



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO.

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TIPO DE INFORMACIÓN SOBRE NOCIDAD POR CONSUMO DE TA-
BACO EN UNA POBLACION ESCOLAR DE LA CIUDAD DE MEXICO.
IMPLICACIONES Y CONSIDERACIONES PARA LA PSICOLOGIA.

T E S I S
Que para obtener el Título de
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P r e s e n t a n
LETICIA ABREGO GONZALEZ
MA. DOLORES ARIAS GARCIA

México, D. F.

1990

FALE. DE PSYGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está 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.

I N D I C E

	PAG.
INTRODUCCION	1
ANTECEDENTES	4
- TABACO: PROBLEMA DE SALUD	5
- TABACO: FARMACODPENDENCIA	13
- SITUACION INTERNACIONAL	15
- MEXICO: ESTRUCTURA SOCIODEMOGRAFICA PRESENTE Y FUTURO.	20
- MEXICO: SITUACION SOCIOECONOMICA.	34
MARCO TEORICO	43
METODOLOGIA	46
- PRIMER ESTUDIO	50
- SEGUNDO ESTUDIO	56
- TERCER ESTUDIO	59
ANALISIS ESTADISTICO	62
- SECCION "A" ALUMNOS	63
- SECCION "B" FAMILIARES	72
- SECCION "C" MAESTROS	77
INTERPRETACION TABLAS	101
"A" ALUMNOS	
INTERPRETACION TABLAS	107
"B" FAMILIARES	
INTERPRETACION TABLAS	117
"C" MAESTROS	

	PAG.
TABLAS SECCION "A"	125
TABLAS SECCION "B"	134
TABLAS SECCION "C"	147
CONCLUSIONES	163
BIBLIOGRAFIA	169

INTRODUCCION

Se establece en el presente estudio la importancia del hábito de fumar como problema de salud pública, ya que como se reconoce ampliamente, el tabaquismo constituye la causa principal de muerte y morbilidad de la sociedad moderna que se puede prevenir. Se presenta un panorama sobre los aspectos histórico-culturales del tabaco, su toxicidad y composición química. Se enfatiza el papel determinante que tiene el consumo de tabaco para el desarrollo de padecimientos crónicos, tales como bronquitis, enfisema, infarto al miocardio, obstrucción de arterias inferiores; así como el aborto y parto prematuro. Se revisan las medidas y acciones que otros países han tomado, así como sus logros en este campo. Se plantea la preocupación de expertos nacionales y extranjeros, que de no tomarse acciones específicas en el consumo de tabaco y los problemas de salud asociados a éste, tendrán un incremento importante en nuestro país. Los niños, jóvenes como mujeres, constituyen grupos de alto riesgo y las mismas compañías tabacaleras transnacionales los consideran como fumadores potenciales, por lo que las campañas publicitarias van dirigidas principalmente a éstos.

De todo lo expuesto anteriormente, por no contar en nuestro país con investigaciones en este tema, ha surgido la inquietud de realizar el presente estudio que tuvo como propósitos:

--- Hacer una evaluación del tipo de información que existe en población de una escuela primaria, sobre la toxicidad del consumo de tabaco.

--- Evaluar si un sistema de educación para la salud (un audiovisual titulado "El Lobo Fuma", los Tres Cochinitos y el consumo de tabaco", incrementa el nivel de información sobre toxicidad en el consumo de tabaco, en esta población escolar.

--- Hacer una evaluación de tabaquismo familiar en esta población

y correlacionar o no el consumo de tabaco familiar con el tipo de información de los alumnos sobre nocividad por consumo de tabaco:

--- Evaluar si el consumo de tabaco por los profesores de esta población escolar influye o no sobre el tipo de información respecto a nocividad en el consumo de tabaco.

El objetivo fué diseñar un proyecto de investigación, que nos permita evaluar en forma cuantitativa los propósitos arriba mencionados, para ésto, se decidió utilizar el método de cruce-control con distribución aleatoria, por ser un método de investigación práctico, de fácil implementación y donde los resultados arrojados son confiables.

La presente investigación constó de tres estudios. El primero será de tipo experimental de campo, donde se utilizará el modelo de cruce-control y los otros dos serán evaluativos solamente (presencia-absencia).

Dicha investigación pretende primordialmente aportar información de la cual se carece en México, promover investigaciones futuras con respecto al tema, ya que al contar con investigaciones de este tipo, la psicología podrá diseñar programas y tomar medidas preventivas educativas dirigidas a población de nivel escolar, que tengan como objetivo evitar que no se inicien en el consumo de tabaco, así como diseñar audiovisuales y realizar en lo posible, evaluaciones periódicas para ver el impacto de estos programas preventivos en esta población escolar.

Lo anterior es importante al tomarse en cuenta dos puntos:

1.- Que los problemas de mortalidad y morbilidad asociados al consumo de tabaco pueden prevenirse.

2.- Que nuestro país, está constituido principalmente por gente joven, mostrando así un alto porcentaje de población en alto riesgo.

Por lo que consideramos de gran importancia, sobre todo a nivel preventivo, el trabajar con población de niños a nivel escolar, ya que este grupo se encuentra en una etapa de constante socialización y aprendizaje del medio que lo rodea. Y de ser posible, si se comprendiera la influencia que tienen en éstos, tanto los maestros como los padres en su desarrollo posterior, podría ser precisamente en estos núcleos donde mediante la socialización de su papel trascendental en la formación de los niños, se logre una corrección de sus hábitos y actitudes manifestados frente a ellos, llevándolos a tomar alternativas educativas donde se le dé otro significado y otra imagen al tabaco.

A N T E C E D E N T E S

CAPITULO II

- TABACO: PROBLEMA DE SALUD
- TABACO: FARMACODEPENDENCIA
- SITUACION INTERNACIONAL.
- MEXICO.- ESTRUCTURA SOCIODEMOGRAFICA
PRESENTE Y FUTURO
- MEXICO: SITUACION SOCIOECONOMICA.

TABACO: PROBLEMA DE SALUD.-

- a) Aspectos Históricos - Culturales.
- b) Composición Química del tabaco.
- c) Efectos derivados del uso crónico del tabaco.

ASPECTOS HISTÓRICOS - CULTURALES.

El tabaco era conocido en gran parte de la América siendo usado - desde el Canadá a la Argentina, donde se cultivaban varias especies de - tabaco. Las formas de consumo difundían, de modo que los antillanos fumaban las hojas de tabacocomprimidas, los indios de Norteamérica fumaban en pipa, los mayas lo masticaban y en el sur se respiraba pulverizado en -- forma de rapé.

Tras el descubrimiento, los europeos difundieron el hábito de fumar "habanos", Juan Nicot difundió el cultivo de la planta en Francia, - por lo cual comenzó a ser conocida como "Nicotina", Sir Walter Raleigh - difundió su uso en Inglaterra y el resto de Europa. La reacción contra la nueva "droga" exótica, que además de no producirse localmente, era un estereotipo de identificación de los -salvajes- de América, fue violenta; - en Turquía se establece la pena de decapitación para los fumadores, como también en numerosas partes del norte musulmán. En Persia se les perfora - la nariz con el mango de una pipa, pescándolos después por la ciudad, a lo largo de un año. A los reincidentes se les amputaba la nariz. En Rusia se institucionalizó la tortura para obligar a los consumidores a delatar a los traficantes (hoy comerciantes), estableciéndose la pena de muerte para ambos. En numerosos países se establecieron prohibiciones - de fumar en públicos, creándose para ellos "fumadores apropiados". Pese a tales medidas drásticas no se pudo evitar la propagación del uso del tabaco, puede dar una idea de la intensidad de la dependencia que provoca. El uso del tabaco fumado en forma de cigarrillos se ha generalizado a lo largo del siglo XX, debido a las características particulares de esta - forma de presentación: fácil de transportar y cargar, no hay que perder - tiempo en prepararlo, etc. La difusión ha sido extraordinariamente acelerada a través de la publicidad.

COMPOSICION QUIMICA DEL TABACO.

En más de 3,000 elementos nocivos los que componen el tabaco y - su combustión, dentro de ellos se destacan la nicotina, alquitran, gases irritantes, monóxido de carbono y sustancias cancerígenas.

Es pertinente aclarar que la mayoría de los componentes nocivos - del tabaco no existen en el, sino que se producen durante su combustión.

El monóxido de carbono se halla presente en el humo de las cigarrillos en la proporción de 1 a 3%. La acción nociva de este gas tiene lugar a través de su combinación con la hemoglobina de la sangre, despijando de ella el oxígeno, de su mayor afinidad hacia dicha sustancia y formando así la carboxihemoglobina. Ello trae como consecuencia un menor aporte de oxígeno al organismo. En la práctica la cantidad de carbóxihemoglobina que se forma en los fumadores no es demasiado alta, razón por la cual no llega a ocasionar, por sí misma, una sintomatología importante, sin embargo en circunstancias en que se exija un mayor aporte de oxígeno (por ejem. al realizar esfuerzos físicos intensos) o en aquellas personas en que el aporte de oxígeno ya es de por sí deficiente como las enfermos cardíacos, puede considerarse importante en las circunstancias anteriores. En el caso de personas asmáticas, en días en que han fumado con cierta intensidad, presentan molestias por los efectos del monóxido de carbono y que consisten fundamentalmente en una sensación de embotamiento cerebral, dificultad de concentración y pérdida de memoria. Las molestias debidas al monóxido de carbono se presentan no sólo en los fumadores, sino también en los no fumadores situados en una atmósfera de humo de tabaco (fumadores pasivos).

Gases irritantes como los aléhdidos y el amoníaco se liberan en la combustión del tabaco, producen un efecto irritante sobre la mucosa bronquial, provocando la tos y bronquitis crónicas características de los fumadores. Por otra parte, se obtiene una acción alérgica o detención

de movimiento ciliar en las células de la mucosa bronquial, con lo que se suprime este importante elemento defensivo que el organismo posee para expectorar partículas nocivas.

Sustancias cancerígenas se encuentran en el humo del tabaco y pueden provocar además de cáncer de pulmón, cáncer en las vías aerodigestivas superiores: boca, faringe, laringe y bronquios. En el humo del tabaco se han detectado sustancias fuertemente cancerígenas tales como ben zopireno, hidrocarburo aromático policíclico.

Nicotina vemos que el poder generador de la dependencia radica en la nicotina que es el principal alcaloide contenido en el tabaco. Existen evidencias experimentales que indican una relación entre la nicotina y una dependencia fisiológica y la suspensión de su consumo produce un síndrome de abstinencia caracterizado por fatiga, irritabilidad, insomnio, disminución en la frecuencia del pulso (2) y presión arterial sanguínea e hiperfaña (O.M.S. 1974 P. 16). La duración del síndrome es de 15 días o más. Si seguimos el curso de la nicotina, vemos que el humo del cigarrillo sólo llega a la boca del fumador un 30% de lo que se produce en la combustión, ya que la mayor parte del humo producido va al ambiente, dada la incidencia social del hábito de fumar, en cualquier lugar cerrado donde fumen, los no fumadores se convierten en fumadores pasivos. Se ha calculado la cantidad de nicotina en un cigarrillo que pasa a la cavidad bucal es de unos 30 mg. En cuanto a la absorción de la nicotina depende del mayor o menor grado de inhalación del humo que el fumador efectúa en el momento de fumar, llegando a absorber hasta el 90% de lo contenido en el tabaco, si la inhalación es profunda y se acompaña de retención pulmonar. En cuanto a la eliminación, se efectúa a través de la orina, la mayor parte se elimina en menos de 15 minutos, la cotinina se elimina en 2 horas aproximadamente.

A fines del siglo pasado, Langley y Dickinson descubrieron que la

nicotina en dosis moderadas provoca una acción estimulante a nivel ganglioso del Sistema Nervioso Vegetativo, mientras que en dosis elevadas provoca la paralización de dichos ganglios.

Turner (1979), realizó experimentos en que administraba nicotina a animales marcados con isótopos radiactivos, observó que dicha sustancia se concentraba principalmente en los hemisferios cerebrales, el tálamo y el hipotálamo, mientras que la cotinina se concentraba a nivel de cerebello. Respecto a la acción de la nicotina sobre el estado de alerta del sujeto, se ha descubierto un ritmo theta que parte del hipocampo, tálamo y núcleo caudado, alcanzado el córtex sensorio y motor, afectándose también, aunque posteriormente, la formación reticular (Lagarit, 1967). -- Dichas resultados obtenidos con animales enteros se concordan con la observación de incremento del estado de alerta que experimentan algunos fumadores.

PROBLEMAS DERIVADOS DEL USO CRÓNICO DEL TABACO.

Incidencia sobre el aparato respiratorio en 2 cuadros respirato--- rios, que son el cáncer del pulmón y bronquitis crónica, esta última se refiere a un estado de inflamación permanente de las bronquias, motivada por los irritantes existentes en el consumo del humo del tabaco. Tal - irritación tras una reacción consistente en una hipersección de moco --- bronquial, junto a la obtención del movimiento ciliar, produciéndose un estímulo de secreción en el árbol bronquial, el cual a nivel de localiza- ciones más estrechas puede dar lugar a obstrucciones e infección. Ape- reciéndose un cuadro clínico caracterizado por tos, expectoración e inefi- ciencia respiratoria cada vez más marcada. La persistencia de la bron- quitis crónica, con otras obstrucciones múltiples de las pequeñas bron- quias pueden dar lugar al enfisema y cor pulmonale.

Aparato digestivo.- Trabajos como los de Alp y Col. (1930), Fin- garland y Col. (1971) y Friedman (1974), coinciden en afirmar que la inci- dencia de la úlcera gástricoduodenal, es dos veces más frecuente entre los fumadores que entre los no fumadores. La acción del tabaco por una parte disminuye o suprime las contracciones del estómago, con la consiguiente - disminución del apetito. Por otra parte, incrementa la secreción gástri- ca, por lo que tras problemas gástricos que se traducen en náusea, vómito e incluso úlcera gástricoduodenal. También incrementa y acelera el tráse- to intestinal, lo que produce la aparición de diarrea.

Cáncer de pulmón.- Sigue sin interrupción el incremento de la mor- talidad por cáncer de pulmón, en todas aquellas países donde el hábito de fumar está arraigado. Wynder (1972) demuestra la existencia de una dis- minución del riesgo de cáncer de pulmón entre las personas que fuman sig- arillas con filtro y con un contenido relativamente menor de alquitrán, - en comparación con quienes fuman cigarrillos sin boquilla. También debe- mos tener en cuenta otros tipos de cáncer tales como el de la laringe, bo- ca, esófago, riñón y páncreas, se ha notado un discreto aumento en fumado

res respecto a los no fumadores.

Estudios clínicos y epidemiológicos han puesto en evidencia que el consumo de tabaco constituye uno de los principales factores de riesgo cardiovascular. Los cambios agudos en el aparato circulatorio, consisten en aumentar la frecuencia cardíaca, de la presión arterial y reducción del flujo sanguíneo digital. La intensidad de estos cambios se relaciona directamente con el nivel de nicotina en el plasma (Mach, R. y Col., 1980).

El monóxido de carbono producido por la combustión del tabaco, produce un aumento en la permeabilidad del endotelio, ocasionando edema sub^undotelial.

Los estudios de mortalidad coronaria muestran una clara relación con el tabaco y muerte súbita. Diversos estudios epidemiológicos han evidenciado que el consumo de cigarrillos junto a la hipercolesterolemia y el exceso de colesterol en la sangre, constituyen los 3 principales factores de riesgo coronario.

La relación del uso del tabaco con la arteriosclerosis periférica parece ser más clara. Encontrándose el antecedente de tabaquismo en una elevada proporción de casos con obliteración intermitente relativamente precoz (Jurgens, J.A., y Col., 1962).

Los problemas que plantea el consumo de tabaco en la mujer durante el embarazo, produce un retraso del crecimiento intrauterino fetal, de forma que el recién nacido suele pesar 100 y 200 g. menos que los no fumadores (O.M.S., 1979).

Se da así mismo un amplio aumento de la mortalidad perinatal (20% aproximadamente), así como el doble de abortos espontáneos durante el primer trimestre del embarazo.

La nicotina pasa a los lactantes a través de la leche materna. - Otros efectos nocivos del tabaco en la mujer, se relacionan con los tres tramos menstruales: 37% frente al 13% de las no fumadoras; se agravan los riesgos cardiovasculares con la interacción tabaco menopausia o los e investigaciones recientes indican que produce menopausia prematura (O.M.S., 1979).

En lo que respecta a niños y jóvenes, pueden resultar afectados por inhalación pasiva del humo de cigarrillos fumados por adultos. El riesgo de que un niño contraiga bronquitis o asma en el primer año de vida es de 7.9% si sus padres no fuman, del 11.4% si fuma uno de ellos, -- del 17.6% si fuman ambos y si uno de los padres presenta ya alguna afección respiratoria, el riesgo aumenta a un 23% (Collley y Cole., 1974). - En los niños menores de 6 años, la respiración sibilante es más común si los padres fuman (Lander y Col., 1975).

En varios estudios con registros de jóvenes, se comprobó entre los fumadores la mayor frecuencia de resfriados, tos y falta de la función respiratoria al hacer ejercicio. (O.M.S. 1979). Un estudio de la capacidad respiratoria máxima de 305 jóvenes de 14 a 19 años, reveló una diferencia significativa de la misma entre los fumadores con un año de evolución (Rudy y Col. 1971).

TABACO: FARMACODPENDENCIA.

Las aportaciones de Dune (1973) parecen indicar que la nicotina - y quizás también su metabolito la cotinina, podrían actuar como agentes - reforzadores en la adquisición del hábito de fumar. Así se ha demostrado que pequeñas dosis de nicotina (una dosis diaria de 0.002 mg. por Kg. de peso en el hombre), son capaces de reducir los niveles de agresividad, -- hostilidad e irritabilidad en la conducta manifiesta del sujeto. Estas - observaciones parecen indicar que la nicotina es capaz de modificar, de - alguna manera el estado de ánimo del sujeto, actuando de esta modo como - agente reforzador en la adquisición del hábito de fumar. Apoyarían tam-- bién la opinión de que el uso crónico de la nicotina, produciría dependen - cia física y que la falta de nicotina desencadenaría un síndrome de absti-- nencia caracterizado por fatiga, irritabilidad, ansiedad, insomnio, dismi-- nución en la frecuencia del pulso y de la presión arterial sanguínea e hi-- cerfagia (D.M.S., 1974, p 17). La duración del síndrome de abstinencia - es de 15 días o más, y parece que ello no está relacionado con la intensidad del tabaquismo previo (Sufour, 1979). Por otro lado, se ha demostrado que la inyección de nicotina ha disminuido el síndrome de abstinencia y el consumo de cigarrillos más que los de suero salino, tanto en ratas - como en humanos. (D.M.S., 1974, P.17). Y que los fumadores obligados a - consumir cigarrillos menos ricos en nicotina que habitualmente, han aumentado su consumo hasta lograr niveles similares de nicotina en sangre (Ru-- sell, 1971). Según este mismo autor, un 75% de los fumadores lo son en -- contra de su voluntad.

En cuanto al síndrome de abstinencia, Russell describe los síntomas característicos que se producen al abandonar el hábito del tabaco. Figuran entre ellos los trastornos del sueño, cambios en el flujo sanguíneo cerebral, disminución de la frecuencia cardíaca y de la tensión arterial, así como de la disminución en la capacidad de atención.

Uno de los problemas señalados es el aumento de peso que experimentan

tan los sujetos al abandonar el hábito del tabaco, observándose que el incremento de peso corporal se acompaña de un descenso del consumo de oxígeno, así como también de los niveles plasmáticos de glucosa y potasio. Estos cambios metabólicos podrían haber contribuido al incremento del peso corporal observado.

Se ha observado que la dependencia del tabaco, se instaure con mucha rapidez en la mayoría de los drogas, incluido el alcohol, atribuyéndose este hecho al acentuado reforzamiento social implícito en el acto de fumar. Es evidente que la dependencia no sólo depende de las cualidades farmacodinámicas de la sustancia, sino también de las características somatopsíquicas del sujeto, y de la interacción social y grupal del mismo.

SITUACION INTERNACIONAL

Al reconocer explícitamente la importancia del hábito de fumar como un problema de salud pública, ha llevado a organismos internacionales y nacionales de otras países a considerarlo como causa principal de enfermedad y muerte que se puede prevenir en la sociedad moderna (11 - 3). Podríamos poner como ejemplo las 129,000 personas que fallecen cada año en Estados Unidos por cáncer relacionado al tabaquismo. Esta cifra aumenta a 340,000 si agregamos muertes por padecimientos cardiovascular y pulmonares, asociadas a dicho hábito. (1)

Como resultado del desarrollo de investigaciones en este campo, en la actualidad se reconoce que los hombres fumadores tienen 100% más de probabilidades de morir de cáncer, que los hombres no fumadores; que el cáncer pulmonar en mujeres ha aumentado progresivamente en los últimos años, hasta ocupar uno de las causas principales de muerte por cáncer en este grupo; que en el tratamiento del cáncer pulmonar solamente 10% de los pacientes sobreviven 5 años; un fumador crónico tarda 15 años una vez abandonado el hábito, en disminuir sus probabilidades de cáncer a los niveles promedio; que los hijos de fumadores, tienen mayores probabilidades de fumar en la vida adulta.

Así también que las mujeres no fumadoras, esposas de fumadores, tienen más probabilidades de cáncer de pulmón que las esposas de no fumadores. Lo mismo podríamos decir de los hijos de fumadores, los cuales tienden a presentar con mayor frecuencia problemas respiratorios y alérgicos. (2)

Por lo anterior, durante los últimos 15 años, sobre todo en los países llamados desarrollados, los organismos de salud han tomado una posición definida contra el consumo de tabaco. Estas acciones incluyen programas intensivos de educación para la salud dirigidos a diferentes grupos, principalmente los de alto riesgo como son: los niños, adolescentes y mujeres. Se ha establecido una clara legislación que prohíbe el fumar en lugares públicos, también se prohíbe o restringe la publicidad de cigarrillos, entre todo lo que utilizan los medios de información masiva; se ha esta-

hecho una estricta reglamentación en relación al contenido de compuestos químicos, nocivos para la salud, como son el alquitran y la nicotina, exigiéndose se establezca con claridad su grado de concentración en cada una de las cajetillas.

Por otra parte, se ha establecido la obligación de informar al público consumidor, sobre los riesgos que para su salud implica dicho hábito, a través de la leyenda "este producto es nocivo para su salud", la -- que aparece en cada una de las cajetillas. Esas acciones han dado como resultado, no sólo un alto en el incremento progresivo de consumo al tabaco que prevalecía, sino en algunos casos de Inglaterra y de los Estados Unidos de Norteamérica (3). Esta situación que ha sido de beneficio para los individuos de países desarrollados, han implicado desafortunadamente un delicado problema para la población de países en vías de desarrollo. Expertos en el campo, han manifestado su preocupación del resultado en la disminución del consumo de tabaco, ya que las compañías tabacaleras transnacionales han puesto su interés hacia los mercados de consumo de países en vías de desarrollo, donde han encontrado que los grupos de jóvenes y mujeres, constituyen una importante población de fumadores potenciales. Asimismo vemos que países como Estados Unidos, reduciendo progresivamente su importación de tabaco, como resultado de la disminución del consumo, esto forzará a que el tabaco nacional antes exportado, se promueva para su consumo a nivel interno, situación que favorecerá al incremento en los padecimientos asociados al consumo de tabaco. (4-5)

En un artículo de Leonard A. Jason, se hace mención a la importancia de la comunidad en su influencia para ser expuestos a el consumo de tabaco. Comentando que intervenciones preventivas dirigidas hacia la más sólida de la sociedad, sobre todo en relación a niños y adolescentes, ya que son los grupos más afectados y fáciles de influenciar, modificando su actitud y con ésto la predisposición a ser expuestos al consumo de tabaco. (1979).

Por lo que es necesario desarrollar una estrategia para determinar el hábito del adolescente, y así brindarle y tener modificaciones tempranas en su estilo de vida, que en el caso de conductas como el fumar, que posee características adictivas, se vuelve casi obligatorio desterrar estas conductas, antes de volverse adictivos y así mejorar la educación en el futuro. Siendo necesarias las intervenciones en edad escolar, adolescencia y en los últimos años de ésta, permeando una constante evaluación así como de intervenciones adicionales. (Richard I. Evans).

En base a investigaciones recientes en adolescentes, se sugiere el diseño de control por auto-reporte como una de las más exitosas y prometedoras en el fin de concientizar acerca del consumo (cantidad) de tabaco y el logro de un decremento de éste. Siendo importante también darles información para que se alerten a la variedad de presiones sociales, para fumar y adquirir hábitos en fin de restar su influencia social. (Millen J. G., 1985).

De igual forma una investigación de Coe H.M. y Cole. en 1962, hace mención de que la prevalencia de fumar aumenta con la edad y la gran importancia de encontrarse asociado con los hábitos de fumar de los padres y amigos. Siendo ésta asociación consistente con previos reportes en la literatura en la que se marca una fuerte influencia de la familia, determinando en algunos (la mayoría) de los casos el hábito de fumar del adolescente. Reportando que los programas preventivos del hábito de fumar, son útiles y pueden aplicarse en salón de clases, centros de grupos, no siendo necesario que sólo profesionales de alta educación los impartan, siendo más importante interesar a aquellos personas que puedan trabajar con adolescentes y puedan conducir este programa. Indicando que jóvenes que fueron influenciados por el programa, después de un año, los que se cree fueron fumadores permanecieron en su mayoría. Recomendando que, sin embargo, un seguimiento más largo es necesario y esencial para determinar los últimos sucesos y consecuencias de éste y cualquier programa. Y que el potencial beneficiado de adolescentes de "no fumar", son suficientes para justificar los esfuerzos incrementados, para establecer y evaluar creativos y prácticamente el programa de prevención de fumar.

Siendo según información reportada de Evans R.I. (1982) el simple conocimiento, información acerca de las consecuencias inminentes en un programa para adolescentes, suficiente para beneficiar y propiciar una actitud más optima en relación al no consumo del tabaco. En tanto que otros estudios como los de Edwards J.A. y Cole. (1985) enfatizan la importancia de la retroalimentación en búsqueda de detectar, conocer y mejorar los estímulos causa del hábito de fumar, consistentes con lo señalado acerca del autoreporte.

**MEXICO. ESTRUCTURA SOCIODEMOGRAFICA
PRESENTE Y FUTURO**

Es importante difundir la situación demográfica actual de nuestro país, por la estrecha relación que mantienen los fenómenos demográficos con los aspectos tanto sociales como económicos. De ahí que se pretenda mostrar un panorama de como está constituida nuestra estructura sociodemográfica.

En México se ha establecido una política de población con el objeto de influir en su volumen, crecimiento, estructura y distribución, para armonizar los procesos demográficos con los del desarrollo y elevar así la calidad de vida de todos los mexicanos. A continuación se describirá en que consiste dicha política de población.

El gobierno de México a través del Consejo Nacional de Población, ha establecido una Política Demográfica que representa las necesidades e intereses nacionales, pretende armonizar la variable población con las variables del desarrollo, para así acceder a un modelo de país en donde impera la justicia social y el uso irrestricto de las libertades individuales.

Los objetivos y las metas en materia demográfica se han establecido a nivel nacional y regional y se hallan conformados en torno a los dos componentes que integran los fenómenos demográficos del país.

- a) La Política de crecimiento natural.
- b) La Política migratoria.

A través de la primera se pretende lograr la disminución del crecimiento de la población a partir del descenso en natalidad; la segunda tiene como finalidad específica redistribuir geográficamente a la población para aprovechar de esta manera las potencialidades económicas de cada región, al mismo tiempo que se da solución a los desequilibrios regionales.

La Política de crecimiento natural de la población, es decir la que

se producto de la fecundidad y mortalidad, está orientada a regular los patrones reproductivos de la población de cada uno de los estados, en forma tal que se alcancen los metas nacionales de crecimiento demográfico total del 2.5% en 1982 y del 1% en el año 2000, al mismo tiempo se pretende inducir una reducción en las diferencias que se observan en el comportamiento de la fecundidad por estados, tomando en consideración, tanto las diversas niveles y tendencias en las tasas reproductivas, como las condiciones socioeconómicas.

Por su parte, la política migratoria, tiene como objetivo general - modificar la intensidad y orientación de los flujos migratorios, atendiendo a los propósitos de reordenar el desarrollo regional y la distribución de la población, para así fortalecer y ampliar las bases del desarrollo y organización social del país. De esta forma se procura diversificar y reorientar los flujos migratorios y los elementos inherentes a la decisión de migrar.

Para instrumentar este objetivo, la estrategia propuesta considera tres tipos de programas: 1) Programa de Retención; 2) Programa de Reorientación y 3) Programa de Reubicación. Cada uno responde a diferentes criterios y de la conjunción de sus particulares objetivos y metas surgen los programas integrados, estos serían: I) reteniendo población en los lugares en donde se generan las principales corrientes de migración; II) reorientando los flujos migratorios a entidades estratégicamente situadas y con capacidad para absorber volúmenes mayores a los previstos de acuerdo a las tendencias históricas; III) desconcentrando población ocupada en la administración pública federal del área metropolitana de la ciudad de México y IV) disminuyendo los flujos migratorios que tienen como punto final las zonas metropolitanas de Monterrey, Guadalajara y las ciudades fronterizas de Baja California Norte.

POBLACION EN EL SIGLO XX.

El siglo XX representa para México cambios demográficos trascendentales, de bajas tasas de crecimiento de la población a principios de siglo, se requirió cerca de 50 años para alcanzar tasas 3 veces más altas.

Durante la década pasada en México se observó un leve descenso en la fecundidad, este hecho unido a la política demográfica dada por el gobierno de México ha permitido disminuir la tasa de crecimiento del 3.4% en 1970 al 2.7% en 1980, lo que hace preveer que el ritmo de crecimiento de la población llegará a fin del siglo a una tasa semejante a la observada en el año de 1950.

La diferencia fundamental entre estas dos situaciones está dada por los niveles de natalidad y la mortalidad, altas en 1900 y bajas en el año 2000; en ambos casos el crecimiento es alrededor de 1% anual.

Esto quiere decir que en 100 años México habrá completado su proceso demográfico, que históricamente ha ocurrido en todos los países desarrollados, y en parte en los países en desarrollo.

---Población total y por sexo.

La política de población de México ha establecido metas de crecimiento demográfico al año 1992 y al 2000. Con los programas que se realizan sobre educación de población, comunicación y planificación familiar. En el año 2000 se prevé una tasa de crecimiento de 1%. Se espera de esta forma que la población al final del siglo sea en proceso un poco más de 100 millones de habitantes, cifra muy inferior a la que se ha continuado la tendencia imperante en el pasado.

México es un país con un alto crecimiento demográfico. En el período de 1900 a 1960 la población casi se duplicó, repitiéndose esta fenóme-

no en sólo 20 años, de 1950 a 1970, sin embargo, de acuerdo a los datos del 7 Censo General de Población, este fenómeno se repitió en 30 años, - de 1970 al año 2000.

Vemos que la población total para el año de 1960 en miles fué de - 69,346.9 en hombres fué de 34,500.2 y en mujeres de 34,766.9; para el año 2000 se prevé un total de 100,041.4 en hombres será de 49,745.2 y en mujeres de 50,296.2.

(Fuentes: 1960: Población General preliminar corregida por subenumeración y proyectada al 30 de junio de 1965. CONAPO. 1960 y 2000: Estimación del Consejo Nacional de Población. Proyección Programática)

A continuación se presenta un cuadro que nos permite observar las tasas de crecimiento medio anual del año de 1960 al año 2000. Mostrando los datos en tres alternativas: la histórica: Proyección con tasas de fecundidad constantes a partir de 1960; la programática: Proyección con meta demográfica de 2.5% en 1962 y 1% al año 2000; y la alternativa: Proyección alternativa a la programática a partir de 1962 con 2% al año 2000.

AÑO	Histórica Población en miles	Tasa de crecimiento medio anual	Programática población miles	Tasa de crecimiento medio anual	Alternativa población miles	Tasa de crecimiento medio anual
1965	79,970.8	3.0-3.1	76,246.1	2.7 - 1.9	76,246.1	2.7 - 2.1
1970	93,317.7	3.1-3.2	86,018.7	1.9 - 1.6	86,936.9	2.1
1985	109,462.6	3.2	98,120.9	1.6 - 1.4	96,248.6	2.1
2000	129,366.9	3.2	99,041.4	1.4	100,973.4	2.1

- - POBLACION EN GRUPOS DE SEXO Y EDAD (DE 0 A 65 AÑOS O MAS).

AÑO	HISTORICA TOTAL	PROGRAMATICA		ALTERNATIVA					
		HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES				
1968	79.978,8	39.871,7	40.106,1	38.249,1	38.997,4	39.250,7	coincide con la programatica		
1970	93.317,7	46.343,8	46.974,1	42.018,7	42.836,8	43.181,9	66.908,9	43.297,5	43.618,4
1975	109.482,6	54.842,3	54.640,3	51.121,9	48.376,9	48.708,6	98.248,8	47.293,3	48.925,3
2000	129.355,9	64.148,6	64.237,3	100.041,4	48.745,2	68.286,2	106.370,4	53.080,2	53.510,2

CRECIMIENTO DE LA POBLACION.

A partir de 1940 el país entró en una nueva etapa de desarrollo, - impulsado primero por la mecanización de actividades agropecuarias y posteriormente por la industrialización apoyada en la sustitución de importaciones. Esta unida a la aplicación de una tecnología sanitaria y - de gasto social, dió como resultado un aumento en la sobrevivencia de la población. Por otra parte, al mantenerse constantes los niveles de fecundidad las tasas de crecimiento anual real se incrementaron notablemente, de 1.7% en 1950 - 1940, a 3.4% en 1970 - 1976.

En este último período se comenzaron a observar e conservar las primeras manifestaciones de al descenso de la natalidad, principalmente en las zonas urbanas y en los grupos sociales de ingresos medios y altos.

En efecto, los resultados de la Encuesta Mexicana de Fecundidad, - llevada por la Coordinación General del Sistema Nacional de Información de la Secretaría de Programación y Presupuesto, permiten afirmar - que entre 1975 y 1977, la tasa de crecimiento de la población fue de - 3.2%. Para 1978, con los datos de la Encuesta Nacional de Población - en el Uso de Métodos Anticonceptivos, llevada por la Coordinación del Programa Nacional de Planificación Familiar, se calculó la tasa de crecimiento en una cifra ligeramente superior al 3.2%, y por último, a partir de la información preliminar del Censo de 1980, se estimó la tasa de cre-

cientos del 2.7%.

- - Natalidad y Mortalidad.

La aplicación de la tecnología médica, la organización de los servicios públicos de salud y el mejoramiento en las condiciones de vida han propiciado una reducción en los niveles de mortalidad fundamentalmente a partir de 1940. Por lo que se refiere a la natalidad, esta permaneció relativamente constante hasta 1960; a mediados de este decenio se observa un ligero descenso, como consecuencia del nivel de bienestar alcanzado, fenómeno que se acentúa al iniciarse los programas de planificación familiar. (Fuente:

1990: Estimación del Consejo Nacional de Población. Tasa de natalidad: Nacimientos por cada mil habitantes. Tasa de mortalidad: Defunciones por cada mil habitantes. Crecimiento natural: Diferencia entre la natalidad y mortalidad).

Tasas de natalidad y mortalidad en el año de 1980 al 2000.

	1980 1985	1985 1990	1990 1995	1995 2000
NATALIDAD	32.2	26.0	22.1	20.4
MORTALIDAD	3.1	5.2	5.7	5.5
CRECIMIENTO NATURAL	25.1	19.8	16.4	14.9

- - Esperanza de vida al nacimiento.

La esperanza de vida en nuestro país, ha aumentado gracias a los esfuerzos realizados en la prestación de ciertos servicios públicos, la mejoría en la alimentación y en la higiene. Sin embargo, aún no se ha alcanzado la esperanza de vida de algunos países europeos como Suecia con 75 años. (La esperanza de vida es el número medio de años que se espera

vivirá en relación directa en promedio, si se mantienen constantes las condiciones de mortalidad del momento).

(Fuente:

1975 y 1985 Estimación del Consejo Nacional de Población).

- - Esperanza de vida al nacimiento en el año de 1980 al 2000.

AÑO	HOMBRES	MUJERES
1980		
1985	63.9	68.2
1985		
1990	65.4	69.7
1990		
1995	66.7	71.1
1995		
2000	68.0	72.3

(Fuente: México, Proyecciones 1980 - 2000 - CEPLADE, ONU).

- - Fecundidad.

La fecundidad entre 1960 y 1970 ha sufrido un ligero desplazamiento: las tasas de fecundidad en las mujeres de 15 a 25 años han decrecido ligeramente y las de las edades superiores a los 30 años se han incrementado. A partir de 1970, se observa, en términos generales, una reducción en las tasas, particularmente en las edades superiores a los 25 años. (Fuente: 1968 a 1970. CEEA.)

La Población de México, evaluación y dilemas. Francisco Aisa, 1977. El Colegio de México.

1975: Encuesta Mexicana de Fecundidad, Ser. Informe Nacional. ---

S.P.P. 1979. 1979: Encuesta Nacional de Prevalencia en el Uso de Anti-conceptivos con Medida de fecundidad y mortalidad, C.P.F. Junio 1980).

Tasas específicas de fecundidad.

Los grupos de edad son de 15 a 49 años, también una tasa global de fecundación al año de 1960 a 1965 de 4.4, de 1966 de 3.3, en el año de 1970 a 1975 de 2.4 y de 1976 al año 2000 de 2.2. (Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población).

- - Mortalidad.

Dentro de la importancia que tiene la mortalidad en el crecimiento de la población, la mortalidad infantil ocupa un lugar sobresaliente. Esta se relaciona con el desarrollo económico del país, lo que se refleja una mayor y mejor atención de la madre durante el embarazo, el parto y los cuidados del niño durante el primer año de vida.

La tasa de mortalidad en el año de 1945 fué de 124.5, en el año de 1950 fué de 101.3, en el año de 1960 de 73.6, en 1970 de 56.5 y en 1975 de 56.6. (Tasa de mortalidad infantil= Número de defunciones de menores de un año por cada mil nacidos vivos). (Fuente: La Mortalidad en México: tablas abreviadas para los entidades federativas y el total de la República, I.I.S.UAMM. 1979: Estimación del Consejo Nacional de Población considerando el subregistro de defunciones de menores de un año).

ESTRUCTURA POR EDAD.

El comportamiento pasado de la mortalidad, la fecundidad y la migración no sólo determina el tamaño y la estructura por edad y sexo de una población, sino que también imprime su influencia en la dinámica futura. Es un hecho básico el rejuvenecimiento de la población a par--

tir de 1940, lo que propicia, a su vez, la continuidad de un rápido crecimiento. En 1940 la población menor de 15 años representaba el 41.2% y para 1970 se incrementó al 46.7%.

Sin embargo, una vez que se inicia el descenso de la fecundidad, este fenómeno también se invierte, y para 1960, los menores de 15 años representan el 44.5%.

Población por grupos de sexo y edad (de 0 a 65 años o más) en 1960. Absoluto (en miles) con un total de 69,346.9, siendo el 34,530.9 hombres y el 34,766.9 mujeres. Relativo(en %) con un total de 100.0, hombres y mujeres con un 100.0. (Fuente: Cifras preliminares del X Censo General de Población, corregidas por subenumeración proyectada al 30 de junio de 1960. Consejo Nacional de Población).

DISTRIBUCION GEOGRAFICA DE LA POBLACION.

México es un país con una gran diversidad regional, tanto en sus recursos como en su cultura, ocupaciones y costumbres contrastes en la distribución de la población en el territorio nacional.

Para el año de 1960 el Distrito Federal tenía más de 6,300 habitantes por kilómetro cuadrado, por otra parte, entidades como Baja California Sur, Durango y Chihuahua, tenían menos de 10 habitantes por kilómetro cuadrado.

Según las estimaciones realizadas, para 1960 las ciudades que crecieron más son: Hermosillo, Toluca, Cuernavaca, Chihuahua y Toluca.

Las que han crecido a un ritmo más lento: Postruro, Tlaxcala, Guamajuato, Aguascalientes y Zacatecas. (Fuente: 1970: IX Censo General de Población, D.G.E., S.I.C. 1960; El Desarrollo Urbano de México. Lima 1961. El Colegio de México 1978).

POBLACION Y DESARROLLO.

No obstante los esfuerzos realizados por la administración pública en los últimos 40 años, la población requiere aún importantes incrementos en sus condiciones de bienestar. Hoy hay más escuelas, más atención médica, existen más consultorios rurales, los niveles de alimentación - han mejorado. Sin embargo, el acelerado crecimiento de la población con tribuye a que esas realizaciones no sean suficientes para alcanzar mejores niveles de vida.

Tal situación constituye un desafío para las políticas del desarrollo del país y ratifica el enfoque mexicano de una política de población humanista, cuyos fines involucran un mejoramiento de las condiciones de vida que propicien una disminución del crecimiento demográfico del país. Población y desarrollo son y deben ser un concepto integral.

La educación tiene una gran influencia en el comportamiento demográfico de la población así como la alimentación, las condiciones de salud, la actividad en el trabajo y otras que condicionan los niveles de fecundidad, mortalidad, migración, etc.

- - Proceso de hijos nacidos vivos.

En 1976-77 se observa que el número promedio de hijos nacidos vivos por mujeres que residen en localidades de más de 20,000 habitantes. Con lo anterior se corrobora que en términos generales los niveles de fecundidad son inferiores en las localidades urbanas, puesto que allí se concentran las mejores niveles de bienestar social. (Fuente: Encuesta Mexicana de Fecundidad, Iar, Informe Nacional, S.P.P. 1979.

- - Según edad de la madre y nivel de escolaridad.

Es importante destacar la relación que guarda el nivel de escolaridad

dad con el número medio de hijos nacidos vivos. Se observa que cuando el nivel de escolaridad es más alto, el número de hijos es menor. Al concentrar el análisis en las mujeres que terminaron su período reproductivo (45-49) se observan que aquellas que no poseen ningún tipo de instrucción tienen en promedio 7.3 hijos, mientras que las que cuentan con estudios de preparatoria y más, sólo tienen 3.2 hijos. (Fuente: Encuesta Nacional de Fecundidad. Ier. Informe Nacional, S.P.P. 1979).

- - Población económicamente activa.

El rápido incremento de la población a partir de 1930, trae como consecuencia que el volumen de población en edad de trabajar, aumenta también. La incorporación de población a las actividades económicas se debe a diversos factores, como son: la organización social, el crecimiento de la economía, el desarrollo de la educación, la posición de la mujer en la sociedad, etc.

En 40 años, la población económicamente activa se cuadruplicó pasando de 6 millones en 1940 a 23.7 millones en 1980.

En el año de 1980 la población inactiva fue de un 64.69% y la activa de un 27.64%. (Fuente: 1980: X Censo General de Población y Vivienda. Resultados preliminares a Nivel Nacional por Entidad Federativa, - S.P.P. 1981. Incluye 1.4 millones con condición de actividad no especificada).

- - Alfabetismo de la población de 10 años y más.

En el año de 1970 los alfabetos en la zona urbana fué de 18,427.0 y en la rural 8,230.7. Los analifabetos en la zona urbana fué de 2,944.7 y en la rural de 4,732.4 (En miles).

En el año de 1970. Absolutos (En miles), los alfabetos fué de --

39,103.6 y los analfabetos de 5,750.0 Porcentajes (X), los alfabetos fué de 64.00 y analfabetos de 16.00. (Fuente: VI, VII, VIII, y IX Censos Generales de Población, C.G.E. S.I.C. X Censo General de Población y Vivienda. Resultados preliminares a Nivel Regional y por Entidad Federativa, - S.P.P. 1981. No se incluye a 2 389.0000 personas de 15 años y más con -- condición de actividad no especificada).

- - Población y vivienda.

En el año de 1980 se contaba con 67,362.6 habitantes y 11,156.2. - El promedio persona - vivienda fué de 5.5. El porcentaje de viviendas en 1980 con agua entubada fué del 71.2%, con drenaje el 49.2%, con un cuarto N.D., con baño N.D. (Fuente: 1980: X Censo General de Población y Vivienda. Resultados preliminares a Nivel Nacional y por Entidad Federativa. - S.P.P. 1981. N.D. No Disponible).

ALTERNATIVAS DEL CRECIMIENTO FUTURO DE LA POBLACION DE LAS ENTIDADES FEDERATIVAS.

Con los objetivos y metas establecidas en la Política Demográfica - Regional, y considerando los resultados preliminares del X Censo General de Población y Vivienda, se ha elaborado una nueva estimación de la población futura de cada una de las entidades federativas.

Estas proyecciones tienen particular importancia en cuanto que, en primer término, se pueden identificar los esfuerzos que deben realizarse tanto en los programas que apoyen la disminución de la natalidad y, como consecuencia, del crecimiento natural, y por otro lado, aquellos programas que influyeron para establecer un nuevo comportamiento migratorio de la población y mejorar su distribución en el territorio nacional. En segundo término, las proyecciones se convierten en un valioso instrumento - para la planeación social y económica de las entidades federativas.

En esta publicación únicamente se incluye la proyección programática

que es la que contempla el cumplimiento de las metas establecidas: Tasa de crecimiento del 2.5% para 1982, alrededor del 1% al año 2000.

- Población total y por grupos de edad.

1985. Los Estados Unidos Mexicanos tendrá un total de 69,346.9, - de 0 a 4 años fueron de 11,199.9, de 5 a 14 años fué de 19,914.6, de 15 a 64 años fué de 35,571.5 y 65 y más años de 2,665.0.

AÑO	TOTAL DE POBLACION	E D A D E S			
		0 a 4 años	5 a 14 años	15 a 64 años	65 y más
1982	73,010.6	11,199.9	20,593.7	38,484.2	2,732.8
1985	76,246.1	11,166.1	21,538.6	42,717.3	2,824.7
1990	86,019.7	10,099.7	21,945.5	50,771.9	3,201.5
1995	93,120.9	9,447.5	20,965.5	58,980.0	3,746.9
2000	100,041.4	9,475.6	19,295.2	66,810.7	4,459.9

(Fuente: Estimación del Consejo Nacional de Población).

MEXICO. SITUACION SOCIOECONOMICA.

La producción de tabaco en nuestro país ha sido considerada por algunos autores como un elemento importante en la economía nacional. (8)

En México se cultivan tres tipos de tabaco: rubios, oscuros y aromáticos, siendo los primeros los que constituyen la mayor parte de la producción (81.3%; el 17.4% le corresponde a los oscuros y sólo el 1.3% a los aromáticos (período 1974 - 1980). Esta tendencia es la misma que se encuentra en el consumo mundial de tabaco, y la hipótesis que se utiliza para explicar el crecimiento de los tabacos rubios, es la preferencia de los consumidores hacia los tabacos más suaves; la restricción de fumar - en lugares cerrados; la liberación en el consumo de cigarrillos y desde luego, por el papel que juega la publicidad en la orientación hacia el tabaco de consumo.

México se sitúa en el séptimo octavo lugar como país exportador de tabaco, con un promedio anual de exportación de 22,000 toneladas. La industria tabacalera nacional ha experimentado un constante y creciente desarrollo a expensas, tanto de la venta interna como de la exterior. Se obtuvo del tabaco tanto en 1980 como en 1981 por concepto de exportación de tabaco en rama \$ 48,000,000 de dólares. (9) Se considera que en promedio mensual se trabajan 711,000 horas - hombre en la industria del tabaco.

El aumento progresivo en el consumo de tabaco también se puede constatar al revisar los gastos anuales por publicidad en tabaco, por ejemplo en nuestro país durante 1982 se gastaron más de \$ 1,000 millones en programas comerciales. Estas cifras se refieren al gasto por tiempo de publicidad en televisión, ocupando 4,333 minutos en el aire, lo que equivale a tres días completos de transmisión. Para 1983 el gasto había aumentado a cerca de los \$ 2,000 millones. (10) Es importante mencionar que el tabaco se encuentra entre el tercero y quinto de los principales productos anunciados en la televisión. Como habíamos mencionado, un porcentaje importante de los mensajes transmitidos están dirigidos a jóvenes y a mujeres.

La Secretaría de Programación y Presupuesto y el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, consideraron que el pronóstico del consumo de tabaco durante el período de 83 - 85, estará determinado por una parte por el incremento de la población, el consumo por cápita y el rendimiento de producción de cajetillas de cigarras por tonelada de tabaco. Estas instituciones consideraron dos alternativas; la primera contempla una tasa de crecimiento de 2.2% en promedio anual, esto indicaría que para 1983 se habrían vendido 2,087 millones de cajetillas; para 1984 la cantidad se encontraría en los 2,269 millones de cajetillas y para 1985 se habrían vendido más de los 2,500 millones de cajetillas. Cabe señalar que las cifras que para 1985 serían de un 11.14% superiores a lo que se de producción en 1980.

La segunda alternativa consideró plantas que el rendimiento de producción de cajetillas de cigarras por tonelada de tabaco en rata se mantenga constante, así como el consumo por cápita de cigarrillos permanezca estático. El caso es así, el mercado de la industria cigarrera crecerá a una tasa media de 3.5% en promedio anual, crecimiento mayor al de la tasa histórica de los 70s. La producción de cajetillas de cigarras entonces podría alcanzar 3,265 millones de cajetillas al finalizar el año de 1985. Esto quiere decir que de acuerdo a ambas alternativas, la perspectiva de producción y consumo de tabaco en nuestro país en términos generales se mantendrá estable y con tendencia a un crecimiento progresivo. (10)

Legislación del tabaquismo.

El 7 de febrero de 1984 apareció en el Diario Oficial de nuestro país la Ley General de Salud. En ésta, por primera vez se reconoce al consumo de tabaco como una conducta de alto riesgo para el desarrollo de padecimientos crónicos, así como una causa importante de mortalidad en la sociedad moderna de nuestro país. (4)

La Ley contempla como prioritaria, la educación de poblaciones de alto riesgo (niños, adolescentes y mujeres), sobre los efectos de dicho hábito en la salud. Asimismo, se establece la importancia de la investigación científica, sobre los factores que propician, que diferentes grupos se inicien en el consumo del tabaco, así como el desarrollo de programas de acciones preventivas. También se establece con claridad el establecimiento de normas que aseguren que la publicidad del tabaco sólo se limite a dar información sobre las características, calidad y técnicas de elaboración de los productos y que por ningún motivo se presenten como productos asociados a bienestar o salud, o bien, asociarlos a celebraciones cívicas y religiosas.

Aunque la legislación también contempla que el consumo del tabaco no deberá asociarse a ídolos o imágenes de mayor éxito en la vida, tales como sexualidad, prestigio social, actividades creativas y/o deportivas. Todavía en la actualidad los comerciales que se transmiten a través de los medios masivos, utilizan todos estos elementos para promover el consumo, así como para inducir el uso del tabaco en aquellos países donde no se han iniciado.

En la Ley se contempla el que los cajetillos de cigarras contengan a nivel de información, una leyenda que establece que el consumo del producto es nocivo para su salud. Por otra parte, se establece el requisito de reportar en cada cajetilla el contenido preciso de aquellas componentes químicas reconocidas del desarrollo de patología, ejemplo de esta sería la concentración de nicotina y la concentración de alquitrán. El primer compuesto juega un papel importante en problemas cardíacos vasculares y el segundo en el desarrollo del cáncer.

Programas Terapéuticos.

Durante los últimos 20 años se han desarrollado una serie de programas terapéuticos que tienen como objeto ayudar especialmente al fumador - severo-crónico a abandonar su hábito.

Estos programas incluyen las más diversas aproximaciones o enfoques, ejemplo: programas de educación para la salud, programas psicoanalíticos, programas de hipnosis. Recientemente dos modelos han mostrado ser de utilidad. Por una parte tenemos al programa conductuales, los cuales pueden ser activos y no activos; individuales y de grupo; acompañados o no de técnicas de reestructuración cognoscitiva (29 - 32 - 30). Y por otra parte se encuentra: b) el uso de la nicotina en goma de mascar, ésta ha mostrado ser útil para aquellos fumadores que muestran una fuerte dependencia física al tabaco y que por lo mismo cuando dejan de fumar y los niveles de nicotina en sangre disminuyen, muestran una serie de manifestaciones displacenteras, resultado de la privación que obligan al sujeto a continuar fumando (5). A este proceso se le ha denominado síndrome de abstinencia.

A partir de septiembre de 1981, se inició en México un programa de investigación para el abandono del hábito de fumar, utilizando técnicas - educativas y educativa-conductuales. Este es un programa conjunto del -- Instituto Mexicano de Pediatría y del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. Entre los objetivos del estudio se encuentran el establecer los perfiles de los diferentes tipos de fumadores en nuestro -- país. Asimismo, evaluar la efectividad y el costo-beneficio de ambas intervenciones. El estudio estuvo dirigido a población adulta.

Posteriormente en 1986 se integró al programa de investigación, el Hospital General de México, SSA a través de su Unidad de Neumología, así como el Instituto Nacional de Perinatología. En el primero se iniciaron

en enfermos crónico-neurológicos y crónico-cardiovascular, programas educativos y cognitivo conductuales, con el objeto de que abandonaran el hábito de fumar. En el segundo se iniciaron en mujeres con embarazo normal y con embarazo de alto riesgo, programas educativos y psicoterapias conductuales. También con el objeto de que abandonaran su consumo de cigarras.

En 1982 se realizó una investigación en la Clínica de Tabaquismo - en México. Clínicos resultados de un convenio entre el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) y el Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP). La muestra estuvo constituida por 179 pacientes que asistían en los años a 23 grupos de la Clínica de Tabaquismo. El artículo lleva el título "Experiencias de la Clínica de Tabaquismo. Resultados de un programa educativo - conductual", reporta datos sociodemográficos, historia de tabaquismo personal y familiar, así como los resultados obtenidos con diversas técnicas de psicoterapia conductual en combinación con un programa de educación para la salud; reportando que la mayor parte de la población se encontraba en edad productiva. (75% alrededor de los 20 y 49 años de edad). Iniciando la gran mayoría su hábito tabáquico en la adolescencia, dirigiéndonos a pensar en el hecho de que se requirieron programas preventivos diseñados para esta población, y como un dato importante el hecho de que cerca del 50% había intentado dejar de fumar sin lograrlo, lo cual al ser investigada la historia de tabaquismo familiar, se encontró que una tercera parte de la muestra, tenían varias familiares fumadoras entre sus parientes de primer grado y en una tercera parte los factores psicológicos (ansiedad-depresión; hábito-dependencia) fueron los motivos principales por los cuales los pacientes explicaban el porqué del hábito de fumar.

En el artículo "Programas Terapéuticos para el Abandono del Hábito Tabaquico", Psic. Mónica Balzarotti González; Psic. Mónica Vergara Díaz; Dr. Federico G. Puente Silva. Se hace mención acerca de la influencia -

de algunas modalidades terapéuticas para el abandono del hábito de fumar. Encontrándose hallazgos comunes de gran trascendencia como: la edad de inicio en el hábito de fumar, encontrándose entre los 10 y 19 años de edad, siendo este factor determinante en el desarrollo de padecimientos -- crónicos-degenerativos, incluyendo cáncer, contribuyendo este factor en la dificultad para el abandono del hábito como resultado del establecimiento de la dependencia física y psicológica. La mayor parte de la población -- está casada, con implicación correspondiente de riesgo para los familiares del fumador. Siendo un punto de importancia el hecho de que la mayor parte de los fumadores que termina el programa, deja de fumar; señalando los autores que este punto nos dirige a plantearnos el hecho de desarrollar modelos de intervención posttratamiento que refuercen y aseguren la -- conducta de abstinencia obtenida.

Por lo que se hace necesaria poder determinar diferencias o semejanzas en cuanto a los diferentes tipos de población en México y su hábito al consumo de tabaco. De esta forma durante el período de 1980 - 1984 una investigación realizada por el Dr. Federico G. Puente Silva, bajo el rubro de "Resultados de Encuestas sobre el Hábito de Fumar en Tres Muestras (Población Suburbana/Rural, Personal Médico de Siete Centros, Hospitales y Personal de Petróleos Mexicanos). Implícaciones y Consideraciones" (Dr. Federico G. Puente Silva). Hace énfasis de que a pesar de que construyen poblaciones diferentes, en todos ellos los resultados indican que la incidencia y prevalencia de consumo de tabaco, está muy por arriba a -- las reportadas en los países industrializados. Reportando incidencia con siderable en relación a mujeres de edad fértil de poblaciones suburbanas y rurales, que si tomamos en cuenta su bajo nivel socioeconómico, la desnutrición, así como los patrones de fecundidad, las implicaciones se tornan mayores que para el resto de la población.

En cuanto a la población trabajadora de Petróleos Mexicanos, los -- hallazgos nos indican una importante incidencia en el consumo del tabaco, relacionada a la historia de tabaquismo activa: temprana edad de ini-

ción, consumo severo y múltiples intentos frustrados de abandono del hábito tabáquico.

Así como en relación a lo encontrado en médicos de alta centros -- hospitalarios, se encuentra que el consumo está muy por arriba de lo reportado por médicos generales de países desarrollados, quedando de ésta forma, una visión más objetiva sobre lo que sucede en México, en las diferentes poblaciones y su relación con el hábito de fumar, sacando de esta forma el grado de afección en un país como lo es México y por lo tanto la importancia de el estudio, la investigación y la inter-acción a los 3 niveles, por parte de los profesionistas interesados en este fenómeno, enfatizando su participación en lo posible a nivel preventivo.

El COMECTA (Comité Mexicano para el Estudio y Control del Tabaquismo) bajo el trabajo auspiciado por el Dr. Federico G. Aguero Silva, hace mención en el artículo "Estrategias Preventivas Frente al Tabaquismo. Implicaciones para el Año 2000", sobre algunas dudas que para esta investigación, como para conocer la situación en lo que se encuentra México en relación a este fenómeno que hemos decidido estudiar, consideramos son de importancia. Se indica que el consumo de tabaco es una epidemia que crece a una tasa del 2.1% anual en un número importante de países, un dato se encuentran los países en vías de desarrollo, situación difícil, si se toma en cuenta el hecho de que se encuentran aún sin poder resolver las enfermedades infecciosas y la desnutrición.

La publicación que por televisión se llevó a cabo en México durante el año de 1966, se gastaron más de 1 000 000 000 (mil millones) de pesos mensuales, que considerando la tasa de cambio con respecto al dólar durante ese año, se estaría hablando de más de un millón de dólares mensuales, sólo en publicidad por televisión.

De igual forma se ha incrementado el número de hectáreas dedicadas al cultivo de tabaco, asjemp. 39,000 hectáreas en 1974-75 y 49,000 hectá-

rosa en 1979-80; incrementándose aún más en 1986, como resultado de campañas promocionales. (Estadística Agrícola, México 1982).

Por otro lado se ha podido observar que toda esta información no - la tienen la mayoría de los individuos, el promedio se encuentra ajeno e ignorándolo y cuando llegan a presentar alguna enfermedad resultado del hábito tabáquico, ya sólo existe el dolor físico, más también la exstia, el ansia por que nadie los haya informado de que éste podía ocurrir les. Ignorando tanto la nocividad de éste, debido a las sustancias químicas que lo componen, así como la relacionada a la dependencia física, psicológica; el síndrome de abstinencia y la influencia de factores psicológicos y sociales donde la dinámica familiar y social además de la pr bilidad juegan un papel determinante en el inicio a este hábito de fumar.

Sugiriendo al Sr. Fuente Silva, abordar a nivel preventivo este há como en total a cinco estrategias:

- I En población de gobernantes.
- II El personal de salud.
- III Los Educadores.
- IV Los Padres y sus Familiares.
- V La Publicidad Preventiva/Educativa a la Comunidad Social.

Estrategias que consideramos de gran importancia, ya que se debe trabajar a nivel global abarcando los diferentes grupos sociales que in fluyen en la incidencia de este hábito tabáquico. Así como lo relevante de que sea a nivel "preventivo" para que la incidencia decremente y se - farje cada vez un futuro más prometedor con respecto a la salud pública.

MARCO TEÓRICO.-

Partimos de la base de que el tabaco es una droga legal, ésta es, es una droga permitida y socialmente aceptada, en un país como el nuestro se consume abiertamente, no hay restricciones y su publicidad es constante. Un porcentaje muy alto de la población adulta consume tabaco por lo que la influencia en niños y adolescentes es muy importante.

Cada vez es más clara y precisa el impacto que tienen los medios de información masiva sobre la información de las personas y su comportamiento. La publicidad de tabaco lo presenta como un producto que proporcione bienestar y salud, se asocia con ideas e imágenes de mayor éxito en la vida afectiva y sexual de las personas, hacen una exaltación del prestigio social, virilidad o fertilidad, de igual forma asocian ideas, actividades creativas, religiosas, deportivas o de trabajo. Venas que todos estos elementos son utilizados en los comerciales, que se transmiten en los medios masivos de comunicación, para promover el consumo e iniciar al tabaco de aquellas personas que no se han iniciado. Los medios de información masiva se relacionan en forma muy importante con la teoría de Bandura de Modelamiento o Aprendizaje Social.

Bandura propone que la respuesta del modelo ante una señal en un contexto determinado, produce en el observador respuestas imaginarias "internas" que producen manifestaciones cuando el observador se encuentra en el escenario adecuado.

Sostiene que a pesar de que el observador no emite la respuesta, inmediatamente después de haber observado al modelo, y no obstante que no ha sido reforzada, el observador integra las señales detectadas como tácticas con las respuestas del modelo y el contexto y por lo tanto llega a ser capaz de emitir la respuesta del modelo en situaciones o condiciones similares.

Bandura considera el aprendizaje por observación como Aprendizaje Vicario refiriéndose éste último término a la situación en la que una persona (observador) comparte las experiencias de otras personas (modelo) a las que observa, escuchando el lenguaje de esta persona en forma de re-

presentaciones cognoscitivas o imágenes. (Lindzey y Aronson, 1935, Vol. 1).

La idea de Bandura y Walters sobre el estudio del comportamiento social acentúan de manera original el papel de la imitación en la adquisición del comportamiento, tanto deseado como conformista.

Bandura y Walters afirman que las nuevas pautas de respuesta son imitaciones exactas del comportamiento de otros, que pueden adquirirse por medio de la observación. Acentúan, que generalmente quien aprende imita con éxito casi la totalidad de pautas respuestas de un modelo, aún cuando no lo realice en forma satisfactoria ni reciba refuerzo durante la de observación.

En otras sociedades se manifiesta en forma clara la importancia cultural del aprendizaje por observación. Basta el punto de que en muchas lenguajes la palabra "enseñar" es la misma que la de la palabra "mostrar" (Reichard, 1938, p. 471).

En la explicación que de Neah (1938) de la instrucción social de las niñas en una subcultura catalana de Guatemala, se pone de manifiesto como la conducta aprendida desde del rol adulto, puede adquirirse casi por completo mediante imitación. A las niñas catalanas, se les da una jorra de agua, una cocoda, que son verdaderas en apariencia de las que usa su madre. Observando e imitando constantemente las actividades domésticas de su madre, que no les proporciona otras ninguna instrucción directa, las niñas aprenden y adquieren pronto el repertorio de respuestas propias de su sexo. Del mismo modo, las niñas pequeñas catalanas, acompañan a su padre cuando se dedica a las actividades propias de su ocupación y reproducen sus actos con ayuda de verdaderos o pequeños utensilios de los que usan los adultos.

Como indica con la mayor claridad el ejemplo anterior, las niñas suelen adquirir, en el curso de la representación imitativa de un rol, varias clases de respuestas interrelacionadas en todo, sin seguir necesariamente un proceso gradual y continuo de diferenciación y extensión de respuestas, ni requerir un largo período de instrucción por discriminación.

Así como en muchas culturas, "Las niñas no hacen lo que los adultos les dicen que hagan, sino más bien lo que les ven hacer" (Reichard, 1938,

p. 471). Aunque es evidente que en la sociedad norteamericana gran parte del aprendizaje se obtiene sólo de la presentación de modelos de la vida real, con los avances de la tecnología y de los medios escritos y audiovisuales se concibe cada vez más confiado al uso de modelos simbólicos.

Los modelos simbólicos pueden presentarse mediante instrucciones orales o escritas, plásticamente, o por combinación orales y plásticas. Un medio de modelos simbólicos que predomina realmente lo constituyen las instrucciones verbales que describen las respuestas correctas y su orden de ejecución. Sin la guía de modelos o instrucciones.

Los modelos plásticos se distribuyen en las películas, la televisión y otras exhibiciones audiovisuales, y no suelen acompañarse de instrucciones directas al observador. De hecho, los medios audiovisuales de estas ejercen, hoy por hoy, una gran influencia en los pautas de la conducta social. Como la mayoría de los jóvenes pasan mucho tiempo expuestos a modelos plásticos, sobre todo a través de la televisión (Himmelsheid, Bopprecht y Vinson, 1959; Schramm, Lyle y Parker, 1961), estos modelos juegan un papel fundamental en la conformación de la conducta y la modificación de las normas sociales, con lo que ejercen gran influjo sobre la conducta de los niños y adolescentes.

Por otra parte, la forma y el nivel de aprendizaje varían en función del tipo de presentación del modelo, ya que una acción real puede proporcionar modelos mucho más relevantes y claros que las que se transmiten por descripción verbal. Por ello, las instrucciones de los padres a los hijos sobre cómo tienen que comportarse influyen quizá mucho menos en su conducta social, que los modelos de imitación audiovisual de modelos, o mejor que los padres exhiben, como modelos, una conducta en consonancia con las instrucciones que dan.

El problema de un modelo negativo es que, al intentar disuadir a sus hijos de que actúen de forma socialmente inapropiada, los padres tienen que subrayar y detallar muchas veces la conducta devinida, que de otra forma apenas hubiera recibido atención por parte de sus niños.

Los modelos ejemplares suelen reflejar normas sociales, y de esta forma sirven para describir o extraer, con diversos grados de detalle, la conducta apropiada ante determinadas situaciones de estimulación.

M E T O D O L O G I A

TIPO DE INVESTIGACION

La presente investigación se comprendió de tres estudios, el modelo utilizado fué el denominado Casos - Control. A continuación se describirán y posteriormente se separarán c/u de estos estudios para facilitar su comprensión.

PRIMER ESTUDIO

Es de tipo experimental de campo. En el que se utilizó el modelo de caso-control, donde los grupos de una escuela primaria fueron distribuidos aleatoriamente en dos grupos, uno fué el grupo experimental y el otro grupo control.

En el grupo experimental, la variable a medir fué el posible impacto que la exposición de un audiovisual educativo, basado en el cuento del "Lobo Feroz, los tres cochinitos y el tabaco", relativo a la nocividad del consumo de tabaco. El grupo control no fué expuesto a dicho audiovisual.

SEGUNDO ESTUDIO

Es evaluativo/exploratorio. Que se basó en la presencia/ausencia de tabaquismo familiar de c/u de los alumnos estudiados del grupo control y del grupo experimental, con el objeto de si éste tenía o no influencia, sobre la información de nocividad en el consumo de tabaco.

TERCER ESTUDIO

Es evaluativo/exploratorio. Fué sobre la historia de tabaquismo personal de los profesores del grupo control y del grupo experimental. - Para ver si éste tenía influencia o no (presencia-ausencia) sobre la información de nocividad en el consumo de tabaco.

En lo que respecta al tipo de estudio, llamado "Estudios Casos-Control", fué seleccionado ya que se basa en un modelo que nos permite una comparación entre los casos y los del grupo control, con respecto a la frecuencia, considerando algunos de los factores a evaluar en términos de presencia ó ausencia. Se trata de comparación un grupo al otro, previniendo de de la misma población a poblaciones similares, óptimo en poblaciones cerradas como escuelas, establecimientos militares y centros de trabajo. Formándose cada grupo idealmente del mismo grupo de integrantes, con el mismo rango de edad y algunas otras similitudes, estableciéndose la variable a medir ó evaluar aplicable a uno de los grupos; el muestreo más común es el azar, sistemático ó muestras apuradas. Se recomienda que los esfuerzos en evitar la cooperación, resultados adecuados e intervenciones deben ser similares y así lograr comparaciones, por ejemplo en el caso de la intervención, el tiempo de inicio y el de término pueden ser registrados y comparar la duración, y así una diferencia entre casos y controles con respecto a una simple experiencia anterior, puede ser mayormente aceptada como una evidencia real de una diferencia, que si todas las experiencias fueran diferentes, en una población pose similar.

Debido a lo mencionado, es importante señalar que en el trabajo práctico estadístico, es de gran importancia la frecuencia (ó veces) que ha aparecido algo, denotado así lo que se llama "proporción". Por una \bar{x} , el error estándar de éste valor puede ser calculado, que es la variabilidad que mostrará. De esta forma la relación de las diferencias entre un porcentaje observado y un porcentaje observado, el error estándar, mostrará que diferencia es probable ó improbable de darse meramente por el cambio. El error estándar convencionalmente, se dobla, y si la diferencia es mayor al doble del error, se dice que es "significativa". Si es menor que el doble del error estándar, la diferencia es "no significativa".

Error estándar de la diferencia.

$$\sqrt{\frac{p \times q}{n}}$$

p = porcentaje en el universo en una categoría.

q = porcentaje en la otra categoría.

n = No. de individuos en la muestra.

Error estándar de la diferencia entre 2 proporciones.

$$\sqrt{\frac{p_1 \times q_1}{n_1} + \frac{p_2 \times q_2}{n_2}}$$

"Diferencias entre proporciones ó porcentajes", se refiere a 2 grupos (control y experimental) que son comparados, siendo éste el método estadístico utilizado en la presente investigación, por tener cada 2 grupos, en base al estudio en el que nos basamos "cases-control". (Bradford Hill, A. 1971; MacMahon, B. 1976).

P R I M E R E S T U D I O

=====

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Qué tipo de información prevalecerá en los alumnos de una primaria sobre el consumo de tabaco y nicotina?

¿CÓMO influirá la transmisión de un audiovisual ("El Lobo Feroz, - los tres cochinitos y el tabaco", programa de educación para la salud) en una población escolar primaria sobre el nivel de información relacionado con el consumo de tabaco y nicotina?

HIPOTESIS

HIPOTESIS ALTERNATIVA: La exposición a un audiovisual educativo a la nicotina del consumo de tabaco producirá un cambio significativo en la información que la población escolar (entre grupo control y grupo experimental) tuviera sobre ésta.

HIPOTESIS NULA: La exposición a un audiovisual educativo a la nicotina por consumo de tabaco, no producirá ningún cambio significativo en la información que la población escolar (entre el grupo control y el grupo experimental) tuviera sobre ésta.

VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE: La transmisión de un audiovisual educativo a la nicotina del consumo de tabaco.

VARIABLE DEPENDIENTE: El cambio en la información que la población escolar primaria tuviera sobre nicotina del consumo de tabaco.

SUJETOS

Los sujetos estudiados fueron de una escuela primaria "Año Internacional Del Niño".

El total fué de 1168 alumnos, de los cuales 571 alumnos constituyeron el grupo control y 594 alumnos el grupo experimental. La asignación de cada uno de los grupos se llevó a cabo en forma aleatoria.

Los sujetos fueron clasificados en las siguientes categorías:

- Grado Escolar del primero al sexto año.

- a) Del primero al tercer año.
- b) Del cuarto al sexto año.

- Edad

- I (6, 8, 9) años
- II (10, 11, 12) años
- III (13 años o más)

- Sexo

- Femenino
- Masculino

ESCENARIO

El escenario fué la Escuela Primaria "Vida Internacional Del Niño", ubicada en Petrarca de Curicó en s/n esquina Castilla de San Diego, 4a. Sección Unidad Frenata - Icaqueza.

La razón por la cual se eligió esta escuela, es la facilitación -- que proporcionaron los directores para trabajar durante el tiempo que dura la investigación.

Esta escuela está constituida por un área de 50 x 47 mts. cuadrados conformados por las siguientes características físicas:

- 24 sillas c/u con: 1 puerta, 8 ventanas, 20 bancos con pupitre, 1 pizarra de 2.20 x 1.30 mts., 1 escritorio, 1 silla, 1 estante, 4 tubos de luz blanca.
- La dirección cuenta con: 2 cubículos que funcionan como oficinas de los directores, una del turno matutino y otra del turno vespertino, 1 reloj de pared, 2 sillones, 3 estantes, 4 tubos de luz blanca, 1 bendedero, 1 tocadisco, 1 bocina, 1 micrófono, 1 timbre, 3 escritorios, 3 sillas de tipo secretarial y 1 máquina de escribir.
- 1 patio, 3 cuartos de baño para los maestros, para las niñas y para los niños.

INSTRUMENTOS

Se basó en una serie de evaluaciones a través del dibujo que nos proporcionaron la información que tienen los alumnos acerca del consumo de tabaco y nicotina, en algunos de los casos los alumnos elaboraron el guión leyenda escrita.

Para su evaluación se agruparon en cuatro categorías:

- a) Fumar es bueno.
- b) Fumar es malo.
- c) Información que se ignora.
- d) Doble información, es decir, el fumar tiene un aspecto bueno y malo.

MATERIA

- Audiovisual constituido por 16 transparencias e colores de dibujos animados del "Loto Feroz", las tres cachibotas y el tabaco",

alternativo a la nocividad del consumo del tabaco. Un cassette con la narración del cuento. La transmisión duró aproximadamente - 20' (este audiovisual fue elaborado por Balzarotti, M. y contó recursos en el año de 1988, como material de apoyo para programas de educación para la salud).

- Grabadora, proyector de transparencias, pantalla.
- Extensión, mesa, cajetilla de cigarras.
- Hojas blancas tamaño carta, lápices, colores, plumones, pluma y goma de borrar.

PROCEDIMIENTO

Para la realización de ésta investigación se visitó a los directores de la escuela primaria "Año Internacional del Niño", con el objeto de explicarles en qué consistía la investigación y de lo importante que era su colaboración para llevarse a cabo.

En seguida, los experimentadores fueron presentados con el personal académico de dicha escuela, explicándoles que el motivo de la visita era realizar una investigación de la U.N.A.M., acerca del tipo de información sobre nocividad del consumo de tabaco que prevalece en una escuela - primaria.

Se tomó la totalidad de la escuela primaria (turno matutino y vespertino), donde se llevó a cabo 3 estudios que a continuación se describen:

a) Utilizando el modelo de cuas-control con distribución aleatoria se dividieron los grupos escolares en dos grupos de estudio, siendo - la mitad de la escuela primaria el grupo experimental y la otra mitad el grupo control. El grupo experimental recibió la transmisión de un audiovisual basado en el cuento del "Lobo Feroz y los 3 cochinitos", donde la

trase del cuarto informe a los alumnos que el consumo de tabaco es nocivo para la salud. El grupo control no fue expuesto a ningún audiovisual.

Posteriormente tanto el grupo experimental como el grupo control, fueron sometidos a una serie de evaluaciones. La primera de éstas se realizó a las 2 semanas de haberse transmitido el audiovisual, pero éste fue mas presentado previamente a los alumnos de cada uno de los grupos escolares y se les pidió a los alumnos: dejar un momento lo que estaban haciendo, guardar sus cosas y poner atención. Tratando de no influir sobre su actitud, se les mostró una cajetilla de cigarras y se les preguntó lo que dicha cajetilla contiene, se repartieron hojas blancas tamaño carta a cada alumno, se les pidió anotar sus datos personales (nombre, edad, grupo y turno). Al mismo tiempo también hicieron un dibujo del cigarro ó cualquier cosa relacionado con éste, usando lápiz, pluma, plumas o colorín, lo que ellos eligieran. La primera evaluación, fue a las 2 semanas de haberse pasado el audiovisual y la segunda a las 4 semanas de haberse hecho la primera evaluación.

Estas series de evaluaciones fueron llevadas a cabo para ver: --

- 1) El impacto del audiovisual sobre la población escolar y 2) Si este impacto fue significativo o no, e en caso contrario, que la información que ya tenían los alumnos era lo suficientemente clara y precisa, y por lo tanto el impacto hubiera sido relativo.

SEGUNDO ESTUDIO*********

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Frecuencia (presencia-ausencia) de consumo de tabaco en familiares de esta población escolar primaria y su posible influencia sobre el tipo de información en los alumnos con respecto al consumo de tabaco y actividad.

SUJETOS

El total de familiares estudiados fué de 1214, de los cuales 631 constituyeron el grupo control y 583 del grupo experimental.

ESCENARIO

El mismo de nuestro primer estudio.

INSTRUMENTO

Para evaluar la presencia/ausencia de tabaquismo familiar de cada uno de los alumnos, se aplicó una cédula precodificada de tres preguntas que se contestaron poniendo una "X" en la respuesta correcta (Apéndice No. 1) y para establecer su grado de influencia con el tipo de información en los alumnos, se hizo una comparación grupal (Control/Experimental).

MATERIAL

Lápices y pluma.

PROCEDIMIENTO

Se evaluó en forma comparativa la ausencia o presencia del tabaquismo familiar de cada uno de los alumnos estudiados del grupo control -

y del grupo experimental con el objeto de conocer si éste tuvo o no influencia sobre la información de nocividad por consumo de tabaco.

Una vez que los alumnos habían entregado el dibujo de la segunda evaluación de nuestro primer estudio, se les repartió una cédula predefinida de tres preguntas cerradas que debían leer con cuidado y poner una "X" en la respuesta correcta. Solememente registraron asistencia ó presencia de consumo de tabaco por los familiares de cada uno de los alumnos estudiados.

TERCER ESTUDIO

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Frecuencia (presencia-absencia) de consumo de tabaco en maestros de esta población escolar primaria y su posible influencia sobre el tipo de información que tuvieran los alumnos con respecto al consumo de tabaco.

SUCEDIOS

El total de maestros fue de 36, de los cuales 17 fueron del grupo control y 19 del grupo experimental.

ESCENARIO

El mismo de nuestros estudios anteriores.

INSTRUMENTO

Se usó en una encuesta predefinida (Encuesta Facultad de Psicología de la U.N.A.M., Puente Silva F. y Colaboradores 1964) de 15 reactivos que nos proporcionó información sobre la historia de tabaquismo personal, donde 12 preguntas se contestaron poniendo una "X" en la respuesta correcta y las otras tres por escrito (Apéndice No. 2). Y para establecer su grado de influencia con el tipo de información en los alumnos se hizo una comparación grupal (Control/Experimental).

Esta encuesta ha sido aplicada en varios estudios, se aplicó en una muestra de 1200 trabajadores de Ponce, después se aplicó una versión modificada a 575 médicos de siete centros hospitalarios de la Ciudad de México y se ha aplicado en una serie de encuestas en pacientes de consulta externa del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER); Instituto Nacional de Perinatología y Hospital Froy Benavidez Álvarez. A esta encuesta se le han hecho estudios de validez, confiabilidad, sensibilidad

bilidad y especificidad, todo ésto fué realizado por el Dr. Puente Silva y sus Colaboradores. Ya que en México no existen instrumentos sobre el área, ésto ha sido producto de estudios exploratorios que el Dr. Puente ha llevado a cabo.

MÉTODOS

Lógicos.

PROCEDIMIENTO

Se hizo una evaluación para conocer la historia de tabaquismo en muestras del grupo control y del grupo experimental en forma comparativa, con el objeto de conocer si existen diferencias estadísticamente significativas entre estos grupos, que nos pudieran explicar la influencia en la información de los alumnos sobre el consumo de tabaco y nicotina.

Se reunió a los maestros y tras explicarles el motivo de la investigación, se les pidió su colaboración para contestar una encuesta, una vez estando dispuestos a colaborar se procedió a repartirlas.

Para dicha evaluación se aplicó una encuesta precodificada de 15 reactivos con respuestas cerradas, que nos proporcionó información sobre la historia de tabaquismo personal, así como el nivel de información y actitudes hacia el consumo de tabaco.

ANALISIS
ESTADISTICO

SECCION "A"
ALUMNOS

Tabla A.1 - Grupos de edad.

La edad de los alumnos fue agrupada en 3 categorías: I (6,8,9), II (10,11,12) y III (13 o más).

En el turno matutino al hacer la comparación intergrupo (del grupo control/experimental), encontramos que en las 3 categorías muestran diferencias estadísticamente significativas.

Comparación Intragrupa:

- Grupo control. Encontramos que en la I y III categorías muestran una diferencia estadísticamente significativa. En la II categoría no muestra diferencias estadísticamente significativas.

- Grupo experimental. Las 3 categorías muestran diferencias estadísticamente significativas.

En el turno vespertino, al hacer la comparación intergrupo (control/experimental), en la I categoría muestra una diferencia estadísticamente significativa y en la II y III no muestra diferencias estadísticamente significativas.

Comparación Intragrupa:

- Grupo control. Vemos que en las 3 categorías muestran diferencias estadísticamente significativas.

- Grupo experimental. Encontramos que en las 3 categorías muestran diferencias estadísticamente significativas.

En el total del grupo control y experimental, al hacer la comparación intergrupo, observamos que en la I y II categorías no muestran diferencias estadísticamente significativas y en la III sí muestran una diferencia estadísticamente significativa.

Comparación Intragrupa:

- Grupo control. Encontramos que en la I categoría no muestra dife-

erencia estadísticamente significativa, en la II y III se muestra una diferencia estadísticamente significativa.

- Grupo experimental. Las 3 categorías muestran diferencias estadísticamente significativas.

Tabla A.2 - Sexo.

En el turno matutino al hacer la comparación intergrupo (control/experimental) con respecto al sexo femenino y masculino, no muestran diferencias estadísticamente significativas.

Comparación Intragrupa:

- Grupo control. Entre el sexo femenino y masculino, no muestran diferencias estadísticamente significativas.
- Grupo experimental. No muestra diferencias estadísticamente significativas.

En el turno vespertino, en la comparación intergrupo (control/experimental), se encontró que no muestra diferencias estadísticamente significativas entre el sexo femenino y masculino.

Comparación Intragrupa:

- Grupo control. No muestra diferencia estadísticamente significativas.
- Grupo experimental. No muestra diferencias estadísticamente significativas.

El total del grupo control y experimental, en la comparación intergrupo con respecto al sexo femenino y masculino, no muestra diferencias estadísticamente significativas.

Comparación Intragrupa:

- Grupo control. No muestra diferencias estadísticamente significativas.
- Grupo experimental. No muestra diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 4.3 - Efecto de escolaridad.

Los grupos escolares fueron agrupados en dos categorías:

En la 1a. categoría están los grupos de primero, segundo y tercero, y en la 2a., los grupos de cuarto, quinto y sexto.

Tiempo rutinario.

Al hacer la comparación intergrupo (control/experimental), se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las 2 categorías.

Comparación Intragrupa.

Tanto en el grupo control como experimental, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la 1a. y 2a. categoría.

Tiempo deportivo.

En la comparación intergrupo (control/experimental), muestra diferencias estadísticamente significativas.

Comparación Intragrupa.

Tanto en el grupo control como experimental, muestran diferencias estadísticamente significativas entre las dos categorías.

En el total.

Al hacer la comparación intergrupo (control/experimental), no muestran diferencias estadísticamente significativas.

Comparación Intragrupa.

En el grupo control, vemos que no muestran diferencias estadísticamente significativas.

En el grupo experimental, sí muestran una diferencia estadísticamente significativa.

Tabla A.4 - Alumnos que hicieron el primer dibujo y/o segundo dibujo.

Frecuencias simples y porcentajes.

Grupo control.

No se necesitó aplicar la fórmula.

Tabla A.5 - Alumnos que hicieron el primer y/o segundo dibujo.

Frecuencias simples y porcentajes.

Grupo experimental.

No se necesitó aplicar la fórmula.

Tabla A.5 - Información sobre nocividad del tabaco.

Grupo control.

Agrupamos a los dibujos en dos categorías: la a) primer dibujo y la b) el segundo dibujo y estas a su vez se dividen en los conceptos de nocividad y no nocividad.

En el grupo control, observamos en la comparación intergrupo del turno matutino y vespertino que sí muestran una diferencia estadísticamente significativa entre los primeros dibujos, mientras que en los segundos dibujos no muestran una diferencia estadísticamente significativa.

En la comparación intergrupo del turno matutino del 1o. y 2o. dibujo, observamos que sí muestran diferencias estadísticamente significativas.

En la comparación intergrupo del turno vespertino del 1o. y 2o. dibujo, observamos que sí muestran diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 4.7 - Información sobre sociabilidad del tabaco.

Grupo experimental.

Agrupamos a los dibujos en dos categorías: la a) primer dibujo y la b) el segundo dibujo, y estos a su vez se dividen en los conceptos de sociabilidad y no sociabilidad.

En el grupo experimental, observamos al hacer la comparación intrag grupo del turno matutino y vespertino, que no muestran una diferencia estadísticamente significativa entre los primeros dibujos y segundos di dibujos.

En la comparación intrag grupo del turno matutino del 1o. y 2o. di dibujo, encontramos que sí muestran una diferencia estadísticamente signifcativa.

En la comparación intrag grupo del turno vespertino del 1o. y 2o. di dibujo, encontramos que también muestran una diferencia estadísticamente significativa.

Tabla A-8 - Tipo y actitud hacia el consumo de tabaco.

Tanto el primer dibujo como el segundo dibujo fueron agrupados en 4 categorías: A) Información positiva, B) Información negativa, c) Información que se ignora y D) doble información.

Turco matutino.

Al hacer la comparación intergrupo (control/experimental) observamos que no muestra una diferencia estadísticamente significativa entre las 4 categorías arriba mencionadas.

Comparación intragrupo.

En el grupo control como en el experimental, encontramos que sí muestran una diferencia estadísticamente significativa entre las 4 categorías.

Turco vespertino.

Al hacer la comparación intergrupo (control-experimental), observamos que no muestra una diferencia estadísticamente significativa entre las categorías A), B) y C). Y sí muestra una diferencia estadísticamente significativa en la categoría D).

Comparación intragrupo.

Tanto en el grupo control como experimental, vemos que sí muestra una diferencia estadísticamente significativa entre las 4 categorías arriba mencionadas.

En el total.

Al hacer la comparación intergrupo encontramos que no muestra una diferencia estadísticamente significativa entre la categoría A), C) y D). Y sí muestra una diferencia estadísticamente significativa en la categoría B).

Comparación intragrupo.

Tanto en el grupo control como experimental, sí muestra una diferencia estadísticamente significativa entre las 4 categorías.

S E C C I O N "B"

FAMILIARES

ANALISIS ESTADISTICO

Tabla B.1 - Historia de tabaquismo familiar en alumnos del grupo control.

Tabla B.2 - Historia de tabaquismo familiar en alumnos del grupo experimental.

Tabla B.3 - Historia de tabaquismo familiar.
Totales.

En éstos tablas no se requirió aplicar la fórmula.

Tabla 8.4 - Historia de tabaquismo familiar.

Comparación por turno.

Grupo control.

Los grupos escolares fueron agrupados en dos categorías:

I) Están los 1o., 2o., y 3o., la II) los 4o., 5o. y 6o. Mientras que = la historia de tabaquismo familiar se agrupó en 3 categorías: la a) Pa pá fumó, b) Naná fumó y la c) Si otro familiar que viva en la casa del niño fumó.

En el grupo control, al hacer la comparación intergrupo del turno matutino y vespertino, encontramos que muestran una diferencia estadística casamente significativa en las 3 categorías de la historia de tabaquismo familiar arriba mencionadas.

En la comparación intragrupo del turno matutino y del turno vesper tino, encontramos que sí muestran una diferencia estadísticamente signi ficativa entre las 3 categorías de tabaquismo familiar.

Tabla B.5 - Historia de tabaquismo familiar.

Comparación por turno.

Grupo experimental.

Los grupos sociales fueron agrupados en 2 categorías:

I) están los Ia., Ib. y Ic., la II) los 4a., 5a. y 6a. Mientras que la historia de tabaquismo familiar se agrupó en 3 categorías: la a) Papá fuma, b) Mamá fuma y la c) El otro familiar que vive en la casa del niño fuma.

En el grupo experimental, al hacer la comparación intergrupo del - turno matutino y turno vespertino, observamos que muestran una diferencia estadísticamente significativa entre las 3 categorías de tabaquismo familiar arriba mencionados.

En la comparación intragrupo del turno matutino, observamos que - muestran una diferencia estadísticamente significativa entre la categoría a) Papá fuma y la c) otro familiar fuma. Mientras que en la b) Mamá fuma, encontramos que no muestra ninguna diferencia estadísticamente significativa.

En la comparación intragrupo del turno vespertino, encontramos que - muestra una diferencia estadísticamente significativa entre las 3 categorías de tabaquismo familiar.

Tabla B.6 - Historia de tabaquismo familiar.

Comparación por grado escolar.

(Control/Experimental)

Los grupos escolares fueron agrupados en 2 categorías:

I) 1o., 2o., 3o. y la II) 4o., 5o. y 6o. La historia de tabaquismo familiar fue agrupada en 3 categorías; a) Papá fuma, b) Mamá fuma y c) - otra familiar fuma.

En la comparación intergrupo del grupo control y experimental, observamos que muestra una diferencia estadísticamente significativa entre la categoría a) Papá fuma. Mientras que en la b) Mamá fuma y -- c) Otra familiar fuma, no muestran una diferencia estadísticamente significativa.

En la comparación intragrupo del grupo control, observamos que no muestra una diferencia estadísticamente significativa, en la categoría a) Papá fuma. Y sí muestra una diferencia estadísticamente significativa entre las categorías b) Mamá fuma y c) Otra familiar fuma.

En la comparación intragrupo del grupo experimental, observamos - que muestra una diferencia estadísticamente significativa, entre las 3 categorías de tabaquismo familiar.

S E C C I O N "C"
MAESTROS
ANALISIS ESTADISTICO

Tabla 5.1 - Grupos de edad.

La edad fue agrupada en 2 categorías: I) 20 a 29 años y II) 30 - años o más.

Turno matutino.

Al hacer la comparación intergrupo (control/experimental), observamos que no muestra una diferencia estadísticamente significativa entre las 2 categorías de edad arriba mencionadas.

Comparación intragrupo del grupo control, vemos que sí muestra una diferencia estadísticamente significativa entre las 2 categorías.

En la comparación intragrupo del grupo experimental, vemos que no muestra una diferencia estadísticamente significativa entre las 2 categorías de edad.

Turno vespertino.

En la comparación intergrupo (control/experimental), observamos que no muestra una diferencia estadísticamente significativa entre las 2 categorías de edad.

En la comparación intragrupo del grupo control y experimental, vemos que no muestran diferencia estadísticamente significativa entre las 2 categorías de edad.

El total.

En la comparación intergrupo (control/experimental), observamos que no muestra una diferencia estadísticamente significativa entre las 2 categorías de edad.

En la comparación intragrupo del grupo control, sí muestra una diferencia estadísticamente significativa entre las 2 categorías de edad.

En la comparación intragrupo del grupo experimental, observamos que no muestra una diferencia estadísticamente significativa entre las 2 categorías de edad arriba mencionadas.

Tabla C.2 - Sexo.

El sexo fué agrupado en 2 categorías: I) Hombre y II) Mujer.

Turno matutino.

Observamos en la comparación intergrupo (control/experimental), - que no muestra una diferencia estadísticamente significativa, entre los hombres y las mujeres.

En la comparación intragrupo del grupo control, vemos que sí muestra una diferencia estadísticamente significativa entre los hombres y -- las mujeres. Mientras que en el grupo experimental, la comparación intragrupo no muestra una diferencia estadísticamente significativa entre los hombres y las mujeres.

Turno vespertino.

Observamos en la comparación intergrupo (control/experimental), - que no muestra una diferencia estadísticamente significativa entre los - hombres y las mujeres.

En la comparación intragrupo del grupo control y experimental, no muestran una diferencia estadísticamente significativa entre los hombres y las mujeres.

El total.

Vemos que en la comparación intergrupo, no muestran una diferencia estadísticamente significativa, entre los hombres y las mujeres.

En la comparación intragrupo del grupo control y experimental, encontramos que no muestran diferencias estadísticamente significativas en tre los hombres y las mujeres.

Tabla C.3 - Estado civil.

El estado civil fué agrupado en las categorías de:

I) solteros y II/III) Unión libre/casado.

Turno matutino.

Encuentramos que en la comparación intergrupo (control/experimental) muestra una diferencia estadísticamente significativa entre los solteros y los de unión libre/casados.

En la comparación intragrupo del grupo control, vemos que no muestra una diferencia estadísticamente significativa entre los solteros y - unión libre/casados.

En la comparación intragrupo del grupo experimental, vemos que sí - muestra una diferencia estadísticamente significativa entre los solteros y unión libre/casados.

Turno vespertino.

Observamos en la comparación intergrupo (control/experimental), que sí muestra una diferencia estadísticamente significativa entre los solteros y unión libre/casados.

En las comparaciones intragrupo del grupo control y experimental, - encontramos que sí muestran una diferencia estadísticamente significativa entre los solteros y los de unión libre/casados.

En el total.

Vemos en la comparación intergrupo (control/experimental), que no - muestran una diferencia estadísticamente significativa entre los solteros y unión libre/casados.

En las comparaciones intragrupo de control y experimental, sí muestran una diferencia estadísticamente significativa entre los solteros y - los de unión libre/casados.

Tabla C.4 - Maestros que fuman.

Turno matutino.

Al hacer la comparación intergrupo (control/experimental), encontramos que no muestra una diferencia estadísticamente significativa entre los maestros que fuman y los que no fuman.

En la comparación intragrupo del grupo control, encontramos que no muestra una diferencia estadísticamente significativa entre los maestros que fuman y los maestros que no fuman.

En la comparación intragrupo del grupo experimental, encontramos que muestra una diferencia estadísticamente significativa entre los maestros que fuman y los maestros que no fuman.

Turno vespertino.

En la comparación intergrupo (control/experimental), no encontramos que no muestra diferencias estadísticamente significativas entre los maestros que fuman y los que no fuman.

En las comparaciones intragrupo del grupo control y experimental observamos que sí muestran una diferencia estadísticamente significativa entre los maestros que fuman y los que no fuman.

En el total.

En la comparación intergrupo (control/experimental), vemos que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los maestros que fuman y los que no fuman.

En las comparaciones intragrupo del grupo control y experimental, observamos que sí muestran diferencias estadísticamente significativas entre los maestros que fuman y los que no fuman.

Tabla C.5 - Muestras que no fueron en la actualidad, pero que fueron en el pasado.

Turno matutino.

En las comparaciones intergrupo (control/experimental), encontramos que no muestra diferencias estadísticamente significativas entre las muestras que sí fueron en el pasado. Entre las muestras que no fueron en el pasado y entre las muestras en las cuales dicha información se ignora.

En la comparación intragrupo del grupo control, observamos que muestra una diferencia estadísticamente significativa entre las muestras que sí fueron en el pasado. Y no muestra una diferencia estadísticamente significativa entre las muestras que no fueron en el pasado y entre las muestras en las cuales dicha información se ignora.

En la comparación intragrupo del grupo experimental, observamos que muestra una diferencia estadísticamente significativa entre las muestras que sí fueron en el pasado y las muestras en las cuales dicha información se ignora. Mientras que no muestra una diferencia estadísticamente significativa entre las muestras que no fueron en el pasado.

Turno vespertino.

En las comparaciones intergrupo (control/experimental), no encontramos que no muestra una diferencia estadísticamente significativa entre las muestras que sí fueron en el pasado, entre las que no fueron en el pasado y entre las muestras o las que dicha información se ignora.

En las comparaciones intragrupo del grupo control y experimental, - encontramos que sí muestran diferencias estadísticamente significativas - entre las muestras que sí fueron en el pasado, entre las muestras que no fueron en el pasado y entre las muestras en las cuales la información se ignora.

En el total.

En las comparaciones intergrupo (control/experimental), observamos

que no muestran diferencias estadísticamente significativas, entre los maestros que sí fumaron en el pasado, entre los que no fumaron y entre los que dicha información se ignora.

En las comparaciones intragrupo del grupo control, encontramos que muestran una diferencia estadísticamente significativa entre los maestros que sí fumaron en el pasado y a los que se ignora la información. Y no muestra una diferencia estadísticamente significativa entre los maestros que no fumaron en el pasado.

En las comparaciones intragrupo del grupo experimental, encontramos que sí muestran una diferencia estadísticamente significativa entre los maestros que sí fumaron en el pasado, los que no fumaron en el pasado y a los que se ignora la información.

Tabla C.6 - Número de cigarrillos que fuma al día.

Turno matutino.

En las comparaciones intergrupo (control/experimental), vemos que no muestran diferencia estadísticamente significativa entre los sujetos que fuman media cajetilla o menos, uno/dos cajetillas y entre los sujetos que dicha información se ignora.

En las comparaciones intragrupo del grupo control, encontramos que muestran una diferencia estadísticamente significativa entre los sujetos que fuman media cajetilla o menos y los que fuman uno/dos cajetillas. Y no muestra diferencia estadísticamente significativa en los sujetos a los que se ignora la información.

En las comparaciones intragrupo del grupo experimental, encontramos que sí muestran una diferencia estadísticamente significativa entre los sujetos que fuman media cajetilla o menos, los que fuman uno/dos cajetillas y los sujetos que se ignora la información.

Turno vespertino.

En las comparaciones intergrupo (control/experimental), encontramos que sí muestran una diferencia estadísticamente significativa entre los sujetos que fuman media cajetilla o menos, los que fuman uno/dos cajetillas y los sujetos que se ignora la información.

En las comparaciones intragrupo del grupo control y experimental, encontramos que sí muestran una diferencia estadísticamente significativa entre los sujetos que fuman media cajetilla o menos, uno/dos cajetillas y los sujetos a los que se ignora la información.

En el total.

En las comparaciones intergrupo (control/experimental), encontramos que no muestran una diferencia estadísticamente significativa entre los sujetos que fuman media cajetilla o menos, los que fuman uno/dos cajetillas y los sujetos que se ignora la información.

En las comparaciones intragrupo del grupo control y experimental, encontramos que sí muestran diferencias estadísticamente significativas entre los sujetos que fueron medio cajetillo o marca, los que fueron uno/ dos cajetillos y los sujetos que se ignoró la información.

Tabla C.7 - Edad en que empezó a fumar.

Turno noturno.

En las comparaciones intergrupo (control/experimental), encontramos que no muestran diferencias estadísticamente significativas, entre los maestros que empezaron a fumar a los 19 años o menos, los que empezaron a fumar entre los 20 años a 24 y los maestros que se ignora la información.

En las comparaciones intragrupo del grupo control, encontramos que no muestran diferencia estadísticamente significativa entre los maestros que empezaron a fumar a los 19 años o menos y los maestros que se ignora la información. Mientras que sí encontramos una diferencia estadísticamente significativa entre los maestros que empezaron a fumar entre los 20 y 24 años.

En las comparaciones intragrupo del grupo experimental, encontramos que muestran una diferencia estadísticamente significativa entre los maestros que empezaron a fumar a los 19 años o menos y los que empezaron a fumar de los 20 a 24 años. Y no muestran diferencia estadísticamente significativa en los maestros a los que se ignora la información.

Turno vespertino.

En las comparaciones intergrupo (control/experimental), encontramos que no muestran una diferencia estadísticamente significativa entre los maestros que empezaron a fumar a los 19 años o menos, los de 20 a 24 años y a los que se ignora la información.

En las comparaciones intragrupo de los grupos control y experimental, encontramos que no muestran diferencias estadísticamente significativas entre los maestros que empezaron a fumar a los 19 años o menos, los de 20 a 24 años y a los maestros que se ignora la información.

En el total.

En las comparaciones intergrupo (control/experimental), encontramos que no muestran diferencias estadísticamente significativas entre los maestros que empezaron a fumar a los 19 años o menos, los de 20 a 24 años y a los maestros que se ignora la información.

mostraron que empezaron a fumar a los 19 años o menos, los de 20 a 24 -- años y los mozos que se ignore la información.

En las comparaciones intragrupo del grupo control y experimental, observamos que sí muestran diferencias estadísticamente significativas -- entre los mozos que empezaron a fumar a los 19 años o menos, los de 20 a 24 años y los mozos que se ignore la información.

Tabla C.8 - Como en su consumo de cigarrillos actualmente.

Tiempo matutino.

En las comparaciones intergrupo (control/experimental), observamos que no muestran diferencias estadísticamente significativas entre los --
 -- muestra en los que su consumo va en aumento, es el mismo, disminuye y --
 -- los que se ignora la información.

En las comparaciones intragrupo del grupo control, observamos que
 sí muestran diferencias estadísticamente significativas entre los --
 -- muestra en los que su consumo de cigarrillos va en aumento, es el mismo y --
 -- disminuye. Pero sí muestra una diferencia estadísticamente significati-
 -- va en los muestra que se ignora la información.

En las comparaciones intragrupo del grupo experimental, observamos
 que muestran una diferencia estadísticamente significativa en los --
 -- muestra en que su consumo va en aumento, es el mismo, disminuye y la infor-
 -- mación se ignora.

Tiempo vespertino.

En las comparaciones intergrupo (control/experimental), encontra-
 mos que no muestran diferencia estadísticamente significativa en los --
 -- muestra en que su consumo va en aumento, disminuye y los muestra en --
 -- que se ignora la información. Y sí encontramos una diferencia estadísti-
 -- camente significativa en los muestra en los que su consumo disminuye.

En las comparaciones intragrupo del grupo control y experimental,
 observamos que muestran una diferencia estadísticamente significativa en
 los muestra en que su consumo va en aumento, es el mismo, disminuye y a
 -- los que se ignora la información.

En el total.

En las comparaciones intergrupo (control/experimental), observamos
 que no muestran diferencias estadísticamente significativas en los --
 -- muestra en que su consumo de cigarrillos va en aumento, es el mismo, disminu-

naya y la información se ignora.

En las comparaciones intragrupo del grupo control y experimental, vemos que muestran diferencias estadísticamente significativas en los --
mostran en que su consumo de cigarrillos va en aumento, en el caso, --
disminuye y se ignora la información.

Tabla C.9 - Algunos var ha intentado dejar de fumar.

Turno matutino.

En las comparaciones intergrupo (control/experimental), observamos que no muestran diferencias estadísticamente significativas entre los sujetos que sí han intentado dejar de fumar, no lo han intentado y aquellos sujetos en que se ignora la información.

En las comparaciones intragrupo del grupo control, vemos que muestran diferencias estadísticamente significativas entre aquellos sujetos que sí han intentado dejar de fumar y los que no lo han intentado. Y no muestra una diferencia estadísticamente significativa en aquellos sujetos en los que se ignora la información.

En las comparaciones intragrupo del grupo experimental, tampoco -- que no muestran diferencias estadísticamente significativas en aquellos sujetos en los que sí han intentado dejar de fumar y a los que se ignora la información. Y sí muestran una diferencia estadísticamente significativa en los sujetos que no han intentado dejar de fumar.

Turno vespertino.

Encuentramos en las comparaciones intergrupo, que no muestran diferencias estadísticamente significativa en los sujetos que sí han intentado dejar de fumar, no han intentado y se ignora la información.

En las comparaciones intragrupo del grupo control, vemos que muestran diferencias estadísticamente significativas en los sujetos que sí han intentado dejar de fumar, no lo han intentado y se ignora la información.

En el total.

En las comparaciones intergrupo, vemos que no muestran diferencias estadísticamente significativas en los que sí lo han intentado, no lo han intentado y se ignora la información.

En las comparaciones intragrupo del grupo control y experimental, vemos que si encontramos diferencias estadísticamente significativas en los que sí han intentado dejar de fumar, no lo han intentado y se ignora la información.

Tabla C-10 - Número de veces que ha intentado dejar de fumar.

Turno matutino.

En las comparaciones intergrupo, vemos que no muestran diferencias estadísticamente significativas en los maestros que una vez lo han intentado y los maestros que se ignora la información. Y sí muestran una diferencia estadísticamente significativa en los maestros que han intentado 2 o más veces dejar de fumar.

En las comparaciones intragrupo del grupo control, vemos que sí muestran diferencias estadísticamente significativas en los maestros que los han intentado una vez, 2 o más veces y se ignora la información.

En las comparaciones intragrupo del grupo experimental vemos que muestran diferencias estadísticamente significativas con los maestros que han intentado dejar de fumar una vez y 2 veces o más. Y no muestran diferencia estadísticamente significativa con los maestros en que se ignora la información.

Turno vespertino.

En las comparaciones intergrupo encontramos que no muestran diferencias estadísticamente significativas en los maestros que han intentado dejar de fumar una vez, 2 veces o más y se ignora la información.

En las comparaciones intragrupo del grupo control y experimental, vemos que muestran diferencias estadísticamente significativas en los maestros que han intentado dejar de fumar una vez, 2 veces o más y los que se ignora la información.

En el total.

En las comparaciones intergrupo no muestran diferencias estadísticamente significativas en los maestros que han intentado dejar de fumar una vez, 2 veces o más y se ignora la información.

En las comparaciones del grupo control, observamos que muestran --

una diferencia estadísticamente significativa en los muestras que han in-
tentado dejar de formar una vez y dos veces a más. Y no muestran diferen-
cia estadísticamente significativa en los muestras que se ignora la in-
formación.

En las comparaciones intragrupo del grupo experimental, vemos que
muestran diferencia estadísticamente significativa en los muestras que -
han intentado dejar de formar una vez, 2 veces a más y los que se ignora
la información.

Tabla E-11 - ¿Quisiera usted dejar de fumar.

Turno matutino.

En las comparaciones intergrupo, vemos que no muestran diferencias estadísticamente significativas entre los maestros que sí quieren dejar de fumar, no quieren dejar de fumar y se ignora la información.

En las comparaciones intragrupo del grupo control, vemos que muestran diferencias estadísticamente significativas en los maestros que sí quieren dejar de fumar y los que no quieren dejar de fumar. Mientras que no muestran esa diferencia estadísticamente significativa en los maestros en que se ignora la información.

En las comparaciones intragrupo, observamos que muestran diferencias estadísticamente significativas en los maestros que sí quieren dejar de fumar, no quieren dejar de fumar y se ignora la información.

Turno vespertino.

En las comparaciones intergrupo, vemos que no muestran diferencias estadísticamente significativas en los maestros que quisieran dejar de fumar, los que no quisieran dejar de fumar y se ignora la información.

En las comparaciones intragrupo del grupo control y experimental, observamos que sí muestran diferencias estadísticamente significativas en los maestros que sí quisieran dejar de fumar, no quisieran dejar de fumar y se ignora la información.

En el total.

En las comparaciones intergrupo, no muestran diferencias estadísticamente significativas entre los maestros que sí quisieran dejar de fumar, no quisieran dejar de fumar y se ignora la información.

En las comparaciones intragrupo del grupo control y experimental, vemos que sí muestran diferencias estadísticamente significativas entre los maestros que sí quisieran dejar de fumar, no quisieran dejar de fumar y se ignora la información.

Tabla 6.12 - Tres veces que es muy difícil dejar de fumar.

Turno matutino.

En las comparaciones intergrupo, vemos que no muestran diferencias estadísticamente significativas entre los maestros que consideran que es difícil dejar de fumar, no es difícil y se ignora la información.

En las comparaciones intragrupo del grupo control, vemos que muestran diferencias estadísticamente significativas entre los maestros que consideran que es difícil dejar de fumar y los que se ignora la información. Y no muestra una diferencia estadísticamente significativa en los maestros que consideran que no es difícil dejar de fumar.

En las comparaciones intragrupo del grupo experimental, vemos que muestran diferencias estadísticamente significativas entre los maestros que si consideran difícil dejar de fumar, no es difícil dejar de fumar y se ignora la información.

Turno vespertino.

En las comparaciones intergrupo, vemos que no muestran diferencias estadísticamente significativas entre los maestros que consideran que es difícil dejar de fumar, no es difícil dejar de fumar. Mientras que - no muestran diferencias estadísticamente significativas con los maestros que se ignora la información.

En las comparaciones intragrupo del grupo control y experimental, vemos que si muestran diferencias estadísticamente significativas entre los maestros que si consideran que es difícil dejar de fumar, no es difícil dejar de fumar y se ignora la información.

En el total.

En las comparaciones intergrupo, observamos que muestran diferencias estadísticamente significativas entre los maestros que consideran que es difícil dejar de fumar y los que no consideran que sea difícil dejar de fumar. Mientras que no muestra una diferencia estadísticamente

significativa con los sujetos en que se ignora la información.

En las comparaciones intragrupo del grupo control, vemos que no muestra una diferencia estadísticamente significativa en los sujetos que consideran que es difícil dejar de fumar. Y sí muestra diferencias estadísticamente significativas con los sujetos que consideran -- que no es difícil dejar de fumar y los sujetos en que se ignora la información.

En las comparaciones intragrupo del grupo experimental, vemos que sí muestra diferencias estadísticamente significativas entre los sujetos que piensan que es difícil dejar de fumar, no es difícil y se ignora la información.

Tabla C.13 - Cree usted que fumar es malo para su salud.

Turno matutino.

En las comparaciones intergrupo, vemos que no muestran diferencia estadísticamente significativa entre los maestros que piensan que fumar es malo para su salud y los que piensan que no es malo.

En las comparaciones intragrupo del grupo control y experimental, tenemos que sí muestran diferencias estadísticamente significativas entre los maestros que piensan que fumar es malo para su salud y los que piensan que no es malo para su salud.

Turno vespertino.

En las comparaciones intergrupo, vemos que no muestran diferencias estadísticamente significativas entre los maestros que piensan que fumar es malo para la salud y los que piensan que no es malo.

En las comparaciones intragrupo del grupo control y experimental, tenemos que sí muestran diferencias estadísticamente significativas entre los maestros que piensan que fumar es malo para su salud y los que piensan que no es malo.

En el total.

En las comparaciones intergrupo, tenemos que no muestran diferencias estadísticamente significativas entre los maestros que piensan que sí es malo y los que piensan que no es malo para su salud.

En las comparaciones intragrupo del grupo control y experimental, vemos que sí muestran diferencias estadísticamente significativas entre los que piensan que sí es malo y los que piensan que no es malo para su salud.

Tabla 2.14 - ¿Juega usted algún deporte o hace ejercicio físico.

Turno matutino.

En la comparación intergrupo, tenemos que no muestra una diferencia estadísticamente significativa entre los maestros que sí hacen ejercicio y los que no hacen ejercicio físico.

En la comparación intragrupo del grupo control, tenemos que no muestra una diferencia estadísticamente significativa entre los maestros que sí hacen ejercicio físico y los que no.

En la comparación intragrupo del grupo experimental, vemos que sí muestra una diferencia estadísticamente significativa entre los maestros que sí hacen ejercicio físico y los maestros que no hacen ejercicio físico.

Turno vespertino.

En las comparaciones intergrupo, tenemos que no muestran diferencias estadísticamente significativas entre los maestros que hacen ejercicio físico y los que no hacen.

En las comparaciones intragrupo del grupo control, vemos que sí muestran diferencias estadísticamente significativas entre los maestros que sí hacen ejercicio físico y los maestros que no hacen.

En la comparación intragrupo del grupo experimental, observamos que no muestra diferencias estadísticamente significativas entre los maestros que sí hacen ejercicio y los maestros que no hacen.

En el total.

En las comparaciones intergrupo, vemos que no muestra diferencias estadísticamente significativas entre los maestros que sí hacen ejercicio físico y los maestros que no hacen.

En las comparaciones intragrupo del grupo control y experimental, - tenemos que sí muestran diferencias estadísticamente significativas entre los maestros que sí hacen ejercicio y los que no hacen.

Tabla C.15 - Que clase de cigarrillos fuma.

Tuero metálico.

En las comparaciones intergrupo, tenemos que no muestran diferencias estadísticamente significativas entre las muestras que fuman cigarrillos fuertes con filtro/suaves con filtro, fuertes sin filtro/suaves sin filtro y las que se ignora la información.

En las comparaciones intragrupo del grupo control, tenemos que no muestran diferencias estadísticamente significativas entre las muestras que fuman cigarrillos fuertes con filtro/suaves con filtro y las que se ignora la información. Y sí muestran diferencias estadísticamente significativas entre las muestras que fuman cigarrillos fuertes sin filtro/suaves sin filtro.

En las comparaciones intragrupo del grupo experimental, tenemos que sí muestran diferencias estadísticamente significativas entre las muestras que fuman cigarrillos fuertes con filtro/suaves con filtro, fuertes sin filtro/suaves sin filtro y las que se ignora la información.

Tuero vegetalino.

En las comparaciones intergrupo, tenemos que no muestran diferencias estadísticamente significativas entre las muestras que fuman cigarrillos fuertes con filtro/suaves con filtro, fuertes sin filtro/suaves sin filtro y las muestras en las que se ignora la información.

En las comparaciones intragrupo del grupo control y experimental, sí muestran diferencias estadísticamente significativas entre las muestras que fuman cigarrillos fuertes con filtro/suaves con filtro, fuertes sin filtro/suaves sin filtro y las que se ignora la información.

En el total.

En las comparaciones intergrupo, tenemos que no muestran diferencias estadísticamente significativas entre las muestras que fuman cigarrillos fuertes con filtro/suaves con filtro, fuertes sin filtro/suaves

sin filtro y los muestras en las que se ignora la información.

En las comparaciones intragrupo, del grupo control y experimental, tenemos que muestran diferencias estadísticamente significativas entre - los muestras que fuman cigarrillos fuertes con filtro/muestras con filtro, fuertes sin filtro/muestras sin filtro y las muestras en las que se ignora la información.

TABLA "A"

INTERPRETACION ALUMNOS

Tabla A.1 - Grupos de edad.

Se manejan 3 categorías: la primera de 6 a 8 años, la segunda de 10 a 12 y la tercera de 13 o más. Encontramos que lo que se refiere al turno matutino, las diferencias entre el primer grupo de 6 a 8 son estadísticamente significativas entre el grupo control y experimental.

Existe una inversión de las mismas edades en el turno vespertino y esta inversión hace que cuando se manejan los totales es decir ambos turnos comparando el grupo experimental con el control, se encuentre una diferencia estadísticamente. Y como se da separados el 90% de los alumnos se encuentran entre los 6 y 12 años y solamente el 2% al 10% tienen 13 años o más, mencionamos que era de esperarse porque es una escuela primaria.

Tabla A.2 - Sexo.

Por lo que se refiere al sexo, se presenta en el estudio la estructura demográfica por sexo correspondiente con nuestro país. El 51% del sexo masculino y 49% del sexo femenino con pequeñas diferencias entre los turnos matutino y vespertino que cuando se manejan totalmente se mantiene el 51% para los hombres y el 49% de mujeres.

Tabla A.3 - Grado de escolaridad.

Se manejan 2 categorías: la primera comprende primeros, segundos y terceros años de primaria, la segunda categoría los cuartos, quintos y sextos años. Aquí otra vez encontramos diferencias significativas en el grupo control y experimental del turno matutino, habiendo mejor posición en el grupo experimental en la primera categoría, pero como encontramos una situación inversa en el turno vespertino cuando se manejan

los totales, se encuentra que no hay diferencias significativas, es decir ambos turnos matutino y vespertino entre el grupo control y experimental.

Tabla A.4 - Alumnos que hicieron el primer y/o segundo dibujo.
Grupo control.

Encuentramos que de los 298 alumnos del turno matutino, 272 que es arriba del 90% hizo el primer dibujo y 269 que también es arriba del 90% llevaron a cabo el segundo dibujo.

En el turno vespertino encontramos que de los 273 alumnos, 250 que es arriba del 90% hizo el primer dibujo y 243 hizo el segundo dibujo que se encuentra alrededor del 90%, podemos decir que la gran mayoría de la muestra seleccionada, pudieron realizar tanto el primero como el segundo dibujo.

Queremos hacer la aclaración de tal y como se mencionó en la introducción, el primer dibujo se solicitó a los quince días de haber sido expuesto al grupo experimental al audiovisual del "Loro Feroz, los tres cochinitos y el tabaco", también se mencionó que al grupo control no se le expuso a ningún audiovisual, pero a veces se les solicitó el dibujo. El segundo dibujo se solicitó a los 30 días de haberse realizado el segundo dibujo.

Tabla A.5 - Alumnos que hicieron el primer y/o segundo dibujo.
Grupo experimental.

Queremos que de los 311 alumnos seleccionados, en el turno matutino, 300 alumnos es decir un 90% llevaron a cabo el primer dibujo y 306 alumnos llevaron a cabo el segundo dibujo, más del 90%.

Por lo que se refiere al turno vespertino de una muestra de 263 alumnos encontramos que 241 hacen el primer dibujo, arriba del 90% y 227 hacen

el segundo dibujo que fué erróneo del 80%.

Tabla A.5 - Información sobre nocividad de tabaco.
Grupo control.

Encontramos en el grupo control se mantiene un alto porcentaje de niños que consideraron que el tabaco es nocivo para la salud, es decir - que a pesar de que no recibieron ningún audiovisual específico sobre la nocividad del tabaco, estos niños ya cuentan con una información clara y precisa de la nocividad del tabaco, es decir encontramos en el grupo control, turno matutino 215 niños a cada el primer dibujo es 82%, consideró que el tabaco es nocivo y solo 4% eligieron el 18% que no era nocivo. En el segundo dibujo hay una pequeña distinción no significativa, es decir en el segundo dibujo 213 niños el 79% consideraron que es nocivo y - solo 5% que es el 21% que no es nocivo.

En el turno vespertino encontramos también que en el primer dibujo el 74% consideró que es nocivo y solamente el 25% que no es nocivo. - Para el segundo dibujo 177 niños o sea el 73% piensan que es nocivo y en la parte el 27% que no es nocivo, es decir que no encontramos una diferencia estadísticamente significativa sobre el concepto de nocividad entre el grupo control y experimental aún tomando el turno y el tiempo -- transcurrido a partir de la exposición del audiovisual. En otros palabras estamos hablando de que alrededor de un 70% a 80% de la población - de esta escuela considera que el tabaco es nocivo para la salud.

Tabla A.7 - Información sobre nocividad de tabaco.
Grupo experimental.

En el turno matutino encontramos que de los 300 niños el 84% con-
sideró que el tabaco es nocivo para la salud y solo el 16% que no es noci-

el segundo dibujo que fué arriba del 80%.

Tabla A.6 - Información sobre nocividad de tabaco.
Grupo control.

Encuentramos en el grupo control se mantiene un alto porcentaje de niños que consideraron que el tabaco es nocivo para la salud, es decir - que a pesar de que no recibieron ningún audiovisual específico sobre la nocividad del tabaco, estos niños ya cuentan con una información clara y precisa de la nocividad del tabaco, es decir encontramos en el grupo control, turno matutino 285 llevaron a cabo el primer dibujo en 82%, considerará que el tabaco es nocivo y solo 49 alarce el 18% que no es nocivo. En el segundo dibujo hay una pequeña disminución no significativa, es decir en el segundo dibujo 273 niños el 79% consideraron que es nocivo y - solo 54 que es el 21% que no es nocivo.

En el turno vespertino encontramos también que en el primer dibujo el 74% consideró que es nocivo y solamente el 26% que no es nocivo. - Para el segundo dibujo 177 niños a sea el 72% piensa que es nocivo y solamente el 27% que no es nocivo , es decir que no encontramos una diferencia estadísticamente significativa entre el concepto de nocividad entre el grupo control y experimental aún tomados el turno y el tiempo -- transcurrido a partir de la exposición del audiovisual. En otros palabras estamos hablando de que alrededor de un 75% u 80% de la población - de esta escuela considera que el tabaco es nocivo para la salud.

Tabla A.7 - Información sobre nocividad de tabaco.
Grupo experimental.

En el turno matutino encontramos que de los 300 niños el 84% consideró que el tabaco es nocivo para la salud y solo el 16% que no es noci-

va. Los mismos porcentajes se mantuvieron para el segundo dibujo 84% es -
recivo y 16% no es recivo.

En el turno vespertino, encontramos que en el primer dibujo el 83%
consideró que el tabaco es recivo y solamente 17% que no es recivo, pero
el segundo dibujo hay una pequeña disminución no significativa dando el
79% que el tabaco es recivo y el 21% que no es recivo.

Tabla A.6 - Tipo de actitud hacia el consumo de tabaco.

Se manejan 4 categorías:

Categoría A. Información positiva, es decir el tabaco es bueno.

Categoría B. Información negativa, el tabaco es malo.

Categoría C. Se ignora.

Categoría D. Dada información al niño sobre, es decir, el tabaco tie-
ne un aspecto bueno y malo.

Categoría A. Muy pocos niños consideraron que el tabaco es bueno
está entre un 1% y 3% de la población estudiada, muy pocos niños dicen -
abiertamente que el tabaco es bueno.

Categoría B. Información negativa la gran mayoría está en un 74%
y 54% consideraron que el tabaco es negativo, no es bueno.

Categoría C. Se ignora el rango, se encontró entre un 15% y un -
23% de la muestra. Entre un 15% y 23% dependiendo de los subgrupos y el
muestreo total entre el 18% y 20% de la muestra.

No podemos precisar si el niño maneja una información positiva o -
negativa en lo que respecta al tabaco.

Categoría D. Dada información, encontramos que alrededor de un -
1% de los niños manejan dada información.

Los puntos importantes que uno puede establecer son: que el por-
centaje detectado de niños que consideraron que el tabaco es real

mente sírino es de 2% a 3%. Que las niñas que reciben doble información se alrededor de un 1%, que la gran mayoría sin duda alguna está entre un 76% y 81% que piensan que el tabaco es malo. Y el grupo interesante e importante de investigar en una futura investigación posterior es el que se donde ignoramos cual es su posición que está entre un 16% y un 20% de nuestra población.

TABLE "B"

INTERPRETACION FAMILIARES

Tabla 8.1 - Historia de tabaquismo familiar en alumnos del Grupo control.

Una vez a referir a una primera etapa a los resultados encontrados en el turno matutino, cuenta con una submuestra de 298 alumnos, encontramos que de 142 alumnos el 47% de las madres fuma, esta cifra concuerda con lo reportado en México, de que el 50% de la población adulta, sexo masculino fuma, aquí tenemos un 47%, por lo que se refiere a la mamá, encontramos que 24% fuma, es decir 71 madres, que también está de acuerdo con los estudios encontrados en México en 1971, donde el 15% de la mujer urbana fuma, en 1981 alrededor de un 15% de la mujer suburbana y rural fuma, y probablemente el 24% sea lo que está ocurriendo en la actualidad, habiéndose un crecimiento de un 15% a un 24% en los últimos catorce a quince años. Por lo que se refiere a el otro familiar que no sea papá o mamá, pero que convive dentro del hogar y que fuma, encontramos a 114, es decir 38% fuma. En el turno matutino se encontraron 325 familiares que presentan un tabaquismo positivo, cifra realmente elevada e importante, con todas las implicaciones que esto tiene, si tomamos en cuenta las teorías de aprendizaje social o modelamiento, donde los padres y familiares con los cuales convive, constituyen puntos de referencia y modelos a seguir, con toda la identificación pasiva o activa que frecuentemente se encuentra en los hijos.

En el turno vespertino del grupo control se encontró que en 120 alumnos o sea el 44% de esta submuestra vespertina el padre fuma, en el caso de la madre, 62 alumnos es mamá fuma, o sea un 52%, y en el caso de otro familiar fuma, que convive dentro del hogar, se encontró que estaba presente en 126 alumnos o sea el 46%. En el turno vespertino se encuentran 306 familiares que presentan tabaquismo positivo.

Tabla B.1 - Historia de tabaquismo familiar en alumnos del Grupo control.

Con vistas a referir a una primera etapa a los resultados encontrados en el turno matutino, cuenta con una submuestra de 295 alumnos, encontraron que en 140 alumnos el 47% de los padres fuma, esta cifra concuerda con lo reportada en México, de que el 50% de la población adulta, sexo masculino fuma, aquí tenemos un 47%, por lo que se refiere a la mamá, encontramos que 24% fuma, es decir 71 madres, que también está de acuerdo con los estudios encontrados en México en 1971, donde el 15% de la mujer urbana fuma, en 1981 alrededor de un 15% de la mujer suburbana y rural fuma, y probablemente el 26% con lo que está ocurriendo en la actualidad, teniendo un crecimiento de un 15% a un 25% en las últimas cuatros o cinco años. Por lo que se refiere a el otro familiar que sea papá o mamá, pero que convive dentro del hogar y que fuma, encontramos a 114, es decir 38% fuma. En el turno matutino se encontraron 325 familiares que presentan un tabaquismo positivo, cifra realmente elevada e importante, con todas las implicaciones que esto tiene, si tenemos en cuenta las teorías de aprendizaje social o modelamiento, donde los padres y familiares con los cuales convive, constituyen puntos de referencia y modelos a seguir, con toda la identificación pasiva o activa que frecuentemente se encuentra en los hijos.

En el turno vespertino del grupo control se encontró que en 120 alumnos o sea el 64% de esta submuestra vespertina el padre fuma, en el caso de la mamá, 50 alumnos es mamá fuma, o sea un 22%, y en el caso de otro familiar fuma, que convive dentro del hogar, se encontró que estaba presente en 124 alumnos o sea el 65%. En el turno vespertino se encontró con 306 familiares que presentan tabaquismo positivo.

Tabla B.2 - Historia de tabaquismo en familiares en alumnos del grupo experimental.

Realmente no se encuentran diferencias importantes y por lo mismo las diferencias no obtuvieron niveles de significancia importantes de $P < 0.05$. En el grupo experimental se contó con una población de 594 alumnos, de los cuales 331 alumnos existían al turno matutino y 263 existían al turno vespertino, estamos hablando de un 56% para el turno matutino y 44% para el turno vespertino.

En el turno matutino se encontró que de 154 alumnos el padre fuma, estamos hablando de un 46% de la muestra, en el caso del tabaquismo positivo en la madre, 54 alumnos o sea un 20% y cuando se revisó el tabaquismo positivo en algún otro familiar que convive en el hogar, se encontró que 173 familiares fumaban, es decir un 39%.

En el turno vespertino, 93 alumnos o sea el 35% de la muestra el padre fuma, 52 alumnos la madre fuma o sea el 20% de la muestra, y 97 o sea el 37% algún otro familiar que convive en el hogar fuma.

Tabla B.3 - Historia de Tabaquismo familiar. Totales.

El grupo control manejó una muestra total de 591 alumnos y el grupo experimental de 594, muestras muy parecidas en cuanto tamaño. En cuanto a los hábitos de fumar en el grupo control, 260 alumnos el padre fuma o sea un 44% y 244 alumnos del grupo experimental o sea un 41% el padre fuma, no habiendo diferencias importantes.

Cuando comparamos el tabaquismo en la madre, en el grupo control tenemos 131 alumnos o sea 22% la madre fuma, en el grupo experimental es de 117 alumnos o sea el 20% la madre fuma, no muestra diferencias significativas. Cuando hacemos la comparación de el algún otro familiar fuma, que no sea el padre ni la madre, pero que convive con ellos den--

tro del hogar, encontramos que en el grupo control 240 familiares fumaron en el 42% y 222 familiares del grupo experimental, es decir un 37%. Tenemos que no hay diferencias significativas entre los dos grupos.

Cuando manejamos los totales de los familiares que fumaron, estamos hablando para el grupo control de 831 familiares con tabaquismo positivo y de 583 familiares en el grupo experimental con tabaquismo positivo.

Tabla B.4 - Historia de Tabaquismo familiar.
Comparación por turnos.
Grupo control.

Se decidió hacer una comparación entre los grupos de primero, segundo y tercer año de primaria en los grupos de cuarto, quinto y sexto, porque las implicaciones de un tabaquismo familiar positivo pueden ser diferentes.

Vamos a pasar a revisar la historia de tabaquismo familiar agrupándolos en dos categorías: la primera se refiere a los grupos de primero, segundo y tercer año de primaria. La segunda categoría se refiere a los grupos de cuarto, quinto y sexto año de primaria. Y vamos hacer primero una revisión del grupo control tanto por su turno matutino y turno vespertino, posteriormente manejaremos el total de ambos turnos, matutino y vespertino, tanto para el grupo control como del grupo experimental.

En el grupo control, tanto matutino encontramos diferencias importantes. En lo que se refiere al padre, hay una proximidad en los grupos de 4a., 5a., 6a., el 60% de los padres fumaron contra un 35% en el 1a., 2a. y 3a., esto se mantiene un poco pero con menos intensidad. Con respecto a la madre donde el 50% del tabaquismo se encuentra concentrado en 4a., 5a., 6a., y solamente un 14% en el 1a., 2a., 3a., y cuando pasamos a revisar la presencia de tabaquismo positivo en algún otro familiar que vive en la casa, encontramos un 43% también se concentra en el 4a., 5a., 6a., y solamente el 37% en el 1a., 2a., 3a.

Cuando hacemos la revisión al turno vespertino, por razones difíciles de entender, encontramos lo inverso, es decir una imagen en espejo, la gran mayoría de los padres que fuman, sus hijos se encuentran en 1a., 2a., 3a., es decir el 53%, lo mismo ocurre con la madre, encontramos que el 60% de los alumnos que madre que fuma se encuentra en 1a., 2a., 3a. Por lo que se refiere algún otro familiar, encontramos el 48% se encuentra en 1a., 2a., 3a., lo que nos indica es que en caso de que esta diversidad encontrada por nosotros fuera de algún denominador en otras escuelas, esto nos indica la gran necesidad de hacer estudios de diagnóstico sobre la prevalencia de tabaquismo familiar antes de iniciar campañas educativas, sobre todo cuando las campañas educativas están dirigidas a población de alto riesgo que en este caso serían los alumnos de la escuela primaria donde el tabaquismo estuviera presente en familiares con los cuales convive.

Tabla 8.3 - Historia de Tabaquismo.
Comparación por turno.
Grupo experimental.

Vamos a pasar a revisar los hallazgos del tabaquismo familiar del grupo experimental. Primero revisaremos el turno matutino y después el turno vespertino.

Encontramos una situación opuesta a lo que se referida anteriormente en el grupo control. En el caso del turno matutino, el tabaquismo se encuentra concentrado en 1a., 2a., 3a., año de primaria, muy opuesto a lo que ocurre en el turno matutino del grupo control. En el grupo experimental encontramos que el 57% de los padres que fuman sus hijos, van en 1a., 2a., 3a. El 49% de las madres que fuman sus hijos van en 1a., 2a., 3a., aquí no hay diferencias, pero cuando pasamos a revisar al algún otro familiar que vive dentro de la casa fuma en el turno matutino, vemos que el 59% se encuentra en 1a., 2a., 3a., lo opuesto se en-

cuente en el turno matutino del grupo control.

Cuando pasamos a revisar el turno vespertino, se mantiene esta imagen en el caso del grupo control. En el turno vespertino la gran mayoría sus hijos estudian en los últimos tres años de primaria 4a., 5a., 6a. -- El 73% de los padres fueron, el 61% la madre fue y el 71% según otro familiar fue.

Tabla 6.6 - Historia de tabaquismo familiar.
Comparación por grado escolar.
(Grupo control/grupo experimental).

Al agrupar el turno matutino y vespertino tanto del grupo control - como experimental, vemos que se pierden las imágenes inversas que se encontraban cuando se revisaba el turno matutino y vespertino. Y encontramos porcentajes muy similares, alrededor del 50% y 50% del tabaquismo familiar positivo en la., 2a., 3a., 4a. 5a., 6a. La única excepción es el tabaquismo positivo en la madre, donde encontramos una predominancia - de la madre del grupo experimental en la que se refiere a los grados de - 4a., 5a., y 6a. Esa es la única diferencia que se mantiene, las madres - de los hijos de 4a., 5a. y 6a. del grupo experimental sí predominan con respecto a la., 2a., 3a., del grupo experimental y las diferencias sí son significativas cuando se comparan las madres del grupo control.

Tabla 6.7 -

Cuando se compara el tabaquismo del padre (cero más.) entre el grupo control y experimental del 1a., 2a. y 3a. años, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas. Ahora bien, es importante recordar que ambos resultados se encuentran alrededor del 50%, cifra que coincide con diversos reportes nacionales, donde se considera que un míni-

no del 50% de los hombres ó personas del sexo masculino adultos en México fumán.

Cuando pasamos a revisar el tabaquismo entre las madres, se presenta en un 26% en el grupo control vs. 19% en el grupo experimental, aquí también este hallazgo coincide con lo reportado en diversos estudios donde se indica que en este momento en México, la población femenina adulta se encuentra fumando entre un 20% y un 30%, aunque vale la pena insistir que la tendencia es hacia el hombre.

Otro hallazgo importante de esta tabla es el relativo a la presencia de algún otro familiar adulto que vive en la misma casa del niño que asiste a la escuela, donde encontramos que por arriba del 60% fueron, en el caso del grupo experimental, se ubica en el 43% y en el grupo control es de 54%. Siendo un dato bastante elevado que tiende a asociarse al tabaquismo del padre.

Tabla B.6 -

Esta tabla maneja las mismas variables que la anterior con la diferencia de que se concentra en el 4o., 5o. y 6o. año de primaria, donde podemos observar que los hallazgos son muy parecidos, encontramos que al rededor del 50% de los papás del sexo masculino fueron tanto en el grupo experimental como en el grupo control; lo mismo ocurre cuando hablamos del tabaquismo en las madres, los datos son muy parecidos a los de la tabla anterior, donde entre un 20 y un 25% de las madres fumán. De igual forma cuando nos referimos al consumo de tabaco de algún otro familiar adulto que vive en la casa, vemos que por arriba del 40% se encuentra este hallazgo como positivo, con una serie de implicaciones muy importantes para la salud de los menores.

Tabla 8.9 -

Concentra a las 2 tablas previas, quedando muy claro que las diferencias entre uno y otro grupo no son estadísticamente significativas, - ya que son muy parecidas. Repetimos, alrededor del 50% de los padres fu ron, entre un 20 y un 25% de los madres fueron y del 45% de los niños en estos casos presentan algún familiar adulto con tabaquismo positivo.

Tabla 8.10 -

Se decidió combinar variables sobre historia de tabaquismo familiar, con el objeto de ver, en que tantas familias se presentaban dos integrantes de éstas con tabaquismo positivo.

Encontramos en la tabla 8.10, alrededor de un 15%, ambos grupos - tanto experimental como control, presentan hogares donde ambos padres fu ron, tanto el padre como la madre.

Si relacionamos la presencia de tabaquismo del padre con otro familiar adulto, este suceso, alcanza los porcentajes entre el 25 y 30% de - los casos.

En base a este hallazgo, hubiera sido importante llevar a cabo en este estudio y por lo mismo se propone para estudios futuros, el preguntar el grado de parentesco del familiar adulto que vive en la casa y que fuma, ya que en este estudio no se hizo.

Cuando se combine la presencia de tabaquismo en la mamá y otro familiar, encontramos que la cifra se ubica entre un 10 y 20%, presentándose en una proporción casi del doble en el grupo control y 10% positivamente vs. 5% del grupo experimental.

Se decidió llevar a cabo una triple combinación sobre tabaquismo - positivo, en este caso el tabaquismo en el padre, madre y otro familiar adulto, encontrándose que esta se encuentra entre un 5 y 11%. A pesar de que las cifras son bajas, estas son importantes porque estamos hablando de que alrededor del 15% de estos niños presentan un mínimo de 3 adultos

que fuman activamente en la casa con una triple exposición del niño, tanto al humo del tabaco con los riesgos inherentes de éste a su salud, como en el grado del modelamiento que en éste caso se da a través de 3 adultos, - los cuales representan puntos de referencia importantes para el niño en su desarrollo.

Tabla 8.11 -

En esta tabla se maneja lo mismo de la 8.10, con la diferencia de - que los datos se refieren a 4a, 5a. y 6a. año de primaria, se encuentran - resultados parecidos a los anteriores.

Entre un 15 y 20% de estos niños presentan que ambos padres fuman. Cuando nos referimos al es el papá y otro familiar adulto que vive en la - casa, éste se encuentra en el 20% ó por arriba de éste porcentaje. Cuando es la mamá y otro familiar adulto, en este caso se encuentra entre un 10 y 15%, y cuando se toman en consideración la combinación de los 3, papá, mamá y otro familiar adulto, encontramos cifras parecidas a la tabla ante- - rior, donde entre el 5 y 10% de los niños cuentan con 3 familiares en su - casa adultos que fuman.

Tabla 8.12 -

Al manejarse la totalidad de los niños, encontramos lo siguiente: Tal y como se mencionó ya en las 2 tablas anteriores, alrededor del 15% de la totalidad de los niños de la escuela en ambos grupos, muestran que tanto papá como mamá (ambos padres), tienen un tabaquismo positivo, lo cual - quiere decir que ambos padres como personas significativas, propalararán a través de la teoría de modelamiento de Aprendizaje Social, el que estos niños en su vida adulta ó como adolescentes se inicien en el hábito de fumar.

Cuando nos referimos al papá combinado con otro familiar adulto, - queda claro que es positivo alrededor del 25%. Cuando la combinación es - de mamá con otro familiar adulto es positiva entre el 10 y 15% y cuando se - encuentran los 3 adultos familiares (papá, mamá y otro familiar adulto), se - encuentran entre el 7 y 11%, reiterando que éste grupo se encuentra con - una triple exposición al consumo de tabaco.

TABLA " C "

INTERPRETACION MAESTROS

Tabla C.1 - Grupos de edad.

Vamos a pasar a revisar las tablas "C" relacionadas a las frecuencias simples de la encuesta en nosotros.

El primer punto que podemos comentar es que existe una diferencia estadísticamente significativa en el turno nocturno, en el grupo de edad entre 20 y 29 años, entre el grupo control y el grupo experimental, dado tendríamos que en el grupo control el 73% se encuentra en éste rango de edad, en cambio en el grupo experimental solo es el 42%. Ahora bien, esa diferencia estadísticamente significativa se pierde cuando se maneja la totalidad de muestras del grupo control y del experimental, es decir, -- cuando se suman tanto el turno matutino como el turno vespertino.

Por otra parte en ninguna del resto de las categorías, ni en los grupos de 20 a 21 años de edad en el turno vespertino, ó en el total como ya mencionamos, ó los grupos de 30 años ó mas, tanto en el turno matutino como vespertino ó totales en ninguna de éstas se encuentran diferencias estadísticamente significativas, lo que nos indica que los efectos de ambos grupos, tanto del experimental como del control, no muestran entre ellos diferencias importantes, que podrían explicar diferencias en los resultados de los alumnos.

Tabla C.2 - Sexo.

Cuando pasamos a la segunda variable: sexo masculino vs. sexo femenino, encontramos también una diferencia significativa entre el grupo control y experimental del turno matutino, ya que mientras se registra en el primero un hombre 12.5% vs. el grupo experimental con 4, alcanza un 40%, marcando así diferencias significativas estadísticamente. Ahora -- bien, esta diferencia se pierde cuando se incluye la población del turno vespertino, esto es, al manejarse los totales, no mantenidiéndose dicha diferencia estadísticamente significativa.

En el resto de los grupos en el caso de la variable mujer, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre ellos.

En cuanto al sexo masculino, la diferencia que se encuentra en el turno vespertino, realmente no es importante, si consideramos que los "n" que estamos trabajando en este caso particular, son de 18 personas ó menos.

Tabla C.3 - Estado civil.

En esta variable, se manejaron 5 categorías:

1. Soltero.
2. Unión libre.
3. Casado.
4. Viudo.
5. Divorciado.

Tomando en cuenta que la "n" es pequeña, lo que se decidió fué agru-
par las categorías, tomando en cuenta si la persona vive sola o acompaña-
da. Por lo tanto en la primera categoría se incluyó: soltero, viudo y -
divorciado, siempre y cuando no vivan con nadie. La otra categoría se re-
fiere al estado civil casado ó unión libre.

En el turno matutino no se representó diferencias estadísticamente -
significativas, al menos, en lo que se refiere al grupo de la segunda ca-
tegoría (viven acompañados), ya que en el grupo experimental matutino, 82
das viven acompañados vs. solamente el 50% en el grupo control. Sin em-
bargo, al igual que en otras tablas anteriores, esta diferencia se pierde
al manejarse los totales.

Consideramos importante enfatizarlo, ya que lo que ocurre es que -
cuando las "n" aumentan y comienzan a tomar el tamaño requerido para una
solida: en resultados estadísticos importantes, los resultados arrojados
al ser pequeños las "n" se pierden.

Si observamos los totales, vemos por ejemplo en el grupo control -
el 38% vive sola vs. 32% en el experimental. Siendo el 69% del grupo con

tról vive acompañado vs. 59% en el experimental. Lo que indica que a pe-
sar de que se encuentran diferencias en el manejo separado de la informa-
ción al comparar el turno matutino con el turno vespertino, al abordar =
los totales ésta se pierde.

Por ejemplo, en el turno vespertino encontramos una imagen en espe-
jo, vemos que la mayor parte del grupo experimental vive solo y que la =
mayor parte del grupo control, vive acompañado. Insistiendo que cuando
se manejan los totales, éstas diferencias se pierden.

Tabla C.4 - Maestros fumadores.

Fuma en la actualidad.

Encontramos en el turno matutino que entre el 30 y 40%, tiene un =
tabaquismo positivo, en tanto que en el vespertino, éste disminuye alre-
dedor de un 22% tanto en el grupo control como en el experimental.

Si pasamos a los totales, encontramos que solo alrededor de un 30%
de personas fuman.

Esto coincide con lo encontrado en otras tablas, ya que tenemos un
porcentaje cercano al 60 y 70% que está formado por mujeres y un 30% ó =
40% por hombres, lo que nos lleva a pensar que seguramente si manejamos
el tabaquismo por sexo, vamos a encontrar los datos de la población gene-
ral, siendo estos de que alrededor del 50% del sexo masculino en México,
fuma y en un 20 a 25% de las mujeres fuman.

Tabla C.5 - Si ya no fuma en la actualidad, fumó en el pasado.

Esta tabla se refiere a la presencia de tabaquismo en el pasado en
personas que ya no fuman en la actualidad.

El primer punto importante, es el que es un 32 a un 35% de las per-
sonas no contestaron la pregunta, perdiéndose una información muy impor-
tante.

De las personas que reportaron el haber fumado, siendo alrededor - de un 5 a 6%, nos indicaron que entre un 30% y tomando en cuenta la alta tasa de reincidencia 5 - 6%, este grupo a pesar de que no fuma en la actualidad, tiene cierto riesgo de reincidir. Lo importante sería en estudios futuros, ver porque un porcentaje de la población no contesta, asegurar que esta pregunta sea comprendida adecuadamente y por lo tanto sea contestada.

Tabla C.6 - Número de cigarrillos que fuma al día.

Se refiere al número de cigarrillos que se fuman al día.

La mayor parte de las personas no contestan la pregunta.

Conformándose de las personas que no fuman.

El porcentaje que sí contesta la pregunta, se integro de las personas que sí fuman, siendo un 25% del grupo control y un 31% del experimental.

Si nos concentramos con la población que reporte un tabaquismo activo en el presente, encontramos que no hay diferencias entre ellos; en el grupo control se informa que el 80% fuma 10 cigarrillos ó menos y en el experimental un 83% de ellos fuman esta misma cantidad. Esto es un - tabaquismo leve, pero tenemos que recordar y darle importancia a la avanzada edad, ya que un 62 y 65% se encuentran por debajo de los 30 años, indicándonos que esta población a través del tiempo aumenta su consumo, como es la historia natural de los fumadores, tendiente al incremento en - la cantidad de cigarras que se fuman conforme avanza el tiempo.

Tabla C.7 - Edad en que comenzó a fumar.

En esta tabla un 55 y 50% de las personas no contestan la pregunta, pero se refiere a las que reportan ausencia de historia de tabaquismo.

Si nos concentramos en las personas que responden la pregunta, encontramos lo siguiente:

La mayoría entre un 50 y un 60% reportan haberse iniciado en el hábito de fumar a los 19 años de edad ó menos, cifra que se encuentra en estudios realizados en México y encuestas realizadas, esto es, marcando como inicio en el hábito de fumar a la mayoría de las personas antes de los 20 años, en la adolescencia ó cuando inicia la juventud, con una serie de implicaciones muy importantes tanto para el desarrollo del grado de severidad en la farmacodependencia, como en lo que se refiere a los daños físicos ocasionados, los cuales como sabemos, son el resultado de un proceso acumulativo. Quiero decir que una persona que fuma 20 años, ya muestra manifestaciones de daño corporal, si comenzó a los 14 años ó antes de los 13 años, seguramente a los 40 años ya tendrá daños importantes desde el punto de vista productivo, tanto social como familiar.

Tabla C-9 - Como es actualmente su consumo de cigarrillos.

Esta tabla arroja datos relacionados al estado actual de los perogues que fumán, esto es, si el consumo de tabaco va en aumento, es estable ó disminuye.

La mayor parte de la población no contesta, dado que no tienen historia de tabaquismo actual, pero al observamos lo encontrado en las personas que contestan la pregunta, los resultados son los siguientes:

Cuando revisamos el reactivo de aumento, encontramos diferencias estadísticamente significativas, en el grupo control el 62% reportan que van en aumento, siendo un punto importante, vs. 28 en el grupo experimental.

Cuando vemos el porcentaje de personas que se mantienen igual en el consumo de tabaco, solo el 20% del grupo control se mantiene vs. un 50% en el grupo experimental.

En tanto que en relación a los que disminuyen el consumo de tabaco, el grupo control reporta el 40% vs. solamente el 17% en el grupo experi-

mental. Este resultado es importante tomarlo en cuenta para estudios posteriores.

Tabla C.9 - Alguna vez ha intentado dejar de fumar.

Este reactivo se refiere a si alguna vez ha dejado de fumar.

Encontramos que las respuestas afirmativas en el turno matutino es de 33% en el grupo control vs. 40% en el grupo experimental.

En el turno vespertino se reporta 11% en el grupo control vs. 33% en el grupo experimental.

Y si nos concentramos en los grandes totales, vemos que un 17.5% del grupo control dió una respuesta afirmativa vs. un 37% del grupo experimental.

Quizá el punto importante en esta pregunta, es que en el grupo control por alguna razón existe un 17.5% que solamente ha intentado dejar de fumar. Siendo una diferencia importante con el experimental con un 5.37%. Por lo que lefórmica que debido a alguna razón, la mitad de los fumadores del grupo control no han hecho ningún intento por dejar de fumar en el presente y quizá está relacionado con la edad de la población aquí estudiada.

Tabla C.10 - Número de veces que ha intentado dejar de fumar.

En esta tabla se encuentra que la gran mayoría ha intentado dejar de fumar una vez, lo cual si tomamos en cuenta que son profesores, sería importante que lo intentaran y lograsen abandonar el hábito del consumo de tabaco, por la repercusión e impacto que tienen con sus alumnos.

Tabla C.13 - Cree usted que fumar es malo para su salud.

En esta tabla el cuestionar si se considera que fumar es malo pa-

ra la salud, se encuentra que el 100% de los encuestados de ambos grupos del control y del experimental, reportan que es nocivo. Siendo esto un avance, ya que hasta hace unos años, aún en la población de médicos no se aceptaba del todo el aspecto de nocividad.

Tabla C.14 - Juega usted algún deporte ó hace ejercicio físico.

En el área del ejercicio físico, encontramos que de cada 4 profesores del grupo control, 3 hacen ejercicio; y de cada 3 profesores del grupo experimental, 2 hacen ejercicio. Siendo de esta manera la mayoría, - lo cual es un punto importante, ya que el realizar un deporte además de ser una actividad recomendable para un bienestar físico, favorece que la gente abandone el hábito de fumar.

Tabla C.15 - Qué clase de cigarrillos fuma.

Por último, se revisó en esta tabla el tipo de cigarrillos que se fuma, encontrando que el 100% de la gente que contesta la pregunta en ambos grupos, fuman con filtro, indicando al menos una intención relativa, para el fin de toda intención de mortificar el efecto nocivo del tabaco, manifestando así, cierto grado de sensibilidad sobre el concepto de nocividad del tabaco.

SECCION A

INFORMACION SOBRE NOCIVIDAD Y TABAQUISMO EN LA POBLACION ESCOLAR.
FRECUENCIAS SIMPLES Y PORCENTAJES.

Tabla A.1	Grupos de edad.
Tabla A.2	Sexo
Tabla A.3	Grado de escolaridad.
Tabla A.4	Alumnos que hicieron el primer y/o segundo díaaja. Grupo control.
Tabla A.5	Alumnos que hicieron el primer y/o segundo díaaja. Grupo experimental.
Tabla A.6	Información sobre nocividad de tabaco. Grupo control.
Tabla A.7	Información sobre nocividad de tabaco. Grupo experimental.
Tabla A.8	Tipo de actitud hacia el consumo de tabaco.

TABLA A.3 - GRUPOS DE EDAD.

EDAD	TURNO MATUTINO n = 523				TURNO VESPERTINO n = 536				TOTAL n = 1059			
	CONTROL n = 258		EXPERIMENTAL n = 265		CONTROL n = 273		EXPERIMENTAL n = 263		CONTROL n = 531		EXPERIMENTAL n = 528	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
I 7 - 9 - 9	125	48	258	66	154	57	129	49	284	49	323	66
II 10 - 11 - 12	143	48	127	38	102	37	141	54	245	47	248	42
III 13 a +	30	10	8	2	17	6	17	6	47	9	25	4

TABLA A.2 - SEXO

S E X O	GRUPO ANTIGUO n = 829				GRUPO REPARTIDO n = 536				T O T A L n = 1365			
	CONTROL n = 298		EXPERIMENTAL n = 531		CONTROL n = 275		EXPERIMENTAL n = 263		CONTROL n = 571		EXPERIMENTAL n = 594	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
FEMENINO	146	49	105	50	130	48	129	49	277	49	254	49
MASCULINO	152	51	166	50	142	52	134	51	294	51	300	51

TABLA A.3 = GRADO DE ESCOLARIDAD

G R U P O S	TURNO MATUTINO n = 629				TURNO VESPERTINO n = 536				T O T A L n = 1165				
	CONTROL n = 290		EXPERIMENTAL n = 331		CONTROL n = 273		EXPERIMENTAL n = 263		CONTROL n = 561		EXPERIMENTAL n = 594		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
I	1a. 2a. 3a.	104	35	175	53	171	63	85	33	275	49	251	44
II	4a. 5a. 6a.	194	65	156	47	102	37	177	67	296	52	333	56

ARIAS, M.O.; AGRELO, L.; FUENTE-SILVA F.

TABLA 8.4 - ALUMNOS QUE HICIERON EL 1o. y/o 2o. GRUPO.
 SEMAÑO Y PORCENTAJE.
 GRUPO CONTROL

GRUPO
 CONTROL
 n = 371

TURNO MATUTINO n = 208	GRUPOS	1o. GRUPO n = 202		2o. GRUPO n = 200	
		n	%	n	%
		1o. 2o. 3o.	90	3%	91
4o. 5o. 6o.	179	66	179	66	
TURNO VESPENTINO n = 373	GRUPOS	1o. GRUPO n = 250		2o. GRUPO n = 243	
		n	%	n	%
		1o. 2o. 3o.	153	61	159
4o. 5o. 6o.	97	39	93	39	

TABLA A.5 - ALUMNOS QUE HICIERON EL 1o. y/o 2o. DIBUJO,
 SIMPLES Y PORCENTAJES.
 GRUPO EXPERIMENTAL.

GRUPO
 EXPERIMENTAL
 n = 394

TURNO	GRUPOS			1o. DIBUJO		2o. DIBUJO	
				n = 303		n = 305	
	n	%	n	%	n	%	
MATUTINO n = 391	1o.	2o.	3o.	156	52	156	52
	4o.	5o.	6o.	144	48	145	48
	GRUPOS			1o. DIBUJO n = 241		2o. DIBUJO n = 327	
VESPERTINO n = 393	GRUPOS			n	%	n	%
	1o.	2o.	3o.	60	30	69	30
	4o.	5o.	6o.	181	67	158	70

TABLA A.6 - INFORMACION SOBRE NECESIDAD DEL TRABAJO.
GRUPO CONTROL.

GRUPO
CONTROL
n = 571

TIPO PARTITIVO n = 270	So. OIBLAD n = 262				So. OIBLAD n = 269			
	NECESO		NO NECESO		NECESO		NO NECESO	
	n	%	n	%	n	%	n	%
	148	55	47	18	213	79	58	21
TIPO VERBOTIVO n = 273	So. OIBLAD n = 264				So. OIBLAD n = 268			
	NECESO		NO NECESO		NECESO		NO NECESO	
	n	%	n	%	n	%	n	%
	145	74	88	26	177	73	84	27

TABLA A.7 = INFORMACION SOBRE ACTIVIDAD DEL TABACO
GRUPO EXPERIMENTAL.

GRUPO EXPERIMENTAL n = 594	TURNO MATUTINO n = 231	1a. OJALDO n = 300				2a. OJALDO n = 296			
		NO FUMANDO		NO FUMANDO		NO FUMANDO		NO FUMANDO	
		n	%	n	%	n	%	n	%
		252	84	48	16	297	84	49	16
GRUPO EXPERIMENTAL n = 594	TURNO VESPERTINO n = 203	1a. OJALDO n = 291				2a. OJALDO n = 227			
		NO FUMANDO		NO FUMANDO		NO FUMANDO		NO FUMANDO	
		n	%	n	%	n	%	n	%
		240	83	41	17	179	79	40	21

TABLA A.4 - TIPO DE ACTITUD HACIA EL CONSUMO DE TABACO.

		TURNO MATUTINO n = 529				TURNO VESPERTINO n = 526				TOTAL n = 1055			
		CONTROL n = 258		EXPERIMENTAL n = 271		CONTROL n = 273		EXPERIMENTAL n = 253		CONTROL n = 571		EXPERIMENTAL n = 574	
1a. DOBLE	2a. DOBLE	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
10) INF. POSITIVA		6	2	4	1	9	3	4	1	19	3	6	2
20) INF. NEGATIVA		234	91	270	98	202	74	205	79	436	76	480	81
30) DE IGUALDAD		94	36	60	22	63	23	60	23	117	20	97	16
40) DOBLE INF.		4	1	1	0,3	0	0	5	2	4	1	1	1

- * A) EL TABACO ES BUENO.
- * B) EL TABACO ES MALO. (NEGATIVO)
- * C) DE IGUALDAD.
- * D) EL TABACO ES BUENO Y MALO A LA VEZ.

SECCION B

HISTORIA DE TABAQUISMO EN FAMILIARES.
FRECUENCIAS SIMPLES Y PORCENTAJES.

Tabla B.1	Historia de tabaquismo familiar en alumnos del grupo control.
Tabla B.2	Historia de tabaquismo familiar en alumnos del grupo experimental.
Tabla B.3	Historia de tabaquismo familiar. Totales.
Tabla B.4	Historia de tabaquismo familiar. Comparación por turno. Grupo control.
Tabla B.5	Historia de tabaquismo familiar. Comparación por turno. Grupo experimental.
Tabla B.6	Historia de tabaquismo familiar. Comparación por grado escolar. (Grupo control/grupo experimental)

TABLA 6.1 - HISTORIA DE TABAQUISMO FAMILIAR DE ALUMNOS DEL GRUPO CONTROL.

GRUPO
CONTROL
n = 573

TIPO DE ALUMNOS	PADRE FUMÓ		MADRE FUMÓ		OTRO FAMILIAR FUMADOR		TOTAL FAMILIA- RES DE FUMOS
	n	%	n	%	n	%	n
TURNO MATUTINO n = 299	142	47	71	24	114	38	327
TURNO VESPERTINO n = 273	129	47	63	23	126	46	318

- CUALQUIER OTRO FAMILIAR QUE HABITE EN LA CASA DEL ALUMNO Y QUE FUMÓ.

Tabla 8.2 - HISTORIA DE TABAQUEO FAMILIAR EN ALUMNOS DEL GRUPO EXPERIMENTAL.

GRUPO
EXPERIMENTAL
n = 584

GRUPO NICOTINICO n = 321	ABRA FUMAR		ROMP FUMAR		OTRO FUMAR		TOTAL FUMEA- RES DE FUMAR.
	n	%	n	%	n	%	n
	151	46	65	20	105	34	311
GRUPO NO NICOTINICO n = 263	93	35	52	20	97	37	242

TAULA 8.3 - HISTORIA DE TABAQUEO FAMILIAR
 TOTALES.

T
D
T
A
L

GRUPO	PAPA FUMA		PAPA NO FUMA		OTRO FUMA		T O T A L
	n	%	n	%	n	%	n
GRUPO CONTROL n = 371	263	71	131	35	248	67	531
GRUPO EXPERIMENTAL n = 336	244	73	117	35	222	66	583

TABLA 3.4 - HISTORIA DE TABAQUISMO FAMILIAR,
COMPARACION POR TURNO,
GRUPO CONTROL.

TURNO NATURADO n = 233	G R O P O B			PAPA FUMO n = 140		MARI FUMO n = 71		CERO FUMO n = 114		TOTAL
	Ca.	Se.	Go.	n	%	n	%	n	%	
	Ca.	Se.	Go.	49	35	29	41	62	37	325
	Ca.	Se.	Go.	51	65	62	89	32	63	
TURNO DESCARTADO n = 273				n = 122		n = 60		n = 186		325
	Ca.	Se.	Go.	36	62	42	70	97	69	
	Ca.	Se.	Go.	44	37	18	30	39	31	

GRUPO
CONTROL
n = 591

TABLA 0.3 - HISTORIA DE TABAQUISMO.
 COMPARACION POR TURNO.
 GRUPO EXPERIMENTAL.

(GRUPO
 EXPERIMENTAL
 n = 594)

TURNO	G R U P O S	PAPA FUMA n = 151		NADA FUMA n = 85		OTRO FUMA n = 129		TOTAL
		n	%	n	%	n	%	
TURNO MATUTINO n = 321	1a., 2a., 3a.	85	27	32	40	74	58	341
	4a., 5a., 6a.	65	43	33	31	51	44	
TURNO VESPERTINO n = 283		n = 72		n = 52		n = 83		342
	1a., 2a., 3a.	26	27	18	19	29	29	
	4a., 5a., 6a.	66	73	42	61	69	71	

TABLA B.6 - HISTORIA DE TABAQUEISMO PASIVAS.
COMPARACION POR GRUPO ESCOLAR.
CONTROL EXPERIMENTAL.

GRUPO	GRUPOS	PAPA FUMA		MAMA FUMA		OTRO FUMA		TOTAL
		n	%	n	%	n	%	
GRUPO CONTROL n = 391	1a. 2a. 3a.	125	48	71	54	129	54	631
	4a. 5a. 6a.	135	52	60	46	111	46	
GRUPO EXPERIMENTAL n = 394		n = 254		n = 127		n = 222		503
	1a. 2a. 3a.	111	43	42	36	102	46	
	4a. 5a. 6a.	123	55	75	64	120	54	

ARIAS, H.B.; AROSO, L.; PUENTE-BILVA F.

TABLA 8.7

ESCOLARIDAD	GRUPO CONTROL			GRUPO EXPERIMENTAL		
	1a.	2a.	3a.	1a.	2a.	3a.
	n	%		n	%	
PRPA FUMA	250	100 % *		250	100 %	
SI	176	70 %		129	52%	
NO	114	46 %		138	55 %	
PRPA FUMA	250	100 % *		250	100 % *	
SI	95	38 %		49	19 %	
NO	189	76 %		238	95 %	
OTRO FUMA	250	100 % **		257	100 % **	
SI	134	54 %		138	53 %	
NO	116	46 %		138	53 %	

* COMPARACION INTRAGRUPPO $p < 0,05$ ** COMPARACION INTERGRUPO $p < 0,05$

TABLA B.8

ESCOLARIDAD	GRUPO CONTROL			GRUPO EXPERIMENTAL		
	No.	Sp.	Sp.	No.	Sp.	Sp.
	n		%	n		%
PAPA FUMA	230		100 %	207		100 % *
SI	113		49 %	149		64 %
NO	117		51 %	177		86 %
MINA FUMA	230		100 % *	207		100 % *
SI	97		25 %	31		22 %
NO	173		75 %	146		78 %
OTRO FUMA	230		100 % *	217		100 % *
SI	93		40 %	137		63 %
NO	127		60 %	180		87 %

* COMPARACION INTRAGRUPOS $p < 0,05$ ** COMPARACION INTERGRUPOS $p < 0,05$

TABLA 8-3

ESQUELETO	GRUPO CONTROL						GRUPO EXPERIMENTAL					
	Se.	So.	Se.	So.	Se.	Lo.	So.	Se.	So.	Se.	So.	
	n			%			n			%		
FVA FVA	460			100 %			596			100 % *		
SI	240			52 %			259			43 %		
NO	221			48 %			335			56 %		
NVA FVA	460			100 % *			596			100 % *		
SI	122			27 %			120			20 %		
NO	338			73 %			464			77 %		
OVA FVA	460			100 % *			596			100 % *		
SI	227			49 %			258			43 %		
NO	233			51 %			332			55 %		

* COMPARACION INTRAGRUPPO $p < 0,05$ ** COMPARACION INTERGRUPO $p < 0,05$

TABLA B-10

ESCOLARIDAD	GRUPO CONTROL			GRUPO EXPERIMENTAL		
	1a.	2a.	3a.	1a.	2a.	3a.
	n	%		n	%	
PAPA Y HORA FLORA (A + B)	253	100 %		257	100 %	
SI	41	16 %		34	13 %	
NO	212	84 %		223	87 %	
PAPA Y OTRO FLORA (A + C)	253	100 %		267	100 %	
SI	79	31 %		57	21 %	
NO	174	69 %		210	79 %	
HORA Y OTRO FLORA (B + C)	253	100 %		257	100 %	
SI	44	18 %		23	9 %	
NO	209	82 %		234	91 %	
PAPA, HORA Y OTRO F. (A + B + C)	253	100 %		257	100 %	
SI	39	15 %		15	6 %	
NO	214	85 %		242	94 %	

* COMPARACION INTRAGRUPOS $p < 0,05$ ** COMPARACION INTERGRUPOS $p < 0,05$

TABLA 8.11

ESCOLARIDAD	GRUPO CONTROL			GRUPO EXPERIMENTAL		
	No.	Se.	So.	No.	Se.	So.
	n	%		n	%	
PCPA Y NINA FLAA (A + B)	233	100 % *		217	100 % *	
SI	41	18 %		48	19 %	
NO	189	82 %		173	80 %	
PCPA Y OTRO FLAA (A + C)	233	100 % *		217	100 % *	
SI	52	23 %		62	29 %	
NO	179	77 %		155	72 %	
NINA Y OTRO FLAA (B + C)	233	100 % *		217	100 % *	
SI	33	14 %		38	18 %	
NO	197	86 %		179	82 %	
PCPA, NINA Y OTRO FLAA (A + B + C)	233	100 % *		217	100 % *	
SI	24	10 %		23	11 %	
NO	206	90 %		194	90 %	

* COMPARACION INTRAGRUPO $p < 0.05$ ** COMPARACION INTERGRUPO $p < 0.05$

TABLA 0.12

ESCOLARIDAD	GRUPO CONTROL						GRUPO EXPERIMENTAL					
	1a.	2a.	3a.	4a.	5a.	6a.	1a.	2a.	3a.	4a.	5a.	6a.
	n			%			n			%		
RAMA Y OTRA FLOR (A + B)	400			100 % *			394			100 % *		
SI	82			20 %			60			15 %		
NO	318			79 %			334			85 %		
RAMA Y OTRO FLOR (B + C)	440			100 % *			436			100 % *		
SI	130			29 %			129			29 %		
NO	310			71 %			307			71 %		
RAMA Y OTRO FLOR (B + C)	480			100 % **			484			100 % **		
SI	77			16 %			61			13 %		
NO	403			84 %			423			87 %		
RAMA, RAMA Y OTRO FLOR (A + B + C)	400			100 % *			394			100 % *		
SI	97			24 %			74			19 %		
NO	303			76 %			320			81 %		

* COMPARACION INTRAGRUPLO $p < 0.05$ ** COMPARACION INTERGRUPO $p < 0.05$

SECCION C

ENCUESTA SOBRE HISTORIA DE TABAQUISMO E INFORMACION SOBRE SU NOCIVIDAD.
FRECUENCIAS SIMPLES Y PORCENTAJES.

Tabla C.1	Grupos de edad.
Tabla C.2	Sexo.
Tabla C.3	Estado civil.
Tabla C.4	Maestros fumadores.
Tabla C.5	Si ya no fuma en la actualidad, fumó en el pasado.
Tabla C.6	Número de cigarrillos que fuma al día.
Tabla C.7	Edad en que empezó a fumar.
Tabla C.8	Cómo es actualmente su consumo de cigarrillos.
Tabla C.9	Alguna vez ha intentado dejar de fumar.
Tabla C.10	Número de veces que ha intentado dejar de fumar.
Tabla C.11	Quisiera usted dejar de fumar.
Tabla C.12	Cree usted que es muy difícil dejar de fumar.
Tabla C.13	Cree usted que fumar es malo para su salud.
Tabla C.14	Juega usted algún deporte o hace ejercicio físico.
Tabla C.15	Que clase de cigarrillos fuma.

TABLA C.1 - GRUPOS DE EDAD.

1) CUANTOS AÑOS CUMPLIDOS TIENE ?

E D A D	TURNO MATUTINO n = 15				TURNO VESPERTINO n = 10				T O T A L n = 25			
	CONTROL n = 8		EXPERIMENTAL n = 7		CONTROL n = 5		EXPERIMENTAL n = 5		CONTROL n = 13		EXPERIMENTAL n = 12	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
20 - 29	6	75	6	86	5	100	7	70	11	85	11	92
30 ó +	2	25	1	14	0	0	3	30	3	23	3	25

TABLA 2.2 - SEXO

2) ES LISTO.

S E X O	TURNO MATUTINO n = 15				TURNO VESPERTINO n = 18				T O T A L n = 33			
	CONTROL n = 8		EXPERIMENTAL n = 7		CONTROL n = 9		EXPERIMENTAL n = 9		CONTROL n = 17		EXPERIMENTAL n = 16	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
HOMBRE	1	12.5	4	40	4	44	4	44	5	29	8	42
MUJER	7	87.5	6	60	5	56	5	56	12	71	11	58

TABLA C.3 - ESTADO CIVIL.

- 30 SU ESTADO CIVIL ES
- 1) SOLTERO
 - 2) UNION LIBRE
 - 3) CASADO
 - 4) VIUDO
 - 5) SEPARADO

	TURNO MATUTINO n = 18				TURNO VESPERTINO n = 18				TOTAL n = 36			
	CONTROL n = 8		EXPERIMENTAL n = 10		CONTROL n = 9		EXPERIMENTAL n = 9		CONTROL n = 17		EXPERIMENTAL n = 19	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1, 4, 5	6	50	0	0	3	33	6	67	6	36	6	32
2/3	6	50	10	100	7	78	3	33	11	64	13	68

TABLA D.6 - MAESTROS QUE FIRMAN

a) POR SU ESTADO ACTUALMENTE ?

	TURNO MATUTINO n = 10				TURNO VESPERTINO n = 10				TOTAL n = 20			
	CONTROL n = 5		EXPERIMENTAL n = 5		CONTROL n = 5		EXPERIMENTAL n = 5		CONTROL n = 17		EXPERIMENTAL n = 10	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
SI	3	37,5	3	30	2	22	3	28	3	29	5	32
NO	5	62,5	7	70	7	78	6	70	12	71	13	68

TABLA 0.5

93 SI YA NO FUMA EN LA ACTUALIDAD AFUNO EN EL PASADO?

	TURNO MATUTINO n = 18				TURNO VESPERTINO n = 18				TOTAL n = 36			
	CONTROL n = 9		EXPERIMENTAL n = 9		CONTROL n = 9		EXPERIMENTAL n = 9		CONTROL n = 17		EXPERIMENTAL n = 19	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
SI	1	12,5	1	10	0	0	0	0	1	6	1	5
NO	3	37,5	8	89	7	78	6	67	10	59	12	63
SE IGNORA	4	50	3	33	2	22	3	33	6	35	5	26

ABREGO, L.; AREAS, M.D.; PUENTE-SILVA F.

TABLA 0.6

B) CUANTOS DIGARILLOS PUNA AL DÍAZ?

- 1) MEDIA CASQUILLA O MENOS
- 2) UNA CASQUILLA
- 3) DOS CASQUILLAS
- 4) MAS DE DOS CASQUILLAS

	TURNO MATUTINO n = 10				TURNO VESPERTINO n = 10				TOTAL n = 20			
	CONTROL n = 5		EXPERIMENTAL n = 5		CONTROL n = 5		EXPERIMENTAL n = 5		CONTROL n = 10		EXPERIMENTAL n = 10	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	2	20	2	20	2	20	3	30	4	20	5	25
2, 3, 4	1	12.5	1	10	0	0	0	0	1	5	1	5
DE IGUNA	5	52.5	7	70	7	70	5	50	12	60	12	60

A. ABRUDO, L.; ARIAS, M.D.; FUENTES-SILVA F.

TABLA C-7

7) A QUE EDAD EMPEZO A USAR EL FUMARRO

	TURNO MAÑUTINO n = 18				TURNO VESPERTINO n = 10				TOTAL n = 28			
	CONTROL n = 8		EXPERIMENTAL n = 10		CONTROL n = 5		EXPERIMENTAL n = 5		CONTROL n = 13		EXPERIMENTAL n = 15	
EDAD	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
15 - 19	3	37.5	8	80	2	40	2	40	5	38	4	27
20 - 24	1	12.5	8	80	0	0	1	20	1	8	3	20
25 - 29	4	50	6	60	3	60	0	0	7	54	9	60

TABLA C.8

a) SU CONSUMO DE CIGARILLOS ACTUALMENTE:

- 1) HA EN AUMENTO
- 2) ES EL MISMO
- 3) DISMINUYE

	TURNO MATUTINO n = 18				TURNO NOCTURNO n = 10				T O T A L n = 28			
	CONTROL n = 8		EXPERIMENTAL n = 10		CONTROL n = 9		EXPERIMENTAL n = 9		CONTROL n = 17		EXPERIMENTAL n = 10	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	2	25	3	30	3	33	3	33	2	12	3	30
2	1	12.5	2	20	0	0	3	33	1	6	5	50
3	0	0	1	10	2	22	0	0	2	12	1	10
SE IGNORA	5	62.5	7	70	7	77	6	67	12	70	13	69

TABLA C.9

D) ALGUNA VEZ HA INTENTADO DEJAR DE FUMAR?

	TURNO MATUTINO n = 10				TURNO VESPERTINO n = 10				TOTAL n = 20			
	CONTROL n = 5		EXPERIMENTAL n = 5		CONTROL n = 5		EXPERIMENTAL n = 5		CONTROL n = 17		EXPERIMENTAL n = 19	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
SI	2	20	4	40	1	11	3	30	3	17.6	7	37
NO	3	30	1	10	1	11	2	20	3	17.6	0	0
SE DUDA	4	50	5	50	7	70	5	50	11	65	12	63

AGUIRRE, L.; ARIZO, M.G.; FUENTES-SILVA P.

TABLA 6.10

10) NÚMERO DE VECES QUE HA DELAZADO DE FUMAR.

	TURNO MATUTINO n = 15				TURNO VESPERTINO n = 14				TOTAL n = 29			
	CONTROL n = 8		EXPERIMENTAL n = 7		CONTROL n = 9		EXPERIMENTAL n = 5		CONTROL n = 17		EXPERIMENTAL n = 12	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
UNA VEZ	2	25	1	14	1	11	3	60	3	18	4	33
DOIS VECES ó MAS	0	0	3	43	0	0	0	0	0	0	3	25
DE IGUERA	3	75	3	43	8	89	1	20	11	62	7	58

ARREGO, L.; ARIAS, M.D.; PUENTE-SILVA F.

TABLA C.11

11) ¿QUIERDA USTED DECIR DE JUAN?

	TURNO MATUTINO n = 10				TURNO VESPERTINO n = 10				T O T A L n = 20			
	CONTROL n = 5		EXPERIMENTAL n = 5		CONTROL n = 5		EXPERIMENTAL n = 5		CONTROL n = 10		EXPERIMENTAL n = 10	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
SI	2	20	3	30	2	22	3	30	4	20	6	30
NO	1	12.5	0	0	0	0	0	0	1	5	0	0
SE IGNORA	5	50	2	20	3	30	2	20	8	40	13	65

TABLA 0.18

18) ¿CÓMO USTED DICE ES MÁS DIFÍCIL, DEJAR DE FUMAR?

	TURNO MATUTINO n = 18				TURNO VESPERTINO n = 18				T O T A L n = 36			
	CONTROL n = 9		EXPERIMENTAL n = 9		CONTROL n = 9		EXPERIMENTAL n = 9		CONTROL n = 17		EXPERIMENTAL n = 19	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
SI	2	22	3	33	7	78	2	22	9	53	4	21
NO	4	44	6	67	2	22	7	78	6	35	10	53
SE IGNORA	2	22	0	0	0	0	0	0	2	12	0	0

TABLA E.13

13) CÓMO LISTAS QUE FUERAN MÁS FÁCIL PARA SU SALUD?

	TURNO MATUTINO n = 10				TURNO VESPERTINO n = 10				TOTAL n = 36			
	CONTROL n = 5		EXPERIMENTAL n = 5		CONTROL n = 5		EXPERIMENTAL n = 5		CONTROL n = 17		EXPERIMENTAL n = 19	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
SI	5	100	5	100	5	100	5	100	17	100	19	100
NO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

TABLA C.04

14) ¿CÓMO VISTO ALGUN DEPORTE o HACE EJERCICIO FISICO?

	TURNO MATUTINO n = 10				TURNO VESPERTINO n = 10				TOTAL n = 20			
	CONTROL n = 5		EXPERIMENTAL n = 5		CONTROL n = 5		EXPERIMENTAL n = 5		CONTROL n = 10		EXPERIMENTAL n = 10	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
SI	5	60.0	7	70.0	0	0.0	5	50.0	10	50.0	12	60.0
NO	3	30.0	3	30.0	1	10.0	4	40.0	4	20.0	7	35.0

TABLA G.13

13) QUE CLASE DE CIGARRILLOS FUMAS:

- 1) FUERTES CON FILTRO
 2) SUAVES CON FILTRO
 3) FUERTES SIN FILTRO
 4) SUAVES SIN FILTRO

	TURNO MATUTINO n = 10				TURNO VESPERTINO n = 20				TOTAL n = 30			
	CONTROL n = 5		EXPERIMENTAL n = 5		CONTROL n = 5		EXPERIMENTAL n = 5		CONTROL n = 10		EXPERIMENTAL n = 10	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
L/2	3	30.0	1	20	2	20	3	30	5	20	6	30
3/4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DE 1000M	5	50.0	7	70	7	70	6	60	12	70	13	60

CONCLUSIONES.-

1.- En las frecuencias simples mencionadas en número y en porcenta-
je, nos demuestran que la distribución aleatoria sí cumplió su objetivo -
de que no hubiera diferencias significativas en las diferentes variables,
objeto del estudio.

2.- Un hallazgo de gran importancia es que la población aquí estu-
diada, consistente en población de niños en edad escolar de clase media-
baja, cuenta con una información adecuada sobre la nocividad del consumo
de tabaco en el organismo.

3.- Los programas de educación para la salud que se implementan en
escuelas primarias, deben partir de la base de que esta población ya cuen-
ta con información sobre la nocividad del consumo de tabaco para el orga-
nismo y que deberá sólo bien reforzar esta información ya existente.

4.- A pesar de que en estas grupos alrededor de un 70% y 80% cuen-
tan con información clara, de cada 3 niños de esta escuela primaria que -
prueban el cigarró, 1 se quedará probablemente como fumador. Esto nos se-
ñala el peso ó importancia significativa que tiene por una parte la pre-
sencia de hábitos de tolerancia familiar positiva, es decir, el hecho de
que en la familia el padre, la madre ó algún otro familiar adulto que vi-
ve en la casa fume, esto es, que a pesar de la información presente sobre
nocividad el proceso de aprendizaje social propuesto por Bandura y de mo-
delamiento tiene un impacto determinante en el patrón de comportamiento -
en relación al hábito de fumar.

De tal manera que los programas de Educación para la Salud que se -
implementan en escuelas primarias y secundarias, tendrán también que contem-
plar programas de Educación para la Salud, dirigidos a los padres y fami-
liares adultos que viven en la casa con el niño y por supuesto, programas
de Educación para la Salud orientados a profesores y al personal adminis-
trativo de la escuela en cuestión.

5.- Otra variable y reconocida internacionalmente es el efecto de
la publicidad. Quiero decir que entre niños a pesar de tener una informac-
ión clara y precisa de los daños que el fumar cigarrillos produce al or-

genismo, al estar expuestos a una publicidad sobre todo radio-televisiva muy bien estructurada, donde se mandan mensajes, donde los niños juvén los fuman, va a provocar que a pesar de la presencia de información ó de conocimientos, muy probablemente muchos de ellos se inicien en el hábito de fumar. De ahí la importancia de que se establezca una reglamentación en México, que prohíba la publicidad por radio-televisión, como ha ocurrido en Europa, Estados Unidos y ya en países latinoamericanos como Venezuela.

6.- Dentro de las conclusiones encontramos que se mantienen los hallazgos reportados anteriormente, de que alrededor del 50% de la población adulta masculina fuma, esto se mantiene con la historia del tabaquismo familiar, donde alrededor del 50% de los papás fuman. Encontramos que también se mantiene el hecho reportado en otros estudios, de que alrededor del 20% a 25% de las mujeres adultas fuman, ya que en nuestro estudio fué entre 22% y 24%. Un dato no reportado en otros estudios y reportado en éste estudio, es la presencia de un familiar adulto fumador que vive en la casa con el niño escolar, aquí el porcentaje está alrededor del 40%, un dato muy importante, lo cual nos indica que los programas de Educación para la Salud además de estar encaminados a los padres, también deberán incluir a otros familiares adultos que viven en la casa.

7.- Pasando a los hallazgos encontrados con los profesores, al constituir el 3o. grupo de personas significativas que tienen impacto en población infantil ó escolar, es importante crear programas de Educación para la Salud en los profesores y otros programas de sensibilización con ellos. Siendo muy importante tener el apoyo de los profesores en cualquier programa de tabaquismo en escuelas primarias.

Aquí encontramos de que alrededor del 30% de ambos grupos (control y experimental) fuman, esto es muy importante, porque de cada 3 profesores 1 fuma. Existe otro alrededor del 5% que fué en el pasado y que pueden presentar cierto riesgo de reincidencia, quiere decir, que cualquier programa que la Secretaría de Educación Pública inicie para promover la prevención del hábito tabáquico en la población escolar, deberá incluir un renglón de apoyo a los profesores en el abandono del consumo de tabaco.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.-

1. Neop, E.C.: The health consequences of smoking. Cancer. A report of surgeon general. Department of health and Human Services, U.S., 1982.
2. Ferguson, D.M., Horwood, L.J., Sharon, F.T.: Parental smoking and respiratory illness in infancy. Archives of Disease in Childhood 55: 351 - 356, 1982.
3. McGuire, J.M.: International view of smoking. Trabajo presentado en el taller Internacional La Salud y el Control del hábito de fumar. México, D.F. Octubre, 1983.
4. Ordoñez, B.: Repercusiones patológicas del tabaquismo. Actuaciones Médicas. (Octubre) 74 - 75, 1983.
5. Puerto-Silva, F.G. Balzarotti, G.M. y De la Torre, R.H.: Experiencias de la clínica de tabaquismo. Resultados de un programa educativo-conductual. Salud Mental 3(2): 62-67, 1984.
6. OPS: Encuesta sobre las características del hábito de fumar en -- América Latina. Organización Panamericana de La Salud. Oficina Regional de la OPS. Washington, D.C. 1977.
7. Fraiso, F. y Salar-Insa, P.A. Exposiciones: Un enfoque multidisciplinario. Ed. Fontanela. 1983. España.
8. Jauriqui, J., Rusznick, M., Iriego, H., García Torres, A.I.: TABAKE: Un caso de integración vertical de la agricultura. Edit. Nueva Imagen 1982.
9. S.A.S.M.: Comportamiento de la producción nacional y consumo del -- tabaco 1975 - 1980. Economía Agrícola 9 (6): 7-23, 1982. Secretaría de Agricultura y Recursos Hidráulicos.
10. S.P.A.: Anuario estadístico de los Estados Unidos Mexicanos, 1982. Dirección General de Estadística, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, S.P.A.
11. Bandura A.: Social Learning and Personality Development. Ed. Holt, Rinehart and Winston, 1963.

12. Puente-Silva, F.G., Balzarotti, G.M. y Vergara, D.M.: Programas -
Terapéuticos para el abandono del Hábito Tabaquico: Trabajo pre-
sentado en la II Reunión de Investigación del Instituto Mexicano -
de Psiquiatría, Noviembre 1990. (México, D.F.)
13. Puente-Silva, F.G.: Resultados de Encuestas sobre el Hábito de Fu-
mar en tres muestras (Población Suburbana/Rural, Personal Médico
de siete Centros Hospitalarios y Personal de Petroleros Mexicanos)-
Implicaciones y consideraciones- Salud Mental, 8 (3): 60-65, Sep-
tiembre de 1995- México, D.F.
14. Puente-Silva, F.G. CONECTA: Estrategias preventivas frente al ta-
baquismo- Implicaciones para el año 2000. Trabajo presentado en -
el II Congreso Mundial Vasco.
15. Puente-Silva, F.G.: Tabaquismo en México. Bol. of Sanit. Panam. -
101 (3), 234, D.F.S., 1986.
16. Sánchez-furet, R. Ferrer, J. Balaguer-Vintra, L. Tomas Rodal, L.:
Tabaco.
17. Biglar, Anthony, Gallison, Cheri, Ary, Dennis y Thompson, Robert:
Expired air Carbon Mono-oxide and Saliva Thiocyanate: Relationships
To Self-Reports of Marijuana and cigarette smoking. Addictive -
Behaviors, Vol. 10, pp. 137-144, 1985, U.S.A.
18. Puente-Silva, F.G. Cicero, R. Karchner, S. López, G. Ramírez, B. -
Hern, G.L., García M. Gavidan, H. Balzarotti, M. Espino G. Dorrego,-
A. González, E.: Smoking General Hospital of México, S.S., National
Institute of Perinatology, Faculty of Psychology National University
of México- Trabajo presentado en el 6th World Conference on ---
Smoking and Health, November 9-12, 1987. Tokyo, Japan.
19. Balzarotti, M. Puente-Silva, F.G. Dominguez, B. López, D. Espino, -
G.: Comparative Study of Four Smoking Cessation Programmes. ----
CONECTA, Faculty of Psychology National University of México, Natio-
nal Institute for Respiratory Diseases (INER). Trabajo presentado
en el 6 th world Conference on Smoking and Health, November 9-12, -
1987. Tokyo, Japan.

20. Fuente-Silva, F.S. Balzarotti, N. González, E. Espino, G. Osampo, A.: Tobacco consumption and Health consequences for México as the year 2000. OMECTA. Trabajo presentado en el 6 th world conference on smoking and Health, November 9-12, 1987. Tokyo, Japan.
21. Fuente-Silva, F.S. González, E. Osampo, A. Ramírez, E. Domínguez, B. Cicero, R.: The use of cognitive Restructuring and Nicotine - Chewing gum in smoking Cessation Programmes with chronic patients. Faculty of Psychology National University of México, General Hospital of México Secretary of Health. Trabajo presentado en el 6 th - World Conference on Smoking and Health, November 9-12, 1987. --- Tokyo, Japan.
22. Edward, S.A. Messna, Keith and Marlinton, D.M.: Evidence of More rapid Stimulus Evaluation Following Cigarette Smoking. Addictive Behaviors, Vol. 10, pp. 113-126, 1985. U.S.A.
23. Linn, M.J. and Stein, S.: Reasons for Smoking among extremely - heavy smokers. Addictive Behaviors, Vol.10, pp. 197-201, 1985. U.S.A.
24. Cox, R.P. Crouse, C. Cohen, J.D. Fisher, E.B.: Patterns of Change in Adolescent Smoking Behaviors and Results of a one year Follow-up of a Smoking Prevention Program. The Journal of School Health, - 348-353, August, 1982.
25. Killen, J.D.: Prevention of Adolescent Tobacco Smoking: The Social Pressure Resistance Training Approach. J. Child Psychol. Vol. 26, No. 1, pp. 7-15, 1985. Great Britain.
26. Evans, R.I. Ph.D.: A social Inoculation Strategy To Ceter Smoking - In Adolescents. Behavioral health: A handbook of health enhance- - ment and disease prevention. pp. 1-21 New York 1982.
27. Hansen, W.B. Ph. D. and Evans, R.I.: Feedback versus information - concerning carbon monoxide as an early intervention strategy in - adolescent smoking. Adolescence, Vol. XVII, No. 65, Spring 1982, - pp. 89-98, New York.
28. Jason, L.A.: Preventive Community Interventions: Reducing School Children's Smoking and Decreasing smoke exposure. Professional - Psychology, pp. 764-762, October 1979.