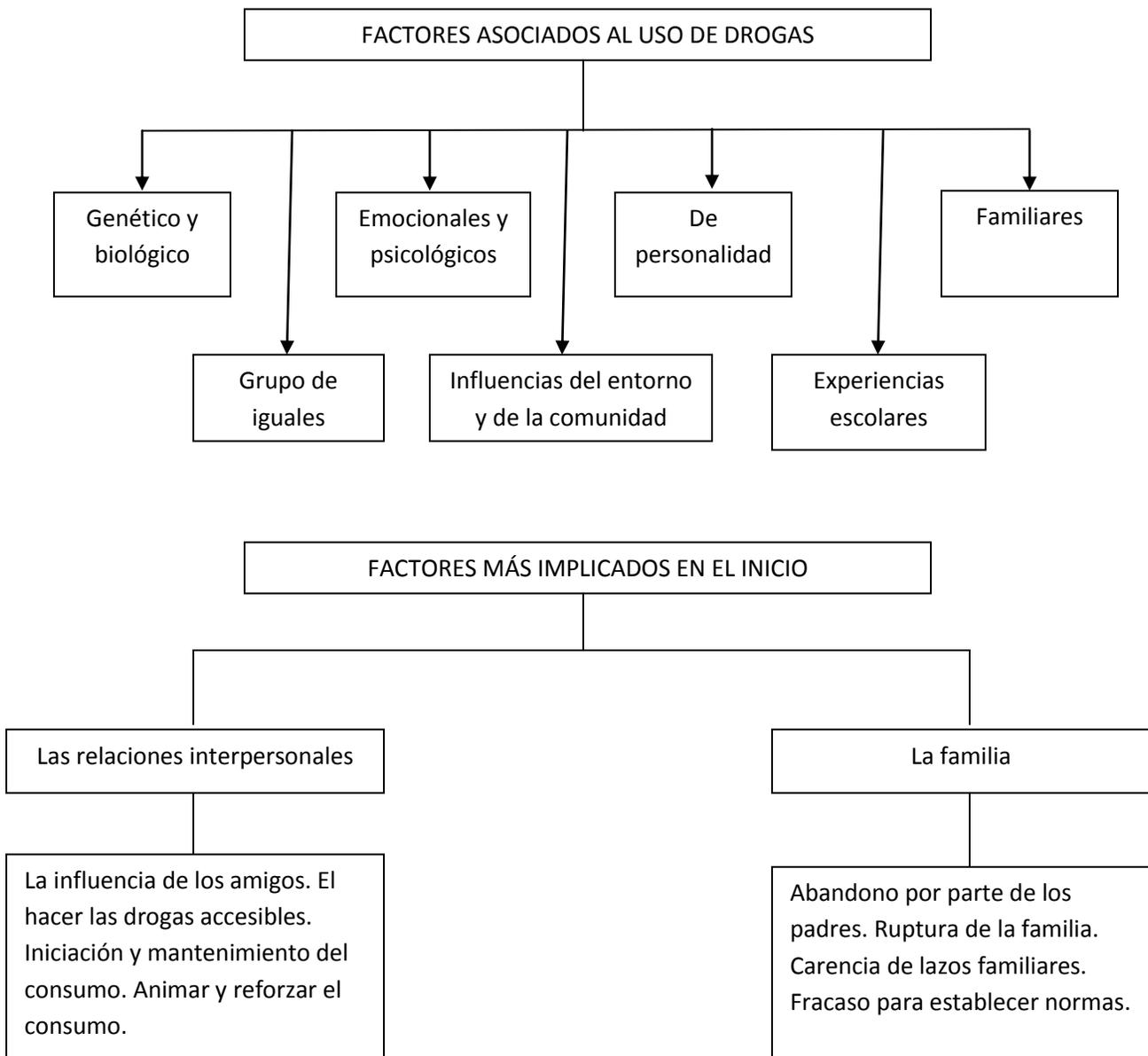
Anexo 14

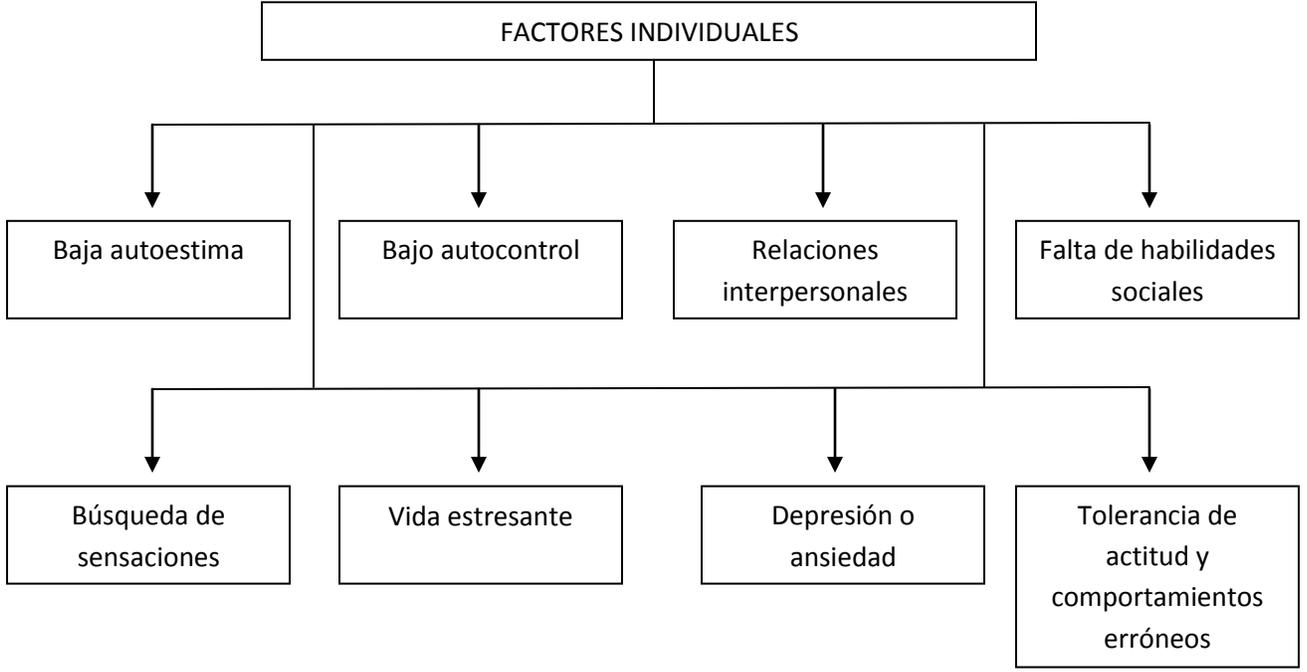
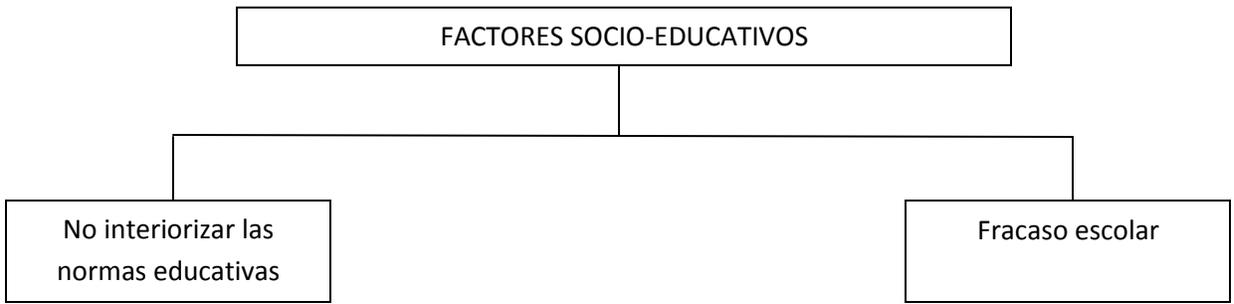
Material de apoyo: Factores de riesgo

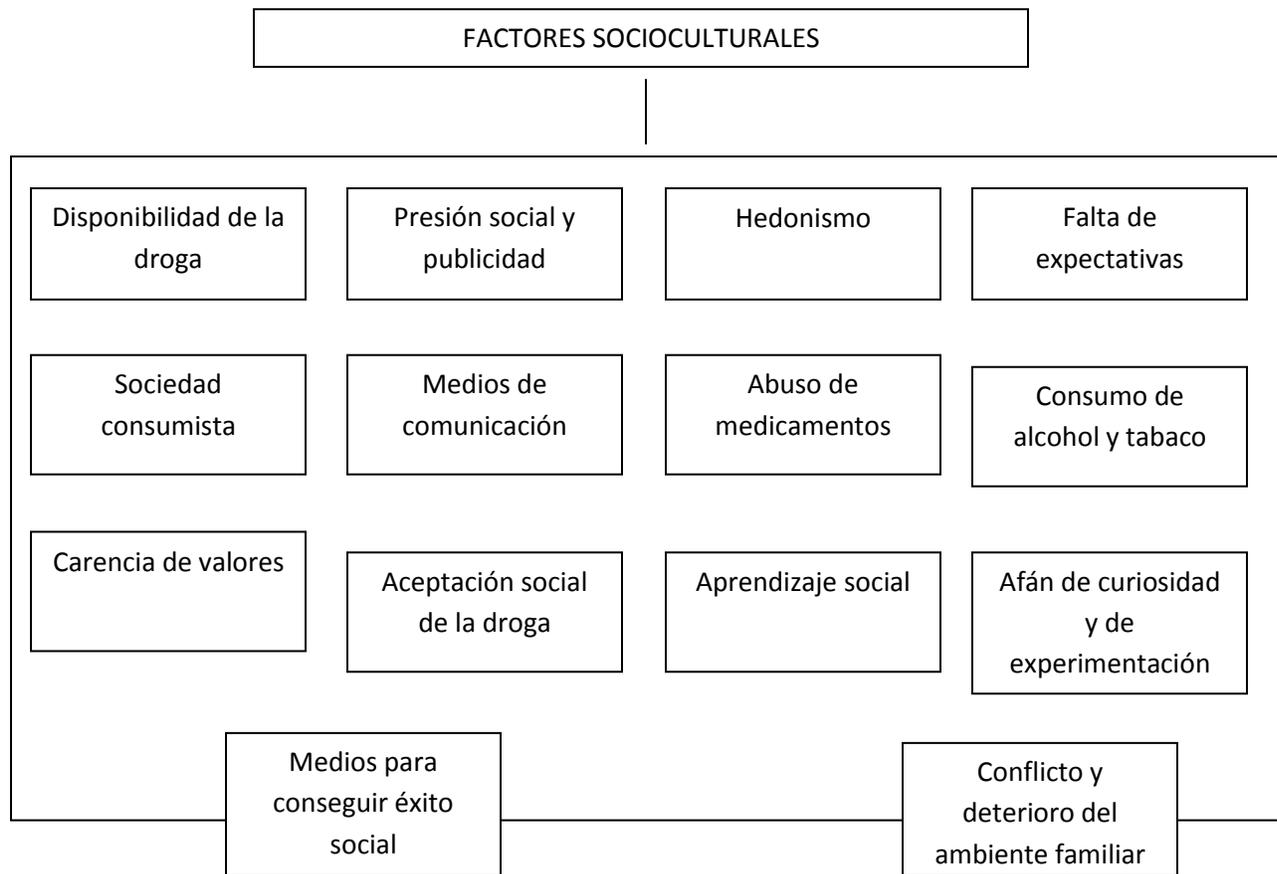
Se considera como factor de riesgo “a todo aquello que permita e induzca al niño o al adolescente a consumir el tabaco”.

El fumar proporciona un sin fin de reforzadores sociales que invitan al individuo a tener los primeros contactos.

Para Pérez (1999), el fenómeno del consumo de drogas es multifactorial, y en él se mezclan factores personales, sociales, y los que genera la propia sustancia. Más allá de los motivos personales, los problemas en el consumo de drogas tiene una dimensión eminentemente social. Y partiendo de esta idea Pérez, plantea diferentes factores que predisponen, mantienen o refuerzan el abuso y consumo de drogas, en este caso el tabaco.







Al analizar estos factores, se puede llegar a la conclusión de que los problemas personales, familiares y de integración social exacerban el consumo de drogas.

Anexo 15

HOJA DE PROCESAMIENTO

1.- Explica brevemente que es un factor de riesgo:

2.- Escribe las clasificaciones de los factores de riesgo:

Anexo 16

Material de apoyo: Patrones de conducta que fomentan el consumo de tabaco

Hay múltiples estudios que demuestran que el hábito del tabaquismo inicia por imitación; el niño que ve que sus padres y las personas mayores fuman y reflejan su deseo de identificarse con ellos. Así la probabilidad de que un adolescente fume es mucho mayor si sus padres lo hacen.

Debido a las características del periodo de la adolescencia, el joven se encuentra en proceso de individuación y de identificación con otros sujetos de su misma edad, de modo que se adhiere a grupos que le proporcionan la oportunidad de ampliar su conducta social y de experimentar nuevas actitudes que previamente no se atrevía a iniciar. Es común que los adolescentes que fuman se reúnan con aquellos que también lo hacen, y a la inversa. Otro hecho digno de mencionar es que el hábito es más frecuente en aquellas familias en las que los hermanos mayores fuman, lo cual sugiere que el inicio es aprendido como cualquier otra conducta y que estas sujeto a las normas de reforzamiento positivo y negativa. En la adolescencia, fumar es una oportunidad de estar con los “cuates”, es una forma de convivir.

Para Holland y Fitzsimons (1991 en Coleman y Hendry, 2003) existen algunas características generales que los adolescentes fumadores tienden a manifestar: tienen familiares y amigos que fuman; es más probable que procedan de familias monoparentales; pueden tener baja autoestima, menos confianza, más ansiedad y escasas aspiraciones educativas y su tiempo de ocio lo pasan trabajando a media jornada o “yendo a sus lugares preferidos”.

La OMS ha enfatizado una lista de motivos que inician y propician el consumo de una o varias drogas, ya que la adolescencia, es un periodo crítico de evolución, esto lleva a curiosear como una actitud normal en la vida, (en Vega, 2003):

1. Satisfacer la curiosidad sobre el efecto de las drogas.
2. Adquirir la sensación de pertenecer a un grupo y de ser aceptado por otros.
3. Expresar independencia y a veces hostilidad.
4. Obtener experiencias nuevas, placenteras, emocionantes, o peligrosas.
5. Adquirir un estado superior de conocimientos o de creatividad.
6. Conseguir una sensación de bienestar y tranquilidad.
7. Escapar a las situaciones angustiosas de la vida.

Anexo 17

Guiones para el juego de roles

Caso 1

Personajes:

Carlos: Padre de 45 años de edad, empleado del gobierno que fuma desde hace 20 años.

Carmina: Madre de 40 años de edad, ama de casa, se dedica por completo al hogar.

César: Estudiante de secundaria, es el hijo mayor del matrimonio de Carlos y Carmina. Actualmente tiene 13 años y desde que tiene uso de razón recuerda que su papá fumaba.

Fernando: Compañero de clase y amigo desde la infancia de César

Luis: Compañero de clase de Fernando y de César, tiene poco de ser su amigo

Carlos es fumador habitual desde que tenía 25 años. Él pensó que cuando quisiera dejar de fumar lo haría. Cuando César era niño iba a la tienda de la esquina por los cigarros de su papá, para César es muy común el estar en contacto con el cigarro, de hecho él puede tomar los cigarros de su papá, ya que en la casa nunca falta una cajetilla.

César es líder de sus amigos, y para impresionarlos el día martes lleva cigarros para que los fumen en la hora del receso. Fernando accede rápidamente al ofrecimiento que hace César, pero Luis dice “yo, paso”. Luis tiene que enfrentarse al rechazo que le hacen sus amigos por haber dicho que no.

Caso 2

Personajes:

María: Estudiante de primer año de preparatoria.

Pedro: Estudiante de primer año de preparatoria.

Mariana: Estudiante de preparatoria. Mariana comenzó a experimentar con el consumo de cigarro desde que iba en la secundaria. La primera vez que lo hizo, solo lo hizo por curiosidad. Pero posteriormente lo convirtió en una manera de convivir con sus amigos y ahora que se encuentra en la prepa, ya es un hábito que practica con frecuencia.

Samuel: Estudiante de preparatoria amigo de Mariana desde que estaban en la secundaria.

Mariana comenzó su consumo de cigarros desde que estaba en segundo de secundaria, la primera vez que lo hizo, solo lo hizo por curiosidad. Ahora que está en la prepa, ya es un hábito para ella.

Un día a primera hora antes de que llegara el maestro saco los cigarros y les ofreció a sus amigos. María dijo -No gracias, no sé fumar-, Mariana le contesto - No te preocupes es muy fácil, yo te enseño- . En ese momento llegaron Samuel y Pedro y comenzaron a fumar. Ellos también se unieron a la clase práctica que recibía María.

Caso 3

Personajes:

Martín: Padre de 40 años, su hijo es Federico. Es fumador desde que tenía 13 años.

Federico: Estudiante de secundaria, tiene 15 años y en la escuela mandaron a llamar a sus papas, ya que un profesor lo encontró fumando en el baño.

Aurora: Madre de Federico y esposa de Martín.

En la casa se arma una gran discusión, porque Aurora le comenta a Martín que Federico tiene un citatorio en la escuela, porque un profesor lo encontró fumando en el baño.

Martín comienza a regañar a Federico, lo reprende y lo amenaza. Federico se altera y comienza a gritarle a su papá que si él lo hace, porque él no ha de hacerlo también.

Caso 4 y 5, serán escritos por cada equipo.

Anexo 18

Diapositiva: Consecuencias por el uso de tabaco

Consecuencias por el uso de tabaco

- Riesgo de muerte prematura
- Afecciones cardiovasculares como enfermedad coronaria, cerebro vascular y alteraciones de la vasculatura periférica.
- Aceleración o agravamiento de la arteriosclerosis.
- Mayor incidencia de problemas respiratorios crónicos como bronquitis, enfisema, EPOC, sinusitis, neumonía, úlceras, etc.
- Mayor riesgo para desarrollar cáncer de pulmón, laringe, cavidad oral, esófago, estomago, vejiga, páncreas y piel.
- Potenciación de los efectos cancerígenos ambientales
- Disminución de la fertilidad, problemas de erección, abortos espontáneos
- Problemas de sueño, depresión, irritabilidad y angustia.
- Produce un menor efecto de los medicamentos que toma el fumador.

Anexo 19

Material de apoyo: Consecuencias por el uso y abuso de tabaco

Es bien conocido que el tabaco “mata”. De hecho mata a la mitad de sus consumidores crónicos. Lo que es menos conocido, es el efecto que fumar puede tener sobre la capacidad de la gente para vivir su vida diaria en plenitud, especialmente de aquellos que disfrutan con practicar deportes o realizar actividades físicas.

Alcántara et al., (1999) mencionan que los efectos a largo plazo del abuso del tabaco son:

- Riesgo de muerte prematura.
- Afecciones cardiovasculares como enfermedad coronaria, cerebro vascular y alteraciones de la vasculatura periférica.
- Aceleración o agravamiento de la arteriosclerosis.
- Mayor incidencia de problemas respiratorios crónicos como bronquitis, enfisema, EPOC, sinusitis, neumonía, úlceras, etc.
- Mayor riesgo para desarrollar cáncer de pulmón, laringe, cavidad oral, esófago, estomago, vejiga, páncreas y piel.
- Potenciación de los efectos cancerígenos ambientales.
- Disminución de la fertilidad, problemas de erección, abortos espontáneos.
- Problemas de sueño, depresión, irritabilidad y angustia.
- Produce un menor efecto de los medicamentos que toma el fumador.

Anexo 20

Consignas de “Tras la verdad Mito o Realidad”

Primer consigna

El cigarro sólo daña al que lo fuma.

Realidad

Quienes fuman afectan a las personas que conviven a su alrededor como cónyuges, hijos o amigos.

Los hijos de padres fumadores pueden padecer más infecciones respiratorias y problemas del oído, crisis de asma frecuentes y severas (dificultad para respirar), predisposición a bronquitis y neumonía. Los recién nacidos, pueden sufrir síndrome de muerte súbita (muerte de cuna).

Las parejas de los fumadores tienen mayor riesgo de sufrir bronquitis crónica y enfisema pulmonar, cáncer pulmonar, bucal o de vejiga, infartos al corazón y enfermedades cerebro-vasculares.

Las embarazadas tienen mayor probabilidad de abortar (aborto espontáneo) o tener hijos con bajo desarrollo y bajo peso al nacer. Cuando alguien fuma cerca de ti, el humo irrita tu garganta y te puede hacer toser, se pueden llegar a sentir náuseas o mareos.

Segunda consigna

Fumar de vez en cuando no es adicción

Realidad

Los efectos de la nicotina y otras sustancias que contiene el cigarro son acumulativos. Fumar poco, pero de forma continua es tan perjudicial como los excesos esporádicos. Y desde luego, no fumar es no fumar nunca, además la adicción a la nicotina se presenta si se consume sólo de vez en cuando. Por la rapidez en que es absorbida la nicotina, la cual llega en 10 segundos al cerebro.

Tercera consigna

El cigarro te hace ver atractiva o atractivo.

Realidad

El cigarro provoca que los dientes adquieran un color amarillo, favorece el desarrollo de caries, genera mal aliento. Mal olor en la ropa y el pelo, la piel se reseca e incide en la aparición de arrugas prematuras. Las tabacaleras nos quieren hacer pensar que fumar es sexy a través de modelos atractivos, con dentaduras impecables, pero la realidad es otra.

Cuarta consigna

No tengo ningún síntoma, a mí fumar no me hace nada

Realidad

El tabaco afecta la salud desde el momento en que se empieza a fumar pero... no se nota. En la mayoría de los casos, las enfermedades producidas por el tabaco tardan años en desarrollarse, dándole al fumador la "falsa" sensación de que no le pasa nada. Fumar no sólo provoca cáncer de pulmón o laringe. El consumo de tabaco afecta todos los órganos del cuerpo aumentando el riesgo de cáncer, de enfermedad cardiovascular y de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). La mitad de los fumadores mueren por una enfermedad causada por el consumo de tabaco perdiendo entre 10 y 15 años de vida.

Quinta consigna

Dejar de fumar es sólo cuestión de fuerza de voluntad

Realidad

Dejar de fumar es sumamente difícil ya que fumar es una adicción. Para muchos, tener fuerza de voluntad no es suficiente. Esto se debe a la manera en que la nicotina es absorbida por el cerebro. Por lo general, la mayoría de los fumadores trata de dejar al menos 2 o 7 veces, antes de tener éxito.

Sexta consigna

Si abro la ventana el humo se va

Realidad

Abrir la ventana no es suficiente para eliminar las sustancias tóxicas del humo. Lo que se va es el olor pero algunas sustancias que pueden ser muy peligrosas permanecen horas, días y meses en acolchados, cortinas, alfombras, etc. Esto afecta a todos en el hogar, pero particularmente a los menores de un año que gatean y tocan todo estando más expuestos. A eso se lo llama "humo de tercera mano".

Séptima consigna

Los cigarrillos 'light' son menos dañinos que los comunes

Realidad

La gente cree que los cigarrillos light son menos dañinos. Sin embargo, los fumadores de cigarrillos light sufren las mismas enfermedades que los fumadores de cigarrillos comunes.

La categorización de “light” está dada por una maquina que mide el contenido de nicotina en el cigarrillo que no es el mismo que en la vida real, que está dado por la manera en que se fuma. Los fumadores de cigarrillos “light” tienden a “compensar” la menor cantidad de nicotina y fuman más, inhalan más, mantienen más el humo dentro de los pulmones y tapan los poros de ventilación que se encuentran en el filtro y son los que permiten que el aire inspirado diluya el humo del cigarrillo y disminuya el contenido de nicotina y alquitrán con lo cual la nicotina que inhalan es similar a la de los cigarrillos comunes.

Octava consigna

Fumar un cigarro relaja y alivia el estrés.

Realidad

El tabaco no tiene propiedades relajantes puesto que es un estimulante. La aparente sensación de “alivio” que se siente al fumar un cigarro se debe a la supresión de los síntomas de abstinencia producidos por la falta de nicotina en el cerebro.

Novena consigna

Fumo porque me gusta

Realidad

La mayoría de los fumadores pronuncian, en un momento u otro, esta frase: “La primera vez que fume, fue desagradable” Es posible, pero no es realmente lo más habitual. La mayoría de los fumadores admiten que su primera experiencia con el cigarro fue muy desagradable y que tuvieron que hacer esfuerzos para acostumbrarse a fumar.

Décima consigna

Las drogas ilegales son más peligrosas

Realidad

En todo el mundo, el tabaco provoca una mortalidad mucho mayor que la que se atribuye al uso del alcohol y las drogas ilegales en su conjunto. En el año 2000, el tabaco produjo la muerte a más de 4 millones de personas en el mundo, el alcohol a cerca de 2 millones, mientras que a las drogas ilegales se les atribuyen aproximadamente 200.000 muertes.

Está comprobado que el tabaco es la puerta de entrada por la que los jóvenes se introducen en otras drogas.

Anexo 21

Tras la verdad “Mito o Realidad”

Marca con una X, lo que en equipo consideren para cada consigna

Consigna	Mito	Realidad
El cigarro sólo daña al que lo fuma.		
Fumar de vez en cuando no es adicción		
El cigarro te hace ver atractiva o atractivo.		
No tengo ningún síntoma, a mí fumar no me hace nada		
Dejar de fumar es sólo cuestión de fuerza de voluntad		
Si abro la ventana el humo se va		
Los cigarrillos ‘light’ son menos dañinos que los comunes.		
Fumar un cigarro relaja y alivia el estrés.		
Fumo porque me gusta		
Las drogas ilegales son más peligrosas		

Anexo 22

Material de apoyo: Clasificación de las consecuencias por el consumo de tabaco

Para Ocampo et al. (2007), algunas de las afecciones provocadas por el consumo de tabaco en diferentes sistemas del organismo son:

- **Afecciones al sistema circulatorio**

No se conoce con certeza el origen de las afecciones cardiacas y de los vasos sanguíneos, pero se sabe que la nicotina, el monóxido de carbono y otras sustancias químicas contenidas en el tabaco afectan el corazón y los vasos sanguíneos.

Algunos efectos son los siguientes:

Taquicardia: elevación de 10 a 30 pulsaciones por minuto, que al cabo de los años son millones de latidos de más y un exceso de consumo de energía. Pueden aparecer palpitaciones.

Tensión arterial: La liberación hormonal produce una crisis hipertensiva. Una crisis por cada inhalación supone varios millones de choques hipertensivos sobre los vasos.

Arteriosclerosis: Los componentes del cigarrillo favorecen su aparición, aumentando su incidencia en fumadores.

Ateromatosis coronaria: Los no fumadores suelen tener un 40% de ateromas (alteraciones grasientas en las paredes arteriales) en sus vasos coronarios, mientras que en los fumadores de 20 cigarrillos aumenta al 80%.

Trombosis: Hay aumento de la adhesividad de las plaquetas, llevando al fumador a la trombosis coronaria.

Muerte súbita: Las crisis cardiacas con fallecimiento son cuatro veces más frecuentes entre los fumadores.

Déficit de riesgo: La absorción y fijación del monóxido de carbono, forma carboxihemoglobina, que desplaza e impide la absorción del oxígeno por la hemoglobina, por lo que disminuye el oxígeno circulante y el que llega a los tejidos, con una generalizada falta de oxigenación.

Cefalea: La nicotina y el monóxido de carbono son los responsables de la primera fase de vasoconstricción, que va seguida de la vasodilatación parálitica que produce el dolor de cabeza.

En general, las personas que fuman cigarros padecen enfermedades del corazón. Además, se sabe que quienes dejan de fumar padecen menos ataques cardiacos que quienes continúan haciéndolo, aunque se requieren muchos años para que un fumador

habitual disminuya este riesgo al nivel de una persona que nunca ha fumado. Aún queda mucho por investigar acerca de las insuficiencias coronarias y sus causas, pero se sabe lo bastante para afirmar que las probabilidades de que una persona que fuma son casi del doble de las de un no fumador.

- Afecciones al aparato respiratorio

Cáncer de pulmón: Esta enfermedad aumenta en relación directa con el número de cigarros fumados, edad de inicio, cantidad de chupadas que se da al cigarro, costumbre de conservar el cigarro en la boca entre las chupadas, volver a encender cigarros apagados. Los grandes fumadores corren un riesgo de 15 a 30 veces más elevados que los no fumadores.

Bronquitis: Sobre el pulmón actúan las sustancias tóxicas del tabaco, produciendo que no se efectúe la labor de "limpieza" hacia el exterior de sustancias que se introducen en el árbol respiratorio, provocándose infecciones en esa zona. Las sustancias irritantes producen una inflamación de la mucosa, que se defiende con una hipertensión de moco, el cual, al no poder eliminarse por la falta de cilios vibrátiles, se acumula en el bronquio, precisándose fuertes golpes de tos para eliminarlos. Así mismo, se altera la estructura bioquímica del mucus bronquial, siendo éste más espeso, más compacto y más difícil de eliminar. Esta es la base de un terreno ideal para la multiplicación y alojamiento de los gérmenes, los que a su vez, provocan la agravación de la infección, la hipersecreción y la alteración del moco bronquial.

Enfisema: La suma de las lesiones anteriores hace que la mucosa tapone los bronquios delgados y los bronquiolos, obstruyendo el árbol bronquial. Al no poderse ventilar como es debido, se van distendiendo progresivamente por falta de elasticidad los músculos lisos pulmonares, acumulándose aire en su interior, llevando al fumador al enfisema. La capacidad pulmonar está disminuida y el volumen espirado es inferior a lo normal. El no fumador gasta el 5% de la energía en respirar; el enfisematoso llega a gastar el 80%; su vida queda limitada a la mera supervivencia del acto de la respiración. No puede hacer otra cosa.

Cáncer de laringe: La frecuencia de su aparición es 5 veces superior entre los fumadores.

- Afecciones al aparato digestivo

Afecciones dentales: Sarro dentario, dientes amarillos, piorrea, aumento de infecciones, caries.

Afecciones linguales: Dolor de lengua por la acción irritante de la nicotina y lengua saburral por las malas digestiones.

Cáncer de labio y en la cavidad oral.

Cáncer de esófago: Frecuencia superior a los no fumadores de 3 sobre 1.

Gastritis: En una primera fase, aparece gastritis con hiperacidez y ardor en el estómago. La medicación antiácida es menos efectiva que en los no fumadores. La cicatrización es dificultada por seguir fumando. Posteriormente aparece una gastritis tóxica con hipoacidez, exceso de moco gástrico y atrofia de los pliegues del estómago.

Cáncer de páncreas: Entre los varones fumadores su aparición es de 2 a 5 veces más frecuente que en los no fumadores y en las mujeres 2 veces más que en las no fumadoras.

Dificultades en el metabolismo: La nicotina disminuye las contracciones de la pared gástrica, con lo que la sensación de hambre desaparece; la intoxicación tabáquica produce la pérdida del apetito; interfiere con la absorción de proteínas; causa insomnio; favorece la mala digestión: todo esto produce adelgazamiento. Por otro lado, los niveles de vitamina C en los fumadores son más bajos, aumentándose las enfermedades infecciosas.

Anexo 23

Diapositivas: Asertividad

¿Qué es la asertividad?

Es la capacidad de hacer valer los derechos expresando lo que uno cree, siente y quiere en forma directa, honesta y apropiada, respetando los derechos de la otra persona

Derechos Asertivos

1. El derecho a pedir lo que queramos (reconociendo que la otra persona tiene derecho a decir “no”).
1. El derecho a tener opiniones, sentimientos y emociones y de expresarlos adecuadamente.
2. El derecho a tomar nuestras propias decisiones y afrontar las consecuencias.
3. El derecho a elegir si nos involucramos o no en los problemas de otras personas.
4. El derecho a no saber y a no comprender.
5. El derecho a cometer errores y ser responsable.
6. El derecho a tener éxito.
7. El derecho a cambiar de opinión, de idea o de línea de acción.
8. El derecho a nuestra vida privada.
10. El derecho a estar solo y ser independiente, aun cuando los demás deseen su compañía.

11. El derecho a cambiar y ser personas afirmativas.
12. El derecho a ser el primero.
13. El derecho a ser el juez último de tus sentimientos y aceptarlos como valiosos.
14. El derecho a tener tus propias opiniones y convencimientos.
15. El derecho a criticar constructivamente y a protestar por un trato injusto.
16. El derecho a interrumpir para pedir una aclaración.
17. El derecho al cambio.
18. El derecho a pedir ayuda o apoyo emocional.
19. El derecho a sentir y expresar dolor.
20. El derecho a ignorar los consejos de los demás.
21. El derecho a recibir el reconocimiento formal después de un trabajo bien hecho.

22. El derecho a decir “no”, sin sentirse culpable.
23. El derecho a no justificarse ante los demás.
24. El derecho a no anticiparse a las necesidades y deseo de los demás.
25. El derecho a no estar pendiente de la buena voluntad de los demás.
26. El derecho de responder o no hacer.
27. El derecho a no dar excusas o razones para justificar su conducta.
28. El derecho a decir “no lo sé”.
29. El derecho a diferir de la opinión de los demás.
30. El derecho a decir “no entendí”.
31. El derecho a decir “para mí eso no es”.
32. El derecho a definir nuestra propia responsabilidad en los problemas ajenos.
33. El derecho a cambiar de parecer.

34. El derecho de actuar sin la aprobación de los demás.
35. El derecho tomar decisiones ajenas a la lógica.
36. El derecho a decir “no me importa”.
37. El derecho a rehusar peticiones sin sentirnos culpables y egoístas.
38. El derecho a estructurar mi propio tiempo.
39. El derecho a plantear preguntas y reafirmar si me entendió la otra persona.
40. El derecho a ser felices.

Anexo 24

Material de apoyo: Maneras de comunicación

Conducta Pasiva	Conducta Agresiva	Conducta Asertiva
Implica	Implica	Implica
Violar los derechos propios.	Violar los derechos ajenos.	Defender los derechos propios.
No expresar sentimientos, pensamientos y creencias.	Expresar pensamientos, sentimientos y creencias.	Expresar pensamientos, sentimientos y creencias.
Expresarse con disculpas.	Expresarse directa o indirectamente, inapropiada e inoportunamente.	Expresarse directa, sincera, apropiadamente y oportunamente.
Mensaje que dan	Mensaje que dan	Mensaje que dan
Yo no cuento.	Tú eres un estúpido por pensar diferente que yo.	Esto es lo que pienso y siento.
Tú puedes aprovecharte de mí.	Lo que tú quieres no es importante.	Así es como yo veo la situación.
No importan mis sentimientos solamente cuentan los tuyos.	Lo que tú sientes no cuenta.	Es tan importante lo que tú sientes como lo que yo siento.
Actitud básica	Actitud básica	Actitud básica
No estoy bien	Tú no estás bien	Yo estoy bien y tú también
Tiene	Tiene	Tiene
Miedo a perder la aprobación de los demás.	Miedo a volverse más vulnerable.	Apertura para ver y aceptar la realidad.

Obstaculiza	Impide	Favorece
Una relación emocional madura	Una relación emocional con los demás	La comunicación a todos los niveles.
Prefiere	Prefiere	Prefiere
Perder antes que meterse en un conflicto	Ganar mientras no se encuentre con alguien más fuerte	Ajustarse a la realidad
Piensa	Piensa	Piensa
Voy a sobrevivir solamente si tengo la aprobación de los demás	Voy a sobrevivir solamente si no soy vulnerable y soy capaz de controlar a las personas	Voy a sobrevivir solamente si encuentro, junto con los demás y en contacto con la experiencia, lo que conviene hacer
No se da cuenta que	No se da cuenta que	No se da cuenta que
La conducta autodenigrante no garantiza la aprobación de los demás	Su actitud no garantiza el control sobre las demás personas.	La aprobación de los demás no es el criterio único para actuar.
Poder	Poder	Poder
Se siente indefenso, entrega el poder a otros y utiliza la culpa para dominar.	Remplaza el poder por control y dominación	Tiene poder personal y lo comparte con facilidad.
Toma de decisiones	Toma de decisiones	Toma de decisiones
Deja que otros decidan.	Decide por otros les guste o no.	Juega el juego interior, elije por cuenta propia y apoya a otros para que tomen sus propias decisiones.
Carácter	Carácter	Carácter
Temeroso, retraído no	Ataca y culpa a otros para	Esta dispuesto a luchar con

defiende sus convicciones, trata de despertar simpatía	disimular su miedo y su inseguridad. Habla con rudeza y corre riesgos imprudentes.	la dificultad y el dolor, tiene la fortaleza de sus convicciones, corre riesgos calculados.
Señales no verbales	Señales no verbales	Señales no verbales
Voz suave Manos apretadas y retorcida Mirada hacia el suelo Encorvado	Voz alta Gestos vehementes. Señalar con el dedo Brazos cruzados Postura acechante	Voz tranquila y controlada Postura relajada Mirada directa a los ojos Ademanos naturales Postura erguida
Señales verbales	Señales verbales	Señales verbales
Puede Supongo Me pregunto Te importaría mucho si... Lo siento, lo siento, lo siento Perdóname por favor, pero...	Más te vale... porque si no... Cuidado Ven Debes Mal Estúpido	Creo Me parece Deseo Vamos ¿Cómo podemos resolver esto...? ¿A ti, qué te parece...?

Anexo 25

Obstaculizadores de la comunicación

Objetivos contradictorios.
Sitio y momento inapropiado.
Estado emocional perturbante.
Formular acusaciones, amenazas y exigencias.
Recriminaciones constantes.
Dar consejos prematuros o no solicitados.
Inconsistencia, incoherencia o inestabilidad de los mensajes.
Disputas sobre diferentes versiones de sucesos pasados.
Interrumpir la conversación
Etiquetar calificar algo o quien nos habla.
Hacer generalizaciones del tipo "Siempre" o "nunca"
Declaraciones del tipo "deberías" o "tendrías que"
Juzgar los mensajes del interlocutor
No escuchar

Facilitadores de la comunicación

Objetivos claros
Lugar y momento apropiados
Estado emocional facilitador
Expresión de manera clara y concisa
Preguntas abiertas y específicas
Pedir la opinión sobre algo
Pedir consejo cuando es preciso
Mensajes consistentes y coherentes
Manifestar deseos o sentimientos utilizando el "yo"
Escuchar activamente cuando el otro habla
No dar órdenes pedir las cosas "me gustaría" "preferiría".
Acomodar el contenido a las posibilidades o características del otro.

Anexo 26

Material de apoyo: Formas de tomar decisiones

Formas de tomar decisiones	
No Involucramiento	Involucramiento
Dejando que otros decidan	Evaluando las diferentes opciones antes de decidir
No decidiendo	Obteniendo información antes de decidir
Por impulso	Balanceando las ventajas y desventajas de las diferentes opciones.
Posponiendo	Planeando lo deseado y actuando en consecuencia
Dejando que la suerte o el destino decidan	

Anexo 27

Material de apoyo: Modelo racional de toma de decisiones

1. Obtener información
2. Analizar los valores propios
3. Hacer una lista de ventajas y desventajas de las diferentes alternativas
4. Calcular cuanta probabilidad hay de éxito con cada una de las alternativas.
5. Tomar la decisión
6. Evaluar los resultados de la decisión

Anexo 28

Hoja de Procesamiento

¿Qué es la asertividad?

¿Qué estilo de comunicación predomina en tu persona?

¿En qué situación resultaría efectivo ser asertivo?

¿Qué obstaculiza tu comunicación?

Anexo 29

Material de apoyo: La docena mágica de la autoestima

1. Saber aceptar que todos tenemos cualidades y defectos
2. Saber que todos tenemos algo bueno de lo cual podemos estar orgullosos
3. Poder liberarnos de conceptos negativos sobre nosotros mismos
4. Aceptar que todos somos importantes
5. Vivir responsablemente de acuerdo con la realidad
6. Aprender a aceptarnos a través de lo que sentimos y de lo que somos.
7. Liberarnos de la culpa al evaluar lo que queremos y pensamos
8. Actuar de acuerdo con lo que deseamos, sentimos y pensamos, sin tener como base la aprobación o desaprobación de los demás
9. Sentirnos responsables de nosotros mismos, ya que el hacernos responsables de la propia experiencia genera confianza en nosotros mismos y en los demás
10. Vivir auténticamente al aprender a ser congruentes entre la forma de sentir y de actuar
11. Fomentar la autoestima en los otros, ya que la honestidad al fomentar la autoestima de las personas que nos rodean, refleja nuestra propia autoestima
12. Hallar la valentía de amarnos como personas y comprender que ése es un derecho propio que todos tenemos

Anexo 30

Historia de la caja adivina

Cuentan que en una tribu primitiva apareció un hombre civilizado que llamó grandemente la atención de sus habitantes: gallardo, apuesto, hábil cazador, fuerte guerrero, inteligente estratega, amable conversador...

Vivía en la tienda del jefe de la tribu, siempre acompañado de un cofre que contenía un misterioso objeto de cristal, ante el cual el extranjero, todas las noches, pasaba grandes ratos.

Después de muchas lunas, el extranjero desapareció inesperadamente. Y olvidó su cofre: misterioso amuleto.

El jefe lo encontró casualmente y lo escondió, para poder contemplarlo, también él, largamente al anochecer, cosa que su mujer dedujo, pues lo notaba cada vez más parecido al admirado extranjero: prudente, hábil, fuerte, ilusionado... Se convirtió en un jefe magnánimo, en un esposo delicado y un padre cariñoso.

Esto le hizo sospechar que el cofre poseía la imagen de una bella mujer, de la que, enamorado, sacaba fuerzas e ilusiones escondidas antes. Un día logro arrebatárselo sin ser vista y, ella también, pasaba horas de la noche, adorando la prodigiosa estatua: fue cambiando su carácter y trato, y sus maneras fueron cada vez más femeninas, amables, solidarias y comprensivas.

También el hechicero sospechó y temió que el extranjero hubiera dejado un amuleto o un ungüento mágico, de fuerzas superiores a las que él conocía. No le costó hacerse con el cofre, con cuya contemplación reiterada consiguió mejorar sus artes sanatorias y sus proféticas intuiciones...

A las pocas lunas, apareció de improvisto el desaparecido dueño del milagroso cofre y dijo sencillamente: "Por favor, ¿alguien podría decirme si ha visto un cofre, con un espejo dentro? Porque si no logro ver, cada poco, el fondo de mí mismo, nunca lograré saber dónde ir, ni que hacer de mí" (Moreno, 1995, p.31)

Anexo 31

Ejercicio de relajación

I. Explicación.

Cuando te sientas tenso, alterado o nervioso, ciertos músculos de tu cuerpo se ponen tensos. Si puedes aprender a identificar estos músculos y relajarlos, entonces cuando se pongan tensos en diferentes situaciones tú podrás relajarlos y sentir la sensación opuesta a la tensión. Te sentirás relajado por que tus músculos están relajados. Nosotros te enseñamos la relajación haciendo que deliberadamente tenses ciertos músculos y después los relajes. Los músculos que intencionadamente tenses son los mismos que se ponen tensos o estirados cuando estás alterado o nervioso. Haciendo que tú deliberadamente tenses ciertos músculos de tu cuerpo aprenderás a identificar aquellos que están tensos; después aprenderás a relajarlos. Si aprendes a relajarte de la manera en que yo te enseñé y practicas de la forma que yo te diga, poco después serás capaz de relajarte en una situación en la que te sienta ansioso (Poner un ejemplo con los problemas relacionado con el tabaquismo).

De la misma forma, si vas a entrar en una situación en la que te parece que vas a ponerte tenso, podrás relajarte justo antes de entrar en dicha situación. Si acabas de estar en una situación que ha hecho que te alteres o te pongas ansioso y aún estás molesto, entonces puedes relajarte y minimizar su efecto. En otras palabras, tú vas a utilizar la relajación como una técnica de autocontrol para el resto de tu vida. Antes de una situación que te produzca ansiedad, durante la situación, mientras estás ansioso, y después de una situación ansiógena si todavía estás alterado.

Practicar la relajación dos veces al día, o cuando lo necesites, te ayudará a disminuir tu nivel de ansiedad diario; te ayudará a dejar de sentir miedo de las cosas nuevas y de hecho también te ayudará a perder el miedo en ciertas situaciones.

Cuando practiques la relajación por primera vez debes de estar seguro de que te das suficiente tiempo para notar las sensaciones de tensión y de relajación; nosotros te recomendamos que mantengas tensa cada parte de tu cuerpo al menos durante cinco segundos y que notes la sensación de relajación durante al menos diez segundos. Algunas partes del cuerpo pueden requerir más tiempo que otras (por ejemplo, la espalda suele conllevar más tiempo que los brazos). A aquellas partes que presenten una dificultad especial deberán dedicarles mayor cantidad de tiempo. Una vez que estás seguro de que dedicas suficiente tiempo para anotar tus sensaciones de tensión y relajación, retira progresivamente tu atención de la consideración sobre el tiempo de tal manera que puedas concentrarte en experimentar las sensaciones de tensión y relajación.

¿Tienes alguna pregunta?

II. La posición de relajación.

Siéntate en la silla y mantén la cabeza firme sobre los hombros, no la inclines ni hacia delante ni hacia atrás. La espalda debe estar tocando el espaldar de la silla. Mantén las piernas sin cruzarlas y los pies apoyados en el suelo. Pon las manos sobre los muslos. Simplemente intenta relajarte. Esta es la posición de relajación.

III. Tensar y relajar grupos de músculos.

Una vez que este cómodo comenzarás a tensar y a relajar grupos de músculos de tu cuerpo. Cuando tenses una determinada parte o músculos, fíjate dónde sientes particularmente la tensión. Es importante que consigas la máxima tensión a medida que contraes cada grupo de músculos. Después observa qué es lo que sientes cuando los músculos se están relajando. La secuencia es: (1) tensar los músculos hasta su grado máximo, (2) notar lo que sientes cuando todos los músculos están tensos, (3) relájalos y (4) disfruta de esa agradable sensación. Cuando estés tensando y relajando una parte determinada de tu cuerpo *intenta mantener el resto de tu cuerpo relajado*. Puede que al principio esto te sea difícil de conseguir, pero después de un poco de práctica te será mucho más fácil. Si tienes problemas con alguna parte determinada, por ejemplo, los músculos de la cara y de la cabeza, practicar delante de un espejo puede ser útil. El espejo también se puede usar para observar el resto de tu cuerpo y ver que se mantiene relajado mientras están concentrándote en tensar y relajar una zona determinada.

A continuación presentamos una descripción de cómo tensar y relajar cada grupo muscular. Después de relajar cada grupo muscular intenta notar y disfrutar de esta sensación durante unos cuantos segundos antes de continuar con el siguiente grupo de músculos.

Frente.

Arruga la frente. Fíjate dónde la notas particularmente tensa (sobre el puente de la nariz y por encima de cada ceja). Relaja lentamente tu frente y presta especial atención a las áreas que estaban particularmente tensa. Dedica unos cuantos segundos a observar qué sientes al tensar esos músculos sueltos, perdidos, relajados. Cuando usamos el término “apagado” nos referimos al cambio de sensación que se produce al pasar de la tensión a la relajación. La idea consiste en tensar una cierta parte del cuerpo, nota dónde estás tenso y relaja esa parte despacio de modo que puedas identificar los músculos que están relajados.

Ojos.

Cierra fuertemente los ojos. Nota dónde los sientes tensos, Debes sentir la tensión por encima y por debajo de cada párpado y en los bordes interior y exterior de cada ojo. Presta especial atención a aquellas zonas que están particularmente tensas. Relaja

gradualmente los ojos mientras los vas abriendo lentamente. Observa la diferencia entre la tensión y la relajación.

Nariz.

Arruga la nariz. Nota las zonas que se encuentran tensas (el puente y los agujeros de la nariz). Fíjate especialmente en esas zonas. Relaja gradualmente la nariz muy despacio dejando salir toda la tensión. Observa lo que se siente al dejar todos esos músculos perdidos, apagados, completamente relajados. Observa la diferencia entre esta sensación y la anterior.

Sonrisa.

Haz que la boca y la cara adopten una sonrisa forzada. Siente las partes que se encuentran tensas (labio superior e inferior y en ambas mejillas). Los labios deben de estar apretados contra las mejillas. Relaja gradualmente la cara. Observa qué sientes al tener todos esos músculos sueltos, apagados y relajados. Disfruta de esta sensación.

Lengua.

Aprieta tu lengua fuertemente contra el cielo de la boca. Nota dónde sientes la tensión (dentro de la boca, en la lengua y en los músculos que están debajo de la mandíbula). Relaja lentamente estos músculos dejando caer la lengua poco a poco. Pon especial atención a esas áreas que estaban particularmente tensas. Ahora fíjate qué sientes al tener todos estos músculos sueltos, apagados, relajados. Observa la diferencia entre la tensión y la forma en que te sientes ahora.

Mandíbula.

Aprieta los dientes. Nota dónde sientes la tensión (en los músculos laterales de la cara y también en las sienes). Relaja gradualmente la mandíbula y nota la sensación de distensión. Aprecia qué sientes al tener esos músculos apagados, relajados. Nota la diferencia entre la tensión y la relajación.

Labios.

Aprieta los labios y sácalos hacia afuera. Fíjate dónde sientes la tensión (labio superior e inferior a cada lado de los mismos). Presta especial atención a las zonas que están particularmente tensas. Relaja poco a poco los labios. Nota cómo estos músculos están perdidos, apagados, relajados. Concéntrate en sentir la diferencia entre la tensión y la relajación.

Cuello.

Tensa el cuello. Nota dónde sientes la tensión (en la nuez y a ambos lados de la parte de atrás del cuello). Pon especial atención en las zonas que están especialmente tensas. Relaja gradualmente el cuello. Nota la diferencia que experimentas al tener ahora estos músculos apagados, relajados.

Cuello / Procedimiento alternativo.

Si después de practicar tienes todavía dificultad en conseguir una considerable tensión en los músculos del cuello, existe otro procedimiento para logra el mismo efecto.

Posición hacia delante y hacia atrás.

Mueve la cabeza hacia adelante hasta que la barbilla toque el pecho. Nota la tensión en la parte anterior del cuello, pero sobre todo en la parte de atrás. Lentamente vuelve a poner la cabeza en la posición vertical. Observa cuán relajados y cómodos se sienten los músculos de delante y de detrás del cuello. Ahora echa la cabeza hacia atrás todo lo que puedas de modo que sientas la tensión en la parte de atrás de tu cuello pero especialmente en la de delante. Observa dónde sientes especialmente la tensión. Lentamente vuelve a poner la cabeza en la posición vertical. Ésta es la posición de menor tensión. Observa la diferencia entre las sensaciones de tensión y la de relajación en estos músculos.

Posición lateral.

Mientras estás todavía en la posición de relajación, inclina la cabeza hacia la derecha hasta los hombros. Sentirás alguna tensión en el lado derecho del cuello, pero donde especialmente notarás la tensión será en el lado izquierdo. Vuelve a poner la cabeza en la posición de relajación. Nota la diferencia que experimentas en el cuello. Ahora inclina tu cabeza hacia la izquierda de forma que se dirija al hombro izquierdo. Sentirás alguna tensión en el lado izquierdo del cuello pero sobre todo en el lado derecho. Gradualmente haz que vuelva la cabeza a la posición de relajación. Nota la diferencia cuando estos músculos están sueltos, apagados, pasan de la tensión a la relajación. Relájate.

Brazos.

Extiende el brazo derecho recto con el puño cerrado, y tensa todo el brazo desde la mano hasta el hombro. Observa dónde sientes la tensión (bíceps, antebrazo, en la parte de atrás del brazo, codo y en la parte de arriba y debajo de la muñeca y de los dedos). Presta especial atención a las áreas que están particularmente tensas. Relájalo

totalmente, relaja y baja el brazo, doblándolo por el codo; relájalo de tal forma que el brazo descansa en el regazo en la posición de relajación. Nota como te sientes al tener esos músculos sueltos, apagados, relajados y fíjate que diferente es la sensación de ahora. Repite con el brazo izquierdo.

Piernas.

Ahora levanta la pierna izquierda de forma que la punta del pie mire hacia ti y tensa toda la pierna. Nota dónde la sientes tensa (en la parte de arriba y de abajo del muslo, la rodilla, la pantorrilla, la parte anterior y posterior del arco del pie y en los dedos de los pies). Poco a poco relaja y baja la pierna doblando la rodilla a medida que la relajas y hasta que el pie toque el suelo. Asegúrate de que la pierna vuelve a la posición de relajación y fíjate qué diferente es la sensación ahora. Repítelo con la pierna izquierda.

Espalda.

Échate hacia adelante en la silla. Levante los codos e intenta unirlos en la espalda. Observa dónde sientes particularmente la tensión (en los hombros y en la parte de abajo de la espalda). Lentamente relájala y vuelve a la posición anterior en la silla, mientras que dejas los brazos sueltos y los pones sobre el regazo en la posición de relajación. Observa cómo te sientes al tener esos músculos sueltos, apagados, relajados y nota la diferencia que sientes ahora.

Tórax.

Tensa el tórax. Intenta comprimirlo y apretar el pecho. Nota dónde lo sientes tenso (hacia la mitad del tórax y arriba y debajo de cada pecho). Gradualmente relaja el tórax. Observa lo que sientes al tener esos músculos sueltos, apagados y relajados. Nota la diferencia entre la tensión y la sensación actual de relajación.

Estómago.

Tensa el estómago contrayéndolo de forma que lo pongas tan duro como una tabla. Fíjate en dónde sientes la tensión (en el ombligo y en un círculo de diez centímetros de diámetro alrededor de éste). Poco a poco relaja el estómago hasta que vuelva a su posición natural. Observa lo que sientes al tener esos músculos sueltos, apagados, relajados. La idea es tensar una cierta parte del cuerpo, observa dónde sientes la tensión y relajar esa parte lentamente de forma que puedas identificar los músculos que estás relajando.

Debajo de la cintura.

Tensa toda la parte de debajo de tu cintura, incluyendo los muslos y las nalgas. Debes sentir como si te levantarás de la silla; puede que notes que tienes que tensar las piernas un poco. Fíjate dónde sientes particularmente la tensión (en la parte superior, inferior y a ambos lados de los músculos; también en los músculos de las nalgas que están en contacto con la silla). Relájalos gradualmente y apoya tu espalda en la silla. Observa la diferencia entre la tensión y la relajación.

IV. Ejercicios de respiración.

Asegúrate que estás en una posición relajada. Dentro de un segundo voy a pedirte que realices una profunda respiración, que la mantengas y que expulses el aire lentamente. Mientras que estás expulsando el aire, intenta que todo tu cuerpo se relaje desde la cabeza hasta los pies. Intenta imaginar que eres capaz de ver todos tus músculos relajándose cuando te concentras en tu cuerpo. Es como si alguien moviese una varita mágica delante de ti, empezando por la cabeza y bajando hasta los pies. Todos los músculos de tu cuerpo se relajan a medida que esta varita va pasando por cada una de las partes de tu cuerpo. Pida al niño que haga esto cinco veces y después dígame:

Quiero que respires de la misma forma otra vez, excepto que esta vez, cuando empieces a expulsar el aire debes decir la palabra “R-E-L-A-X” para ti mismo. Dilo lentamente, de manera que cuando llegues a la “X” hayas bajado hasta los pies. Pida al niño que haga esto cinco veces. Se le puede pedir también al niño que levante su dedo índice cuando haya terminado de expulsar el aire.

V. Repetir el procedimiento / el niño pasa de la tensión a la relajación.

Ahora vamos hacer lo mismo, pero esta vez sólo voy a ir nombrando cada parte del cuerpo y a recordarte como tensarla. Por favor, fíjate en las partes que están en tensión. No es necesario señalar esas áreas. Cuando creas que notas suficiente tensión, relaja lentamente esa parte. Cuando la notes relajada, hazme una señal levantando el dedo índice (haz esto con cada una de las partes).

Una vez que el niño haya hecho esto con todas las partes, pídele que haga cinco ejercicios de respiración diciendo la palabra “R-E-L-A-X” para sí mismo.

VI. Relajación sin tensión.

Ahora voy a pedirte que relajes una parte del cuerpo después de que yo la nombre. Por ejemplo, y diré la palabra frente y tú la relajarás lo mejor que puedas. Una vez que la sientas relajada, haz una señal con el dedo índice de la mano derecha. No debes de tensar ninguna parte a menos que tengas problemas para relajarla. (Se hace esto con todas las partes del cuerpo). Una vez que hayas relajado todas las áreas haz cinco

ejercicios de respiración profunda mientras dices la palabra “R-E-L-A-X” como hemos descrito anteriormente.

Anexo 32

Cuestionario de opinión personal

1.- Te gusto participar en el taller, ¿por qué?

2.- ¿Qué fue lo que más te agrado del taller (temas, dinámicas o forma de trabajo)?

3.- ¿Qué fue lo que no te agrado del taller (temas, dinámicas o forma de trabajo)?

4.- ¿Qué te llevas para tu vida?

5.- ¿Qué propones para poder mejorar el taller?

6.- Algún comentario adicional que tengas para dar:

Anexo 33

Lista para ¿Quién soy?

- 1. Tabaquismo**
- 2. Nicotina**
- 3. Monóxido de carbono**
- 4. Alquitrán**
- 5. Dependencia física**
- 6. Dependencia Psicológica**
- 7. Adicción**
- 8. Asertividad**
- 9. Autoestima**
- 10. Toma de decisiones**

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO						
FES ZARAGOZA		Planeación Didáctica del taller: "Tabaquismo una muerte lenta, causas y consecuencias"				PSICOLOGÍA
Sesión y tema	Objetivos Formativos	Objetivos Informativos	Actividades	Duración	Material	Anexo
1	Lograr la conformación inicial del grupo, así como generar la empatía con los miembros del grupo	Conocer los contenidos temáticos del taller	Presentación de los coordinadores	15 min.		
			Exposición del coordinador de la organización y funcionamiento general del taller.	20 min.	Computadora y cañón	3
			Técnica grupal: Presentación y rompe hielo.	30 min		
2	Desarrollar una actitud crítica, en torno al consumo, uso, abuso y adicción al tabaco.	Conocer la definición de tabaquismo.	Técnica grupal: Detección de expectativas.	50 min.	Hojas, lápices, rotafolios y plumones	
			Técnica grupal: Presenta a tu buddy.	30 min.		
			Exposición del coordinador.	30 min.	Computadora y cañón.	4
Tabaquismo	Reflexionar sobre la adicción al tabaco.	Conocer la definición de consumo, uso, abuso y adicción.	Lectura, análisis y discusión del material de apoyo.	30 min.	Copias de los anexos	5 y 7
			Mesa redonda grupal para conclusiones.	15 min.		

Conclusiones en hojas de rotafolio

Hojas de procesamiento

Conclusiones grupales en hojas de rotafolio

3 Tabaquismo	argumentos para conductas y decisiones reflexivas.	Conocer las sustancias que contiene el tabaco.	Solución a la hoja de procesamiento.	15 min.	Copias del anexo	8	Hoja de procesamiento Conclusiones grupales en hojas de rotafolio
	Desarrollar una actitud crítica en torno al consumo, uso, abuso y adicción al tabaco.	Conocer la definición de adicción.	Técnica grupal: Jirafas y elefantes.	20 min.			
		Reflexionar sobre la adicción al tabaco.	Conocer la diferencia entre diferencia física y psicológica.	Exposición del coordinador.	20 min.	Computadora y cañón	
	Fundamentación y argumentos para conductas y decisiones reflexivas.	Conocer los tipos de fumadores.	Síntesis y resumen de la exposición en grupo.	10 min.	Hojas de rotafolio y plumones		
			Manejo y síntesis de ambos temas por medio de un debate para reflexionar sobre el consumo y la adicción	Debate plenario: El consumo ¿genera adicción?	20 min.		
	Conclusiones en subgrupo y grupal.		Conclusiones en subgrupo y grupal.	15 min.	Hojas de rotafolio y plumones		
	Exposición del coordinador.		Exposición del coordinador.	15 min.	Computadora y cañón	9	

4	Factores de riesgo	Analizar las implicaciones sociales y emocionales que generan el tabaquismo, como son: sentimientos, afectos y estados de ánimo individuales.	Conocer las causas (factores de riesgo) del tabaquismo	Clasificación y relación de los casos ficticios de los diferentes tipos de fumadores.	20 min.	Copias del anexo	11	Mesa redonda plenaria. Hojas de rotafolio con conclusiones grupales. Hojas de procesamiento.
				Solución de la hoja de procesamiento	15 min.	Copias del anexo	12	
				Técnica grupal: Reacción en cadena	30 min.			
				Formación de subgrupos para compartir las causas que generan el consumo de tabaco.	10 min.			
4	Factores de riesgo	Conocer la clasificación de los factores de riesgo.	Definición de los factores de riesgo	Exposición del coordinador	30 min.	Computadora y cañón	13	Mesa redonda plenaria. Hojas de rotafolio con conclusiones grupales. Hojas de procesamiento.
				Proyección de los videos: Tabaco-muertos.	1 min.			
				Tabaco- cápsula informativa.	5 min.			
				Tabaquismo en jóvenes. Tú te expresas Camel te única.	5 min. 3 min.	Computadora y cañón		

6 Consecuencias	Analizar las consecuencias del uso y del abuso del cigarro y del tabaquismo.	Identificar las consecuencias por el uso y abuso del cigarro y del tabaquismo.	Mitos y realidades del tabaquismo.	Comprender las implicaciones físicas que conllevan el uso y abuso del cigarro y del tabaquismo.	ideas	y plumones			
					Conclusiones grupales	Hojas de rotafolio y plumones	20 min.		
	Exponer, discutir y fundamentar las propias ideas.	Técnica grupal: Amo a mi amada con A.	Compartir en subgrupos los artículos de los daños a la salud generados por el abuso de tabaco.	Exposición del coordinador.	Proyección de los videos: Huevos ahumados Consecuencias del tabaco				
								20 min.	
								30 min.	18
								3 min. 12 min.	
		Comentarios en plenario de los videos.		Hojas de rotafolio y plumones	20 min.				
Escritos con los comentarios y las conclusiones									

7 Consecuencias	Exponer, discutir y fundamentar las propias ideas	Clasificar las consecuencias causadas por el uso y abuso del cigarro.	Técnica grupal: Tras la verdad, será mito o realidad.	20 min.	Copias de los anexos	20 y 21		
			Conclusiones en plenario	20 min.	Hojas de rotafolio y plumones			
		Comprender las implicaciones físicas que conlleva el uso y abuso del cigarro y el tabaquismo	Técnica grupal: El Rey a muerto.	20 min.				
			Formar subgrupos para que compartan las consecuencias por el uso, abuso del cigarro.	15 min.				
			Comentar y hacer una síntesis en subgrupos de la clasificación de las consecuencias y daños a la salud.	25 min.	Hojas blancas, plumas y copias del anexo	22		
			Proyección de las diapositivas: "Entre colillas"	10 min.	Computadora y cañón			
			Proyección de los videos : Los efectos del tabaco Sobre el daño que hace el tabaco.	4 min. 12 min.	Computadora y cañón			
			Mesa redonda para comentar la clasificación y los videos.	30 min.	Hojas de rotafolio y plumones			
						Escritos con los comentarios y las conclusiones		

8			Anotar las conclusiones por escrito.	15 min.	Hojas de rotafolio y plumones	
Factores de protección: Asertividad y toma de decisiones	Reconocer cómo se comunican y hacer valer sus derechos.	Conocer que es la asertividad y los estilos de comunicación verbal. (pasiva, agresiva y asertiva)	Técnica grupal: Qué estoy sintiendo.	20 min.	Hojas y pluma	
	Manejo de la asertividad y toma de decisiones.	Identificación individual del estilo individual de comunicarse.	Exposición del coordinador sobre asertividad: definición, derechos asertivos, estilo de comunicación –pasiva, agresiva y asertiva-, obstaculizadores y facilitadores de la comunicación.	30 min.	Computadora y cañón	23
8		Comprender la utilidad de la comunicación asertiva frente al consumo de cigarro y otras conductas.	Técnica grupal: Dramatización	45 min.	Hojas y plumas	24
Factores de protección: Asertividad y toma de decisiones		Distinguir la relación entre asertividad y toma de decisiones.	Comentarios e intercambio de experiencias por subgrupo.	10 min.		Participación grupal que demuestre asertividad a través del juego de roles. La asertividad se espera ver reflejada en criterios conductuales como cambios en el tono de voz, la mirada, la duración de la respuesta, acercamiento de los participantes y hacia el coordinador. Comentarios personales. Hoja de procesamiento
			Exposición del coordinador de los obstaculizadores y facilitadores de la comunicación.	10 min.	Computadora y cañón	25

9	Factores de protección: Asertividad y toma de decisiones	Valorarse como individuos.	Identificarse como individuos.	Preguntas de reflexión planteadas por el coordinador ¿ existe relación entre la asertividad y la toma de decisiones? ¿Cómo se toma una decisión? ¿De qué factores dependen sus decisiones? El grupo deberá emitir conclusiones en plenario.	15 min.			
				Mostrar las formas de tomar decisiones y el modelo racional de toma de decisiones.	5 min.	Computadora y cañón	26 y 27	
				Ronda de comentarios y dudas.	5 min.			
				Resolución de un cuestionario individual.	10 min.	Copias del anexo	28	
				Técnica grupal: Buenas noticias	20 min.			
				Juego "La caja adivina"	15 min.	Una caja de cartón, un espejo del ancho del fondo de la caja		
				Lectura de la historia de Moreno	5 min.	Copia del anexo	30	
				Ronda de comentarios por equipos	15 min.			
				Conocer formas de relajación				
				Manejar el estrés de la vida cotidiana				
Comentarios personales.								

10 Cierre	Retroalimentación de las experiencias de los participantes en el taller.	Presentar la docena mágica de la autoestima	10 min.	Copias del anexo	29
		Técnica grupal: Todos valemos	25 min.	Plastilina para todos	
		• Procedimientos de relajación	35 min.	Copia del anexo	31
		Ronda de comentarios	5 min.		
		Técnica grupal: El espejo	30 min.		
		Cuestionario de opinión personal.	20 min.	Copias del anexo	32
		Técnica grupal: El mural.	30 min.	Cartulinas, tijeras, pegamento y revistas para recortar.	
		Ronda de comentarios acerca del mural y que se creó como equipo	15 min.		
		Técnica grupal: ¿Quién soy?	30 min.	Hojas de papel, plumones y cinta adhesiva	33
		Contraste de expectativas iniciales de los participantes acerca del taller.	20 min.		