

186922



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

IZTACALA

1992/72



U.N.A.M. CAMPUS
IZTACALA

UNA APROXIMACION AL PERFIL
PSICOLOGICO DEL TABACOMANO

REPORTE DE INVESTIGACION
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

PRESENTAN:

MARTIN GONZALEZ GARCIA
SOCORRO OLIVARES OROZCO

ASESOR:

LIC. JOSE DE JESUS VARGAS FLORES

LOS REYES IZTACALA, MEXICO 1992.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIAS

MAMA:

*yo se cuan torpe y vanidosa es mi petición,
pero es honesta, cambiaria un poco de mi
suerte y muchos de mis triunfos porque te
sintieras contenta al ver los que hicimos
juntos.*

Gracias

A PAPA, JOSE Y GILBERTO.

*El misterio que entraña vivir, adquiere
distintos significados, desde la desolacion
que nosotros compartimos por la ausencia
de MAMÁ, hasta los recuerdos gratos que nos
fueron marcando.*

Los quiero

YELLO

*Las tardes de cine, nuestros recorridos
a tu kinder, tus constantes derrotas en
ajedrez, tus proyectos y mis comentarios
dos caminos que se entrelazaron, para
dar sentido a la palabra a m + g o.*

A MAMA Y PAPA:

Por fin muy lentamente entendi que el amor es algo que se construye sobre todo cuando los ves luchando, aun ahora, por una vida feliz.

Soy más que antes, agradezco ese apoyo, muchas veces desapercibido que camina junto a mi, en todo momento. Y valore cada día con mayor intensidad ese amor, esa ternura y ese respeto con que me han tratado siempre.

Gracias sobre todo por el regalo de mi vida y la satisfacción de poder decir:

LOF LHO

A MI ESPOSO:

El amor tiene complicados caminos, casi siempre llega sin saberlo, desapercibido, ocasional. Quien iba ha decir que dos personas apenas compañeras de grupo, llegarían a construir algo tan hermoso como lo nuestro. Gracias, muchas gracias, por caminar a mi lado y compartir conmigo cada fragmento de esta tesis, haciendo de ella y de muchas otras cosas

"UNA BRIBERON DE LABON".

A MI HJA :

Al redar de una lágrima, que debió brotar
Hace mucho, recuerdo aquellos días en que
tus rayoncitos decoraron mi libreta de
apuntes y vino a mi memoria aquellos
pequeños ojos tuyos que perseguían
inocentes a los maestros que impartían
su clase en la universidad.

Mi pequeña, mi compañera, mi niña.
El ser madre va más allá de lo que nunca pude
haberme imaginado.

A MIS HERMANOS Y FAMILIARES

Por ese apoyo que no declina a través
del tiempo. Por los sueños de infancia
que hoy se tornan en realidades. Pero
sobre todo por su invaluable ejemplo de
rectitud y superación personal que me
ha impulsado siempre.

Amorosos Gracias

A MIS AMIGOS :

La vida de estudiante es algo más
que clases en el aula, aquellas confidencias,
códigos secretos entre amigos constituye la
más fuerte alianza que sobrevive aún al tiempo
y la distancia. Gracias a MARK, FORAM, FERRASIO,
TONO y MEMO por su invaluable amistad

A UNA GRAN PERSONA Y MUJER: COCO

Bonito me escribio y bono muchas dedicatorias para llegar a entender, que a alguien tan cercano a mi ya es muy poquito lo que se le puede escribir, ... pero muy bonito. Solo te amo por ser lo que eres.

Quando uno ve la suya, cuando todo lo que uno no esperaba sucede, es bonito tener un porque vivir... gracias A A A B Y

AGRADECIMIENTOS

Ingeniero Rocio Olivares Orozco

Gracias por su asesoria tecnica en informatica y por su apoyo logistico.

Fra. Linda Orozco Vera

Gracias por el prestamo desinteresado de sus instalaciones, y todos los servicios que ello implica.

Ingeniero Jesús Olivares Gaytan

Prof. Raymundo Olivares Orozco

Gracias por su asesoria ortográfica.

Prof. Juan Carlos Olivares Orozco

Ingeniero Marcelino Olivares Orozco

Pr. Carlos González Gutierrez

Por su apoyo en la impresión.

INDICE

IZT.

Dedicatorias.....	I-V
Indice.....	VI
Introducción.....	1-3
Capítulo Primero: Reseña sobre la historia del tabaquismo.....	4-33
Capítulo Segundo: Consecuencias fisiológicas del hábito de fumar.....	34-55
Capítulo Tercero: Consecuencias sociales del hábito de fumar.....	56-70
Capítulo Cuarto: El tabaco y su desarrollo en el hogar.....	71-77
Capítulo Quinto: Perfil psicológico del tabacomano.....	78-92
Método.....	93-95
Resultados.....	96-103
Análisis de Resultados	104-111
Conclusiones.....	112-118
Apendice.....	119-145
Bibliografía.....	146-151

Dentro de los temas de actualidad que mas se ha abordado ultimamente y que menos medidas efectivas ha originado en nuestro pais, destaca el del tabaquismo. Situacion similar se observa en las diferentes escuelas de Psicologia, donde un problema de salud de esta magnitud, apenas ha generado algunas investigaciones, de ahi la necesidad de hacer una revision bibliografica y de campo.

Para ir esclareciendo la problematica del tabaquismo, comenzaremos por ubicarla dentro de las toxicomanias (Krup, 1982). Lo que implica la triada del uso de drogas que incluye:

- a) Dependencia Psicologica.
- b) Dependencia Fisiologica.
- c) Tolerancia.

La toxicomania constituye una funcion de la cantidad de droga empleada y de la duracion de su uso. La cantidad requerida para producir dependencia esta vinculada a la naturaleza de la droga y a la del usuario, las toxicomanias y mas especificamente el tabaquismo, tienen sus alcances en varios niveles: fisiologico, Psicologico, Familiar y social.

Intrigados en la importancia de esclarecer la influencia generada por cada uno de los niveles mencionados anteriormente, decidimos dedicar un espacio en la presente tesis, a cada nivel (Fisiologico, Social, Familiar y Psicologico), con el objeto de entender la participacion que cada uno tiene en el perfil psicopatologico del tabacomano.

Siendo los antecedentes históricos un factor relevante en la comprensión del problema, dedicamos el primer capítulo a establecer una breve reseña sobre la historia del tabaquismo, que va desde el tabaco y sus orígenes hasta el surgimiento de los actuales monopolios tabacaleros. Así mismo se obtiene un panorama, sobre las formas en que el hombre ha hecho uso del tabaco.

Después se abarca ampliamente el panorama médico, debido a que:

1) Para salir de la problemática salud-enfermedad sin recurrir a juicios personales, es bastante objetiva la información médica.

2) Para la cabal comprensión del proceso psicológico del fumar, se requiere del dato médico.

En cuanto las consecuencias fisiológicas, podríamos mencionar que fumar muchos cigarrillos al día suelen ser el factor agravante de mayor importancia en la enfermedad pulmonar. Otro padecimiento relacionado al tabaquismo, es el de tipo cardíaco, caracterizado por inactividad, atonía muscular, debilidad general y adinamia lo que puede ocasionar una pérdida impresionante en la capacidad de trabajo.

El tabaquismo es también un problema de índole social por lo que revisamos en el tercer capítulo variables como edad, escolaridad, posición económica y en general el medio sociocultural en el que el tabacómano suele desenvolverse, y como influye este medio en la adquisición y permanencia del hábito de fumar.

Por otra parte la familia es el primer grupo social con el que el individuo tiene relación y en ella también se adquieren las primeras normas y valores, en ella el tabacomano puede definir su posición ante el tabaco. Por lo que consideramos de suma importancia destinar uno de los capítulos para indagar la manera en que la familia puede influir en la adquisición, consolidación y mantenimiento del hábito de fumar.

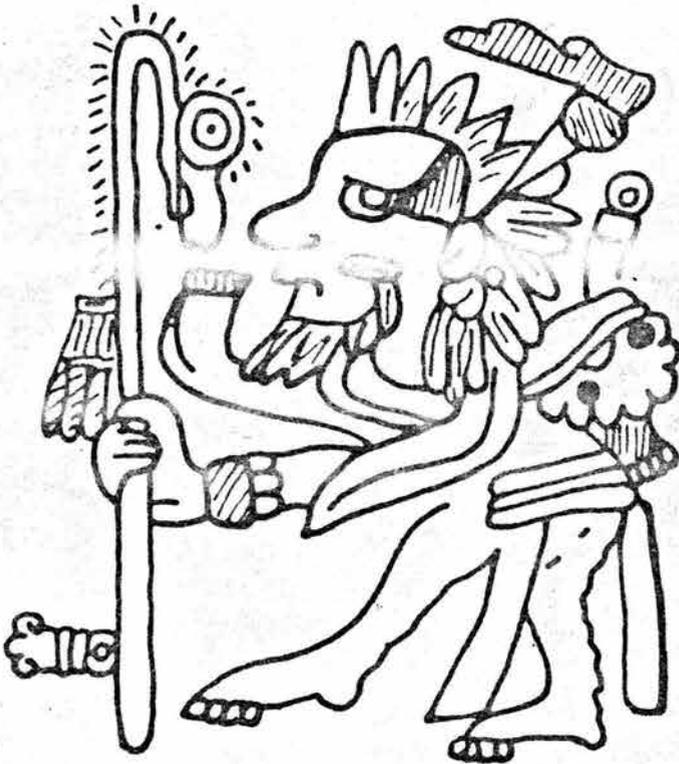
El último capítulo teórico fue aquel que sustenta nuestra tesis y en el se intenta averiguar las definiciones que hasta ahora se han hecho al rededor del perfil psicológico, así como la manera en que distintas corrientes psicológicas han hecho sus aportaciones tendientes a definir y esclarecer el perfil psicológico del tabacomano.

Finalmente interesados en realizar una aproximación psicológica del tabacomano, ofrecemos un análisis estadístico, extraído de 200 encuestas realizadas a estudiantes de Iztacala y sus familiares. Partiendo del supuesto que existen una serie de hábitos, conductas y contexto familiar, compartido por los fumadores, o dicho con otro término, la hipótesis de esta investigación es que existe un perfil psicológico del tabacomano, que contiene las siguientes características:

- a) Extroversión
- b) Mayor grado de estrés
- c) Realiza poca actividad física
- d) Antecedentes familiares de tabaquismo
- e) Problemas de salud, principalmente en el aparato respiratorio.



Fumador maya. Parece que quienes primero utilizaron el tabaco para fumar fueron los mayas



Los aztecas aprendieron a fumar de los mayas. Un grabado primitivo muestra a un dios de la mitología azteca; entre los atributos que lo distinguen, una calabaza conteniendo tabaco cuelga de su espalda.

CAPITULO PRIMERO

RESEÑA SOBRE LA HISTORIA DEL TABAQUISMO

Nosotros hacemos nuestro destino
al elegir a nuestros Dioses,
VIRGILIO

La importancia de indagar sobre el tabaco y sus orígenes radica en que no se puede tomar una postura definida si no se conoce su evolución histórica y el papel que juega en la vida de una sociedad determinada.

El presente capítulo intenta hacer una breve reseña sobre lo que ha sido el tabaco a lo largo de la historia, así como la transformación en la concepción que de este se tiene, desde su función mágico religiosa hasta el mito actual del hombre Malboro.

Profundizar en los orígenes del tabaco, es encontrarse ante una serie de datos parciales y fuera de su contexto. Lo primero se debe a que todas las fuentes de primera mano son escritas por occidentales (Españoles), por lo que para poder tener una visión más completa, necesitaríamos información proveniente de las culturas mesoamericanas, donde tenía diversos usos.

El lector podrá argumentar que es un problema de profundización, nosotros creemos que no, vamos a utilizar la siguiente cita para nuestra explicación:

" En el Popul Vuh, libro sagrado de los mayas los dos protagonistas, tienen que pasar una noche en la cueva de las tinieblas y mantener sus cigarros y antorchas de pino encendidas durante toda la noche. Pero los jóvenes héroes apagan sus cigarros y les ponen luciérnagas en la punta para engañar a sus moradores del infierno y hacerles creer que permanecen encendidos. " (Rico y Ruiz, 1990)

1) La mayoría de las fuentes que hablan sobre el tema, en el mejor de los casos son de segunda mano. Verbigracia la anterior cita.

2) Las fuentes originales están fragmentadas ¿ Cuántos códices y fuentes mesoamericanas se conservan?

3. Y lo que es más difícil de explicar, pero más importante en el análisis, el tabaco tuvo una función mágico-religiosa en la época mesoamericana, pero es imposible entender esta función, fuera de la cosmovisión mesoamericana, podríamos decir que no solo es imposible sino erróneo, ¿ Quién puede asegurarnos que el principal método de conocimiento, para los mesoamericanos eran los métodos racionales que usamos hoy en día?

De los anteriores puntos, surge la siguiente pregunta, ¿ vale la pena recabar algo que es incomprensible?. Creemos que si ya que en la interpretación de un dato estadístico es imposible olvidar el referente cultural, además la cuarta parte de la población en México es indígena, en cada comunidad que falta un médico hay un curandero y en los lugares donde hay un médico, también hay un curandero. O dicho con otros términos México es un país mestizo y el intentar entender lo que en él sucede requiere de todas las herramientas a nuestra disposición. Sobre todo si lo que está sucediendo en él, es un problema de salud.



Planta de tabaco
(*Nicotiana tabacum* L.)

Flor
lepidopterófila

Fig. 1. Características de la planta *Nicotiana tabacum* L.
Obsérvese la forma de la flor y de la hoja.

Así pues, en esta primera parte del capítulo 1, " El tabaco y sus orígenes" nos limitaremos a ser descriptivos, creemos que es la posición más honesta.

1.-El tabaco y sus orígenes.

El término tabaco pertenece a la lengua haitiana. En el caso del tabaco se conocen cuarenta y cinco especies distintas, la mayoría de las cuales se han obtenido mediante cultivo y solo algunas de ellas alcanzaron difusión en Mesoamérica, entre las más destacadas se encuentra la *Nicotiana Tabacum*.

La *Nicotina Rústica* se encuentra desde los Andes a Canadá, con una distribución mesoamericana tan amplia que recuerda a la del maíz.

En todo el oeste de USA, en Nevada y Arizona se localizan otras tres especies: La *Nicotiana Attenuata*, *Nicotiana Bigeloni* y *Nicotiana Trigonophyllia*, todas ellas utilizadas por los nativos.

Los mexicanos tenían dos especies de tabaco en las que variaban la magnitud de las plantas, de las hojas, de la flor y el color de la semilla (Ver Fig.1). A la especie de menor tamaño que es la común la llamaban *Picietl* y a la de mayor *Quauhyetl*.

Las primeras crónicas acerca del tabaco fumando, son las que nos da Gonzalo Fernandez de Oviedo en su " Historia General y Natural de las Indias ", que se publicó en Sevilla en 1535:

" Los caciques y los hombres principales tenían unos palillos huecos, de la grosura del dedo mayor de la mano...ponían en las ventanas de las narices y el otro extremo del palillo el humo de la hierba que está ardiendo...o tomaban el aliento e humo para sí dos o tres veces más, cuando lo podían porfiar hasta que quedaban sin sentido, tendidos en la tierra, beodos o adormecidos de un grave y muy pasado sueño " (Pág.8)

Las formas de consumo del tabaco han sido muy variables, puesto que si bien fumar es actualmente la más difundida, también era bebido, inhalado, chupado, masticado, comido y administrado en enemas.

El primer tipo de utilización del tabaco entre los indígenas fue la infusión azucarada, luego de haber obtenido el jugo por maceración o al cocer las hojas.

Según otro patrón de uso, los polvos de hoja de tabaco (secas y pulverizadas) son mezcladas con cenizas, preparación que permite que la sustancia sea chupada, colocándola en la boca entre los dientes y las encías, dejando que el jugo se escurra por la garganta, de modo que la intoxicación con nicotina se realice gradualmente. Esta última forma de administración se encuentra muy difundida, desde California al Amazonas, por lo que se presume que es de las más antiguas, la aspiración es común entre los grupos indígenas de América del Sur, especialmente los de la zona húmeda del valle de las Amazonas, quienes pulverizan las hojas secas del tabaco y lo mezclan con cenizas de madera u otra preparación alcalina.

Se han observado diferencias en la forma de inhalación en las diferentes comunidades indígenas. Entre ciertas de ellas se

realizan sin instrumentos, mientras que en otras se utilizan elementos especiales, como tubos únicos o bifurcados para dirigir el polvo a la nariz, ya sea para autoadministrarlo o proporcionárselo a otra persona.

La distribución geográfica de la inhalación del tabaco indica que su utilización en esa forma probablemente antecedió al nacimiento de las grandes civilizaciones andinas, éstas lo adaptaron y difundieron entre las poblaciones menos complejas que las rodeaban.

Los indígenas americanos también acostumbraban inyectar la infusión del tabaco rectalmente. Esta vía de administración logró que los principios activos sean absorbidos en forma rápida por la corriente sanguínea y se evitan los problemas colaterales que pueden derivar de su ingestión.

La verificación de que esta costumbre era empleada también por los mayas se logró mediante la observación de un gran vaso pintado, del siglo VIII al IX de nuestra era, en el que aparecen un hombre que se está aplicando un enema y una mujer se lo administra a un hombre.

En el oeste de América del Sur, los indígenas realizaban sus preparaciones con jugo de tabaco y otros productos como ayahuasco y semillas de alucinógenas.

La vía rectal fue utilizada por los antecesores de los Incas, los Moches y Sahagún las menciona como empleada por los Aztecas.

Los chamanes fumaban el tabaco en distintas formas: En

cigarrillos y puros envueltos en hojas de maíz o de otras plantas; en largos tubos de caña , en pipas de diferentes diseños y en distintos materiales, siendo las más comunes las tubulares.

Hasta aquí hemos sido un tanto arbitrarios ya que las formas de consumo de tabaco no solo obedecen a criterios racionales sino al contrario, los modos de consumo estaban íntimamente relacionados con el rito o práctica de la cual formaba parte el tabaco.

Así por ejemplo entre los indígenas del Amazonas se beben grandes cantidades de infusión de tabaco, después de un período - prolongado de ayuno, durante los ritos de iniciación de los chamanes.

Entre los indígenas de las Guayanas las mujeres de los chamanes beben tabaco para lograr comunicarse con el mundo de los espíritus.

Entre los jíbaros el ritual que acompaña el acto de beber tabaco es muy elaborado, por lo común son las mujeres las que beben, mientras que los hombres la aspiran. En los ritos de iniciación de las jóvenes, se busca la fertilidad, la ceremonia está precedida por un prolongado período de preparación y comprende danzas y cánticos, se bebe infusión de tabaco y en ocasiones el cuerpo de la muchacha es untado con éste líquido. Durante la noche, la joven conversa con la gran madre tierra y experimenta visiones de jardines con flores. Así, las propiedades mágicas de la planta penetran en el organismo y se irradian a las cosechas y animales.

En otro rito, los jóvenes jíbaros se alejan de su comunidad y durante varios días consumen únicamente infusión de tabaco e intercambian comentarios e interpretaciones acerca de los sueños y visiones que tuvieron.

Pero en todos sus tipos de uso se le asocia a la magia y se cree que fortifica al consumidor contra los malos espíritus y le dispone a su entorno a su favor. También en la celebración de victorias de los guerreros. El polvo puede ser consumido para sellar alianzas en ceremonias de establecimiento de la paz entre comunidades. Pero su función más importante se relaciona con el chamanismo, tanto para curaciones mágicas como para experiencias proféticas y algunas ceremonias de iniciación.

El polvo de tabaco es utilizado por los chamanes de algunas tribus indígenas de los Andes Bolivianos, como sustancia repelente contra adversarios sobrenaturales.

Al ser bebida la infusión de tabaco produce somnolencia y los efectos se perciben al poco tiempo de consumir dos o tres dosis: El consumidor palidece y comienza a temblar. En algunas ocasiones presentan vómitos, reacción considerada como indispensable para la iniciación de ciertas crisis rituales, en las que el organismo debe eliminar todas esas impurezas. Si se consumieron repetidas veces fuertes dosis de jugo de tabaco o de la infusión, se pueden provocar náuseas muy fuertes, las que aparecen particularmente en las mujeres y a través de las mismas se facilita el desarrollo de un estado en el que sobrevienen visiones.

Los aspectos de alteración mental es probable que se produzcan principalmente por la nicotina.

La rústica tiene mayor contenido, nicotínico que la tabacum, además que la planta también es más fuerte, por lo que su distribución en todo el continente americano se realizó con mayor facilidad. Su potencia también hizo que se utilizara en la magia religión y medicina indígenas. Fue considerada como sagrada tanto por los Aztecas como por las tribus de los bosques orientales de - USA y por los aborígenes brasileños. Sin embargo, entre grupos que ya han asumido la costumbre de fumar tabaco en la forma que lo hacen los occidentales, igualmente se mantiene la distinción conservandose las restricciones para el consumo de la variedad Nicotiana Rústica en los usos tradicionales.

Algunos grupos indígenas colombianos realizan ceremonias en las que los ancianos y los guerreros chupan tabaco y discuten acerca de la caza, la guerra y casos de ofensa a los valores étnicos de la comunidad.

El tabaco era rumiado entre los Mayas y otros grupos de América Central, tanto para la intoxicación ritual como para aliviar el hambre y la sed.

Entre los indígenas del Alto Orinoco, los hombres y las mujeres masticaban tabaco durante prolongados periodos de tiempo sin percibir intoxicaciones agudas, pero en otras regiones se ha observado que los chamanes pierden conciencia con dosis menos intensas.

Respecto a sus usos, el humo de tabaco era utilizado por los chamanes como medio mágico para transmitir energía. En general era utilizado para preservar del mal, purificar y vigorizar, ya fuera a seres humanos o a objetos y especies.

Sin embargo los brujos de la obscuridad utilizaron el humo para debilitar y matar. En algunas tribus como entre los caribes y los Warau, cualquier persona podía estar en peligro si fumaba debido a que el humo atraía a los espíritus.

Entre los Nahuas, sus uso estaba ligado a las grandes festividades y efectuaban el brindis de tabaco cuando algún pueblo invitaba a otro a aliarse para emprender una guerra.

Entre los Mayas, el uso del tabaco debió de ser muy general, así lo demuestra la gran piedra plana que se encuentra a la derecha del templo de la cruz, en el Palenque en la cual se aprecia al representante de un Dios anciano, que está fumando.

En su " Historia y Religión de los Mayas " Eric S.

Thompson apunta:

" El tabaco en polvo, equivalente a nuestro rapé se mezclaba con cal y así lo mascaban los indios de gran parte de Mesoamérica; Los Mayas establecidos al sur del lago Atitlán guardaban en la boca una mascada de tabaco fuerte pulverizado mezclado con un poco de cal. Esta mezcla era buena según ellos para dar fuerzas y calmar la sed. "

Por su parte Fray Bernardino de Sahagún describe los ritos de iniciación de un príncipe:

" Lo vestían de sacerdote para una ceremonia de penitencia: Le hicieron ponerse una chaqueta verde sin mangas y le hicieron llevar a la espalda calabaza de tabaco con bolas verdes "

El primer tabaco que cosechan los lacandones de Chiapas lo ofrecen a sus deidades en forma de cigarros. Lo sostienen primeramente frente a la boca de un jarro sagrado y después lo apoyan en la boca del Dios - cuya cabeza está representada en relieve en un costado del quemador de incienso - quién recibe la ofrenda.

Los Tlaxcaltecas lo ofrecían a Camaxtli, variante regional de Mixcoatl, Dios de la caza, mediante un conjunto peculiar de papeles recortados, espinas y tabaco. En la fiesta azteca del Dios de la guerra Huitzilopochtli, que se celebraba el Día 1 Tecpatl, quemaban tabaco en manojos pero la ofrenda no era el tabaco mismo sino el humo que de él emanaba.

Moctezuma después de comer junto con los señores de la clase dirigente y los comerciantes, acostumbraba conciliar el sueño con el humo de esta hierba.

La adivinación también estaba relacionada con el tabaco y los Dioses de la creación vinculados con este arte portaban grandes calabazas llenas de esta especie vegetal. Los Mayas, por ejemplo, frotaban la pierna derecha con saliva del tabaco que había masticado, para interrogar al espíritu que mora en la pantorrilla correspondiente. De acuerdo con esta creencia el espíritu mueve los músculos de la pantorrilla cuando la respuesta es afirmativa y no los mueve si es negativa. Sin embargo la función más frecuente del tabaco en la adivinación parece haber sido la de provocar el estado hipnótico y se sospecha que la cal intensificaba los efectos del mismo en el individuo.

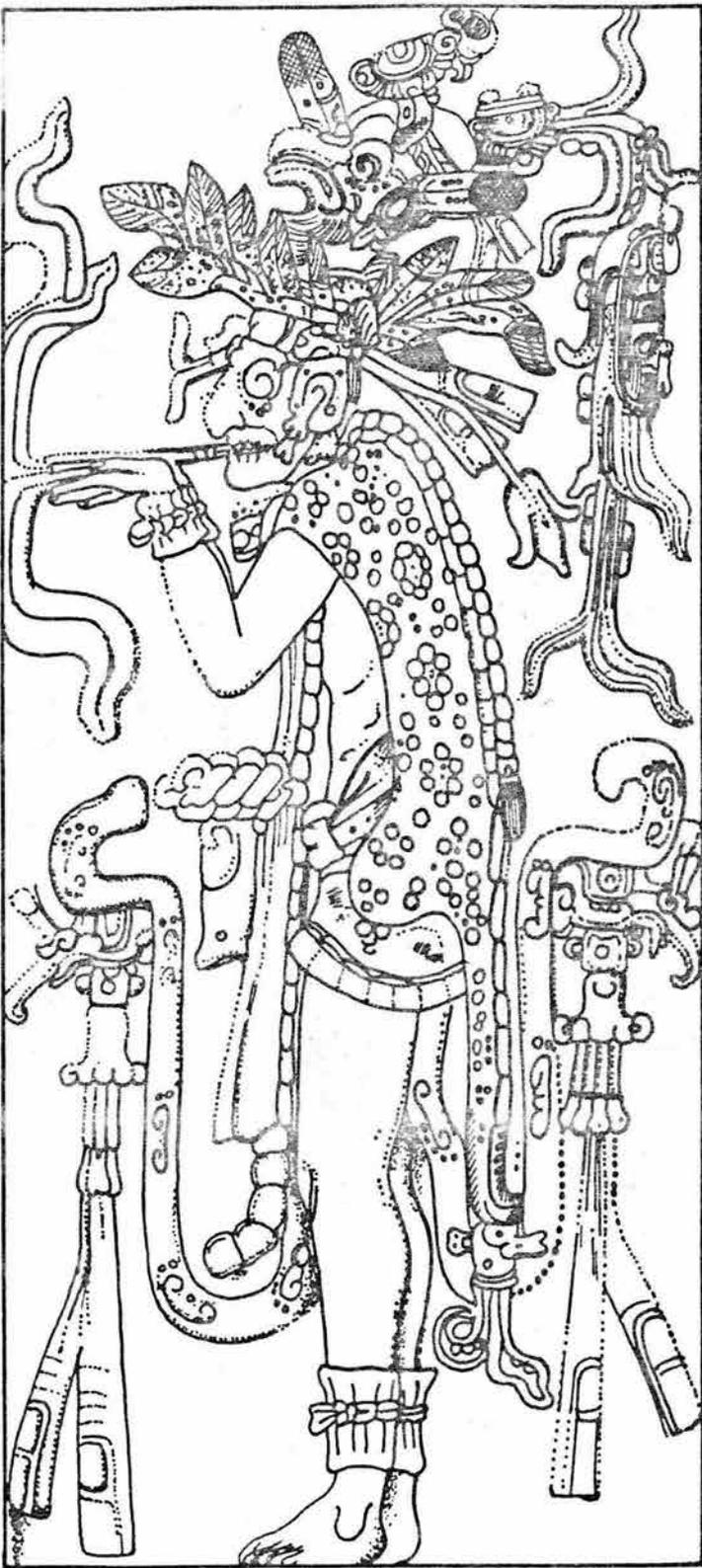


Fig. Personificación del dios Jaguar; fuma su cigarro o quizá una pipa tubular (Palenque, Chiapas).

Entre los Mayas había personas que masticaban "Moi" (Tabaco Molido) todo el día, desde que se levantaban por la mañana; cuando morimos el " Moi " nos defiende. En otras ocasiones el tabaco molido protege a las personas de que las mate el rayo Anhel y es el remedio contra la magia negra: Frotando en la frente, la nuca y las curvas o la sangría impide que lo agarre a uno la muerte.

Entre los Nahuas del centro de México, la divinidad del tabaco tenía el nombre de Ciuaacoatl y la consideraban sospechosa y peligrosa ya que quitaba el juicio y hacía desatinar a quién la tomaba.

El tabaco también se utilizó como talismán, por ejemplo: En el rito de la pubertad, en el cual el humo hacía las veces de encantamiento o de acto sagrado que alejaba el mal. Entre los Mazatecos del norte de Oaxaca, el chamán acostumbraba frotar el antebrazo de una mujer encinta con tabaco molido y cal, un mes antes del parto, para hacerla invulnerable a la brujería.

En la relación de Michoacán figura el relato de una fiesta ofrecida por el señor de Michoacán inmediatamente antes de una declaración de guerra. El sacerdote quién visiblemente desempeñaba el papel del Dios del fuego, quemaba a medianoche cierto número de de bolsas de tabaco al tiempo que pronunciaba los nombres de determinadas divinidades. Después se enviaba a dos hombres a poner dos bolsas de tabaco, dos flechas manchadas de sangre y unas plumas de águila en territorio enemigo, ya fuera en casa del jefe, en la ciudad o en el templo principal de los rivales. Estos

objetos indicaban tanto un acto de brujería como una declaración de guerra.

La importancia del tabaco en los ritos en honor de Huitzilopochtli, Dios Azteca de la guerra, y la creencia de que el cuerpo de Cuacoatl, patrona de la guerra, estaba hecha de tabaco, son otras pruebas de que la planta en cuestión se vincula de algún modo a las ideas bélicas.

Antes de finalizar este apartado quisieramos darle especial énfasis al empleo medicinal del tabaco en Mesoamérica. Esté era casi una panacea para la mayoría de los males; se usaba como remedio para el asma, el resfriado, el cólico, escalofríos, fiebre, convulsiones, ojos enfermos, trastornos intestinales o nerviosos, enfermedades de la piel, infecciones urinarias, mordeduras y piquetes de animales. Además de usarse como agente terapéutico y desinfectante.

Así como en sus otros usos, el medicinal se daba en distintas formas de consumo; Jugo de tabaco (Jibaros) ; absorción de la infusión por las fosas nasales, como lo emplean aún hoy en día los curanderos peruanos, tanto administrándola a sus pacientes como a ellos mismos, para comprender la situación del enfermo y el origen del mal; El tabaco en polvo y la cal aliviaban el cansancio, el dolor muscular, el de náuseas y ayudaban en el parto.

El valor medicinal del tabaco se aprecia en el hecho de que la calabaza con tabaco es el distintivo de las mujeres que practican la medicina y de las comadronas. En la gran festividad de la diosa madre Toci, estas mujeres ejecutaban una escaramusa en su ho

S E G V N D A

PARTE DEL LIBRO, DE

las cosas que se traen de nuestras Indias Occidentales, que sirven al uso de medicina. Do se trata del Tabaco, y de la Sallaras, y del Carlo lancto, y de otras muchas Yeruas y Plantas, Simientes y Licores, que nueuamente han venido de aquellas partes, de grandes virtudes, y maravillo os ellectos.

«Hecho por el Doctor Monardes Medico de Seuilla.

ELTA



BACO.

Fig. . . . Uno de los primeros tratados acerca de la planta del tabaco y sus diferentes usos.

nor y todas ellas llevaban sujetas a la cintura una calabaza de tabaco. Así también, para los Mayas el tabaco era un Anhel, término empleado para referirse a la divinidad de la lluvia y la montaña, protectora del género humano porque cuida de nuestros cuerpos.

2.-Introducción al Viejo Mundo.

El conocimiento del tabaco en Europa comenzó con la llegada de los españoles; ni histórica ni científicamente se ha podido comprobar que el tabaco fuera empleado por los habitantes de Europa, en alguna de sus formas, antes de que Cristobal Colón regresara de su primer viaje.

Cuando Colón arribó a la isla de San Salvador, los indios - Arawks le ofrecieron unas hojas carmelitas secas, en señal de respeto y amistad.

Hasta fines del siglo XVI la historia del tabaco en Europa es oscura, pero a partir de entonces despierta verdadero interés, a tal punto que se comienza a escribir acerca de él. Tal es el caso de una obra publicada en 1619 por Juan de Castro, boticario de la Ciudad de Córdoba que se titula " Historia de las Virtudes y propiedades del Tabaco y de los modos de tomarle para las partes intrínsecas y de aplicarse a las extrínsecas."

El primer experimento médico del que se tiene noticia fué llevado a cabo por un pariente del paje de Jean Nicot. Entonces embajador de Francia en la corte de Portugal. Este señor, usó hojas de tabaco para curarse una úlcera crónica, que lo había molestado du-

rante mucho tiempo y obtuvo resultados que en su época se consideraron milagrosos.

Otra anécdota vinculada a Jean Nicot de Villemain ocurrió en 1560 , cuando regaló semillas de tabaco a Catalina de Medicis y la planta comenzó a cultivarse con fines ornamentales y terapéuticos en París.

A este respecto se llegó a afirmar que el polvo absorbido por la nariz quitaba el dolor de cabeza y que fumar aliviaba el asma. Tanto los botánicos Franceses como después los de Bélgica, Alemania, Suiza y España, afirmaron que no habría enfermedad que resistiera los maravillosos efectos de la hoja de tabaco, sin embargo, a principios del siglo VII algunos científicos iniciaron una campaña en la que exponían su escepticismo en esta materia y llegaron incluso a negar todas sus virtudes en el campo medicinal es así que fue combatido y aniquilado como medicina, pero no fue posible desarraigarlo en tanto hábito, pues el vicio de fumar cobraba cada vez mayor fuerza.

Al parecer los navegantes Italianos que estaban en contacto con los españoles fueron los primeros en difundir esta forma de placer en su país y en los puertos del mediterráneo, los comerciantes portugueses e ingleses, así como algunos marineros holandeses , a finales del siglo XVI, lo llevaron a los Balcanes, Persia, India, Java, China, Japón y Africa.

Es difícil precisar las razones que justifican la pronta e intensa difusión del hábito de fumar. Evidentemente su propagación en Africa y Asia se debió al incremento del comercio con Europa.

Hacia 1600 el vicio de fumar se había extendido por las principales ciudades Inglesas e Irlandesas, en ninguna otra nación se propagó con la rapidez con lo que lo hizo en Inglaterra, razón por la cual a los Ingleses se les considera introductores del hábito del fumar en Turquía, Rusia, países escandinavos, Holanda y Alemania.

Los jóvenes ingleses de elevada posición social en su afán de monopolizar el uso del tabaco, llegaron a sostener que fumar era un arte reservado sólo para la élite. Tomaban clases en las que se les instruía acerca del manejo de la pipa y el uso del tabaco en general, sobre las formas en que podía utilizarse la hierba. Este desarrollo de la técnica llegó a su punto culminante cuando Sir Walter Raleigh se erigió en el máximo propagandista del vicio de fumar.

Se puede afirmar que para 1650, el tabaco ya estaba muy generalizado en Europa y en Asia. La oposición que inició Jaime I fué continuada por distintos gobernantes, desde Dinamarca hasta Japón. En Turquía, Persia y la India, los más terribles castigos aguardaban a quienes se atrevieran a desobedecer los edictos reales que prohibían fumar; El emperador de Indostán dictó una ley en virtud de la cual al fumador se le marcaban los labios. En China también se promulgaron varios decretos que prohibían que se fumara y en 1638 se ordenó decapitar al que traficara con tabaco. (Vease Rico y Ruiz, 1990) Por su parte " los primeros zares de la dinastía Romanoff impusieron graves penas, incluidos azotes - en público y exilió a Siberia por poseer, consumir o vender el - tabaco " (Jaffe, Petersen y Hodgson, 1980).

Hacia 1640, en Palermo, Italia, por causas desconocidas, hubo una mortalidad enorme. Como era de suponerse se adjudicó al tabaco y el consejo de Sicilia no permitip que se siguieran usando; llegó inclusive a afirmar que los turcos habian envenenado las hojas de tabaco para exterminar a los cristianos.

Otro hecho vinculado a los cristianos fue la prohibición al uso del tabaco en cualquiera de sus formas (Benito XIV y Urbano VIII), bajo pena de excomunión, esta norma era tanto para sus feligreses, como para los curas que oficiaban la misa pues estos tenian la costumbre de aspirarlo incluso durante los oficios religiosos, con lo que el caliz y demás paños y accesorios litúrgicos quedaban impregnados de repugnantes manchas. La oposición religiosa no decayó sino hasta 1725, año en que Benedicto XIII revocó la prohibición dictada.

3.-El monopolio tabacalero

El uso del tabaco estaba absolutamente instaurado y se extendía con rapidez entre todas las clases sociales, no bastando ni recomendaciones de la iglesia, ni consejos medicos, ni siquiera alguna que otra prohibición por parte de los gobiernos, aunque pronto el estado se dió cuenta de que el tabaco era una fuente inagotable de ingresos y en lugar de prohibirlo lo que hizo fue monopolizarlo .

Desde 1600, los impuestos al tabaco doméstico y al importado así como el otorgamiento de Monopolios, pueden ser considerados como verdaderos puntales en la economía de casi todos las países

Europeos. El tabaco era uno de los más preciados productos de las opulentas Colonias Españolas en América y las rentas que reportaba esta planta hacían posible desde el otorgamiento de favores hasta empréstitos fabulosos para sufragar las guerras.

Casi todos los gobernantes europeos tomaron medidas para controlar el comercio del tabaco, desde Jaime I hasta Pedro el Grande de Rusia. Sin embargo ningún monopolio desató protestas tan vehementes como el del tabaco; se afirmaba que era tan necesario como el alimento y que, por lo tanto, debía tener un precio razonable y no convertirse en un artículo de lujo que proporcionara enormes ganancias a los monopolizadores.

Entre las penalidades que se imponían en Portugal por no cumplir las leyes tabacaleras, se distinguen las que condenaban a los nobles transgresores al exilio en África durante 5 años y a que sus propiedades fueran confiscadas. A los que no formaban parte de la nobleza se les quitaban sus propiedades y se les azotaba y enviaba a prisión por la cantidad de años ya mencionada.

Hacia el primer cuarto del siglo XVII, en la América colonizada también se implantó el sistema de monopolio en el comercio tabacalero. En USA los colonos establecidos en Virginia se salvaron de la muerte económica y propiciaron el surgimiento de una modesta riqueza mediante el cultivo del tabaco; supuestamente, las autoridades veían con buenos ojos la producción de un artículo que de otro modo tenía que ser comprado a España.

La compañía de Virginia, creada en 1606, adquirió tal

importancia que Virginia se convirtió en una colonia de monocultivo sujeta a las zozobras causadas por las fluctuaciones de precios, cuando se saturó el mercado inglés. La corona no tuvo otra opción que asentir y finalmente para que los productos coloniales tuvieran un mercado libre, convino en excluir el tabaco extranjero mediante una tarifa alta y en prohibir su cultivo en Inglaterra.

Desde que el visitador Don Jose Galvez estableció el estanco real del tabaco en 1764, no solo se necesitó de un permiso especial para plantar tabaco, no solo se obligó al cultivador a venderlo a la administración al precio que esta fijo arbitrariamente, según la buena o mala calidad del género, sino que el cultivo estuvo limitado unicamente a las inmediaciones de Orizaba y Cordoba.

Los guardas del tabaco recorrían el país para arrancar cuantas plantas encontraban fuera de los lugares mencionados y multaban a los labradores que se atrevían a cultivar incluso el necesario para su propio consumo.

El 22 de Abril de 1887 aparece el monopolio del tabaco concerniente a la oferta y venta del mismo, en España e islas, al grado tal que la venta del tabaco de la península da un producto neto de seis millones de pesos, producto que en gran parte es debido a la venta del tabaco que de la isla de Cuba se envía a Sevilla. Los almacenes de esta última ciudad algunas veces están provistos con 18 o 19 millones de libras, solo en tabaco de polvo, cuyo valor asciende a la suma exorbitante de cuarenta millones de pesos.



Fig. 4. Primeras máquinas para la fabricación de cigarrillos.

4.-Diferentes formas de consumir tabaco.

En el siglo XVII se fumaba en Inglaterra la pipa; en España el puro y el cigarro; y en Francia el rapé. En Francia el tabaco tuvo ribetes de realeza gracias al éxito que obtuvo en la cura de unos intensos dolores de cabeza que padecía Catalina de Medicis. La costumbre del rapé se inició en España entre los años 1620 y 1625; los sacerdotes fueron quienes lo usaron al principio antes de que se introdujera en Italia y Francia.

El método de elaboración del rapé se reducía a convertir en polvo las hojas secas del tabaco; para usarlo, había que colocarlo en la parte superior de la mano y aspirarlo con fuerza. Su popularidad cada día mayor trajo innovaciones no solo en la manera de tomarlo, sino también en su preparación; se hizo una cucharita de rapé que usaban las damas y los caballeros que pretendían sobresalir por su afectada distinción. Incluso se inventó una máquina para reducir a polvo la hoja de tabaco, para que lo utilizaran los particulares y algunos establecimientos pequeños (Fig.2).

Como la moda continuaba se comenzó a vender en cajas el polvo de tabaco, lo cual ocasionó que cada aristócrata gastara verdaderas fortunas en colecciones de cajitas para rapé, hechas con los materiales más costosos y trabajadas de la manera más artística.

La demanda de rapé trajo como consecuencia que esta industria se desarrollara en España y Portugal, en su mayor parte para ser exportado a Francia, durante el siglo XVIII Italia, Bélgica, Dina



Fig. El tabaco en oriente: escena de la vida japonesa.

marca, Alemania y Polonia constituyeron un buen mercado.

La manufactura se fué perfeccionando y el rapé llegó a ser purificado de tal forma que se le privó por completo de su aroma; el polvo se coloreaba y perfumaba al gusto del consumidor. En lo que toca al perfume su variedad era infinita y cada persona presumía de tenerlo en su aroma especial.

Toda la aureola del rapé residía en la refinada técnica con que se tomaba; tenía un ritual elegante y característico que dio lugar a fuertes y energicas críticas; toda esta comedia llegó a su apoteosis en la época que precedió a la revolución francesa. Madame Pompadour inventó un tipo de rapé que llamó "Esencia del tabaco Pompadour", para corregir la memoria al tiempo que los irlandeses lo usaban para "aligerar el cerebro".

El rapé obtuvo su auge definitivo cuando la flota inglesa, comandada por Sir George Boscawen, capturó gran cantidad de este polvo en Cadiz, España, así como un cargamento que provenía de la Habana, en el puerto de Vigo; este botín de 50 toneladas, se vendió a precio muy bajo y por lo tanto pudo ser adquirido por el pueblo que no estaba habituado a gozar de este costoso producto. Por otra parte la aristocracia Inglesa fue adquiriendo paulatinamente los amaneramientos de la corte francesa y los reyes Jorge I y II se declararon decididos partidarios de rapé, al afirmar que utilizarlo era un "detalle elegante, mientras que fumar constituye una falta de educación".

El uso del rapé no se limitó a Europa, ya que esta moda

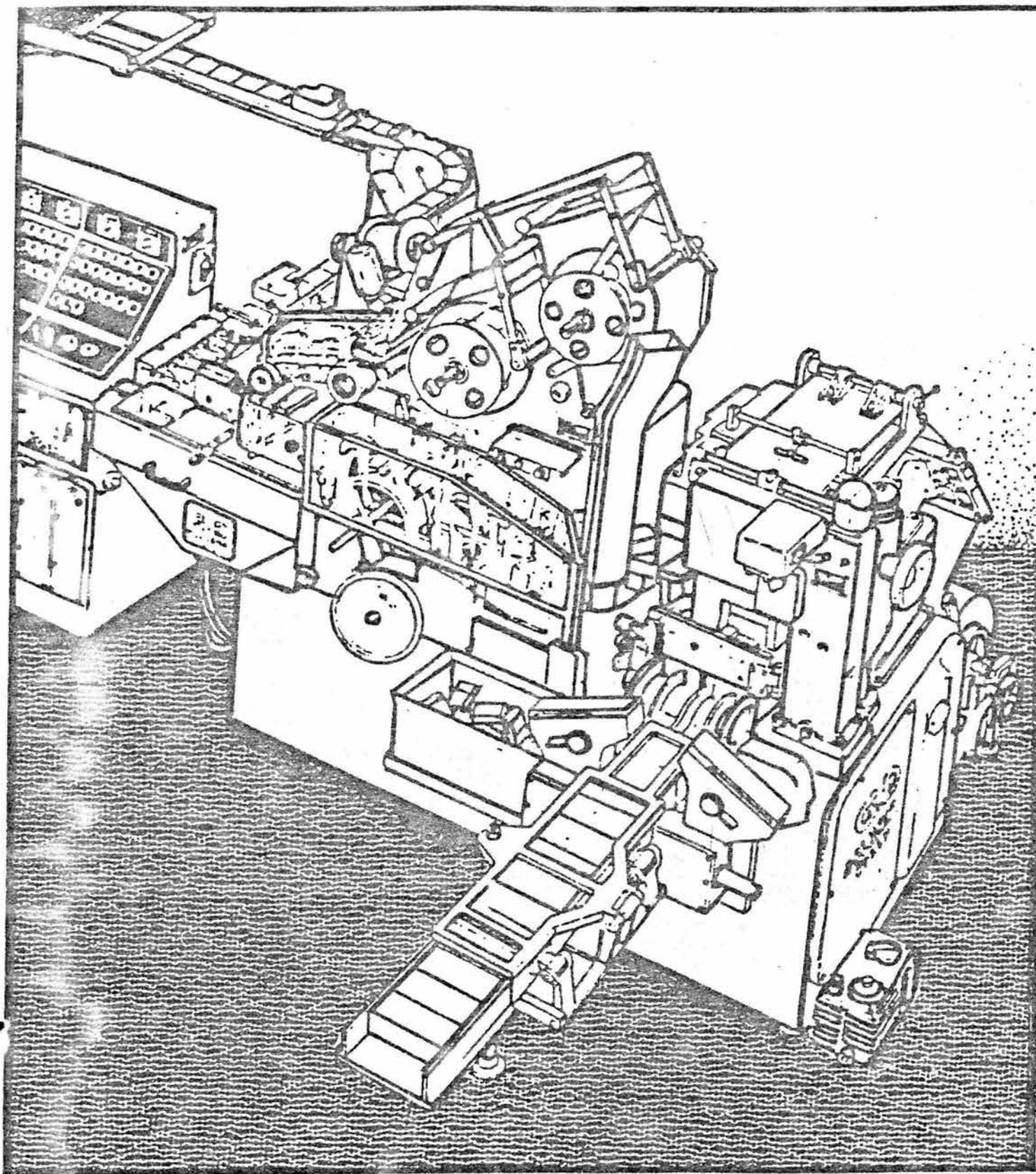


Fig. Moderna máquina empaquetadora de cigarrillos.

también se introdujo en Asia durante el siglo XVII, otro tanto puede decirse de la India, donde se utilizó bastante, según afirman los portugueses de la época. El rapé se manufacturaba en los palacios de Cantón y Pekín. En Turquía la feroz persecución que Murad IV emprendió en contra de los fumadores provocó que estos usaran rapé, en su deseo de no privarse de un hábito ya profundamente arraigado.

A raíz de la Revolución Francesa languideció la popularidad del rapé y en el mundo surgió una moda que se impuso gradualmente: El puro. En Europa, la idea del puro está íntimamente asociada al nombre de España y durante mucho tiempo su uso estuvo reducido a esta península; es difícil determinar las causas por las cuales esta forma de fumar no se extendió y popularizó con mayor rapidez. La única explicación aceptable es el auge que había alcanzado la pipa, que no estimuló el deseo de innovación.

El puro ya se conocía en la India hacia 1675, seguramente por la proximidad con las islas filipinas y debido al tráfico mercantil que sostenía con los portugueses.

La popularidad de puro en España indujo a Peter Wendler, un alemán radicado en Roma, solicitar al Papa el monopolio para la fabricación de " Bastones del Tabaco ", por el término de 5 años a partir de 1779. También en Hamburgo, en 1788, se abrió una fábrica de puros.

Después de 1814 y como consecuencia de las guerras en España, donde se mezclaron soldados ingleses, portugueses y españoles, el uso del puro se introdujo en Inglaterra. Como en las islas británi-

cas no se podían adquirir puros, este hábito resultaba demasiado costoso a los fumadores , así, hasta 1825 el consumo no adquirió un verdadero ímpetu.

En la actualidad, el cigarrillo es probablemente la presentación más común; es una versión reducida del puro y se presenta cubierta de papel, de tal manera que su apariencia lo hace aparecer delicado y fino, desde luego al principio su uso fue violentamente criticado en Inglaterra, Francia y USA. A principios del siglo XVII se descubrió que el material más adecuado para envolver el tabaco era el papel, con lo que se da origen a las 'papeletas'. Estas se hicieron muy populares en España, Portugal e Italia y más tarde su uso se extendió a Rusia y Turquía.

Después de la guerra de Crimea (1856) el cigarro adquirió un auge que sería definitivo; su manufactura en Francia comenzó en 1843, pero solo se elaboraba para consumo doméstico. Durante la guerra de Crimea, el contacto del ejército inglés con sus aliados franceses y turcos, permitió que una vez de regreso en su país, los ingleses difundieran el cigarro, cuyo consumo se fue haciendo más estable.

" En los Estados Unidos a mediados del siglo pasado pudo contarse con un nuevo tipo de tabaco, una variedad suave, secada rápidamente en galerías con calefacción, en vez de hacerlo en forma lenta bajo la luz solar. Casi todos los historiadores no han concedido al hecho que, con el tipo de tabaco empleado en pipas y habanos, la nicotina se absorbía en su mayor parte por contacto con los tejidos de la boca y la garganta. El humo era demasiado

fuerte y sofocante como para inhalar. Con los tabacos nuevos más suaves y más ácidos, la nicotina se absorvía poco por la boca pero el humo era lo suficientemente suave como para inhalarlo. De este modo, a pesar de que el tabaco de los cigarrillos contenía menos nicotina, en realidad llegaba mayor cantidad del alcaloide al cerebro del fumador y la distribución tisular se hacía con notable rapidez." (Jaffe, Petersen y Hodgson. 1980)

La pipa representó la calma y la laxitud; el rape fue una señal de relajamiento en una época de aristocracia; el puro, desde su introducción tuvo ribetes de lujo, solo el cigarro representa el nerviosismo de este siglo, en que nos arrastra la impaciencia y la vida se vive muy de prisa.

Así pues la conclusión resulta evidente, históricamente el tabaco no siempre ha sido perjudicial, incluso en distintas épocas y países fue considerado medicinal, el problema actual del tabaco está en su actual mezcla y presentación (cigarrillo), así como en sus hábitos de consumo y eso lo podremos comprobar en los siguientes capítulos.

El análisis de este proceso histórico demuestra que no existe un perfil único del tabacomano a lo largo de la historia y que tal perfil depende de la conceptualización que la sociedad tenga del tabaquismo y del uso que se le da al tabaco.



Las evidencias científicas son contundentes al mostrar los efectos devastadores del humo del cigarrillo sobre el crecimiento y desarrollo del producto en el vientre materno.

Madre embarazada: por lo que más quieras, no fumes ni permitas que personas irresponsables fumen a tu alrededor.

CAPITULO SEGUNDO
CONSECUENCIAS FISIOLÓGICAS DEL HABITO DE FUMAR

Las cadenas del hábito son demasiado débiles para ser sentidas, hasta que son demasiado fuertes para romperlas
SAMUEL JOHNSON.

El presente capítulo intenta hacer una breve revisión sobre las consecuencias fisiológicas que origina el hábito de fumar y como repercute gravemente en la salud del tabacomano, provocando que el organismo se habitue al tabaco y requiera de dosis cada vez mayores y más constantes lo que perjudica aún más la condición física, psicológica y social del tabacomano.

Para ir esclareciendo la problemática del tabaquismo, comenzaremos por ubicarla dentro de las toxicomanías (Krup, 1982). Lo que implica la triada del uso de drogas que incluye:

1. Dependencia psicológica y la conducta incluida en la procuración de la droga.
2. Dependencia fisiológica, con síntomas de abstinencia al suspender la droga.
3. Tolerancia, es decir la necesidad de aumentar la dosis para obtener los efectos deseados.

La toxicomania constituye una función de la cantidad de droga empleada y de la duración de su uso. La cantidad requerida para producir dependencia está vinculada a la naturaleza de la droga y

a la del usuario: las toxicomanías y más específicamente el tabaquismo, tienen sus alcances en varios niveles: Fisiológico, Psicológico y Social.

En el primero de estos niveles se abarca ampliamente el panorama médico, debido a que:

- 1) Para salir de la problemática salud-enfermedad sin recurrir a juicios personales, es objetiva la información médica.
- 2) Para la cabal comprensión del proceso psicológico del fumar, se requiere del dato médico.

Dentro del modelo médico o sanitario, las drogas, las personas y el contexto se transforman respectivamente en agente, huésped y contexto, en correspondencia con el modelo de las enfermedades infecciosas. Es así que se considera a la droga como el agente, atribuyéndole el papel activo y principal de dicho trió. Según este modelo existen varios intentos para 'vacunar' utilizando diversas medidas, entre ellas el empleo de estupefacientes antagonistas y unos programas educativos de prevención. Dentro de estas definiciones quienes usan la droga deben ser curados y tratados como en un problema médico, es así, que el uso de éstas debe prevenirse como un problema de salud pública, al igual que cualquier enfermedad infecciosa (Nowlis, 1982).

En cuanto a las consecuencias fisiológicas, podríamos mencionar que es indudable que el tabaquismo intenso esto es: fumar muchos cigarrillos al día puede ser y suele ser el factor agravante de mayor importancia en la enfermedad pulmonar. La incapacidad pulmonar es imitada íntimamente por la de tipo cardíaco.

caracterizada por inactividad, atonia muscular, debilidad general y adinamia lo que puede ocasionar una pérdida impresionante de la capacidad de trabajo.

En el pequeño intervalo tras encender un cigarrillo y comenzar a inhalar el humo, se proporciona satisfacción tras un proceso de corrosión de las delicadas membranas de los labios, paladar, así como la garganta, laringe, faringe y esófago. Este proceso daña los pulmones, ataca la circulación, el corazón y todo el cuerpo. La nicotina comienza a pasar directamente al torrente circulatorio a través de las finas paredes de los pulmones y en solo siete segundos un 'bolo' pasa a través del lado izquierdo del corazón y 'golpea' el cerebro dos veces más rápido que la heroína la nicotina inhalada acelera el ritmo cardiaco de quince a veinte latidos por minuto; la presión sanguínea se eleva de diez a veinte unidades. En los pulmones el humo reduce las vías aéreas y ataca los alveolos dejando un residuo de sustancias químicas cancerígenas algunas de las cuales son radiactivas. Estos y otros peligrosos componentes son así mismo depositados en el estómago, riñones y vejiga urinaria.

1.-Efectos generales sobre el organismo.

El tabaco nos ataca desde numerosos frentes y con numerosas armas. Va a entrar y a instaurarse en el interior del organismo por la vía principal, por la boca, de ahí va a pasar a los pulmones; de éstos al torrente circulatorio va a todos los demás tejidos y sistemas básicos del organismo.

Dicho estadísticamente y tomando en cuenta " para los diversos procesos patológicos analizados, el coeficiente 1 a los

no fumadores, el correspondiente a los fumadores sería el siguiente. " :

-Tumores del pulmón.....	10.8
-Bronquitis y efisema.....	6.1
-Tumores de laringe.....	5.4
-Tumores de boca.....	4.1
-Tumores de esófago.....	3.4
-Úlcera gástrica.....	2.8
-Enfermedades circulatorias.....	2.6
-Cirrosis hepática.....	2.2
-Tumores de la vejiga.....	1.9
-Coronariopatías.....	1.7
-Otras cardiopatías.....	1.7
-Hipertensión arterial.....	1.5
-Arterioclerosis generalizada.....	1.5
-Tumores renales.....	1.5
-Otros procesos.....	1.68

Cuadro No. 1 Porcentaje de enfermedades en los tabacomanos San Juan e Ibañez, 1983.

2.-Esfera otorrinolaringológica.

El hábito de fumar tabaco es causa de múltiples efectos indeseables en la esfera otorrinolaringológica. Puede provocar vértigo, disminuye el gusto y el olfato y hace que se desarrolle el cáncer en la mucosa expuesta al humo. Esto se debe a que casi el 92% del humo inhalado es gas, compuesto por una docena de diferentes vapores nocivos, incluyendo acroleína, ácido hidrocianúrico, ácido nítrico, dióxido de nitrógeno, acetona y amoníaco. Los cuatro primeros son extremadamente peligrosos y en los últimos años la ciencia ha apuntado incluso otro más peligroso, incoloro e inodoro; el monóxido de carbono el cual forma hasta un 4% del humo del cigarrillo. Este gas ha sido identificado como contribuyente a la aparición de ataques cardíacos y muerte súbita coronaria de fumadores. (Walter, 1987)

Retomando lo anterior diremos que el humo del tabaco tiene

IZT.



SAGA

FUMANDO

tranquilo

FUMAR

ADELGAZA



U.N.A.M. CAMPUS
IZTACALA

una compleja composición consistente de cientos de compuestos químicos agrupados de la siguiente manera;

a) Nicotina: Es probablemente el constituyente que provoca, la dependencia en los fumadores , debido a que sus múltiples acciones - comprenden tanto estimulación como inhibición del sistema nervioso, dependiendo de la dosis. Cuando se absorbe el humo puede estimular o tranquilizar y llegar al cerebro en término de un minuto tras de comenzar a fumar un cigarrillo.

La nicotina afectará fundamentalmente el tejido nervioso y el cerebro, eliminando las funciones típicamente neuronales, como son los códigos químicos de consigna mediante los cuales las neuronas efectúan las interconexiones apropiadas. Cuando la nicotina se fija en nuestro cerebro cumple su efecto al interferir con los neurotransmisores naturales. El cerebro procura sin éxito protegerse concentrando el transmisor natural; las cantidades de este en el cerebro son en realidad muy reducidas, de modo que dosis muy pequeñas de nicotina constituyen un ataque frontal. De este modo el neurotransmisor natural queda inhibido, funcionando la nicotina como un seudotransmisor, siendo este el gran problema.

Como el neurotransmisor debiera estar presente, pero no lo está, cuando el tabacomano no fuma durante algunas horas el cerebro no posee ni el neurotransmisor natural ni el seudotransmisor, por lo que el propio organismo pide un cigarrillo desesperadamente.

b) Sustancias productoras de cancer: Estas se encuentran en la fracción alquitrán del humo de tabaco y causan cancer cuando se

les aplica a la piel o pulmones de los animales. El humo en el pulmón va a reducir las vías aéreas, atacando el tejido alveolar y dejando un residuo de sustancias muchas de las cuales incluso son radioactivas. Siempre por vía hemática estos componentes y otros más del tabaco son repartidos por los restantes sistemas, de modo que en poco tiempo, estómago, riñones, vejiga, etc., van a estar afectados.

c) Sustancias irritantes: Estas ocasionan estrechamiento de los bronquios, frenan la acción limpiadora de los cilios y estimulan una secreción excesiva de moco. Estos efectos pueden contribuir a los efectos de la bronquitis y el cáncer pulmonar de la siguiente manera; La tos en un principio síntoma de irritación en etapa aguda se hace crónica si el estímulo irritante persiste, entra entonces en escena la bronquitis crónica. Cuando se padece esta enfermedad, no se expectora convenientemente y el moco comienza a acumularse. Ahora hay doble exceso, el de irritación por el tabaco y el residual por expectoración deficiente. El moco es un excepcional caldo de cultivo para todo tipo de microorganismos, a la vez que inhibe la capacidad bacteriana bioquímica del pulmón. El emfisema aparece sin duda tarde o temprano.

d) Monóxido de Carbono: El CO constituye aproximadamente del 1 al 5% del humo del tabaco. Dado que la hemoglobina de los eritrocitos tiene una gran afinidad con el CO, hasta el 15% de la hemoglobina de los fumadores puede estar combinada con CO y por tanto no se encuentra disponible para transportar oxígeno. Esto

disminuye la capacidad para el ejercicio y puede inducir dolor en el pecho durante el mismo. Por otra parte varios estudios (Guerra 1987) han logrado determinar que este gas es un agente muy importante en la aparición de patologías cardíacas, así como en la súbita muerte coronaria de los fumadores; el infarto del miocardio por el tabaquismo.

3.-Efectos sobre el corazón y los vasos sanguíneos.

El CO tiene una extraordinaria afinidad con los glóbulos rojos de tal manera que desplaza inmediatamente al oxígeno, fijado en las sustancias que estos contienen para tal fin. Esto significa que los glóbulos rojos de un fumador tienen un porcentaje muchísimo mayor de gas venenoso que los de una persona no fumadora. Esto es peligroso, si se piensa que las células sanguíneas no solo se mezclan con el oxígeno disuelto en el aire, sino que además obstaculiza que este oxígeno sea disuelto en los tejidos orgánicos. El organismo por su parte " se defiende " compensando, la pérdida de oxígeno mediante un mecanismo de liberación de adrenalina esta provoca un extraordinario aumento de la presión sanguínea aumentando las contracciones cardíacas y por consiguiente se aumenta la cantidad de sangre bombeada. De esta manera el organismo trata de captar mas oxígeno.

Si el interior de los vasos sanguíneos está intacto y estos conservan toda su capacidad de flujo aparentemente no hay ningún problema , pero cuando a este problema se le aumenta que el fumador es algo mayor y sobre todo lleva mucho tiempo fumando , el

liquido sanguineo circula con mucha dificultad y nuevamente el organismo carece de la dotacion de oxigeno suficiente. Este parece ser el motivo mas importante del dolor conocido como angina de pecho.

4.-Efectos sobre el oido.

Según Wislicki (cit. en Corvera, 1972), el hábito del tabaquismo es capaz por si mismo de producir ataques de vertigo vestibular. Aparentemente el mareo que sufren los adolescentes que se inician en el hábito tabáquico nunca deja de producirse; simplemente se habitan a él.

5.-Efectos sobre el olfato y el gusto.

Joyner(cit. en Corvera, 1972) el tabaquismo disminuyó la sensibilidad del olfato en un grupo de 500 trabajadores, magnitud que era directa con la intensidad del habito del tabaquismo. Por su parte Arfmann y Chaponis, encontraron en un grupo experimental que los fumadores apreciaron consistentemente la intensidad de la sensación gustativa menos que los no fumadores.

a) Lesiones de las mucosas.

El tabaquismo produce una forma especial de leucoplasia papulosa que ha sido denominada "estomatitis nicotínica". Consistente en un engrosamiento difuso de la capa córnea. Estas lesiones se presentan sobre todo en fumadores de pipa, aún cuando se ha descrito también en mujeres fumadoras de cigarrillos.

b) Efectos en la Cavidad Bucal

En la cavidad bucal se producen los primeros contactos que el fumador tiene con el tabaco sustancia que en mayor o menor grado ocasiona cambios o alteraciones en tejidos blandos y duros, dichos cambios se condicionan a diferentes factores :

- * Tipo de tabaco (Pipa, Cigarro o Puro)
- * Cantidad y calidad del mismo.
- *Forma o hábito de fumar.

Fumar tabaco, en cualquiera de sus formas, provoca una mayor propensión a padecer destrucción de las encías y los huesos en los que se insertan los dientes. También con mayor frecuencia se presenta inflamación en las encías (gingivitis) especialmente en forma aguda y con úlceras. Estos problemas pueden llevar a la pérdida prematura de las piezas dentales.

Independientemente de esto los cambios principales que el hábito de fumar provoca dentro de la cavidad bucal son; Pigmentación dentaria, Gingivitis, periodontitis, lengua pilosa, leucopasia, estomatitis nicotínica y cáncer bucal.

6.-Efectos en el Aparato Digestivo.

Algunas investigaciones (Rico, 1990) describen el efecto del hábito del tabaco, sobre la fisiología gastrointestinal y además sugieren que el tabaquismo desempeña un papel en la patogénesis de ciertas enfermedades de dicho aparato, tanto benignas como malignas.

a) Esófago.

El tabaco reduce considerablemente la presión del esfínter - esofágico interior. El tabaco prolonga el contacto del contenido gastroduodenal refluido con la mucosa del esófago y de este modo interviene con los mecanismos de depuración facilitando el paso de sustancias nocivas tanto para la mucosas esofágicas como para las gástricas produciendo una lesión en la mucosa del órgano (Úlcera Péptica). Así mismo los datos epidemiológicos encontrados hasta el momento en cuanto a la relación entre el tabaquismo y la Úlcera Péptica proporcionan la siguiente información:

- * El hábito de tabaco es mas frecuente en los pacientes con Úlcera Péptica.
- * Este aumento en la frecuencia es independiente de sexo.
- * La incidencia de la enfermedad se correlaciona con la cantidad de cigarrillos consumidos.
- * La mortalidad debida directamente al padecimiento ulceroso es mayor en los fumadores de sexo masculino.

b) Intestino delgado y grueso.

La administración de nicotina produce relajación del músculo circular y longitudinal del intestino delgado y colon . Y puesto que la disminución en la actividad contractil del colon favorece el traslado de la materia fecal, es probable que esto explique el porque se favorece el acto de defecar al fumar cigarrillos.

c) Hígado.

El cigarro tiene efectos importantes en el metabolismo de fármacos, esto no es sorprendente, ya que el humo del tabaco contiene una mezcla de aproximadamente 4700 compuestos y varios de

ellos intervienen en distintas tareas metabólicas. Por ejemplo los hidrocarburos aromáticos metabolizan ciertos fármacos como el hexobarbital, por otro lado la nicotina induce a otras enzimas que aceleran el metabolismo normal del organismo, modificando el funcionamiento normal del hígado.

d) Páncreas.

El tabaquismo se asocia con cáncer del páncreas. Estudios epidemiológicos efectuados en algunos hospitales de USA han demostrado una frecuencia cercana del doble de carcinoma de páncreas en sujetos fumadores de 40 cigarrillos al día. El mecanismo se desconoce pero se sabe que el humo del cigarrillo contiene carcinógenos los cuales son capaces de producir neoplasias pancreáticas.

7.- Efectos en las Vías Respiratorias.

La bronquitis crónica y el emfisema son causados principalmente por fumar cigarrillos. Entre los fumadores las tasas de mortalidad provocadas por estas enfermedades son considerablemente más altas que las de los no fumadores y aquellos reportan con mayor frecuencia otros signos de enfermedades pulmonares y deterioro de la función pulmonar, síntomas que se hacen más pronunciados en la medida en que el número de cigarrillos consumidos al día es mayor.

El humo del cigarrillo inhibe la movilidad que permite la limpieza del conducto respiratorio, lo cual probablemente facilita

el desarrollo de tos, infecciones respiratorias y dificulta la eliminación de flemas. Por todo ello los fumadores presentan mayores dificultades en la recuperación post-operatoria.

8.- Efectos en el Sistema Nervioso.

La nicotina produce una variedad de efectos en el organismo - los cuales se oponen unos a otros, por lo que son difíciles de analizar. La sustancia actúa inicialmente en los neurotransmisores los efectos de la acetilcolina a bajas dosis, pero bloquea las transmisiones de dosis mayores.

La nicotina penetra rápidamente en el cerebro (8 seg.), donde actúa en receptores colinérgicos nicotínicos centrales, aumentando la liberación y recambio de acetilcolina, así como de catecolaminas. Así mismo estimula la liberación de una variedad de neuromoduladores como vasoprina, hormona de crecimiento. Tiene un efecto directo en el área quimorreceptora del bulbo, para inducir la náusea.

Se sabe que algunas de las sustancias endógenas mencionadas cuya síntesis, recambio y liberación en el Sistema Nervioso Central se ven alterados por la nicotina influyen en la conducta y en el estado emocional del paciente. Se ha objetado que la nicotina facilita la memoria y produce aumento de la actividad espontánea, anticoncepción y supresión de la irritabilidad y del apetito. De ahí que los efectos más importantes que aprecian los fumadores están dentro del Sistema Nervioso Central.

Así los fumadores aprenden a utilizar el tabaco para regular o ajustar los mecanismos adaptativos normales del organismo. La mayoría concuerda en que el fumar produce un estado de alerta, particularmente con los primeros cigarrillos del día, así como relajación, en especial frente a situaciones tensionales. Podría entonces deducirse que las personas fuman para mantener una frecuencia cortical elevada y alcanzar el estado psicológico asociado con tales frecuencias (relajación física y mental).

Se sabe que la nicotina es una sustancia que produce dependencia tal como lo hacen la heroína, la cocaína y el alcohol, de manera que una vez establecidos los patrones de tabaquismo, son regulares día a día y aun cigarro a cigarro.

Otra característica que el tabaco comparte con las drogas es el Síndrome de Privación observado al interrumpir la administración crónica de la nicotina, el cual se revierte mediante la administración de nicotina. Así pues el Sistema Nervioso Central cambia en respuesta a la nicotina, de tal manera que funciona de otra forma cuando esta le falta (Ver tabla 1).

9. Sistema Nervioso Periférico.

Se sabe que la nicotina actúa en varios niveles del Sistema Motor, se ha demostrado que fumar causa una marcada depresión del reflejo patelar, la cual se inicia a los 30 seg. y es progresiva, pero recupera el valor normal a los 25 min. de haber terminado de fumar. La extensión de la depresión depende del contenido de nicotina del cigarro y oscila del 45 al 67% en relación con el estado normal. Aparentemente, el sitio de acción

SECUELAS	EFFECTOS
Ansia de tabaco	Cambios electroencefalograficos
Aumento de la tension	Caída de la FC y la TA
Inquietud	Aumento de la circulación periférica.
Irritabilidad Agresividad	Disminución de la Adrenalina, Noradrenalina y Cortisol.
Depresión	Trastornos del sueño.
Disminución del estado de alerta	Incremento de peso.
Dificultad para la concentración	Disminución en la capacidad de realizar tareas de vigilancia, manejo simulado, tareas de atención selectiva, tareas de memoria
Incremento del apetito	

Cuadro No.2 Características principales del Síndrome de Privación del Tabaco.Fuente Russel (1985).

para este efecto esta constituido por las células de Renshaw de la médula espinal, que son neuronas intercalares inhibitorias de las motoneuronas espinales de las cuales se sabe poderosamente estimuladas por la nicotina.

10.-Efectos del Sistema Genitourinario

Uno de los órganos que han sido escasamente estudiados en cuanto a los efectos del tabaquismo es el riñón , a pesar de que existen pruebas fehacientes de que la administración del tabaco - tiene como consecuencia que la nicotina inhalada sea excretada por la orina. Esto refleja una absorción sistemática, la que es más importante cuanto más humo se introduzca en el árbol respiratorio.



Fig. El embarazo, un acontecimiento sublime, se ve ensombrecido por el humo del tabaco, el cual pone en peligro la vida del producto.

Uno de los efectos del tabaco en el funcionamiento renal es la excreción anormal del agua. Desde hace mucho tiempo se sabe que algunas drogas alteran la excreción de agua mediante estimulación de la hormona antidiurética, entre las que se encuentran:

- * Farmacos que potencian la acción intracelular del ADH
- * Farmacos que estimulan los núcleos de receptores celulares.
- * Farmacos que intervienen en los mecanismos de dilución renal independiente.
- * Farmacos que inducen una polidipsia central.

Por otra parte en relación con el consumo de tabaco se ha informado de diversos trastornos y alteraciones patológicas del sistema genitourinario. La bibliografía disponible acerca de este tema es escasa a pesar del consumo tan elevado de cigarrillos y de que en los últimos años se ha registrado un aumento de frecuencia en las enfermedades de la pelvis, calices renales, ureter, vejiga e infertilidad.

II.-Efectos en el embarazo.

En la actualidad, el tabaquismo en las mujeres constituye un grave problema no solo porque este hábito tiende a un franco incremento, sino también por sus repercusiones en la fertilidad y en la gestación.

En México no se cuenta con estadísticas precisas, pero en países como USA se han registrado frecuencias del 28% de fumadoras. el tabaquismo puede alterar la fertilidad, incrementar la frecuencia de aborto, provocar problemas hemorrágicos, partos pretermino, niños con bajo peso al nacer y retraso del crecimiento intrauterino, anomalías neurológicas, hipoxia fetal crónica e incluso la muerte.

a) Fertilidad.

La fertilidad implica varios procesos que se llevan a cabo casi matemáticamente: Ovulación; Fecundación; Transporte del óvulo fecundado a través de las Trompas de Falopio; Implantación endouterina y posteriormente un desarrollo correcto del producto de la concepción. Cualquiera de estas etapas puede ser afectada por el tabaquismo. La frecuencia de abortos espontáneos en fumadoras se incrementa, así mismo el índice de placentas previas y desprendimiento prematuro de placenta es mayor en las fumadoras y por ende los problemas de sangrado genital, las hemorragias ante parto de causas desconocidas.

b) Parto pretermino.

Las mujeres que fuman menos de 20 cigarrillos al día presentan parto pretérmino en 8.1% y las que fuman una o más cajetillas, 8.4% comparado con el 6.8 % de las no fumadoras.

c) Bajo peso y retraso de crecimiento.

Los hijos de madres que fuman mucho durante el embarazo por lo general son de menor tamaño al nacer que las madres que no fuman. Los bebés de las madres que fuman pesan en promedio 200 gms menos, esto se debe a un desarrollo retrasado y no a embarazos de menor duración y el efecto se observa especialmente en aquellas que continúan fumando después de cuatro meses de embarazo. La nicotina y el CO en la sangre materna pueden entrar en la circulación del bebé e intervenir con su nutrición. Por otra parte estudios de largo plazo han descubierto cierto retardo en el crecimiento hasta la edad de once años.

d) Alteraciones intelectuales y de comportamiento.

Dunn y col. (1976) estudiaron tres grupos de niños pequeños en relación con la edad generacional, prematuros y a término y en hijos de madres fumadoras observaron una frecuencia ligeramente mayor de disfunciones cerebrales, así como electroencefalogramas anormales.

e) Hipoxia fetal crónica y muerte.

El tabaquismo causa hipoxia debido a una reducción en la oxihemoglobina materna, vasoconstrucción uteroplacentaria y reducción en la transferencia placentaria de oxígeno al feto. Estos fenómenos se manifiestan en forma de bradicardia fetal, que resulta ser un signo de exposición crónica severa a la hipoxia. El humo del tabaco contiene muchas sustancias tóxicas y todas ellas se transmiten placentariamente al feto.

f) Mortalidad.

En hijos de mujeres con el hábito del tabaco, la mortalidad perinatal aumenta no solo a causa del estado de hipoxia crónica sino también en factores como la prematuridad.

Si bien la muerte súbita infantil se presenta por un mecanismo que aún se desconoce, algunos estudios (Steele, 1976), muestran una relación muy estrecha entre la muerte por estas características y el nivel de tabaquismo materno.

12.- Algunas aportaciones medicas.

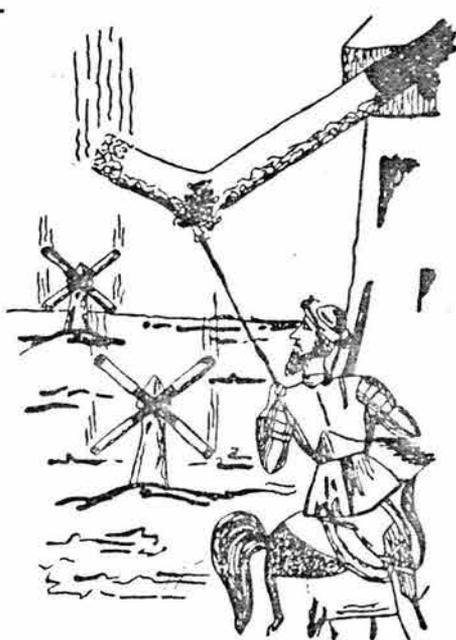
Un estudio importante en el ambito médico es el realizado en el Departamento de Utorinolaringologia del Hospital General del Centro Medico Nacional (Convera,1972), en donde se revisaron las historias clinicas de los pacientes diagnosticados de carcinoma epidermoide de la laringe con objeto de obtener información sobre el consumo del tabaco. La serie consistió en 69 pacientes de los cuales eran 59 del sexo masculino y 10 del sexo femenino. Los pacientes del sexo masculino con una edad promedio de 59.8 años, 52 de ellos eran fumadores, consumiendo un promedio de 16 cigarrillos diarios durante 15 años. 7 pacientes no fumaban.entre los pacientes del sexo femenino 7 negaron el habito del tabaquismo, esto hace que globalmente fueran fumadores un 80% de los pacientes con cáncer en la laringe.

Para comparar las costumbres del tabaquismo de personas sin afecciones cancerosa, se tomaron dos grupos de pacientes al azar. El primero fue de 120 hombres, cuya edad vario entre 50 y 60 años promedio de 57.8 años y el segundo fue de 20 mujeres con edad promedio de 53.4 años. En ellos se encontró que el 54 % de los hombres y el 10 % de las mujeres fumaban. Es importante hacer notar el bajo porcentaje de fumadores en este grupo de edad, especialmente entre las mujeres en comparación con otras estadísticas. En conclusion el efecto carcinogeno del tabaco se muestra mucho más claramente en los tumores primarios multiples que se desarrollan en áreas expuestas al humo.

Otra aportación médica a la investigación del tabaquismo es la que se relaciona al tratamiento por lo que se refiere a la intoxicación tabaquismo crónica, pues la única actuación racional viene representada por el abandono del tabaco. Ello despertará síntomas de abstinencia en forma de intranquilidad psíquica o irritabilidad, depresión, tristeza, mal humor, discusiones y hasta agresividad. En algunos casos, en los primeros 7 días pueden surgir incluso precordialgias, náuseas, sudores y constipación por distonía vegetativa al no existir el estímulo nicotínico que se había acostumbrado fenomenológicamente que cede o se acentúa tomando algún sedante. (Domarus, 1968).

Debe quedarnos claro que el perfil psicológico del tabacomano tiene un sustento fisiológico; el proceso de adicción que se genera cuando la nicotina sustituye a los neurotransmisores, jugando una doble función antagonica, por un lado sustituye a los neurotransmisores y por otro relaja al tabacomano, lo que genera un mayor requerimiento de tabaco, dañando simultaneamente distintos niveles fisiológicos del organismo.

Después de haber tenido un panorama de las alteraciones biológicas del organismo ante el hábito del tabaquismo es de suma importancia analizar los factores que se consideran relevantes en base a la influencia que causan para adquirir, mantener, o iniciar al sujeto en el hábito del fumar, hablaremos así pues de los factores socioeconómicos.



El tabaquismo es una de las antesalas a la drogadicción. El fumador de marihuana tuvo que haber aprendido primero a fumar cigarrillos.

Evitemos pues que nuestros hijos caigan en el vicio del tabaquismo.

CAPITULO TERCERO
CONSECUENCIAS SOCIALES DEL HABITO DE FUMAR.

No puede haber democracia
sin ciudadanía diaria.

Ralp Nader

Comenzaremos el presente capítulo puntualizando que la responsabilidad de la educación y prevención sobre cualquier tipo de droga no puede ni debe recaer únicamente en la Familia y los Padres, ya que hay una serie de factores que conforman el contexto en el que se actúa. La Familia; La Escuela; Los Grupos de Compañeros; La Estructura Judicial y Penal; La Iglesia, etc, asimismo estas instituciones adquieren su identidad, su sentido y prioridad en el marco global de la sociedad.

Este aspecto es de suma importancia si se quiere conocer las causas que propician, consolidan y llegan a mantener el hábito de fumar en un individuo. Mencionaremos la influencia ejercida por una sociedad en la que el tabaco es un mito que ayuda al manejo de frustraciones y a mejorar la economía de gobiernos poco escrupulosos y consorcios tabacaleros.

Cada miembro en esta colectividad tiene un papel en la educación teniendo como fin primordial evitar las frustraciones, solucionar los problemas existentes, transmitir normas y valores y propiciar un ambiente para un adecuado bienestar social.

Una vez analizadas las consecuencias fisiológicas del hábito de fumar, hablaremos de otro aspecto, no menos importante, las consecuencias socioeconómicas originadas por el tabaquismo, estas pérdidas se pueden subdividir en directas e indirectas.

1. Pérdidas directas.

Se refieren en primer lugar a los casos de mortalidad prematura y elevada por las enfermedades vinculadas con el hábito de fumar y de aquí la cantidad de años perdidos y del producto nacional no ejecutado; En segundo lugar están los casos de enfermedad vinculados al hábito de fumar con la consideración del crecimiento del consumo, incluidos los servicios médicos y el calculo de casos de incapacidad laboral temporal e invalidez, ausencia al trabajo y la disminución de la productividad en el mismo. En tercer lugar las negligencias al fumar; Incendios, quemaduras, etc. Un ejemplo de esto es el citado por Komarouw (1989), quién manifiesta que en los Estados Unidos las investigaciones mostraron que el hábito de fumar ocasiona además de pérdidas humanas por muerte, una significativa lesión económica; 47.6 mil millones de dolares en 1980 y 65 mil millones de dolares en 1985, pero a su vez con una ganancia por la producción y realización de artículos de tabaco de 5.8 mil millones de dolares.

En este aspecto la estructura del daño económico relacionado con el hábito de fumar puede destacarse la pérdida del tiempo de trabajo y la disminución de la productividad en el trabajo los gastos en asistencia médica y los incendios. En el citado estudio hecho por Komarou, se calculó que 225 000, es decir el 20% de la cifra total de incendios en los Estados Unidos durante un año han sido provocados, por el hábito de fumar, como resultado de los cuales perecen 2 500 personas y 5 000 reciben serias quemaduras y mutilaciones. Los cálculos presentados

resultan directos y no reflejan en medida directa el valor socioeconómico de toda la pérdida de la sociedad como resultado del hábito de fumar.

2. Perdidas indirectas.

Se pueden relacionar con este apartado en primer lugar, alteraciones genéticas y otras en forma de crecimiento de la frecuencia de los abortos espontáneos y de los partos prematuros, alteraciones en la lactancia de los recién nacidos, debilitamiento de los mecanismos adaptativos y aumento del número de enfermedades en la edad infantil, crecimiento del número de defectos congénitos del desarrollo, empeoramiento del desarrollo físico y psíquico de los niños en las segundas generaciones.

Lo anterior nos hace recapacitar en la influencia nociva del hábito de fumar, no solo para quien fuma y la gente que le rodea, sino también para generaciones subsecuentes, lo que hace del tabaquismo un problema de índole sociocultural como veremos a continuación.

3. El modelo etico-jurídico.

El enfoque Etico-Jurídico tradicional en relación con el uso de tabaco y otras drogas, asigna una importancia decisiva a la droga, que puede ser calificada de peligrosa o de socialmente aceptada. Al atribuirle a la droga el papel "activo", el fin primordial del modelo jurídico consiste en conseguir que las drogas queden fuera del alcance de la gente. Por lo mismo hay que vigilar mediante medidas legislativas aplicables al cultivo, la

elaboración, la fabricación, la distribución, la posesión, e incluso el consumo de la misma.

Como se ve en el desplegado publicado en 1991 por el Presidente Lic. Carlos Salinas de Gortari, jurídicamente se considera que las principales formas de disminución del consumo de tabaco son, el control de la droga disponible, el aumento de su costo, el castigo o la amenaza de éste y la divulgación de los grandes daños físicos, psicológicos y sociales, preparando programas "educativos" basados en dichos supuestos y que consisten a menudo en la difusión de información sobre sus peligros. Y aunque a veces se distingue entre drogas "suaves" y "fuertes", tanto los individuos como ellas tienden a quedar divididos tomando como base lo lícito (o ilícito) y lo médico (o no médico).

4. El modelo sociocultural.

Por otra parte quienes conciben el uso del tabaco y sus problemas conexos desde un punto de vista sociocultural suelen destacar y subrayar la complejidad y la variabilidad del contexto en el trío DROGA-INDIVIDUO-CONTEXTO. Por tanto dentro de esta apreciación ciertas drogas cobran su sentido e importancia no tanto por sus propiedades farmacológicas como por el modo en que una sociedad dada define su uso y a sus consumidores y reacciona ante ellos (Nowlis, 1982). El consumo de drogas socialmente proscritas es considerada como una conducta irregular que debe tratarse y considerarse paralelamente a otros comportamientos irregulares y que, de ser excesivos, tienen un carácter

destrutivo. Sin embargo como todas las aberraciones del comportamiento, el daño puede ocurrir al individuo en razón de su propio comportamiento o por una reacción de la sociedad ante él. En este modelo se tiene presente que tal comportamiento varía necesariamente según las culturas y las subculturas.

Este modelo va más allá de los factores psicológicos y sociales, para acentuar lo que está presente en las condiciones socioeconómicas que contextualizan el factor psicológico. Entre otras considera a la pobreza; Una vivienda inadecuada; Las discriminaciones; La carencia de oportunidades; La industrialización y la urbanización; Así como los hogares deshechos; La falta de dirección por parte de los padres; Instituciones docentes y laborales grandes e impersonales y sobre todo la pérdida de los controles sociales.

Como vimos anteriormente la comprensión y solución del tabaquismo es una tendencia que va creciendo día con día. Las autoridades, los grupos de profesionales, los padres de familia y otros miembros de la comunidad se preocupan por este hábito, cada vez más común. Sin embargo para encontrar respuesta a tal preocupación es necesario, ante todo, llegar en lo posible a la comprensión del problema en nuestra sociedad. Esto se logra más fácilmente si se subdivide con fines explicativos la influencia que cada sector de la población tiene sobre el tabacómano y viceversa.

5. El tabaco y las normas heredadas.

El fumar debe comprenderse a través de una serie de ritos

sociales complejos de los que es imposible desprenderse y que es necesario tener en cuenta puesto que forman parte de la propia definición que de el tabacómano se hace.

Por otra parte todos estamos influidos por ciertos grupos y en el caso de la repartición social del uso del tabaco se ha llegado a tales extremos que no solo ha sido aceptado por todos tacitamente su consumo, sino que ante un nó fumador actuamos como si nos pareciese un extraño y al enterarnos que no posee el hábito de fumar esto nos provoca sorpresa. Asimismo en determinadas circunstancias el tabaco ha pasado a ser indicativo de cierto nivel de vida. Todo el mundo sabe que hay tabacos baratos, menos baratos, caros y muy caros, éstos últimos son exhibidos a veces con orgullo por sus propietarios; aún más hay una idea muy generalizada que asocia el tabaco con el poder financiero. (Vease Guerra, 1987)

Es por ello que la interrupción del hábito u otra modificación se ve afectado por la influencia sociocultural, entre las que pueden destacarse: Las normas y valores heredados; La publicidad; La información científica; Los comentarios de los compañeros y las reglamentaciones legales entre fumadores y no fumadores.

El caso de México es el de un país que ha vivido un proceso de cambio acelerado, caracterizado por la industrialización, el perfeccionamiento de los medios colectivos de comunicación, el avance científico y tecnológico, el crecimiento de la población, los movimientos migratorios (La urbanización), la pérdida del

poder adquisitivo y el aumento de la economía informal. Todo ello ha provocado un rompimiento de las estructuras sociales tradicionales.

Este desequilibrio ha afectado sin duda la cultura mexicana, la escala de valores, las normas, las actitudes, las motivaciones y las formas de conducta de los miembros de la sociedad. Estos cambios con frecuencia han generado un desconcierto grave y provocado tensiones y presiones en el individuo, pues forma parte de tales procesos económicos, sociales y políticos. Además, como sujeto de estos procesos debe enfrentar situaciones personales que desarrollan un complejo estado. Cuando falla la integración adecuada se acogen vías impropias. Una es la que lleva a pensar en el tabaco como un medio de escape, aceptado socialmente. Por ello puede considerarse al tabaquismo como síntoma de la crisis existencial del individuo, cuya base está en el desconocimiento de sí mismo y de la realidad en que vive, en la incapacidad de realización del individuo. Pero si se observa este fenómeno en sentido contrario, el tabaquismo puede considerarse también, como la expresión de una falla de nuestra sociedad, en cuanto que ofrece satisfactores a una serie de necesidades emocionales de contacto, comprensión, convivencia, etc. (Véase Llanaez, 1982)

7. Información y publicidad.

Los posibles efectos que pueden producirse en los receptores del individuo a partir de los mensajes que contienen información a favor o en contra del tabaco, requiere analizarse a partir del bi-

nomio tabaquismo-información. Aquí el problema esta evidentemente en el primer elemento. El segundo, la información, es simplemente uno de los elementos mediante los cuales el problema puede ser aminorado o agravado. De aquí surge la responsabilidad que tienen las personas que manejan estos medios cuando se enfrentan a esta problemática. (Vease Llanez, 1982)

No ha sido establecido todavía el grado de influencia que los medios colectivos, tienen en el auditorio según la edad, sexo, variables socio-culturales y económicas. Lo que si se conoce, es que los efectos sobre las actitudes y conductas de los individuos no pueden considerarse como resultado directo de esta sola fuente de comunicación.

Basta con analizar los gastos para la promoción de venta para que nos demos cuenta del bombardeo publicitario de las empresas tabacaleras. En 1962 (Vease Carrasco, 1977), los industriales del tabaco adoptaron propaganda que enfatizaba en exceso los placeres del fumar, utilizando héroes convencionales de los jóvenes, recurriendo a la hombría, romance o éxito social e implicaban mayor seguridad, aceptación social y suerte en el romance, mediante su consumo habitual.

Entre los productos del tabaco, el cigarrillo es el más importante por las cifras que refleja su consumo en todo el mundo. La industria del cigarrillo gasta innumerables cifras en propaganda a sus productos. Las compañías tabacaleras no dudan en contratar a auténticos genios de la propaganda, que con un respaldo de millones consiguen llegar a casi todas las mentalidades

con frases muy cortas de impacto directo y que subliminalmente hacen forzar las ventas, como por ejemplo la frase de el cigarro Lucky Strike, dirigida a las mujeres " coja un Lucky en vez de un dulce ", la que llevo a esta marca del tercer puesto al primero en el consumo femenino.

En la base de estas campañas publicitarias están los estudios de mercado sustentados en una profunda investigación estadística de los gustos y hábitos de amplios sectores de la población. El muestreo o la elección de los grupos de personas en que se aplican dichos estudios se basan en conocimientos y teorías estadísticas solidamente asentadas en conocimientos científicos.

Cabe destacar que los primeros estudios de mercado del tabaco empiezan a desarrollarse en los Estados Unidos entre las dos guerras mundiales y en Europa Occidental entre los años 50. Pero además de la publicidad promovida por las empresas industriales y comerciales dedicadas al tabaco, existe otra publicidad negativa o contrapublicidad que mantiene algunos gobiernos y muchas organizaciones sanitarias, destinadas a disuadir de fumar a la población.

De todos los medios, la televisión y la radio son particularmente señalados por razones evidentes. Los mensajes en favor del tabaco están prohibidos en algunos países en la televisión y también frecuentemente en la radio: En USA, sobre las cadenas de radio y televisión ; En Gran Bretaña, en la BBC y ENB las cadenas de televisión comerciales; En Alemania, Bélgica, Dinamarca, Suiza, Suecia y Finlandia, en la televisión unicamente ;

En Argentina, Perú, Malta y en Nueva Zelanda, los mensajes no pueden ser difundidos antes de las 21 hrs. (Véase Llanos, 1985).

8. El tabaco como negocio.

Para darnos una idea de la importancia económica que el tabaco tiene, diremos que la producción mundial del tabaco alcanzó los 5 500 000 de toneladas en 1976, lo que representa un incremento del 20% en las cifras anteriores.

PRINCIPALES PRODUCTORES DE TABACO, Y MEXICO.

No.	País	1983
1	China	1 485 000
2	USA	686 974
3	India	500 000
4	Brasil	367 000
5	URSS	300 000
6	Turquia	220 500
7	Italia	140 000
9	Japón	138 200
10	Grecia	131 150
*	México	68 300

Tabla 3. Producción de tabaco sin manufacturar, en toneladas. (Fuente Llanos, 1985)

9. Tabaquismo en países industrializados.

La disminución de ventas de cigarrillos, susada a la vez mas fuerte presión del público y del Congreso Norteamericano contra el

tabaquismo, ha obligado a las tabacaleras por primera vez en su historia a diversificar sus actividades. En junio de 1985, la Compañía Reynolds, incursiona en la industria alimentaria comprando a la Nabisco (Zapata, 1989)." Luego en Octubre del mismo año la industria alimentaria sigue pasando a manos de las tabacaleras, la Philip Morris adquiere la totalidad de las acciones de General Foods Corporation en 5,6000 millones de dólares, siendo esta la fusión más grande de la historia fuera de la industria petrolera. " (Zapata, pag.35)

Lo peligroso de esta situación y de lo que pocos se han dado cuenta, es que las compañías tabacaleras multinacionales, al verse seriamente presionadas en países desarrollados además de diversificar sus actividades en dichos países están promoviendo con más vigor que nunca su producto en los países en vías de desarrollo (Zapata, 1989).

Las compañías multinacionales de cigarrillos han convencido a los gobiernos de los países en vías de desarrollo, en los que se trabaja con presupuestos de hambre y en los que están desesperados por adquirir divisas extranjeras, que el cultivo del tabaco por ellos mismos les daría a sus agricultores un nuevo producto fácil de vender. Esto aumentaría los recursos oficiales por concepto de recaudación de impuestos, generaría empresas en gran escala y proporcionaría divisas mediante las exportaciones.

El hábito de fumar constituye una costumbre fácilmente adquirible. En países industrializados como los Estados Unidos se ha observado en los últimos tiempos que el aumento del número de

mujeres fumadoras se relaciona con el cambio de papel de la mujer en la sociedad, con la independencia económica del hombre y con la necesidad de su autoafirmación.

En general en todos los países en donde se han realizado las correspondientes investigaciones sociológicas, ha sido establecido que la proporción de fumadores entre los obreros es significativamente superior que entre los empleados y pensionados y que mientras más bajo es el nivel de calificación profesional tanto más alto es la proporción de fumadores. Como se mencionó anteriormente, entre las mujeres ha sido descubierta esta tendencia: En un estudio realizado con mujeres mayores de 15 años Macías (1989) encontró, la siguiente proporción de fumadoras:

EDAD	15-19	20-29	30-64	mas de 65	TOTAL
MUJERES (%)	33	55	35	27	37
HOMBRERES(%)	43	58	70	52	61

Tabla 4. Porcentaje de fumadores dependiendo del sexo y edad.

10. Tabaquismo en países subdesarrollados.

En México se ha observado un incremento de la proporción de la población que consume tabaco. Así, en 1975 se reportaba una venta anual de 2 300 000 000 de cajetillas, cantidad que para 1984 se había elevado a tres mil millones. En nuestro país representa en la actualidad una de las 20 primeras causas de muerte, con una tasa cercana a 5% de cada 100 000 individuos.

Pero analicemos uno de los motivos porque el tabaco sigue produciéndose a pesar de las cifras anteriores. En México a principios del presente siglo, la industria del tabaco estaba integrada por 721 empresas. En 1972 el número de fábricas se redujo a 144. Y en 1972 la producción de tabaco era controlada por dos consorcios extranjeros. Ambas compañías llegaron a tener una influencia tal, que trascendía el ámbito estrictamente agrícola. Interventaban en la vida política de las comunidades productoras de tabaco por medio de los créditos de habilitación, los cuales utilizaban como instrumentos de presión.

Esto motivó en 1972 la intervención del Gobierno de la República, que por decreto creó la empresa Tabacos Mexicanos S.A. (Tabamex) de participación estatal mayoritaria. A partir de 1973, los directivos de la nueva paraestatal determinaron como política, abastecer a más de 70,000 productores de tabaco, de crédito oportuno, asesoramiento técnico, así como de insecticidas y fertilizantes. Esta estrategia le ha valido el éxito a la empresa, porque entre productores y trabajadores conforman un equipo.

Si alguna duda quedara de el " Gran negocio " que significa el tabaco diremos, que aun en países poco industrializados se ha logrado que empresas como Tabamex sea una de las pocas paraestatales mexicanas que sin recibir subsidios, opera con números negros. En 1983 la empresa registró utilidades por \$3,628 millones de pesos.

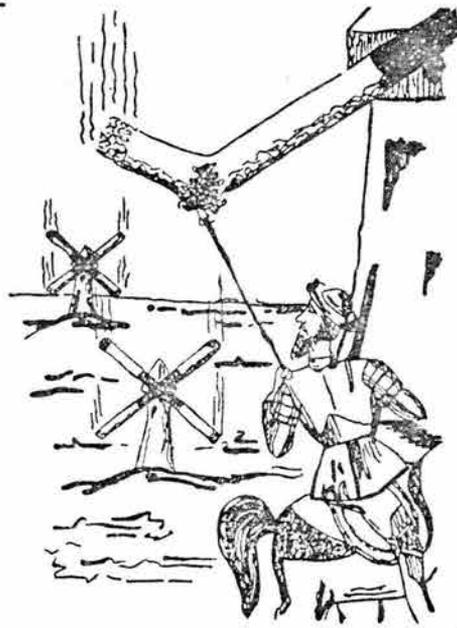
Por otro lado, el Gobierno Mexicano recibe, a partir del 1

de Febrero de 1986, según impuesto especial sobre producción, el 180% sobre el precio comercial de fábrica de cada cajetilla de cigarrillos de tabaco rubio. Lo anterior demuestra que el tabaco constituye fuente importante de ingresos para el Gobierno. Ingresos que en época de crisis como la actual, resultan vitales para el presupuesto público.

Expuesto lo anterior podemos concluir que aspecto que contextualiza al fenómeno del tabaquismo, es el factor social, entendido como la publicidad de los medios masivos de comunicación y las campañas publicitarias de los grandes consorcios tabacaleros, quienes obtienen beneficios económicos por la comercialización del tabaco, así como los gobiernos poco escrupulosos que anteponen el interés económico a la salud y bienestar de su población.

Un balance global del presente capítulo comprueba que el tabaquismo más que ayudar a las sociedades subdesarrolladas genera una baja productividad por ausentismo y mortalidad, así como los gastos de salud provocados, por las enfermedades respiratorias y cardiovasculares.

Tales perjuicios se incrementarían si comprobamos que el tabaquismo está correlacionado a una dinámica familiar y a una personalidad disfuncionales. Temas que abordaremos en los siguientes capítulos.



Los hijos de padres fumadores están expuestos a sufrir serios daños cardiovasculares, enfermedades respiratorias y deficiencias intelectuales. La capacidad de lectura, escritura y matemáticas siempre es inferior en hijos de fumadores.

*¿Qué tanto quieres a tus hijos?
¿Lo suficiente como para no volver a fumar en su presencia?*

CAPITULO CUARTO EL TABACO Y SU DESARROLLO EN EL HOGAR

¿ Qué tanto quieres a tus hijos ?
¿ Lo suficiente como para no volver
a fumar en su presencia ?
CLAUDIO ZAPATA

Siguiendo con nuestro método de trabajo, de lo general a lo particular (deductivo), antes de pasar al perfil psicológico del tabacomano falta revisar la influencia que tiene la familia en la adquisición y mantenimiento del hábito de fumar, ambos temas podrian haber sido objeto de un solo capítulo incluso son la base del cuestionario de investigación que más adelante expondremos. Si se ha optado por separarlos, ha sido con fines de análisis, es decir ¿ Qué es más importante en la adquisición y mantenimiento del hábito, la influencia familiar o la personalidad del tabacomano ?.

El uso de el tabaco en México, como en otros países podria tener sus orígenes en la propia estructura familiar, ya que es aquí donde el tabacomano tuvo su primer contacto con el cigarro, ya sea visualmente (Aprendizaje Vicario)o fumando. Es pues necesario preguntarse cuales son las responsabilidades concretas que tiene la familia y los padres. A la familia le corresponde, ser el núcleo más importante que facilita la transición desde la infancia hasta la adolescencia, pues son los años más importantes para el desarrollo del individuo, proporcionando un modelo y una formación relacionados intimamente con las dotes afectivas, sociales intelectuales y morales que se requieren en la vida adulta. La familia es pues, la institución social que por la influencia

que tiene en la educación y desarrollo del individuo, cuenta con los elementos más eficaces para la acción preventiva del uso de drogas por la juventud, por lo que debe estar conciente y preparada para responder a las necesidades de sus hijos. Por ello en este apartado concentraremos nuestra atención en el hecho de describir como es que la familia ejerce cierta influencia inicial en la decisión de adquirir o no el hábito del tabaquismo.

a) La infancia; Imitación de patrones.

Hay múltiples estudios (G.Rico,1990) que demuestran que el hábito del tabaquismo se inicia por imitación el niño ve que sus padres y las personas mayores fuman y reflejan su deseo de identificarse con ellos. Así la probabilidad de que el adolescente fume es mucho mayor si sus padres lo hacen. Debido a las características del periodo de la adolescencia el muchacho se encuentra en proceso de individuación y de identificación con otros sujetos de su misma edad, de modo que se adhiere a grupos que le proporcionan la oportunidad de ampliar su conducta social y de experimentar nuevas actitudes que previamente no se atrevía a iniciar. Es común que los adolescentes que fuman, se reúnan con aquellos que también lo hacen y a la inversa. Otro hecho digno de mención es que el hábito es más frecuente en aquellas familias en que los hermanos mayores fuman, lo cual sugiere que al inicio es aprendido como cualquier otra conducta y que está sujeto a las normas de reforzamiento positivo y negativo. (San Juan 1982)

Otro factor importante es que se debe ser conciente del papel que los padres juegan ante situaciones de conflicto, pues no

debe formarse al individuo en una cultura prohibitiva, en una cultura del "no", incidiendo en forma autoritaria en su educación y quitándole la oportunidad de ejercer la decisión, pues de esta manera solo se lograra que el individuo nunca alcance la independencia y la madurez y que al enfrentarse a ciertos conflictos como el uso del tabaco no podrán tomar una decisión adecuada. Los jóvenes como se ha dicho antes, corren un peligro concreto ante el problema de la farmacodependencia y la información errónea, amarillista y poco científica que no facilita la orientación adecuada; para evitar esto, es necesario que todos y cada uno de los padres de familia reconozcan su carencia de información bien fundamentada y de conocimientos científicos básicos.

Además de prepararse en cuanto sus conocimientos, los padres deben reconocer que el tabaquismo no es un problema en donde se vean involucrados unicamente los jóvenes, sino también los adultos al fumar frente ellos, pues no hay que olvidar que esta conducta influye en la conducta posterior del adolescente.

b) Adolescencia: Curiosidad o rebeldía.

La edad promedio en que el adolescente fuma un cigarrillo es de 1 años y generalmente esta primera experiencia es displicentera, a pesar de ello los adolescentes que fuman mas de un cigarrillo en algun momento cuentan con el 85 % de probabilidades de convertirse en fumadores habituales y dependientes. Este fenómeno aparece alrededor de los 20 años de edad. (Walter S. Ross, 1987)

Por otro lado, entre los reforzadores positivos se encuentran

el empleo de los padres y familiares cercanos, la disponibilidad de cigarrillos y su amplia difusión publicitaria en relación con el éxito social y con situaciones deseables para cualquier adolescente, la curiosidad por experimentar nuevas sensaciones, la rebeldía ante los preceptos de las autoridades y la aceptación por parte de su grupo de compañeros fumadores. Finalmente en dicho balance hay que incluir el hecho de que adolescente encuentra un objeto que, puesto en las manos o boca, permite disfrazar las manifestaciones ansiosas que ya a ésta edad empiezan a ser similares a las de el adulto. (G.Rico,1990)

El grupo de amigos y compañeros definitivamente tiene una función sociológica a este respecto, pues constituye uno de los núcleos en donde se da parte del aprendizaje y crecimiento que resulta particularmente apropiado para relacionarse con una serie de individuos fuera del núcleo familiar. Su importancia se aquilata mejor al comprender que además de proporcionar un ambiente seguro y propicio para realizar las primera tentativas de independencia e intimidad establece una personalidad de grupo al mismo tiempo que continúa el desarrollo de la individualidad.

c) Juventud; Consolidación del hábito.

Cuando el joven adulto abandona la esfera de influencia directa de su familia, es de presumir que los efectos del uso del tabaco por parte de los padres o hermanos se debilite. Sin embargo, no existen razones para pensar que la presión ejercida por el grupo de compañeros disminuya. Por el contrario, el fumador adulto por lo general tienen muchos amigos que fuman y es proba-

ble que, dentro de los factores familiares, el que tenga mayor influencia en el mantenimiento del hábito de fumar sea que el conyuge fume. Un estudio demostró que el 68% de las jóvenes que fumaban tenían un novio que fumaba, o su marido lo hacía, lo que representa un margen de diferencia notable con las no fumadoras, entre las cuales el mismo indicador llega solo al 41 %.

(Ver García, 1990)

Una vez iniciado el tabaquismo, el paso siguiente es su mantenimiento el cual está condicionado por varios factores. Durante las primeras etapas el fumar es casi exclusivo e intermitente de situaciones sociales, pero como aumenta el consumo y se profundiza las inhalaciones se incrementa la dependencia fisiológica. De este modo, el hábito deja de estar confinado a ciertos ambientes y el joven se convierte en un fumador regular. Al cabo de un tiempo la supresión de la nicotina se manifiesta como un malestar al suspender la inhalación del tabaco lo que desaparece al reiniciar el hábito. De esta manera se cierra el círculo y la dependencia se hace cada vez mayor.

d) La adultez.

Durante la adultez la posibilidad de que se produzca el establecimiento del hábito de fumar generalmente depende de tres tipos de influencias sociales; económicas, de actitudes o estereotipos culturales y psíquicas individuales. Las socioeconómicas derivan de las repercusiones en la salud del individuo y por ende en su productividad por lo que a la vez impacta en las condiciones económicas de su grupo social. El

mantenimiento del hábito de fumar una vez establecido, se da debido a la dependencia hacia el tabaco. (Ver Garcia, 1990)



Como el fumador no tiene a quien culpar de ser vicioso, pues simplemente niega ser vicioso. Convierte entonces al ataque en su mejor defensa, volviéndose agresivo y defendiendo su postura de fumador con argumentos torpes en los que ni él mismo cree.

CAPITULO QUINTO
PERFIL PSICOLOGICO DEL TABACOMANO



U.N.A.M. CAMPUS
IZTACALA

Un fumador empedernido, que a cada momento lee cuan pernicioso es el fumar para su salud, las mas de las veces deja de leer.

Winston Churchill

1) PERFIL PSICOLOGICO **IZT.**

Una vez expuestos los elementos que contextualizan y conforman al tabaquismo, entraremos de lleno al objeto de nuestra investigación que fundamenta la elaboración y aplicación de las encuestas motivo del presente trabajo.

No sin antes mencionar que hasta la fecha no se ha podido determinar una personalidad característica del fumador, a pesar de que se han hecho infinidad de intentos. La mayor parte de los estudios coinciden acerca de que existen ciertos rasgos que se manifiestan más frecuentemente, aun cuando los fumadores no exhiban una diferencia significativa. Dichos rasgos que se enumeran sin considerar orden de importancia o frecuencia, pueden ser: Mayores tendencias orales; Rasgos antisociales; Mayor actividad y energía; Preferencia por el control externo más que por el interno; Mayores niveles de ansiedad y competitividad, algunos autores agregan que los fumadores desarrollan poca tolerancia a la frustración y mayor dependencia afectiva respecto de quienes le son significativos.

Durante la década de 1960 H. J. Eysenck desarrolló en la Universidad de Londres un cuestionario para estudiar la perso-

nalidad, concluyendo que esta podría estudiarse de manera simple mediante dos vectores bipolares; el primero sería un continuo extraversión-introversión, en tanto que el segundo sería neurotismo-estabilidad. Su teoría postuló que los fumadores son más extrovertidos y neuróticos que los no fumadores. Los introvertidos están sobreestimulados y ello los inhibe, mientras que los extrovertidos eran subestimulados y necesitan de la nicotina para lograr la estabilidad. Por otra parte Macmanus (1982) demostró que lo propuesto como válido por Eysenck en cuanto a extroversión, en la actualidad se inclina más a rasgos sociológicos, ya que en aquellos años el tabaco era socialmente aceptado y facilitaba las relaciones sociales.

Como hemos visto Eysenck y otros investigadores han estudiado la relación entre carácter personal y acostumbamiento al tabaco. Encontrando que la satisfacción oral y el entretenimiento que produce el cigarrillo se contempla como ejemplo de " conducta evasiva ", entendiéndose esta como aquella manifestación de la conducta que puede ocurrir en momentos de conflictos internos. Las causas de esta conducta tienen su lugar en las investigaciones de las motivaciones de los fumadores, considerando que la fuerza que impulsa al fumador, no es tan uniforme como supondría el considerar a la nicotina como único responsable. Las características individuales del fumador, la tensión nerviosa del momento, los estímulos externos, etc., serían causas a considerar también.

La nicotina es sin duda una sustancia psicoactiva, su

acción está determinada parcialmente por el tipo de reacción y constitución y por la situación inmediata o la disposición del individuo que la consume. Este concepto de los tres componentes "sustancia, constitución y situación" como factores relevantes en el hábito de fumar, nos lleva a plantearnos la problemática de clasificar al tabaquismo como una toxicomanía.

Si definimos al término toxicomanía como una compulsión abrumadora o necesidad de seguir empleando una sustancia farmacológica, cabría deducir que algunos fumadores son toxicómanos. Si la farmacodependencia representa un cambio en el cuerpo producido por la administración repetitiva de una droga de tal forma que cuando se interrumpe su uso aparece indistintamente un síndrome de abstinencia, cabría considerar, de nuevo a algunos fumadores como toxicómanos. Sin embargo si por toxicomanías entendemos un cambio farmacoinducido en el cuerpo, de tal intensidad que algunos consumidores fallecen y otros sufren un trastorno de gran gravedad cuando se deja de usar la droga, nuestra posición podría ser vacilante respecto a la manera de considerar el hábito, pero si finalmente definimos al tabaquismo dentro del concepto de farmacodependencia como el proceso mediante el cual una determinada sustancia se hace necesaria para el funcionamiento del organismo, alterándolo y produciendo modificaciones físicas, sociales o conductuales, que atentan contra la salud del consumidor así como la de terceros. El tabaquismo debe ser considerado como una farmacodependencia y una toxicomanía cuya única diferencia con los productos considerados médicamente como fármacos - cocaína, anfetamina, etc. -

(Véase Carranza et col. Historia natural de la farmacodependencia), es su aceptación social. Tal situación ha favorecido por varios años el uso indiscriminado del tabaco, provocando que una vez comenzando su consumo en una sociedad determinada sea casi imposible erradicar por completo el vicio.

Lo anterior tiene una estrecha relación con la definición psicológica del tabacomano, si retomamos las condiciones generales en que los miembros de diferentes sociedades comienzan a fumar como son; curiosidad, adaptarse a las normas de un grupo al cual desean pertenecer, expresar rebeldía, imitar la conducta de personas que parecen tener una mayor posición social.

2. Influencia familiar.

Los factores más importantes que rigen la formación de un fumador son según Jaffe 1980: La disponibilidad del tabaco el contexto social en que se comienza la experimentación. Los fumadores a menudo tienen a otros fumadores como amigos y una persona tiene muchísimas más oportunidades de fumar si un progenitor o un hermano fuma.

3. Escolaridad.

Por otro lado, alcanzar metas educacionales más elevadas por lo regular denota una menor propensión a fumar. Salber y Macmahon (1961), en un estudio con 2833 estudiantes de una edad homogénea clasifican a su población de acuerdo con la profesión de su padre, encontrando que las clases so-

ciales superiores son las que alcanzan menor número de fumadores. La mayoría de los fumadores masculinos y los menores no fumadores se dan en los estatus inferiores. En otro estudio Cartwright y Martin (1959) comprueban la presencia de más fumadores entre obreros no calificados que entre obreros especializados. Según Hammond y Garfinkel (1961), el grupo de hombres de 30-39 años que había estudiado en colegios comprendía un 52% de fumar y entre los que no habían estudiado en esos centros un 62%. Aparecían como especialmente afectados por el hábito de fumar los pertenecientes al grupo que abandonó el colegio sin llegar a cursar los estudios finales. Se observó además que al ir en aumento la población se eleva el porcentaje de sujetos que abandonó el vicio de fumar, así como se marca una tendencia al uso de cigarrillos más ligeros.

4 Estatus socioeconómico.

Hay mayor probabilidad de que las mujeres ricas fumen, que las pobres, pero los varones tienen una menor posibilidad de hacerlo en comparación con los pobres. En un estudio de Heinz (1977), las escuelas clasificadas como socialmente inferiores muestran una mayor frecuencia de fumadores, sobre todo en cuanto a los escolares de mayor edad.

La pertenencia a un determinado estatus social parece influir también especialmente sobre la fecha de comienzo del hábito de fumar. Horn y Col. (1959) en su estudio muestran que si los padres de los encuestados habían asistido a un colegio,

la proporción de fumadores es de un 20% y 10%, pero si los padres no han asistido a ningún colegio, las proporciones respectivas son de 32% y 17%.

Kirchoff y Rigdon (1956) informan acerca de las diferencias raciales, en un grupo de 320 sujetos las diferencias ascendían a un 10% más de fumadores entre los sujetos de color.

5. Edad.

La mayoría de las investigaciones, así como las más amplias proceden de USA, quienes encuentran que los hombres alcanzan sus valores máximos entre la edad adulta, mientras que las cifras correspondientes a las mujeres se dan claramente antes (Ver tabla 4).

Dos de las encuestas más representativas son las de Kirchoff y Rigdon (1956), con 21,612 personas interrogadas; Harmonmond y Garfinkel (1961) con una muestra inicial de 1,085,000 personas de 25 estados norteamericanos, muestran que el promedio de edad para empezar a fumar es durante la adolescencia. Por otra parte cuanto más precozmente se comience, tanto mayor será el ulterior consumo. Como regla fundamental hay que partir del hecho de que hacia 1960 un 10% de los fumadores habían comenzado antes de los 14 años, pero el porcentaje mayor se situaba entre los 15 y los 19 años. Si se consideran de un modo general, las primeras aventuras ocasionales con cigarrillos puede admitirse que la mitad de los niños de 10 años han tenido contacto con un cigarrillo.

6. Sexo.

Ya hemos señalado que en todos los niveles de edad existen más fumadores que fumadoras. Por ejemplo, mujeres que cuentan en la actualidad con 70 años comenzaron a fumar a la edad de 42 años, por término medio, mientras que aquellas que cuentan actualmente con 30 años comenzaron a los 20. A esta diferencia de más de 20 años corresponden 6 años en el sexo masculino (Hadmmond y Garfinkel, 1961). La mujer y sobre todo la mujer que a pasado por la educación formal, asume ostensiblemente el derecho a fumar lo que se ha convertido casi en una moda habitual o en un encanto femenino más.

7. Personalidad.

Los fumadores e incluso los adolescentes, tienden a ser más impulsivos, inquisitivos, más sociales y rebeldes y toleran menos las restricciones y las autoridades. Ingieren más café, té, alcohol, consumen más marihuana, anfetamínicos, barbitúricos y otras drogas ilícitas. Los fumadores comienzan a ingerir bebidas alcohólicas y participar en actos sexuales desde temprana edad. Los numerosos estudios con el objeto de determinar las características específicas de la personalidad del fumador han alcanzado escasos resultados. Únicamente se han podido llegar a aproximaciones de algunas características como las siguientes:

a) Extroversión.

La persona extrovertida busca situaciones excitantes es-

tá dispuesta a tomar riesgos, es sociable, no se preocupa exageradamente y es de fácil trato aunque puede ser agresiva. En diversos estudios se ha demostrado que la cantidad de tabaco fumado se relaciona directamente con el nivel de extroversión, tanto en hombres como mujeres. Entre ellos se presenta también una mayor propensión de casos de divorcio y de cambios de trabajo. Es importante destacar también que los extrovertidos son más susceptibles a las influencias de su medio.

b) Tendencias antisociales.

García (1990), observo que el 65% de los estudios revisados indicaban que los fumadores presentaban tendencias antisociales, beligerancia, desviaciones psicopáticas, mala conducta, reveldia, desobediencia, con mayor frecuencia que los no fumadores.

c) Control sobre si mismo.

La gran mayoría de los estudios señalan que los fumadores tienden a creer que el destino, la suerte o algo fuera de su control inciden sobre su situación modificándola favorablemente o desfavorablemente, descargando en la suerte el peso de su responsabilidad.

d) Otras variables de la personalidad.

En otros estudios se ha definido que los fumadores tienen un más alto nivel de heterosexualidad y de orden en su comportamiento que el promedio de los individuos de su edad.

Como hemos visto en este apartado a través de diversos estudios se ha intentado definir el perfil psicológico del fumador, pero a lo sumo se han podido detectar rasgos que se dan con mayor frecuencia entre los fumadores de altas dosis, que entre los que fuman moderadamente. Por otra parte en la explicación del comportamiento deben distinguirse condiciones externas e internas. Así como analizar los motivos de comienzo y de mantenimiento del hábito. Entre los rasgos correlativos de la personalidad que se han comprobado han de destacarse especialmente la extroversión y la trasgresión.

8. Tipos de fumadores.

Rusell (1974), elaboró una clasificación de los distintos tipos de fumadores, según las distintas motivaciones y gratificaciones por lo que lo hacen. Los seis tipos de fumadores de Rusell son las siguientes:

a) El fumador psicosocial.

Es el que recibe recompensas de tipo social y psicológico. Para el fumar es un símbolo de fuerza, precocidad, atractivo sexual y de buen gusto. Se trata en gran parte de adolescentes y jóvenes.

También existen otros motivos de tipo psicosocial, como son la curiosidad, el deseo de imitar a sus padres, hermanos mayores y amigos, en el caso de que lo vean fumando. Es muy importante

el deseo de pertenecer y ser aceptado. Por otra parte el deseo de fumar se ha convertido en algunas mujeres en símbolo de liberación femenina.

b) El fumador sensorial y táctil.

Existen numerosas acciones de tipo placentero, la apariencia y la textura de las cajetillas, la sensación de tener el cigarro en la mano, el olor a tabaco, el proceso de encender los cigarrillos. Si agregamos el sabor y hasta los sonidos, nos encontramos con una amplia gama de sensaciones. Esta motivación para fumar no es muy frecuente, ni mucho menos, se calcula que solamente el 11% de los fumadores consideran estos aspectos como importantes.

c) Fumador por placer.

Son aquellos que cuando fuman la relajación y el placer, lo hacen casi siempre en momentos de descanso, cuando pueden gozar los cigarrillos. Estos fumadores se pueden pasar dos o tres horas sin fumar cuando sua atención está puesta en otras actividades. También fuman para aumentar el placer de las fiestas, el placer del café, el té o las bebidas alcohólicas.

d) El fumador que busca la estimulación.

Este tipo de fumadores utiliza los efectos de la nicotina para activarse o avivarse mientras esta trabajando o está ocupado en algo. Se buscan las sensaciones de alertamiento. Así, algunos fumadores opinan que los cigarrillos les ayudan para concentrarse y poder pensar mejor. Otros motivos que el cigarrillo disminuye las sensaciones de hambre, cansancio y fatiga.

e) El fumador que intenta calmarse.

Algunos fuman con la esperanza de eliminar sensaciones desagradables. Es muy común que las personas nerviosas fumen intentando calmarse. Lo que parece calmarles es un efecto farmacológico de la nicotina, aunque también influyen las recompensas orales y tener las manos ocupadas con el cigarrillo. Cuando el nerviosismo, la tensión y la ansiedad son habituales pueden ser consideradas como síntomas neuróticos, lo que se puede solucionar por otros caminos diferentes al tabaquismo.

f) El fumador adicto.

Este tipo de fumador ya no disfruta el tabaco, sino que fuma para evitarse los malestares de la abstinencia. Para ellos el fumar se ha vuelto una necesidad marcada; su organismo se ha acostumbrado a la nicotina. En estos casos el fumador experimenta síntomas de abstinencia, tales como irritabilidad y nerviosismo. Para estas personas en el fumar ya no se toma en cuenta las circunstancias.

g) El fumador automático.

Es el que enciende un cigarrillo tras otro, aunque no haya terminado de consumirlos. Son personas que tampoco se dan cuenta de que el cigarrillo está a punto de quemarle los dedos. Se sienten muy molestos e inquietos cuando no tienen un cigarrillo en las manos. Este tipo de conductas se encuentran únicamente en fumadores que son adictos o buscan la estimulación.

Para Rusell, aunque cada fumador tiene su estilo y sus pro-

pios motivos, en la mayoría de los fumadores se dan una serie de motivos distintos que mantienen esa conducta. Cuando una persona reúne una serie de conductas, manifiesta un estado de adicción farmacológica y psicológica.

Para Guerra (1987), existen solamente dos tipos de fumadores bien definidos:

- a) El fumador por placer o compensación.
- b) El fumador por stress.

El primero ligeramente menos adicto fuma para proporcionarse instantes placenteros y con el tiempo llegara a pertenecer al segundo grupo.

- a) Fumar por placer.

Para Juan Sol (1986), se fuma más que por aburrimiento por placer, definiendo al aburrimiento como aquella situación en la cual no se sabe que hacer. Las personas, por lo general, no saben vivir sin hacer algo, no saben estar a solas consigo mismas, este estado se llama aburrimiento. Especie de tiempo muerto que se tiene que ocupar como sea, el recurso que más se utiliza es sentarse ante el televisor, lo cual no pide esfuerzo alguno, otro recurso que también se utiliza frecuentemente es el tabaco.

Las " esperas ", por ejemplo, son típicas situaciones que obligan a fumar más de lo debido, es como una especie de tiempo muerto, tiempo que se debe de superar hasta que llegue

la hora de que ocurra algo. En las escuelas militarizadas, los que no son fumadores se vuelven fumadores, quizás porque básicamente predominan situaciones de impotencia en que no se puede hacer nada para que suceda aquello que tiene que ocurrir, lo único que se puede hacer es esperar.

b) Fumar por stress.

Para Zapata (1991), el stress ayudo a la especie humana a sobrevivir, en un proceso evolutivo de miles de años . Paradojicamente, ahora en pleno siglo XX esta misma fuerza esta matando al hombre. El problema empieza cuando nuestro organismo no está preparado para soportar el stress, debido fundamentalmente a fallas en nuestro mecanismo de adaptación. Nadie puede vivir sin experimentar cierto grado de stress todo el tiempo, siendo esté parte integral de nuestro sistema biológico y manifestandose esencialmente por el grado de desgaste que la vida produce en nuestros organismos. Y aunque no podemos evitar el stress mientras vivamos, si podemos aprender a mantenerlo en su mínima expresión.

El principal problema del hombre moderno es su actitud de respuesta, la que hace que su organismo actúe ante cada estímulo, como si fuera una situación de gran peligro. Y lo más grave es que " ni pelea, ni huye ", aprendiendo que en situaciones de stress un cigarrillo es capaz de producir el relajamiento para amortiguar la alteración nerviosa del momento difícil. Relajamiento que convierte a el fumador en alguien con una enorme ventaja sobre el no fumador, en situaciones de stress, ya que

el acto de fumar es una actividad de desplazamiento por excelencia, mecanismo de defensa mental que funciona automáticamente para ayudar al individuo a preservar su estabilidad emocional en situaciones conflictivas de alto riesgo, compleja actividad con la que el fumador da la impresión de estar disfrutando de el placer nicotínico, aunque su conducta no sea en rigor, mas que la reacción ante un intenso conflicto interno. Por todo lo anterior es importante mencionar que el dejar de fumar sera practicamente imposible, si antes no se inicia un programa inteligente de manejo y control de estress.

Una vez abordado el tema del perfil psicológico del tabacomano y revisados sus principales aspectos psicológicos, pasaremos a explicar el método que se utilizo para el desarrollo de esta investigación.



*Tomemos todas nuestras lanzas y
comencemos
“La Buena Guerra contra los
Fumadores Necios”*

M E T O D O

1. Sujetos.

La población se conformo de 200 estudiantes y familiares de la ENEP IZTACALA con una historia de tabaquismo mínima dos años y una edad de 18 años en adelante. Los estudiantes fueron elegidos aleatoriamente.

2. Escenario.

La investigación se realizo en las instalaciones de la ENEP Iztacala y en las distintas casas de los alumnos que se llevaron un(os) cuestionario(s), para aplicarlo en su casa de manera individual. Los alumnos contestaron el cuestionario en sus respectivos salones.

3. Materiales.

El material estuvo constituido por 200 cuestionarios mimeografiados, su estructura estuvo formada de 54 respuestas cerradas, en las que los sujetos eligieron opciones marcando con una cruz el parentesis que corresponda a su respuesta.

4. Diseño.

Observacional: Ya que solamente consistio en la aplicación de un cuestionario, sin el manejo de una variable independiente por parte del experimentador, que pudiese alterar las respuestas obtenidas.

Correlacional: Se formaron pares de preguntas que se considero guardan relación entre si, analizándolas mediante una fa-

FALTA
PAGINA
95

DESCRIPCION DE RESULTADOS

A CONTINUACIÓN APARECEN LOS RESULTADOS DE LAS PREGUNTAS MÁS SIGNIFICATIVAS DE LA PRESENTE INVESTIGACIÓN. PARA MAYOR CLARIDAD DE LOS MISMOS, SE ACOMPAÑAN CON UNA UNA GRAFICA DE BARRAS.

1. Edad.

El 31.5% de los sujetos tienen entre 21 y 25 años y si ampliamos el rango de los 21 a los 35 años, abarcaríamos al 70% de la población (Ver Gráfica 1).

2. Peso.

El 18% peso entre 60 y 64 Kilos, encontrándose que el 48.5% de la población pesa entre 55 y 69 kilos (Ver Gráfica 2).

3. Estatura.

El 23% de la población mide entre 1.62-1.66 y si ampliamos el rango de 1.62 a 1.76, abarcaríamos al 63% de la población. (Ver Gráfica 3)

4. Escolaridad.

El 27.5% de la población estudia preparatoria, encontrándose se que 48.5% de la población estudia secundaria o preparatoria. (Ver Gráfica 4)

5. Nivel de Ingresos.

El 23% de la población percibe tres salarios mínimos en tanto que el 38%, percibe entre tres y cuatro salarios mínimos. (Ver Gráfica 5)

6. La casa donde vive es:

El 59.5% de la población renta casa o esta pagando hipoteca, distribuyéndose en partes iguales (Ver Gráfica 6).

7. Descripción del núcleo familiar y/o personas que vivan en su casa:

El 59.5% tuvieron antecedentes familiares en el consumo de cigarrillos, contra un 26% que no tuvo tales antecedentes (Ver Gráfica 7).

8. ¿ Ha sido hospitalizado en alguna ocasión ?

El 35% de la población ha sido hospitalizado contra el 63.5% que no ha sido hospitalizado (Ver Gráfica 8).

9. ¿ Cuales de las siguientes enfermedades padece o ha padecido ?

Tanto los problemas vinculados al aparato respiratorio (45.5%), como los problemas digestivos (23.5%) son los principales padecimientos que han padecido los tabacomanos (Ver Gráfica 9).

10. De las anteriores, con que frecuencia ¿ en los últimos seis meses cuales ha sufrido ?

Nuevamente las enfermedades del aparato respiratorio (34%) y digestivo (11%), se reportan como los principales padecimientos de los tabacomanos (Ver Gráfica 10).

11. De las siguientes actividades ¿ Cuales practica ?

El 38% de los entrevistados marco como una de sus principales actividades caminar y el 23.5% especifico que no tiene ninguna actividad (Ver Gráfica 11).

12. ¿ Cuáles de los siguientes síntomas ha tenido en el último mes ?

Las flemas (26%) y la tos (24.5), son los principales síntomas que reportan los tabacomanos (Ver Gráfica 12).

13. Puede marcar más de una de las siguientes situaciones:

Las reuniones (86%) son las situaciones en las que más suelen fumar los encuestados (Ver Gráfica 13).

14. ¿ Qué actividades realiza mientras fuma ?

Tres son las actividades que acompañan principalmente el hábito de fumar, platicar (77.5%), trabajar (70.5%) y beber alcohol (67%) (Ver Gráfica 14).

15. Cuando no hay cigarrillos a la mano ¿ Qué hace ?

El 53.5% manda o sale él a comprarlos y el 46.5% pide cigarrillos aunque no sean de su marca (Ver Gráfica 15).

16. ¿ Le ha ocurrido que enciende un cigarrillo sin darse cuenta ?

Al 68.5% no le ha ocurrido, en tanto al 6% si le ha ocurrido (Ver Gráfica 16).

17. ¿ Qué tiempo transcurre normalmente entre apagar un cigarrillo y encender otro ?

Para el 29% de los sujetos el espacio se da de 1 a 2 hrs., los otros valores significativos son de 30 min a 60 min (19%) y de más de dos horas, con 18.5% (Ver Gráfica 17).

18. ¿ Cómo consume los cigarrillos normalmente ?

El 84.5% hasta la boquilla, el 12% la mitad y el 1.5% dos o tres fumadas solamente (Ver grafica 18).

19. ¿ La frecuencia con que fuma actualmente desde hace cuanto tiempo la mantiene ?

Los valores principales se encuentran de dos a tres años (25.5%), otros (19.5%), y de cinco a siete años (17.5%).
(Ver Gráfica 19)

20. ¿ Quién fuma o fumaba en el hogar paterno antes de que ud. comenzará a fumar ?

El padre con 61%, los hermanos y madre con 29 y 28% respectivamente, ocupan los principales valores (Ver Gráfica 20).

21. ¿ A los cuantos años fumo por primera vez ?

El 33% de la población estudiada tuvo su primera experiencia, entre los 18 y 20 años, este porcentaje se incrementa al 61% si ampliamos el rango de 15 a 20 años.

22. ¿ Que reacción física tuvo en ese momento ?

Para la mayoría de ellos la reacción fue negativa, toser (40 %), Mareo (42%) y Nauseas (24%) fueron algunas de la reacciones que tuvieron. (Ver Grafica 22)

23. ¿ Como calificaria esa primera experiencia ?

El 45.5% la calificó de agradable, contra el 37.5% que la calificó de desagradable (Ver Gráfica 23).

24. ¿ Qué tipo de cigarrillos fué el que fumo por primera vez ?

El 81.5% fumo con filtro, contra un 17% que fumo sin filtro (Ver Gráfica 24).

25. ¿ Cuanto tiempo paso antes de que distinguiera los sabores de las diferentes marcas ?

El 8% de la población tardo menos de 6 meses para distinguir los sabores, mientras que el 20% y el 19% tardaron de 6 meses a 1.6 meses (Ver Gráfica 25).

26. ¿ A qué edad empezo a fumar formalmente ?

El 25% se encuentra entre los 19 y 21 años, el 24% de los 17 a los 19 años y el 23% de los 21 a los 23 años, disminuyendo en los intervalos extremos, 1% de menos de 15 años y 4% más de 25 años (Ver Gráfica 26).

27. ¿ Cómo se siente ante los demas cuando esta fumando ?

Se encontro que el 80% de la población se siente comodo ante los demas cuando fuma, el 15% incomodo y el 5% restante indiferente (Ver Gráfica 27).

28. ¿ Quien lo inicio en el cigarrillo ?

El 79% de la poblacion lo inicio por la influencia de extraños, 15% por amigos y el 6% por la influencia de familiares (Ver Gráfica 28).

29. ¿ Cuales de las siguientes sensaciones tiene al fumar ?

El 40% de la poblacion manifiestan sentir tranquilidad al fumar, el 38% reportan relajarse, el 32% dicen que al fumar desaparece la ansiedad y el 22% dicen sentir bienestar al ingerir cigarrillos (Ver Gráfica 29).

30. ¿ Se ha dado cuenta que molesta a los demas cuando esta fumando ?

El 80% de la poblacion reporta que si se ha dado cuenta, mientras que un 20% dice no haberse percatado de ello (Ver Gráfica 30).

31. ¿ Ha dejado de fumar alguna vez ?

El 75% de la poblacion reconoce que si ha dejado de fumar alguna vez, mientras que el 25% dice no haberlo hecho nunca (Ver Gráfica 31).

32. ¿ Ha intentado dejar de fumar alguna vez ?

El 69% reconoce que si ha hecho intentos, mientras que el 31% restante dice no haberlo intentado (Ver Gráfica 32).

33. ¿ Qué lapso es el máximo que ha dejado de fumar ?

El 20% está contenido en el intervalo que va de más de 6 meses a menos de 1 año y el porcentaje menor, 12% es aquel que deja de fumar por más de un año (Ver Gráfica 33).

34. ¿ Como ha intentado cesar o ha cesado su hábito ?

El 75% dice que su hábito ha cesado en forma paulatina, mientras que el 25% restante reconoce haberlo hecho de forma abrupta (Ver Gráfica 34).

35. Para cesar su hábito requirió de:

El 29% no necesitó ninguna ayuda para abandonar el hábito el 69% requirió del uso de boquillas y solo el 2% buscó ayuda profesional (Ver Gráfica 35).

36. ¿ Cual es la actitud de su pareja o su familia ante el hábito ?

El 35% reconoce que la actitud de su familia es de indiferencia ante el hábito de fumar.

37. ¿ Cual fue la actitud de su familia ante el reinicio ?

Un 45% de las familias es indiferente ante el hecho de reiniciar el hábito de fumar (Ver Gráfica 37).

38. ¿ Tuvo algún sentimiento de culpa al reiniciar el hábito ?

El 69% no tuvo ningún sentimiento de culpa al reiniciar el hábito, mientras el 31% restante reconoce que sí lo tuvo (Ver Gráfica 38).

ANÁLISIS DE RESULTADOS.

A CONTINUACIÓN SE HACE UN ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS ENCONTRADOS EN LA PRESENTE INVESTIGACIÓN. DICHO ANÁLISIS ESTA BASADO EN LOS DATOS ARROJADOS POR EL PROGRAMA SPSS-PC+ (SILVA, 1991), ENCARGADO DE CORRELACIONAR Y CODIFICAR LAS DIFERENTES RESPUESTAS ENCONTRADAS EN LOS 200 CUESTIONARIOS APLICADOS A ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS Y SUS FAMILIARES.

TABLA No 5
V6.ESCOLARIDAD
V27. ESPACIO DE TIEMPO ENTRE APAGAR UN CIGARRILLO
Y ENCENDER OTRO.

CHI CUADRADA	=	67.38
TABLAS	=	42
SIGNIFICANCIA	=	.0077
MIN E. F.	=	.031
CELDA	=	76.8

POR LO TANTO SI $67 > 42$ SI HAY CORRELACION

Dentro de la correlación de las preguntas de escolaridad y espacio de tiempo entre apagar un cigarrillo y otro se encontro que la chi cuadrada fue de $67 > 2$ por lo que se determinó que si existe una correlación entre ambos reactivos encontrando así mismo que la correlación más fuerte por celda se refiere a las personas con primaria terminada que fuman con un intervalo de dos horas (29.6%) y los universitarios, quienes dicen fumar con intervalo mayor a dos horas (18% y 15%).

TABLA No 6
V6. ESCOLARIDAD
V34. IMPRESION SOBRE EL TABACO

CHI CUADRADA	=	35.01201
TABLAS	=	30
SIGNIFICANCIA	=	.2422
MIN. E. F.	=	.015
CELDA	=	83.3

POR LO TANTO $35 > 30$ SI HAY CORRELACION

En cuanto a las variables de escolaridad y que impresión tenían inicialmente del tabaco se encontró que la chi cuadrada es de $35 > 30$ por lo que se determina que si hay correlación entre ambas variables. Se encontró a si mismo que todos los niveles tienen su mayor porcentaje concentrado en la celda correspondiente a la preparatoria con un 68.9% de alumnos que consideran al tabaco no tan malo y al caso de los universitarios con un 70.4% también en esta celda.

TABLA No 7
 V6 ESCOLARIDAD
 V42.HABERSE DADO CUENTA QUE EL FUMAR
 MOLESTA

CHI CUADRADA	=	1.2126
TABLAS	=	6
SIGNIFICANCIA	=	.9763
MIN E.F	=	.038
CELDAS	=	64.3

POR LO TANTO SI $1.21 < 6$ NO HAY CORRELACION.

La relación entre las variables de escolaridad y el haberse dado cuenta de que el fumar molesta a los demás se encontró que la chi cuadrada fue $1.21 < 6$ por lo tanto no existe correlación. Esto puede corroborarse al observar en las tablas que independientemente de la escolaridad el 100% de la población se da cuenta de lo molesto del hábito para los que lo rodean.

TABLA No 8
V6. ESCOLARIDAD
V46. CAUSAS POR LAS QUE DEJO DE FUMAR

CHI CUADRADA	=	34.49
TABLAS	=	30
SIGNIFICANCIA	=	.793
MIN. E. F.	=	.060
CELDAS	=	83.3%

POR LO TANTO SI 34 >30 SI HAY CORRELACION

Respecto a las preguntas de escolaridad y las causas por las que decidió dejar de fumar la chi cuadrada fue de 34 >30 por lo que se puede decir que si existe una correlación entre la escolaridad y las causas por las que se dejo de fumar, encontrando que las personas con primaria no terminada y primaria terminada sus motivos fueron las recomendaciones familiares mientras que los 3 grupos restantes fue la reflexion personal.

TABLA No 9
V6.ESCOLARIDAD
V.54. ACTITUD AL RREINICIAR EL HABITO

CHI CUADRADA	=	12.7
TABLAS	=	12
SIGNIFICANCIA	=	.3861
MIN. E. F.	=	.159
CELDAS	=	71.4%

POR LO TANTO SI 12 = 12 NO HAY CORRELACION.

En las variables de escolaridad y la actitud al reiniciar el hábito se encontró que la chi cuadrada es de $12 = 12$ por lo que se determinó que no hay correlación entre ambas preguntas, esto puede observarse en el hecho de que independientemente de la escolaridad los 5 niveles educativos manifiestan haberse sentido contentos al reiniciar el hábito.

TABLA No 10
V9. NIVEL DE INGRESOS
V27. ESPACIO DE TIEMPO ENTRE FUMAR UN
CIGARRILLO Y OTRO

CHI CUADRADA	=	42.3155
TABLAS	=	48
SIGNIFICANCIA	=	.2330
MIN. E. F.	=	.112
CELDA	=	71.4%

POR LO TANTO SI $42 < 48$ NO HAY CORRELACION

En las variables niveles de ingreso y espacio de tiempo entre fumar un cigarrillo y otro se encontró que la chi cuadrada fue $42 < 48$ por lo que se determinó que no existe correlación alguna, esto puede observarse en el hecho de que todos los grupos independientemente de la percepción de ingresos fuman con un intervalo de 1 a 2 horas.

TABLA No 11
 V9.NIVELES DE INGRESO
 V38.EDAD DE INICIO DEL HABITO

CHI CUADRADA	=	69.94
TABLAS	=	48
SIGNIFICANCIA	=	.0210
MIN. E.F.	=	.055
CELDA	=	76.2%

POR LO TANTO SI $69 > 48$ SI HAY CORRELACION

En las variables nivel de ingresos y la edad en la que se empieza a fumar formalmente se encontró que la chi cuadrada fue $69 > 48$ por lo que se determinó la existencia de correlación entre ambas variables, declarando que la edad de inicio del hábito es superior (21 a 23 años) en los de mayores ingresos y menor (17 a 19 años) en personas de bajos ingresos.

TABLA No 12
 V9. NIVEL DE INGRESOS
 V39. COMO SE SIENTE ANTE LOS DEMAS

CHI CUADRADA	=	10.1360
TABLAS	=	12
SIGNIFICANCIA	=	.6040
MIN E.F.	=	.057
CELDA	=	66.7 5%

POR LO TANTO SI $10 < 12$ NO HAY CORRELACION

En las variables nivel de ingresos y como se siente con los demás cuando esta fumando encontramos que la chi cuadrada fue $10 < 12$ por lo que se determino que no existe correlación. Esto es

porque independientemente de el nivel de ingresos todos manifiestan haberse sentido comodos al fumar.

TABLA No 13
V9. NIVEL DE INGRESOS
V46. CAUSAS POR LAS QUE DEJO DE FUMAR

CHI CUADRADA	=	30.9276
TABLAS	=	30
SIGNIFICANCIA	=	.4190
MIN. E.F.	=	.001
CELDA	=	.78.6%

POR LO TANTO SI $30 = 30$ NO HAY CORRELACION

En las variables nivel de ingresos y causas por las que dejó de fumar se encontró que la chi cuadrada fué $30 = 30$ por lo que se determino que no existe una significativa correlación entre ambos. Esto puede comprarse al observar que independientemente de el nivel de ingresos todos intentaron dejar de fumar por reconocer que les estaba haciendo daño.

TABLA No 14
V.9 NIVEL DE INGRESOS
V 50. ACTITUD DE SU FAMILIA ANTE EL HABITO

CHI CUADRADA	=	5.0120
TABLAS	=	12
SIGNIFICANCIA	=	.9576
MIN. E.F.	=	.250
CELDA	=	52.4%

POR LO TANTO SI $5 < 12$ NO HAY CORRELACION

En las variables de nivel de ingresos y cual fue la actitud de su familia ante el hábito de fumar se encontró que la chi cuadrada fue $5 < 12$ por lo que no se encontró correlación entre ambas variables, esto puede esclarecerse cuando observamos que independientemente de sus ingresos la actitud de la familia fue de indiferencia.

TABLA No 1
V 13, ENFERMEDADES PADECIDAS
V 14, ACTIVIDADES QUE PRACTICA

CHI CUADRADA	=	37.58
TABLAS	=	35
SIGNIFICANCIA	=	.7493
MIN. EF.	=	.060
CELDA	=	83.6%

POR LO TANTO SI $37 > 35$ SI HAY CORRELACION.

En las preguntas cual enfermedad ha padecido y las actividades que realiza se encontró que la chi cuadrada fue $37 > 35$ por lo que se determina la existencia de correlación, esto puede observarse principalmente si nos detenemos a ver la correspondencia entre las personas que no realizan ningún deporte y las enfermedades respiratorias.

CONCLUSIONES

" Entre los hombres como entre las naciones, el respeto al derecho ajeno es la paz. "

BENITO JUAREZ

Podemos decir que aunque se ha intentado definir el perfil psicológico del fumador muy poco se ha logrado avanzar, encontrando únicamente algunos rasgos que tampoco podrían generalizarse a toda la población fumadora. Como vimos a lo largo de las investigaciones mencionadas en el presente trabajo, los diversos estudios arrojan datos que no pueden generalizarse, lo que da por resultado que trabajos como el presente se contrapongan muchas veces a la teoría, en particular, los datos arrojados por esta encuesta nos mencionan en contraposición con la teoría de Horn y Col, 1959 y la de García L. 1990, que el nivel máximo de estudios no es un aspecto que determine el hábito de fumar y coincide con lo mencionado por García L. 1990 de que son varios los factores que integran el perfil de un fumador.

Por ejemplo el hecho de que los estudiantes iniciaron el hábito de fumar dentro de la escuela, nos detiene a meditar respecto a la influencia que la sociedad ejerce sobre la adquisición y mantenimiento del hábito, pues el fumar se comprende a través de una serie de ritos sociales complejos que se deben tener en cuenta.

Por otra parte existen amigos y familiares que ingieren tabaco, lo que nos permitiría suponer la influencia de la familia

y los amigos en la concepción que se tenga de el hábito, así como en la facilidad con que se adquieren los cigarrillos.

En los resultados del presente trabajo puede observarse que la edad de inicio en la población fué durante la adolescencia lo que coincide con lo dicho por González L.1990, de que durante esta etapa el hábito puede presentarse bien sea por imitación, curiosidad o por rebelión ante la imposición de no fumar lo que debe ser estudiado con mayor profundidad pues ello arrojaría datos muy importantes acerca de una mejor manera de prevenir el uso del tabaco en niños y adolescentes.

Cabe mencionar también que las sensaciones provocadas por el fumar son en su mayoría tranquilidad y gusto, lo que nos haría pensar que las personas que fuman lo suficiente para hacerse dependientes de la nicotina, tiene que continuar haciendolo para conservar el equilibrio. Este factor podría también explicar la resistencia a recibir un tratamiento a tal conducta.

Los encuestados reportaron haber intentado dejar de fumar. Sin embargo no solicitan ayuda e intentan abandonar el hábito por su propia cuenta. Sin embargo los factores involucrados son tantos, que en ocasiones el éxito es escaso. La familia a veces no apoya y en caso contrario el apoyo es tan abrumador que es contraproducente, por lo que la orientación a la familia es importante sobre todo si se acude a un profesional.

Respecto al establecimiento y mantenimiento del hábito puede verse que la actitud de la sociedad juega un papel muy

importante, pues el adulto fumador ya dejó atrás la curiosidad y la rebeldía y ahora el hábito se debe regularmente a 3 tipos de influencias; las económicas, las actitudes (estereotipos culturales) y las características psíquicas individuales. Lo anterior se pudo comprobar al realizar las correlaciones, por ejemplo, al correlacionar lo económico con el hábito de fumar encontramos que en personas de escasos recursos y menor grado de estudios , la edad de inicio es menor a las personas de altos ingresos, esto aunado con el hecho de que al fumar la mayoría de los tabacomanos reporto sentirse relajados, nos haría suponer que las personas con escasos recursos están sometidas a una mayor situación de estrés, situación por la cual fuman más precozmente .

Otro rasgo importante es que independientemente de el nivel económico, todos los fumadores reportan sentirse cómodos cuando fuman ante los demás, reportando que aún estando plenamente conscientes de lo molesto que es para los que están a su alrededor, se sienten bien al hacerlo, por lo que en cierta medida no les resulta una exigencia social el abandonar dicho hábito. Lo anterior puede atribuirse a dos factores, el primero es que nuestra población de fumadores es realmente joven, por lo que el hábito de fumar no les ha reportado enfermedades de gravedad y por otra parte el fumador, generalmente está rodeado de fumadores quienes comparten y apoyan su tendencia al tabaco. Esto puede corroborarse al observar independientemente del nivel de ingresos, las familias de los fumadores, indiscriminadamente se muestran indiferentes ante la adquisición y la consolidación del hábito de fumar, lo que a su vez nos hace reflexionar sobre la influencia di-

recta e indirecta de la familia en relación con el tabaquismo.

Sin embargo no puede atribuirsele a la familia todo el peso del hábito, las diferencias individuales y sobre todo la decisión personal es un factor que influye en dicho problema, esto lo observamos más claramente, cuando preguntamos a los universitarios el motivo por el cual han intentado dejar de fumar, encontrando que el mayor porcentaje respondió que fue por reflexión personal mientras que los no universitarios respondieron que fue por influencia familiar. Todo ello nos conduce a dudar acerca de la propia reflexión de los tabacomano universitarios, pues si se encontraran tan "conscientes", ¿Por qué al reiniciar el hábito dicen sentirse tan contentos ?.

Una posible respuesta a todo lo anterior puede encontrarse en el hecho de que el propio perfil del tabacomano va más allá de una simple definición lineal tendiente a categorizar las características generales del hábito y en el hecho de que debemos hablar ya no de un solo perfil del tabacomano, sino de varios perfiles que conceptualicen a cada tipo de tabacomano, de tal manera que nos encontremos ante modelos flexibles que permitan fundamentar posteriormente estrategias de intervención reales y acordes a cada problema específico del tabacomano.

Lamentablemente la presente investigación no puede definir cada uno de los perfiles psicológicos de los diferentes fumadores, encontrando solamente algunas de las características generales de los tabacomano, como son las que se enlistan a continuación:

1. La 1a experiencia con el tabaco es agradable.
2. Todos los tabacomanos tienen amigos o parientes fumadores.
3. La mayoría fuma uno y otro cigarrillo con un intervalo de una o dos horas.
4. Todos se sienten cómodos al realizar el hábito.
5. A menor escolaridad y menores recursos menor es la edad al iniciar el hábito y viceversa.
6. Sus familias se muestran indiferentes ante el hábito.
7. Reportan sentirse tranquilos y relajados al fumar.
8. Fuman independientemente de la situación en la que se encuentran.
9. Reportan estar conscientes de que el fumar molesta a los demás.
10. A mayor escolaridad reportan estar más conscientes de su hábito.
11. Realizan poca actividad física.

Nuestras propuestas se dirigen por tanto a una nueva y más profunda revisión de aspectos como;

- a) Las causas que motivan al tabacomanbo a fumar.
- b) Por que la experiencia es en su mayoría agradable.
- c) Que relación existe entre el hecho de que un miembro de la familia fume y la precosidad del niño al iniciar el hábito.
- d) Por que el tabacomano con nivel económico medio y escolaridad más avanzada no recurre al médico, ni al

Psicologo.

- e) Por que independientemente de el lugar en el que se encuentre el tabacomano fuma.

Todo esto con el objeto de esclarecer el o los perfiles psicológicos del fumador, y diluir las diferencias hasta ahora tan marcadas entre las aportaciones de una y otra teoría sobre el tabaquismo.

De lo anterior se desprende la gran importancia que el trabajo psicológico tiene en este tipo de problemas; pues su labor no se puede reducir a contemplar todas y cada una de las causas que motivan, establecen y mantienen el hábito creando programas no solo de abandono del hábito. Sino tambien debe encausar sus esfuerzos a la PREVENSIÓN del consumo mediante programas que doten a la población de conocimientos que le permitan tomar la desición individual de llevar a cabo una vida sana lo que repercutira en el nivel de salud y bienestar de su comunidad. Por ello los limites que pueden imponerse sobre la desición de fumar o no de un individuo, aún si repercuten en la salud de quienes los rodean, deben incluir un período de concientización y desición personal que es difícil de lograr si no se cuenta con la adecuada intervencion psicológica en esta área.

Por todo lo señalado anteriormente podriamos concluir mencionando que el hábito de fumar debe ser estudiado más profundamente por la psicología , lo que nos indica la necesidad de concientizar aún a los propios psicologos de la relevancia

del problema y de el enorme trabajo que aún le resta a la psicología en la investigación del tabaquismo.

Tomando en cuenta que el problema del tabaquismo no se limita unicamente al ambito psicológico, como vimos a traves de los diferentes capítulos de la presente investigación. Es necesario remarcar la importancia de investigar y diseñar estrategias de manera conjunta, es decir formar equipos multidiciplinarios encaminados a intervenir en los diferentes niveles (familia, personalidad, contexto socio-cultural, y aspecto fisiológico) con el fin de contemplar todas y cada una de las alternativas viables para prevenir, reducir y eliminar la dependencia física, psicológica y social del tabacomano y mejorar por consecuencia, no solo la propia condicion de la persona fumadora, también reducir y eliminar el daño a terceros.

Finalmente mencionaremos que el presente trabajo es solo el inicio de un proyecto más amplio, por lo que su realización es la base de un futuro análisis tendiente a esclarecer aún más la condición de los fumadores y las alternativas reales de abandonar el hábito.

A P E N D I C E

1. Cuestionario.
2. Gráficas
3. Declaración de derechos del no fumador.

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
PLANTEL IZTACALA

Este es un cuestionario sobre tabaquismo que nos permitirá conocer, identificar y sacar conclusiones sobre el tema desde el punto de vista psicológico.

La información que aquí se vierte es totalmente confidencial y con fines académicos, por lo cual no se requiere que nos de su nombre. Por favor, trate de apegarse lo más posible a la realidad al momento de contestar.

II. Cuadro del fumador.

1. ¿ Ha sido hospitalizado en alguna ocasión ?

si

no

¿ Por qué motivo ?

2. ¿ Cuáles de las siguientes enfermedades padece o ha padecido ?

a) úlceras gástricas

d) enfermedades del hígado

b) del aparato respiratorio
(garganta, nariz, etc.)

e) problemas circulatorios

c) presión arterial

f) problemas cardíacos

g) problemas digestivos

3. De las anteriores, con que frecuencia ¿ en los últimos seis meses cuales ha sufrido ?

4. De las siguientes actividades ¿ Cuáles practica ?

a) caminar

d) deporte en equipo (fútbol, beisbol, etc.)

b) nadar

e) ejercicios de salón (gimnasia, karate)

c) correr

f) ninguna

5. De la última vez que la practicó ¿ cuánto tiempo ?

6. ¿ Cuáles de los siguientes síntomas ha tenido el último mes ?

a) tos matutina

d) anginas

b) flemas

e) ingección respiratoria

c) catarros

f) ninguna

¿ Con qué frecuencia ?

7. ¿ Ha variado su consumo de cigarrillos en el último mes ?

8. ¿ Ha sentido alguna molestia atribuible al consumo de cigarrillos ?

si (especifique)

no

9. Puede marcar más de una de las siguientes situaciones :

- a) fuma generalmente en casa.
- b) fuma generalmente en el trabajo.
- c) fuma generalmente en reuniones.

10. ¿ Qué actividades realiza mientras fuma ?

- a) trabajando
- b) transportandose
- c) viendo TV
- d) leyendo
- e) hablando en público
- f) platicando
- g) comiendo
- h) evacuando
- i) bebiendo alcohol
- j) antes de dormir
- k) estudiando

11. Cuando hay cigarrillos a la mano ¿ qué hace ?

- a) lo olvida y no fuma
- b) pido cigarrillos de mi marca
- c) pide cigarrillos aunque no sean de su marca
- d) manda a comprarlos o sale usted

12. ¿ Le ha ocurrido que enciende un cigarrillo sin darse cuenta?

- a) no
- b) casi siempre
- c) ocasionalmente

13. ¿ En qué forma fuma ?

- a) manteniendo todo lo posible el humo en los pulmones
- b) dando fumadas superficiales

14. ¿ Qué espacio de tiempo transcurre normalmente entre apagar un cigarrillo y encender otro ?

- a) uno despues de otro
- b) aproximadamente de 10 a 15 min
- c) aproximadamente de 15 a 30 min.
- d) aproximadamente de 30 a 60 min.
- e) aproximadamente de 1 a 2 hrs.
- f) más de 2 horas

15. ¿ Como consume los cigarrillos normalmente ?

- a) hasta la boquilla
- b) hasta la mitad
- c) dos o tres fumadas y lo apago

16. ¿ La frecuencia con que fuma actualmente desde hace cuanto tiempo la mantiene ?

- a) de uno a dos años
- b) de dos a tres años
- c) de tres a cinco años
- d) de cinco a siete años
- e) de siete a diez años
- f) mas de diez años

17. ¿ Quien fuma o fumaba en el hogar paterno antes de que usted comenzara a fumar ?

- a) padre
- b) madre
- c) hermanos
- d) tios
- e) abuelos
- f) otros (especificar)

18. ¿ A los cuantos años fumo por primera vez ?

- a) menos de 5 años
- b) de 5 a 10 años
- c) de 10 a 12 años
- d) de 12 a 15 años
- e) de 15 a 17 años
- f) de 18 a 20 años
- g) mas de 20 años

19. ¿ Que reaccion fisica tuvo en ese momento ?

- a) ninguna
- b) toser
- c) dolor de cabeza
- d) mareo
- e) nauseas
- f) vomito
- g) ardor en la garganta
- h) otros (especificar)

20. ¿ Como calificaria esa primera experiencia ?

- a) agradable
- b) regular
- c) desagradable

21. ¿ Cuales fueron sus reacciones ?

22. ¿ Que impresion tenia en ese tiempo sobre el tabaco ?

- a) que era excelente
- b) que no era tan malo
- c) que era muy malo

23. ¿ Que tipo de cigarrillos fue el que fumo por primera vez ?

- a) con filtro
- b) sin filtro

24. ¿ Cuánto tiempo paso antes de que distinguiera los sabores de las diferentes marcas ?

- a) aun no distingo
- b) menos de 6 meses
- c) de 6 meses a 1 año
- d) de 1 año a año y medio
- e) de año y medio a 2 años
- f) más de 2 años

25. En sus primeras experiencias con el tabaco ¿ quién compraba los cigarrillos ?

- a) yo los compre siempre
- b) ocasionalmente los compraba y me regalaban
- c) siempre me regalaban

26. ¿ A que edad comenzo a fumar formalmente ?

- a) menos de 15 años
- b) de 15 a 17 años
- c) de 17 a 19 años
- d) de 19 a 21 años
- e) de 21 a 23 años
- f) de 23 a 25 años
- g) mas de 25 años

27. ¿ Cómo se siente ante los demas cuando esta fumando ?

- a) comodo
- b) me es indiferente
- c) incomodo

28. ¿ Quién lo inicio en el cigarro ?

- a) amigos
- b) familiares
- c) extraños (especificar)

29. ¿ Cuales de las siguientes sensaciones tiene al fumar ?

- a) ligereza
- b) agilidad mental
- c) seguridad
- d) tranquilidad
- e) bienestar
- f) relajación
- g) desaparición de ansiedad

30. ¿Se ha dado cuenta que molesta a los demas cuando esta fumando ?

si

no

10. ¿ Tuvo algún sentimiento de culpa por reiniciarse en el hábito?

si

no

11. ¿ Cuántas veces ha iniciado y retrocedido en su intención de dejar el hábito ?

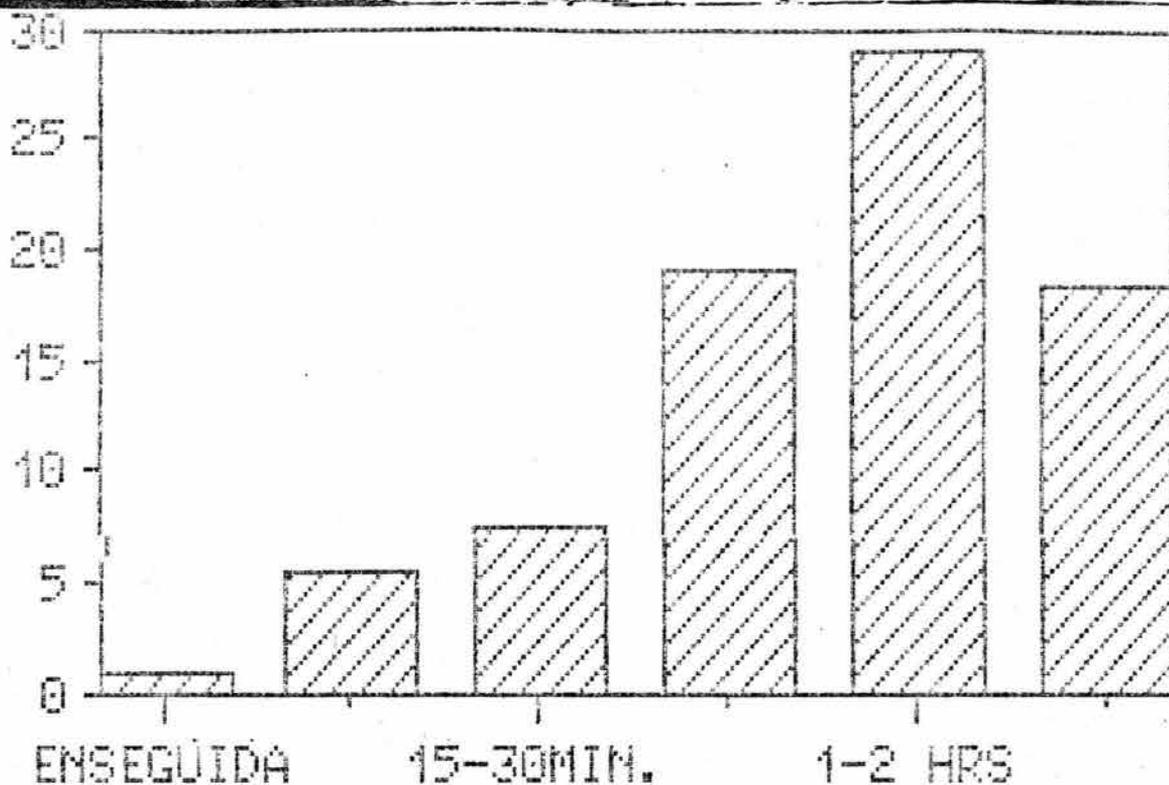
12. ¿Cuál fue su actitud, la última vez, al reiniciar el hábito de fumar ?

- a) Contento
- b) indiferente
- c) mal

FE DE ERRATAS

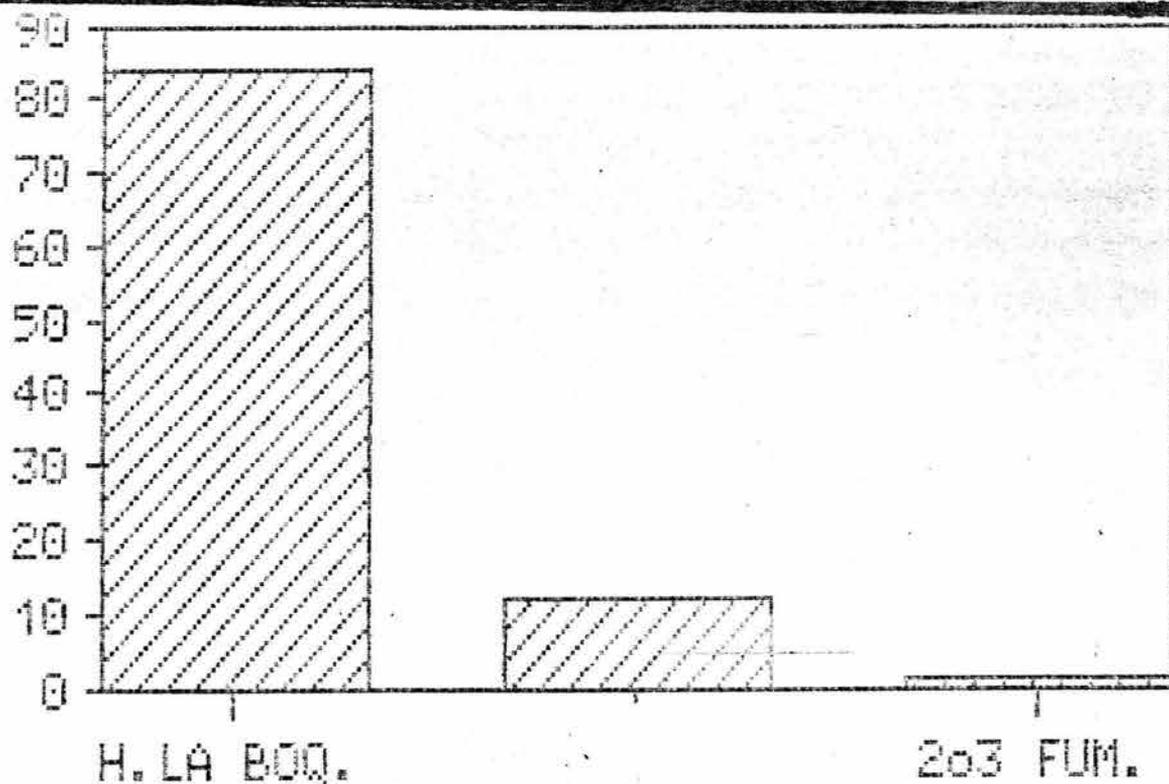
PAG.	REGLON	ESTA ESCRITO	DEBERIA ESTAR
3	3	tabacomano	tabacómano
3	16	tabacomano	tabacómano
14	14	debip	debió
128-145		no aparece el número de la página	

GRAFICA # 17. INTERVALO DE TIEMPO ENTRE FUMAR UNO U OTRO CIGARRILLO

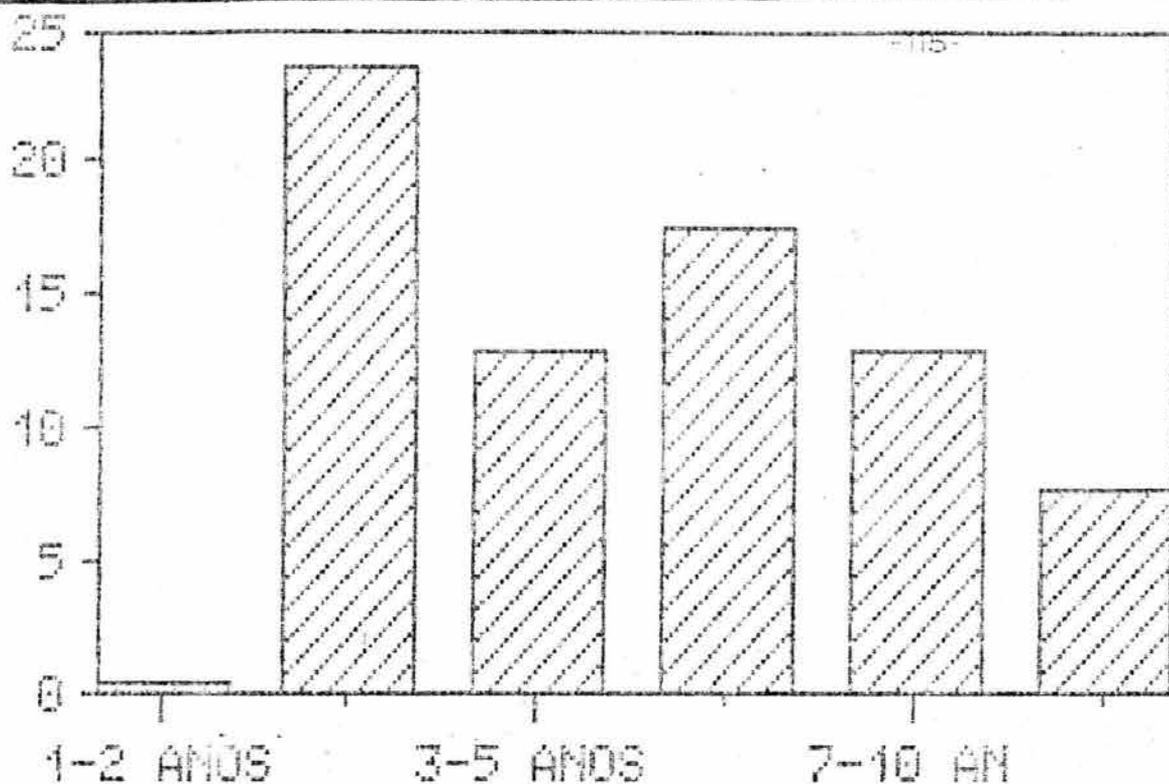


ESPACIO ENTRE CIG.

GRAFICA # 18. CONSUMO DE CIGARRILLOS EN LA POBLACION ESTUDIADA

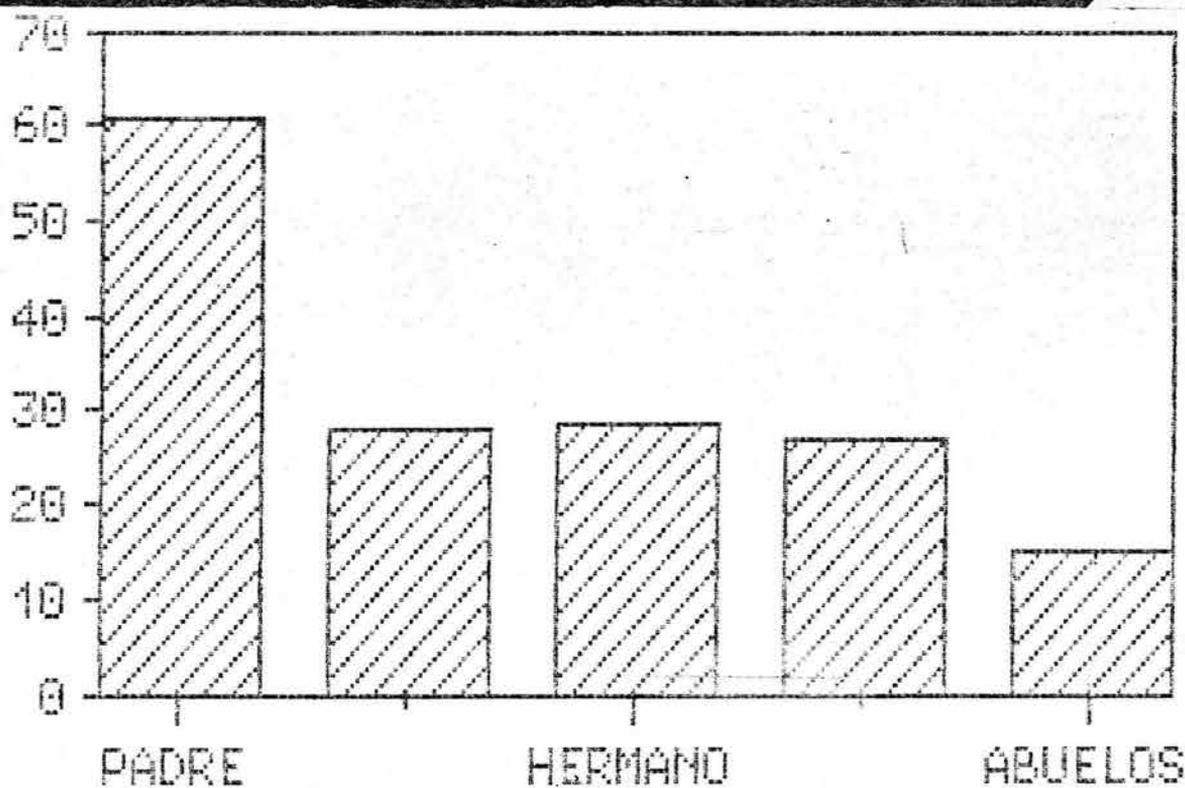


GRAFICA # 19. MANTENIMIENTO DE LA FRECUENCIA DE FUMAR



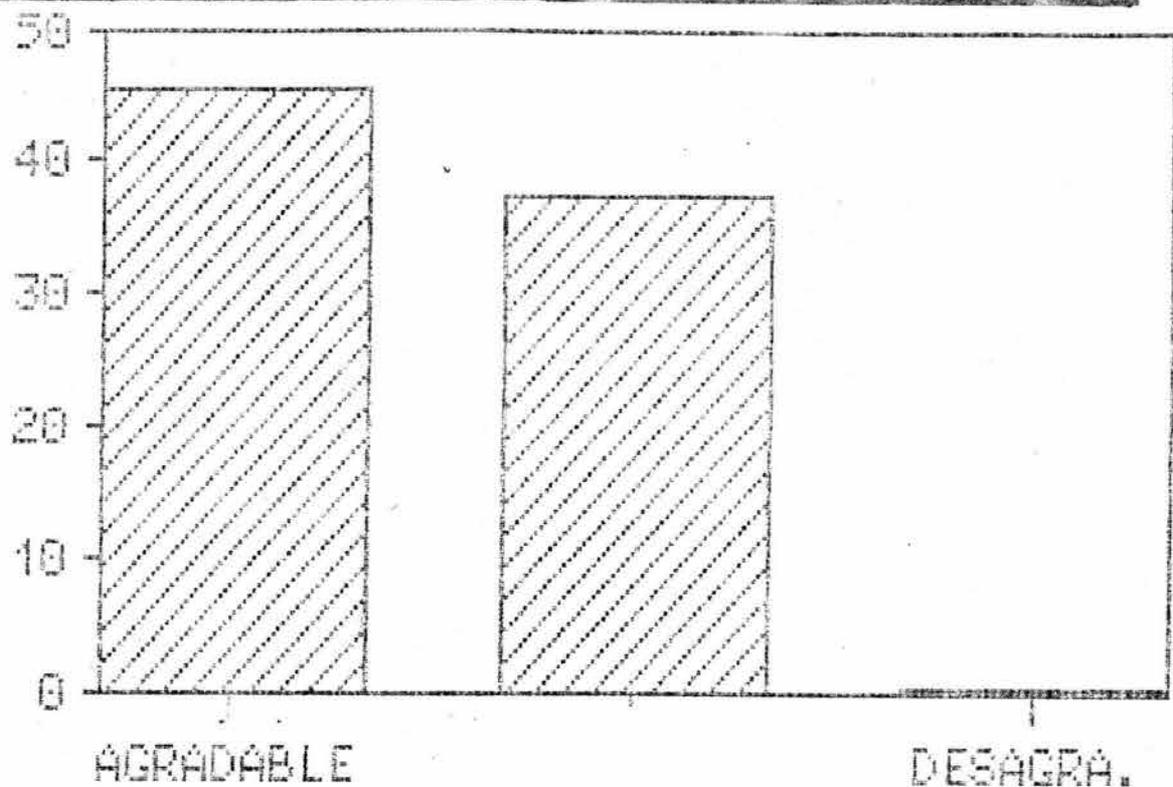
▨ MANT/FREC/CON QUE F

GRAFICA # 20. ANTECEDENTES FAMILIARES DE TIPO TABACOMANO

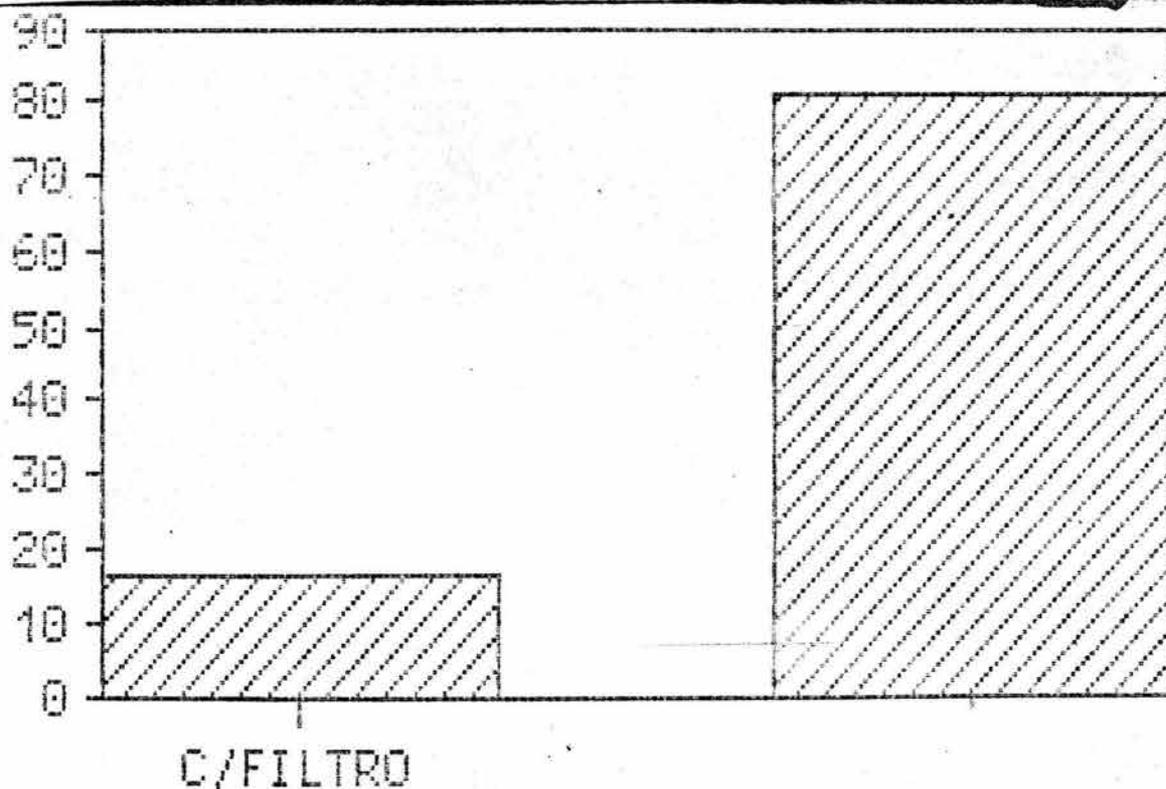


▨ FUMABA ANTES QUE UD

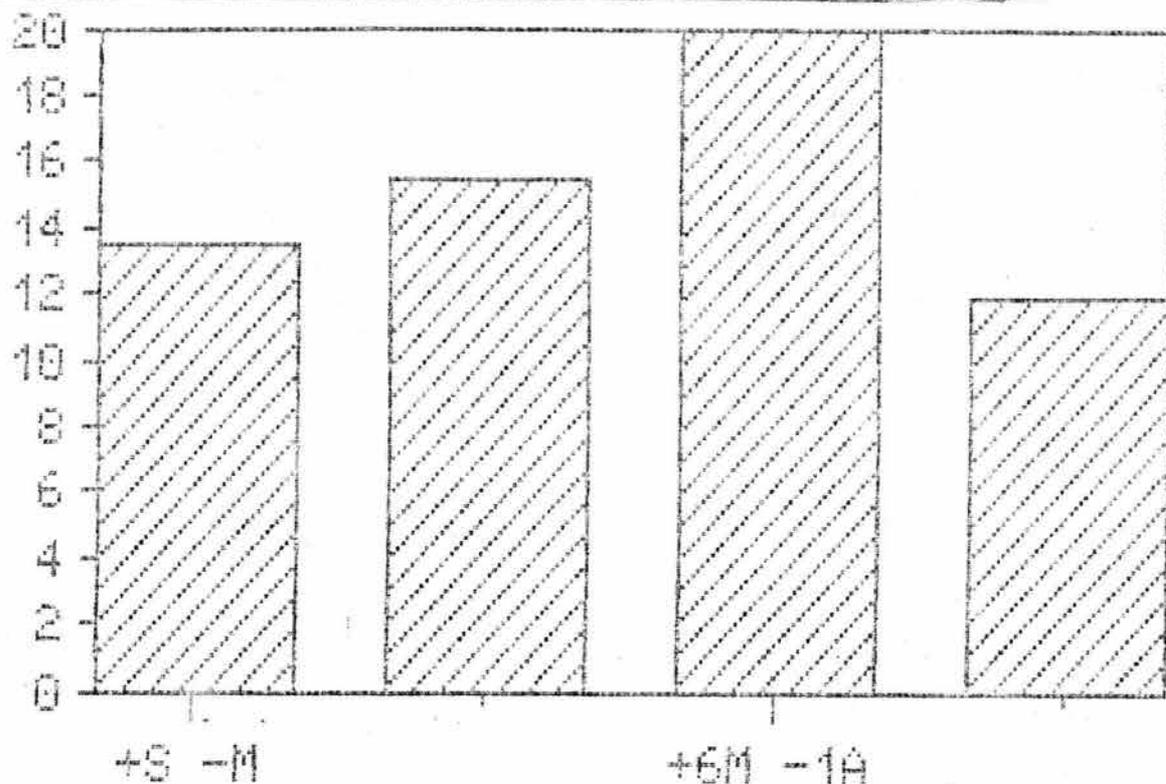
GRAFICA #.23. IMPRESION DE SU PRIMERA EXPERIENCIA DE FUMAR



GRAFICA # 24. TIPO DE CIGARRILLO QUE FUMO POR PRIMERA VEZ

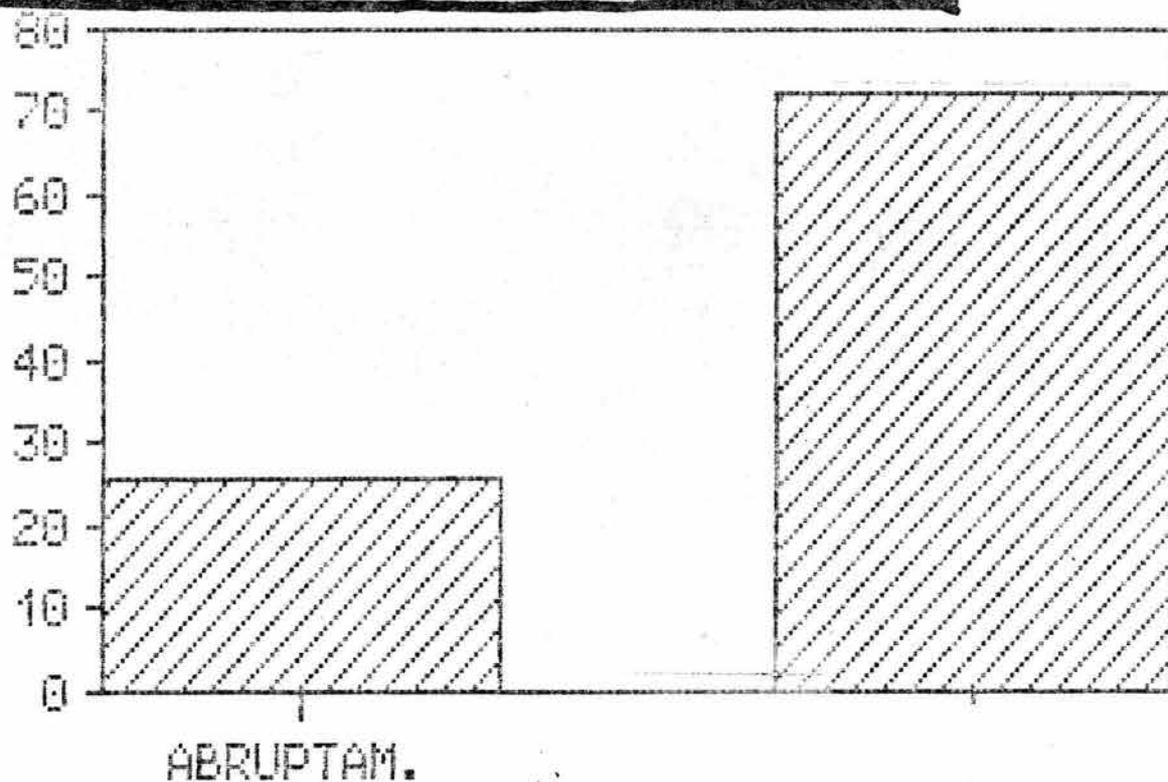


GRAFICA # 33. TIEMPO MAXIMO QUE LOGRO DEJAR DE FUMAR

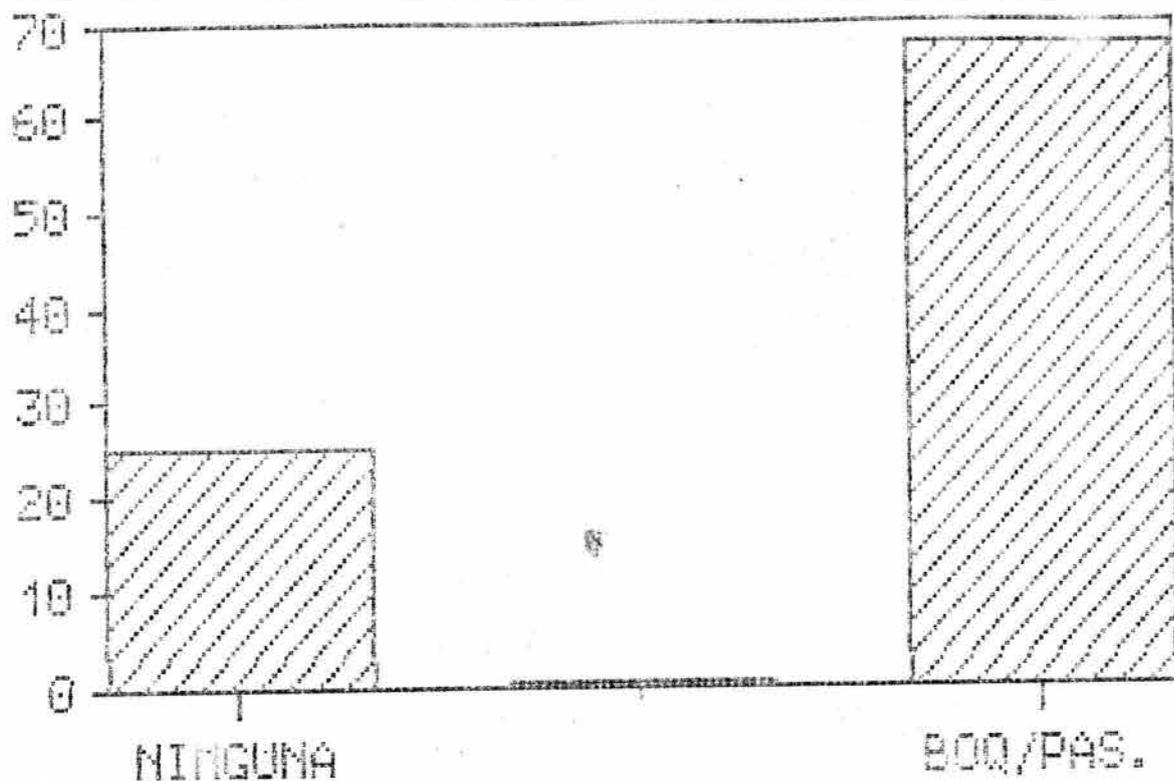


TIEM/MAX/DEJ/FUM

GRAFICA # 34. COMO HA CESADO SU HABITO

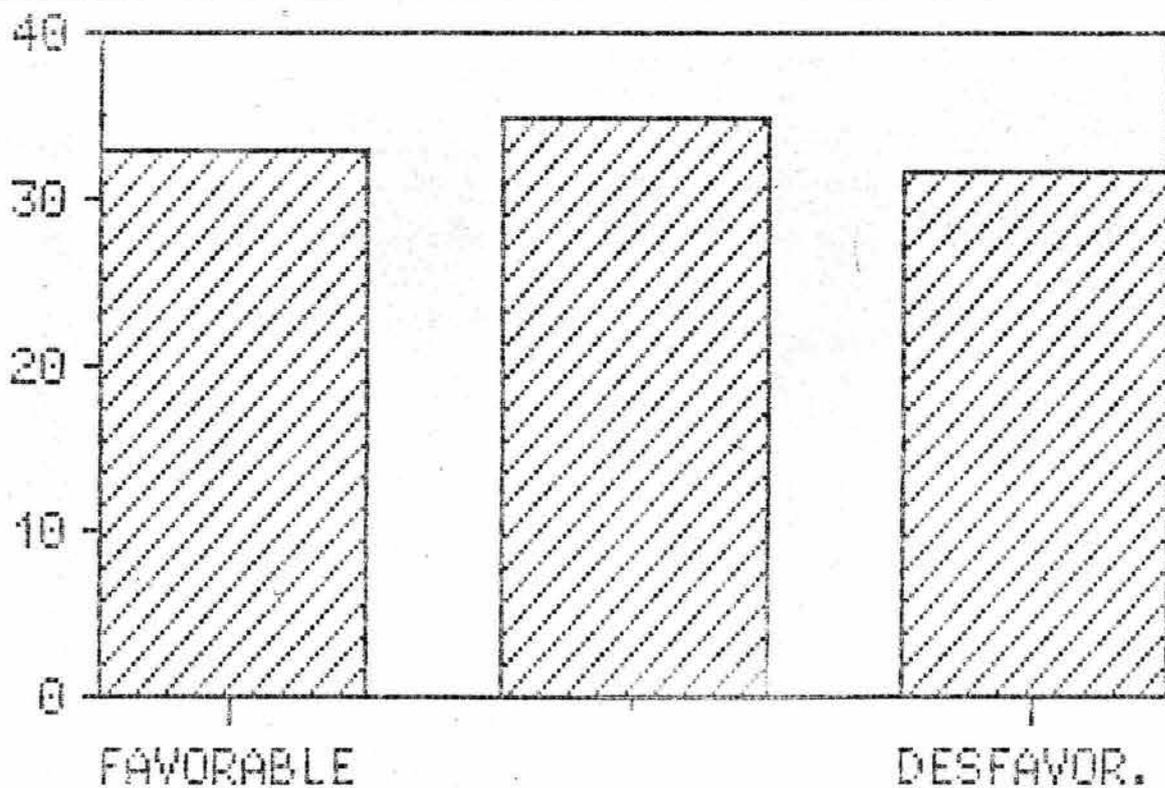


COMO HA CESADO SU HAB.



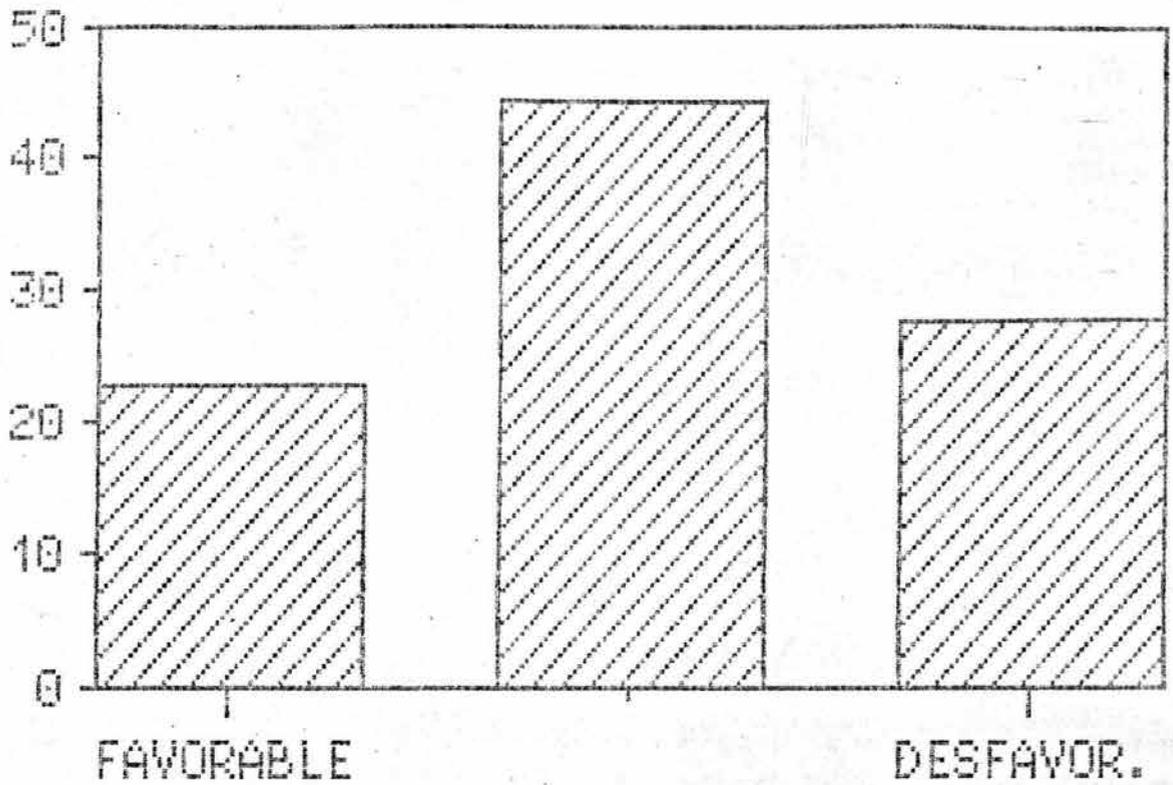
DES/HAB. CON AYUDA

GRAFICA # 36. ACTITUD DE SU FAMILIA ANTE EL HABITO



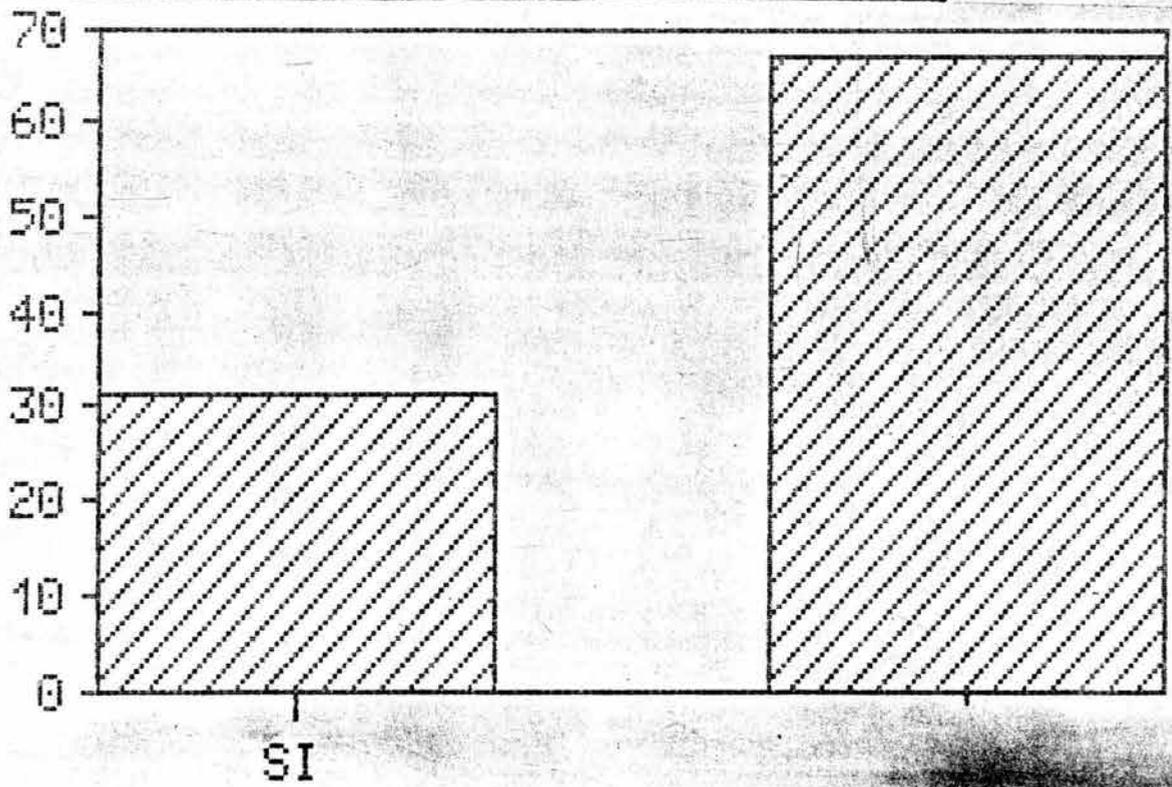
ACT. DE PAR/FAM/HAB.

GRAFICA # 37. ACTITUD DE SU FAMILIA AL REINICIAR EL HABITO



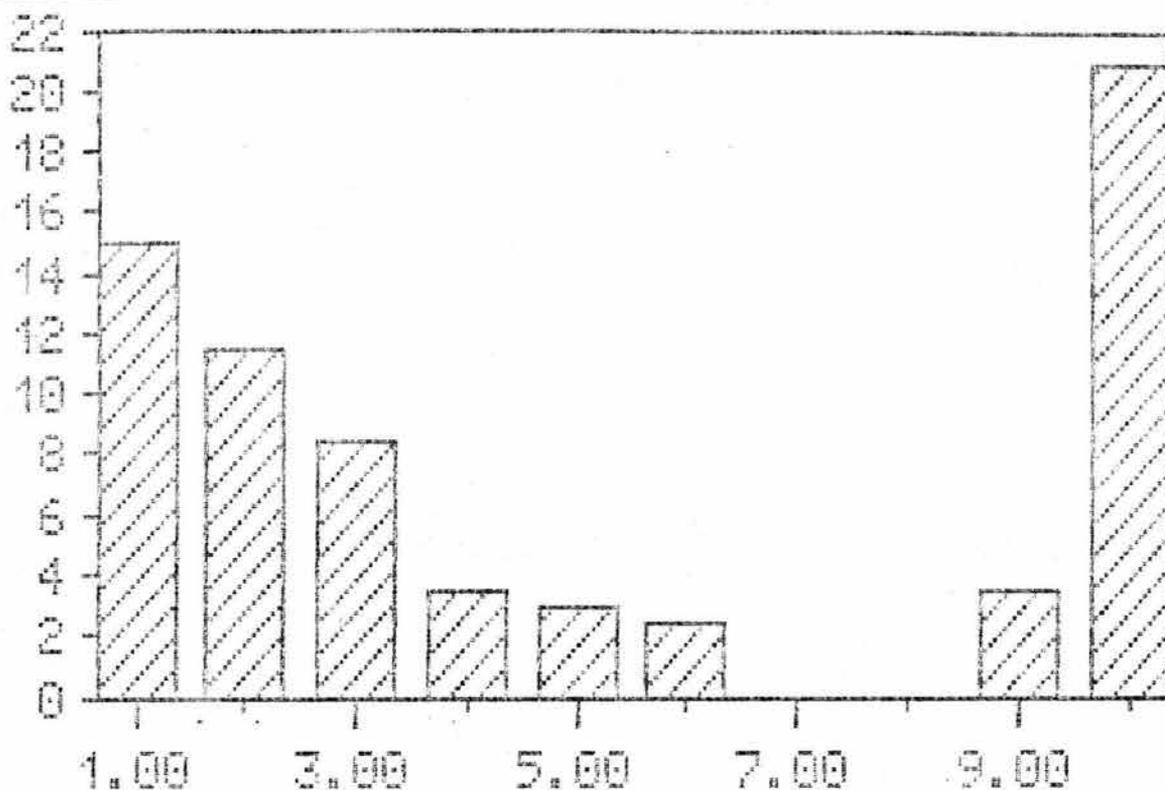
ACT. DE FAM/REI/HAB.

GRAFICA # 38. SENTIMIENTOS DE CULPA POR REINICIAR



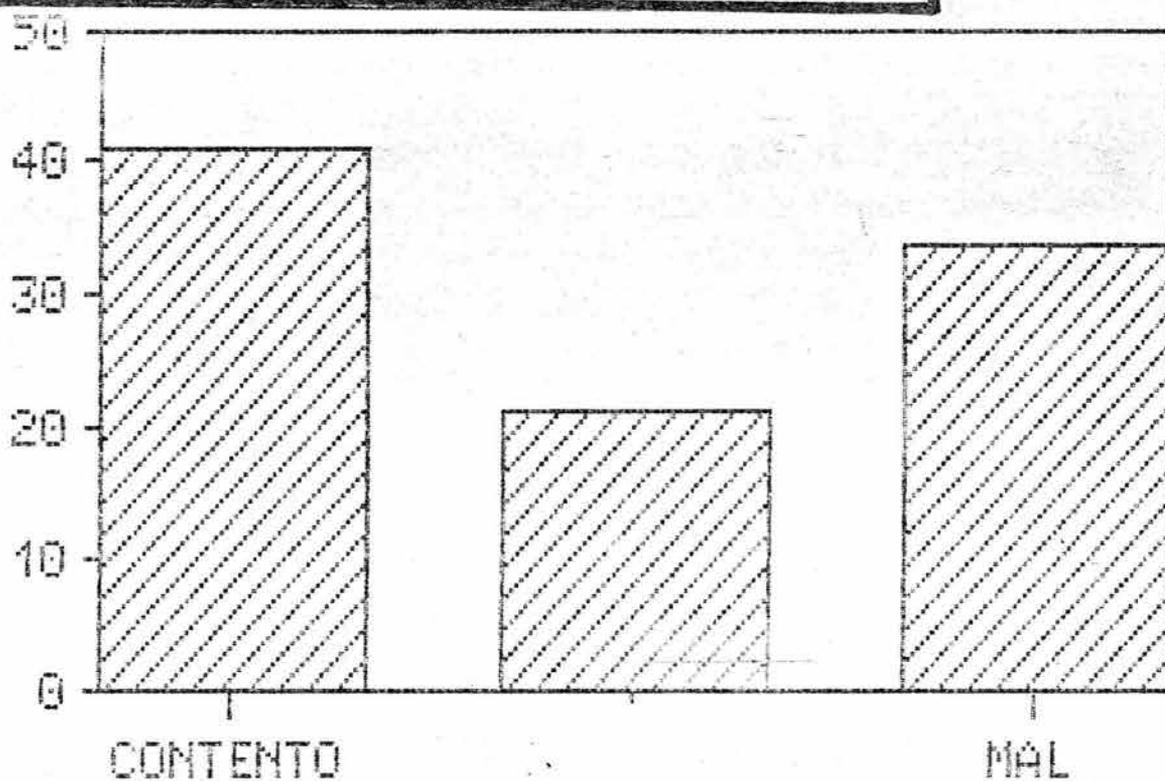
CULPA ANTE EL REIN.

GRAFICA # 39.FRECUENCIA DE REINICIO AL HABITO



▨ VECES DE INIC/RETR.

GRAFICA # 40.ACTITUD AL REINICIAR EL HABITO.



▨ ACTITUD ANTE EL RETR.

DECLARACION DE DERECHOS DEL NO FUMADOR:

1. EL DERECHO A RESPIRAR AIRE PURO.

Los no-fumadores tienen el derecho a respirar aire limpio, libre del dañino e irritante humo del tabaco. Este derecho invalida el derecho del fumador a fumar cuando ambos se encuentren bajo el mismo techo.

2. EL DERECHO A PROTESTAR.

Los no-fumadores tienen derecho a expresar, firme pero cortesmente, su malestar y reacciones adversas al humo del cigarrillo. Tienen derecho a manifestar sus objeciones cada vez que los fumadores encienden un cigarrillo sin pedir permiso.

3. EL DERECHO A ACTUAR.

Los no-fumadores no sólo tienen derecho, sino la obligación de actuar por medio de los canales legislativos, las presiones sociales u otros medios legítimos —tanto en lo individual como en grupo— para advertir o disuadir a los fumadores de contaminar el aire por el grave peligro que esto entraña; y para conseguir la restricción de fumar en lugares públicos.

4. EL DERECHO DE LAS MAYORIAS.

Solamente fuma la tercera parte de la población y están afectando a las dos terceras partes restantes. ¡No es justo, ni lógico, que una minoría irresponsable esté atentando contra el bienestar físico y mental de la mayoría! Y únicamente de la mayoría no-fumadora depende que se ponga un “hasta aquí” a los fumadores.

“La Buena Guerra contra los Fumadores Necios”

REFERENCIAS.

1. Akehurst, B.C. El tabaco, Barcelona, Ed. Labor, 1973.
2. Alonso B.P. (Coordinador)," Mesa redonda Tabaquismo ",
en;Revista de la Facultad de Medicina, Vol. XXIV Año 24,
No. 12, México, UNAM, 1981.Págs.6-19.
3. Alonso B. P. (Coordinador)," Mesa redonda:Tabaquismo ",
2a. parte, en; Revista de la Facultad de Medicina, Vol. XXV,
Año 25, No. 1, México, UNAM, 1982.Págs.4-14.
4. Aragonés R., Tabaquismo, Tesina para recepción como Especialista en Psiquiatría, Psicología y Salud Mental, México, UNAM, 1981.
5. Bradfor, H. & Platt, R." Los sobrevivientes del tabaco " en;
Mundo Médico, 1974, Págs. 120-139.
6. Branovic, H.C. Entrenamiento del no fumador, (Conferencia)
3a. Reunion Anual. Grupo Médico Fumar y Salud, 1973.
7. Castillo N. J., Tabaco y tabaquismo, médicos que fuman,
Patol Quir Citol Exfol 1977, 3, Págs. 87-93.
8. Castro L. Diseño experimental sin estadística, México,
Trillas, 1982, Caps. 1-3.
9. Estrada R. U. (Coordinador)," Mesa redonda: Historia natural de la Farmacodependencia," en ; Revista de la Facultad de Medicina, VolXVIII, Año 18, No. 6. México, UNAM, 1974.
Pags. 4-28.

10. Garcia, L. C. Tabaco, (Que son las drogas),México, Ed. Arbol, 1990.
11. García, P.M. y Gavaldon, C.H. Tabaquismo: Analisis de tratamientos y descripción de resultados obtenidos a partir de la aplicación de un programa para dejar de fumar, Los Reyes Iztacala, Tesis, 1986, Págs.5-9, 27-59.
12. González, L.G. Cultivo e industrialización del tabaco oriental o aromático, en los Valles Centrales del Estado de Oaxaca, Tesis, Mexico ENA, Chapingo,1971.
13. Guerra, E. Como dejar de fumar, (Vivir mejor, 1) España, Edisan, 1987.
14. Holguin, Q. F. Estadística descriptiva aplicada a las Ciencias Sociales, México, UNAM,1988, Caps. 1,3,5,14.
15. Hutchinson, R. y G. Emley," Effects of nicotine on avoindance, conditioned supression, and agression repose measures in animals an man.", en Dunn, W.L. Smoking Behavior Motive and incentive, Washington, D.C. Winston and Sons, 1973, págs. 171-177.
16. ISSSTE, Compendio en educación para la salud al magisterio, México, ISSSTE, 1987. Págs. 199-206.
17. Jaffe, Petersen y Hodgson. Vicios y drogas: Problemas y soluciones, (La Psicología y Tu). Colombia, Harper & Row Latinoamerica, 1980.Págs, 80-95.

18. Joly, J.D., " El hábito de fumar cigarrillos en América Latina: Una encuesta en ocho ciudades," en; Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 1975, Págs. 93-107.
19. Joly D. y Sarmientos, M., " El hábito de fumar en estudiantes preuniversitarios de la Habana," en; Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Cuba, 1983, No. 94, Págs. 270-276.
20. Komarov Y.M. y Aldereguia H. J., ¿ Hábito de fumar o salud?, Cuba, Ed. Científico Técnica, 1989.
21. Lara, C. M. A. et col." Opiniones, actitudes y consumo de tabaco en una institución de salud pública," en; Salud Pública de México, Vol. 26, No. 2, México, 1984, Págs. 122-129.
22. Lara, A. y Cols." Programa terapeutico multimodal para el control del tabaquismo," en; Acta Psiquiatrica y Psicológica de América Latina, 1985.
23. Luban P. Motivación psicológica del fumar, (Conferencia) 3a. Reunion Anual Grupo Médico Fumar y Salud, 1973.
24. LLanes, J. Comunicación y drogas: Que decir y como, (Sociedad y Drogas) México, Ed. Concepto, 1982, Caps.IV.
25. Llanos, C. M. El mundo del tabaco, (Sociología, 13), España Ed. Alhambra, 1985.
26. Llanos, C. M., El tabaco: Manual técnico para el cultivo y el curado, Madrid, Ed, Mundi-Prensa, 1981.

27. Macias I.A., y cols." El hábito de fumar y la salud," en Rev. Cubana Med., No. 24, Vo. 6, 1985.
28. Matarazzo, J.D. y Saslow G." Psychological and related characteristics of smokers and non smokers", en; Psychol. Bull.,1960, No. 57, Págs, 493-496.
29. McManusi C. y Weeks J.," Smoking, personality and reasons for smoking," en; Psychological Med., 1982, No. 12, Pag. 349.
30. Navarro, R. y Lara,C. M. A. El libro para que usted deje de fumar. México, Edamex, 1987.
31. Nowlis, H. La verdad sobre la droga. Francia, Ed. de la Unesco, 1982, Cáp. 3,-4, 7-8.
32. Pilar I. L. M. A. S., El Tabaco. España, Ed. Mezquita, 1983.
33. Perez V. J. España en la historia del tabaco. Madrid, 1959.
34. Puente, S. F." Resultados de Encuestas sobre el hábito de fumar en tres muestras", en; Salud Mental. México, 1985, No. 3, Vo. 8, Págs. 60-65.
35. Rico M. F.y Ruiz F. L, Tabaquismo: Su repercusión en aparatos y sistemas. México, Trillas, 1990.
36. Rivero, O y Cols.," Tabaquismo en México," en Neumología y Cirugía del Torax. No. 37, 1976, Págs. 181-187.

37. Royal College of Physicians of London. Fumar o salud. México, Ed. Continental, 1984.
38. Ross, W.S. Como dejar de fumar definitivamente, México, Ed. Cientifico Medica, 1987.
39. Sanchez, A. A., La salud y la enfermedad: Evolucion de la Homeopatia, México, Clinica Medica del Dr. Sanchez, 1974. Págs. 64-94.
40. Secretaria de Salud, Presentación del Programa contra el Tabaquismo, México, SSA, 1986.
41. Senties V. y Medina J.de la R., Centro Orientador de Fumadores, en; Salud publica de México, Vol.XX, No. 4, México, 1978, Págs. 471-484.
42. Senties, V. Los efectos del tabaco, Manuscrito inedito del Centro de Rehabilitador de Fumadores, México, 1983.
43. Silva, R. A., Generalidades sobre el SPSS/PC+, Los Reyes Iztacala, Mimeo, 1991.
44. Sol, J., Yo, no fumo. (Conocer a Tiempo), Barcelona, Tíbidabo Edicions, 1986.
45. Stacker K.H. y Ulrich B., Psicología del Fumar, (Biblioteca de Psicología, 33), Barcelona, Herder, 1977.
46. Tapia R., Tabaquismo; en Salud Publica, México, 1980 No. 22 Vol.6, Págs. 601-615.

47. Viva Mejor, Tabaco: Como dejar de fumar, (Suplemento),
USA.
48. Whitby, W., Fumar es bueno para usted, México, Grijalbo,
1980.
49. Zapata, C. La buena guerra contra los necios fumadores,
(Colección Super) México, Plaza y Valdes, 1989.
50. Zapata, C. Dejar de fumar para siempre, (Colección Super)
México, Plaza y Valdes, 1991.
51. Zaragoza J. R. y M Llanos, Tabaco y Salud, Madrid,
Editorial A.C., 1980.