

20
2ej



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA**

**RELACION DE AUTOCONCEPTO Y ACTITUD DE
FUMAR EN SUJETOS FUMADORES Y DEPORTISTAS**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
LETICIA SERRANO REGALADO**

ASESOR: LIC. GERMAN GOMEZ PEREZ

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

MEXICO, D. F.

1994



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Me agradecimiento a los sinodales:

Lic. Germán Gómez Pérez

Lic. Laura Alvarez Sánchez

Lic. Edgar Pérez Ortega

Lic. Carlos Martínez López

Lic. Jesús Barroso Ochoa

**Por su asesoría en la realización
y conclusión de este trabajo.**

**A Manuel Morales y Paty Palacios
por su acertada y paciente ayuda.**

A mis padres y hermanos por su
amor y apoyo

Y por supuesto a ti Rubén con
todo mi amor sincero.

Sin olvidar también a todos los participantes
entrenadores y deportistas que representan a
la FES ZARAGOZA y a los compañeros de
Psicología de la generación 94'.

*A ti Imelda por haber compartido momentos
gratos, a lo largo de la Carrera Profesional.*

*A mis entrenadores de Físicoconstructivismo
Rogelio y Roberto por su valiosa ayuda inicial
en este deporte.*

Agradezco infinitamente a la organización
D.G.A.P.A. por su ayuda de Beca por
realizar tesis.

Así como a la maestra Teresa y al
maestro Marco Antonio Guzmán.

*Y gracias a todos y a cada uno de
los que colaboraron e hicieron
posible la terminación de mi tesis.*

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

VINSTON CHURCHILL

I N D I C E

I N T R O D U C C I O N 1

CAPITULO I Aspectos Históricos y uso del Tabaco

1.1	Origen y uso del Tabaco en la Epoca Prehispánica..	6
1.1.1	La planta que ahuyenta a la misma muerte.....	7
1.1.2	El gran señor de las Dolencias: May ó Noholkik'uts.....	9
1.1.3	Polémica sobre el Tabaco.....	9
1.2	El uso del Tabaco en relación con otros tipos de estimulantes.....	12
	CONCLUSIONES.....	27

CAPITULO II Generalidades sobre el Hábito de Fumar

2.1	Dependencia al fumar Tabaco.....	28
2.2	Componentes del Humo del Tabaco.....	39
2.3	Algunas características psicológicas del fumador.....	45
2.4	Factores desencadenantes del inicio y mantenimiento del hábito de fumar.....	47
2.5	Efectos producidos por fumar Tabaco.....	49
2.6	Efectos inmediatos de la abstinencia.....	57
2.6.1	Efectos de la abstinencia a largo plazo en dos sistemas: Cardiovascular y Endócrino.....	61
2.7	Tabaco y Ejercicio.....	63
2.7.1	Efectos del Tabaco en el rendimiento físico.....	64
2.7.2	¿Es bueno hacer ejercicio después de fumar?.....	65
2.7.3	¿Podría el ejercicio ayudar a dejar de fumar?.....	65
	CONCLUSIONES.....	67

CAPITULO III	Publicidad y cigarros.....	70
	CONCLUSIONES.....	90

CAPITULO IV Aspectos Generales sobre las Actitudes

4.1	Conceptos de Actitud.....	92
4.2	Características de la Actitud.....	96
	CONCLUSIONES.....	99

CAPITULO V Aspectos Históricos, Conceptuales y Elementos del Constructo denominado Autoconcepto

5.1	Aspecto General sobre el Origen Histórico del Autoconcepto.....	100
5.2	Conceptualizaciones sobre Autoconcepto.....	109
5.2.1	Algunos Conceptos sobre Autoestima.....	111
5.3	Componentes y Elementos del Autoconcepto.....	115
	CONCLUSIONES.....	123

CAPITULO VI Aproximaciones de Oriente a Occidente en relación con el hábito de fumar Tabaco

6.1	Viktor Frankl.....	124
6.2	Teorías de las necesidades de Abraham Maslow.....	128
6.3	Ken Wilberg.....	136
	CONCLUSIONES.....	140

CAPITULO VII Importancia del Deporte

7.1	Origen del Deporte.....	142
7.2	Algunos conceptos sobre Deporte.....	144

7.3	<i>Contribuciones Psicológicas y Fisiológicas del Deporte.....</i>	146
7.3.1	<i>Contribuciones Psicológicas.....</i>	146
7.3.2	<i>Contribuciones Fisiológicas.....</i>	147
	<i>CONCLUSIONES.....</i>	150
7.4	<i>Algunas Investigaciones Realizadas.....</i>	152
8.0	<i>CONCLUSIONES TEORICAS.....</i>	156

M E T O D O L O G I A

9.1	<i>Objetivos de la Investigación.....</i>	161
9.2	<i>Planteamiento de Problemas.....</i>	161
9.3	<i>Planteamiento de Hipótesis.....</i>	162
9.4	<i>Variables.....</i>	162
9.5	<i>Muestra.....</i>	166
9.5.1	<i>Condiciones de la Muestra.....</i>	168
9.6	<i>Procedimiento.....</i>	169
9.7	<i>Instrumentos.....</i>	172
9.8	<i>Tipo de Estudio.....</i>	182
9.9	<i>Tipo de Diseño Estadístico.....</i>	182
9.10	<i>Resultados.....</i>	183
9.11	<i>CONCLUSIONES FINALES.....</i>	204
	<i>BIBLIOGRAFIA.....</i>	214
	<i>ANEXOS.....</i>	225

I N T R O D U C C I O N

En la actualidad el Tabaquismo constituye la drogadicción o estimulación más frecuente en las poblaciones de todo el mundo occidental.

Esta toxicomanía llamada por algunos autores, es utilizada por pueblos o masas que no se preocupan por celebrar lo excepcional sino que su objetivo es aterrizar sobre la droga, sin reconocer algo divino, sagrado, mágico como lo consideraban los sabios sacerdotes o chamanes de la época prehispánica, ya que ahora en la actualidad se utiliza como la droga en sí, que se presenta en forma de cigarros o cigarrillos, en la vida cotidiana de gran porcentaje de individuos.

Existe aproximadamente información del 40% de los hombres y 20% de las mujeres fumadoras.

Una de las formas más aceptadas socialmente es el hábito de fumar, que cobra gran importancia y que obliga no a preocuparse sino ocuparnos de los significativos y complejos efectos que provoca sobre el organismo humano.

Por otro lado es conocido el interés puesto por los máximos organismos sanitarios, tanto internacional como nacional en la lucha contra el consumo del tabaco.

Sin embargo en el impacto económico de fumar intervienen tanto los costos directos del aparato sanitario como los indirectos. Los primeros se asocian con la prevención detección y tratamiento de las enfermedades atribuibles al

fumar. Los indirectos son las pérdidas a través de la disminución de la productividad, debido al incremento de las enfermedades por cáncer pulmonar en hombres que fuman mucho (una cajetilla diaria, 10 veces mayor el riesgo que la de los no fumadores) y riesgos de muerte para mujeres que fuman, siendo 5 veces más que en el de mujeres que no fuman mucho. De hecho, cada año las mujeres se enferman con mayor frecuencia que las mujeres que no fuman: hay más probabilidades de desarrollar en ellas bronquitis, enfisema y enfermedades cardíacas y de los vasos sanguíneos. Además en fumadores hombres se vislumbra un índice de mortalidad de cardiopatías de las coronarias en un 70% mayor a diferencia de los no fumadores y también probable el desarrollo de úlceras pépticas que en los no fumadores. Los índices de mortalidad y los de enfermedad, así como los costos médicos, son mínimos entre las personas que nunca han fumado. Concurrentemente esto se observa dentro de la sociedad y su contribución a la economía.

Por otro lado existen consideraciones menos evidentes como los causados en accidentes a prendas de vestir, muebles, edificios o incendios forestales derivados del hábito de fumar; los gastos de operación de las organizaciones que las combaten, vistas con el incremento para todos los trabajadores en el costo de los planes de salud o programas de seguros para cubrir enfermedades que resultan del hábito de fumar. Otro sería el precio de las cajetillas económicamente accesibles o el valor del dinero que involucra esta práctica, con respecto al individuo consumidor y su familia.

Contra esto se levantan los beneficios que acarrea la

existencia de industrias tabacaleras, de una red de comercializaciones del producto, de la mano de obra ocupada, de los impuestos percibidos por el Estado y por supuesto de algunos efectos que el consumidor considera provechoso, como el alivio de la tensión o el mantenimiento de peso.

La proporción de beneficios no puede compararse con las desventajas; sin embargo todo lo referente a comportamientos enraizados dentro de una sociedad como es el consumo de cualquier droga y especialmente del tabaco, resulta imposible desterrarlos únicamente a través de disposiciones legales. Es posible solo mediante la comprensión de lo que el comportamiento de fumar significa dentro de una sociedad y para el individuo mismo, de los efectos que acarrea en la salud y de las posibilidades de hacer frente al consumo, ya sea suspendiéndolo paulatinamente o evitando el inicio de la costumbre, atacando desde poblaciones infantiles, lo que posibilita la acción a largo plazo, de las tendencias de uso de esta droga.

De este modo la presente investigación a prooener presenta un marco teórico con una visión integral que comprende desde mi punto de vista aspectos históricos y de uso del tabaco en la época prehispánica, así como las cualidades y generalidades del tabaco tanto a nivel fisiológico como psicológico. Asimismo se toma en cuenta la variable publicitaria de los cigarrros como también algunos aspectos históricos, conceptuales y psicológicos en particular del Autoconcepto.

Se revisa también algunos conceptos descritos por Summers (1976) de la actitud con sus tres componentes:

cognocitivo, emocional, tendencia a la acción; y algunas características de la actitud.

Después se mencionan las aportaciones de autores como Frankl, Viktor (1987) que habla a grandes rasgos de que el hombre necesita tensiones o las busca mediante el uso del alcohol, drogas, café y particularmente el tema tratado aquí; el hábito de fumar.

Por otra parte el autor Maslow establece algunas necesidades básicas, entre ellas la necesidad fisiológica representado con el hábito de fumar, siendo un acto de satisfacción placentera para algunos individuos.

Por último Wilberg (1988) señala el que seamos responsables de nuestro cuerpo, sin pasar por alto sus llamadas de atención de éste, al dar a conocer que orgánicamente algo anda mal, como es el caso para quienes continúan fumando y en consecuencia surgen enfermedades asociadas como el cáncer, hipertensión arterial, alteraciones en el sistema respiratorio y cardiovasculares.

A posteriori se manifestará la importancia del deporte, sus conceptos, contribuciones psicológicas como las de realce de la conciencia corporal, imagen y contribuciones al concepto de sí mismo, entre otras.

Por su parte, en las contribuciones fisiológicas se observará como una forma de interrupción a los afectos implacenteros, mediante la activación de circuitos corticales relacionados.

De esta forma, se muestran algunas investigaciones sobre tabaquismo relacionadas con el tema de investigación.

Finalmente se desglosa la metodología del estudio y se presentan resultados de las diferencias estadísticamente significativas, mediante la prueba de Suma de Rangos tanto del Autoconcepto como la de Actitud de Fumar tanto en el grupo de fumadores como de deportistas, así como los resultados de la prueba Spearman para correlación de estadística no paramétrica de las dos variables.

CAPITULO I ASPECTOS HISTORICOS Y USO DEL TABACO

1.1 Origen y Uso del Tabaco en la Epoca Prehispanica

En cierta forma es necesario retomar la connotación de culturas desarrolladas al hablar del uso de la planta de tabaco, aunque no conocida con ese nombre, sino denominada picietl (nicotiana rustica) y el quauyetl (nicotiana tabacum) llamándolo yetl. Dado que la palabra tabaco viene de las Antillas, donde los españoles tuvieron el primer contacto con esta planta, a la que denominaron "hierba sagrada" por sus múltiples virtudes. Ambas especies pertenecen a la familia de las Solanáceas, como las Datura alterando la percepción pues contienen escopolamina, como todos los géneros de esta familia.

Houser, N., (1970) menciona que los europeos llamaron a estas plantas tabaco, aparentemente debido a que ésta era la palabra con que los indios designaban a la especie de pipa que usaban para fumarla. Esta consistía de una canilla hueca en forma de Y.

Las dos puntas de la canilla en forma de Y se insertaban en la nariz. El otro extremo se mantenía sobre el humo de las hojas de tabaco que se quemaban. Así era como aspiraban e inhalaban el humo. Es por esta razón por la que las hojas llegaron a conocerse más tarde con el nombre de tabaco.

Del apellido de un diplomático francés se derivó una palabra que hoy se asocia con el tabaco. A mediados del siglo XVI, Jean Nicot fue embajador de Francia en Portugal. Se interesó en la planta que Colón había llevado del Nuevo

Mundo. Según informaciones de la época. Nicot incluso llegó a enviar semillas de tabaco a la Reina de Francia. Quizá ya se ha deducido el por que de la palabra Nicotina proviene del apellido de este embajador.

Otro famoso personaje, cuya vida se relacionó con el uso inicial del tabaco en Europa, fue sir Walter Raleigh, según parece llegó a ser un gran consumidor de este producto. Debido a que era muy famoso, contribuyó a que el tabaco se hiciera muy popular en Inglaterra (Houser, N. 1990)

Retomando a la autora Mercedes de la Garza, (1990) hace una descripción del uso de la planta de Tabaco en dos diferentes culturas prehispánicas de mesoamérica que son la Nahuatl y la Maya.

1.1.1 La planta que ahuyenta a la misma muerte: Picietl

El Picietl, *nicotiana rustica* y el Quauhyeti *nicotiana tabacum*, fueron las dos especies de tabaco que usaron ritualmente los nahuas y a las que llamaron *yell*. La especie principal de tabaco usada por los nahuas fue la *nicotiana rustica*, el calabazo con picietl era uno de los objetos rituales más importantes, tanto en los templos, como en la parafernalia chamánica, pues la planta fue considerada al igual que entre los mayas la medicina sagrada por excelencia, espiritual y física; por tanto una deidad.

El Picietl se usó en pomadas para emplastos; bebiendo en infusión, solo o mezclado; en lavativas, mezclado con pimienta; combinado con cal (*tenex-yetl*) para masticarse;

fumado en carutos de caña, aspirado en polvo por la nariz, entre otras formas. Dice Vetancurt (1968)⁽¹⁾

" cura tantas cosas que...

...parece que auyenta la misma muerte... tomado en polvo por las narices...descarga la cabeza, hace sentir menos los trabajos, y cuidados de la vida,, y parece que entra en el espíritu un descuydo y olvido de la facultad animal, y aliento de la vital...tomado por la boca...haze a los hombres ágiles y promptos para cualquier ejercicio corporal, principalmente para el más sensible de esta vida que es caminar...y es dañoso si se continúa por vicio, bien conocida está la experiencia en todo el mundo"

Una planta que da energía, quita el dolor y el cansancio, estimula el aliento vital y cura enfermedades, es comprensible que fuera considerada la planta sagrada por excelencia. Todas estas cualidades derivan de sus cualidades narcóticas, que quitaban el dolor de cabeza y el de las caries; hecha polvo, curaba diversos males; las hojas maceradas y mezcladas con cal se aplicaban al cuerpo para curar la gota y el cansancio; y las hojas masticadas, emborrachaban a la gente, matan el hambre y las ganas de comer.

Hernández, (1959)(2) llama " yetl a los tabacos que fumaban los haitianos (tal vez porque incluían picietl y quauhyetl), eran trozos de carbón, llenos de yetl, del liquidámbar llamado por los indígenas xochicotztl, y a veces de algunas yerbas calientes y aromáticas. Encendidos por la

(1) Cit. en DE LA GARZA, Mercedes. Sueño y alucinación en el mundo nahuatl y maya. México, Universidad Nacional Autónoma de México, 1990 p 97.

(2) Op Cit. (1) p 98

parte donde están cargados y aspirado por la otra, el humo, se concilia el sueño y se embota toda la sensación de pena o cansancio".

1.1.2 El Gran Señor de las Dolencias: May o Nonoikik'uts

El tabaco llamado may por varios grupos de Chiapas y Guatemala y kute por los mayas yucatecos, principalmente la nicotiana rustica es tal vez la planta sagrada más importante en el ritual y en la vida cotidiana de los grupos mesoamericanos; combate a los animales malignos, como las serpientes y los escorpiones; es el medicamento milagroso que cura múltiples males, y además ayuda y acompaña al hombre dándole fortaleza y protección en sus viajes y en los trabajos de la vida diaria.

Fuentes y Guzmán (1981)⁽³⁾ argumentan que dado el poder analgésico y estimulante de la planta de Tabaco, era planta sagrada de los chamanes, que al igual que entre los nanuas, constituía uno de los objetos distintivos de estos hombres. Los chamanes lo empleaban principalmente en las ceremonias de adivinación.

Sin embargo a continuación se mencionarán algunas controversias que el Tabaco tuvo que traspasar para que ahora se conozca y se fume en forma de cigarros o cigarrillos, comúnmente conocidos ya por todos en esta época y en este lado del mundo occidental.

1.1.3 Polémica sobre el Tabaco

Escohotaco, A. (1990), en su libro la historia de las drogas I, narra como España se adelantó a los demás países en

(3) Op Cit. (3) p 100

gravar fiscalmente la importación del tabaco, y es hacia 1611, cuando no hay ya plantaciones racionalizadas en Santo Domingo y Cuba. Poco después nacienda somete este comercio a monopolio.

Ya desde 1612 los colonos de Virginia, las Carolinas y Maryland se lanzan a producir intensamente la planta, aunque su cultivo es muy sacrificado, que agota rápidamente los terrenos más fértiles requieren constantes atenciones y sitúa a los agricultores en condiciones de hambre muchas veces, sin recursos para alimentarse y alimentar animales domésticos. Como es sabido, estos territorios meridionales se distinguen de las colonias del norte (Nueva Inglaterra) por no ser unánimemente puritanos, y acoger al comienzo aventureros de reputación algo quemada en sus lugares de origen.

La importancia económica de esta actividad allí combinada con una ambigua política de la Corona Inglesa produce desde 1620 a 1644 decenas de decretos de la Asamblea Colonial de la Metrópoli sobre la hierba nicotiana, que equivalen a más de tres cuartas partes de todo el derecho público promulgado allí durante el período. En efecto, el rey Jacobo I anatémiza en 1613 el uso de una sustancia cuyo humo evoca el horror de un insufrible infierno si bien a comienzos de ese año el capitán John Rolfe, esposo de la Princesa Poca Hontas, despacha el primer cargamento de tabaco virginiana desde Jamestown Londres. El monarca combina sus anatemas contra los fumadores con una tasa por quintal métrico de cargamento recibido en puertos ingleses, que pronto resulta ser una formidable fuente de ingresos. Un siglo más tarde Virginia, con una población inferior a los 300.000 habitantes, produce 35 millones de kilos de tabaco

para mascar y fumar.

En otros países y, especialmente en los no exportadores, la reacción alcanza extremos de gran virulencia. A mediados del siglo XVII el Zar Miguel Fedorovitch dispone que se atormente a todo fumador hasta que confiese el nombre de su proveedor, y que se corte la nariz de ambos. Por esas fechas el Sultán Murad IV gustaba de sorprender a los nombres fumando incluso en el campo de batalla y castigarlos con decapitación, desmembramiento o mutilación de pies y manos. Hacia fines de siglo, en 1691, la región alemana de Luneberg se suma a esta iniciativa y decreta la pena de muerte por mascar, inspirar nasalmente o inhalar humo de tabaco. Ya en 1642, la Constitución Cum Ecclesia de Urbano VIII excomulga a los usuarios de tabaco que se permitan abuso tan repugnante en cualquier lugar próximo a las diócesis y sus anexos, sin duda pensando en los clérigos.

Unos años después, cualquier uso del tabaco se encuentra prohibido en Baviera, Sajonia y el cantón de Zurich.

A pesar de ello, antes de que termine el siglo XVII el hábito de fumar o mascar la planta ha invadido todos los continentes. Ha llegado a las zonas árticas y a los desiertos ardientes invade las ciudades y los campos. No hay en los anales de la humanidad una costumbre que se disemine tan amplio.

La cantidad de fumadores va recomendando cada vez más el sistema de gravar fiscalmente el producto, puesto inicialmente en práctica por España (1674), Austria (1670) Francia (1674) (Cit. en Esconotado, A. 1990).

La situación empieza a tranquilizarse solo a principios del siglo XVIII, cuando Pedro el Grande de Rusia renuncia a las torturas y mutilaciones, vendiendo al Farmers General inglés el derecho a exportar tabaco al país por 15,000 libras esterlinas. También el Papado reconsidera su actitud de excomunión.

En 1725, Benedicto XIII decide aceptar "la embriaguez seca" nombre con el que entonces se conocía el hábito para evitar a los fieles el espectáculo escandaloso de dignatarios eclesiásticos escapando del santuario para irse a tumbar a escondidas.

He aquí la irónica lógica por Molière en su Don Juan:⁽⁴⁾

".....digan lo que digan Aristóteles y toda la filosofía no hay nada igual al tabaco; es la pasión de la gente honrada, y quien vive sin tabaco no merece vivir. No solamente regocija y purga los cerebros humanos, sino que instruye a las almas en virtud y enseña a hacerse honrado"

Casi tan precóz es el libro en Lyon un tal J. Leander, Tratado sobre el tabaco, panacea universal (1626) donde defiende la capacidad de la droga para elevarse en éxtasis y comunicarse con los dioses.

1.2 El uso del Tabaco en relación con otros tipos de estimulantes.

Dei Giudice, Clark (1975), menciona que cada 1a

(4) Cit. en ESCOBOTADO, A. Historia de las drogas I. Madrid, Ed. Alianza, 1990. Tomo I pp 378-382.

modernidad, las sociedades. muchas personas consumen sustancias de diversa índole por prescripción médica, o en tiendas de comestibles y licores, como café, té, tabaco y bebidas alcohólicas. Así como también otras sustancias en tiempos inmemoriales, en sociedades no letradas, como los egipcios y los indios que consumían hashish, los moradores del México antiguo y algunas tribus de las planicies de Norteamérica que rendían culto al peyote. También los hongos empleados por los indígenas del sur de México, que contienen psilocibina (representantes típicos de las sustancias que producen alucinaciones y distorsionan la percepción), y muchos otros estimulantes, alucinógenos y depresores que la naturaleza proporciona y de los cuales solo mencionaremos de manera general a los que están bajo el rubro de sustancias estimulantes, más específicamente a la planta de tabaco.

Antes de hacer mención de las diversas sustancias comestibles y a la vez estimulantes, se hará una breve descripción de los conceptos: toxicomanía, habituación y dependencia para después pasar a la clasificación psicológica de las drogas haciendo énfasis en la tabáquica.

De acuerdo con Oughourlian, J. (1985), la toxicomanía, es la: Sujeción o (esclavitud, addiction) es un estado de intoxicación crónica o periódica engendrada por el consumo repetido de una droga, natural o sintética.

Sus características principales son:

- 1.- Un invencible deseo (compulsión) de continuar tomando la droga y observarla por todos los medios.
- 2.- Una tendencia a aumentar las dosis (es decir tendencia a la tolerancia).

3.- una dependencia física y psíquica a los efectos de la droga. es decir, la aparición de un síndrome de abstinencia con sintomatología somática y psíquica en caso de interrupción súbita del consumo.

4.- Efectos perjudiciales al individuo y a la Sociedad.

La Habitación (o hábito) es un estado resultante del consumo repetido de una droga.

Sus características principales son:

1.- Un deseo (pero no una compulsión) de tomar la droga a causa de una sensación de bienestar que produce.

2.- Poca tendencia o incluso ninguna a aumentar las dosis (es decir, no se tiende a tolerancia).

3.- Una cierta dependencia psíquica, pero sin dependencia física respecto de los efectos de la droga. Por consiguiente no se produce el síndrome de abstinencia en caso de supresión.

4.- Unos efectos esencialmente perjudiciales para el individuo solo.

No obstante Dughourlian, J. (1985), a continuación nos mencionará los cambios advertidos por expertos en cuanto a estas concepciones y llegar a una conclusión respecto de éstas en relación a la sustancias estimulantes que contiene la planta de Tabaco.

El Comité de Expertos de la O.M.S. comprendió los límites que tenían estas definiciones y recomendó en 1963, en su 13o. informe cambiar por el término dependencia los términos toxicomanía y acostumbramiento empleados hasta entonces.

En 1965, en el Boletín de la Organización Mundial de la

Salvo Eddy, halbacón y beevera... justificando esta sustitución. "...Se ha hecho prácticamente imposible y científicamente inexacto quedarse con una sola definición para todas las formas de toxicomanías y/o acostumbramiento. El elemento común a estos estados y al abuso de las drogas en general es la dependencia psíquica o física o las dos, del individuo respecto de un producto químico. Por una parte se eliminaría una confusión substituyendo estos términos por la expresión dependencia de esta o aquella droga según el producto o el grupo de productos de que se trate. El elegir el término de dependencia puede ser aplicado a todos los tipos de abuso de droga sin prejuzgar nada sobre el grado de los peligros para la salud pública o sobre la necesidad de tal o cual medida de control..."

A su vez, la dependencia no definió claramente hasta 1969, en el decimosexto informe del Comité O.M.S. de expertos de la farmacodependencia. En este informe, los expertos presentan varias definiciones:

Medicamento: Toda sustancia que, introducida en el organismo vivo, puede modificar o varias de sus funciones.

Abuso: Uso excesivo, persistente o esporádico, incompatible o sin relación con un empleo médico aceptable.

En relación al abuso de la misma, es cuando, las drogas se toman o se administran en unas circunstancias o a unas dosis que aumentan significativamente su nocividad, sean o no utilizadas con un fin terapéutico, de modo legal o prescritas por el médico, como ya se mencionó anteriormente en la definición de abuso.

(5) OUGOUROLIAN, Jean Michel: La persona del toxicómano. Barcelona, Herder, 1985 p 103.

Por tanto en dichas dependencias se observa que hay una dependencia osíquica o psicológica. Dicha tendencia o compulsión al uso (no necesariamente al abuso) de un agente porque sus efectos son fuente de placer o de satisfacción, como por ejemplo: la televisión, o las relaciones con otras personas. Podría hacerse una distinción suplementaria entre:

Una dependencia únicamente al placer, por lo que los síntomas de privación o el tratamiento y los síntomas de privación de origen afectivo pueden ser mayores.

De acuerdo con Dughourlian, J. (1985) esta definición es interesante porque distingue nuestras dependencias cotidianas o fisiológicas de las dependencias a las drogas que pueden ser patológicas, se hace eco de las ideas de la comisión de una encuesta canadiense: "Al hablar de dependencia en cualquier contexto (se trate o no de droga), podría resultar útil: precisar la naturaleza de su objeto, sus razones, así como las consecuencias de la presencia o de la ausencia de este objeto. El sentimiento de la dependencia varía considerablemente según que el objeto sea necesario para el mantenimiento de la vida (por ejemplo, la insulina en el caso de los diabéticos) sirva para evadirse de una situación desagradable o intolerable (por ejemplo la soledad) o cree una sensación de bienestar o de satisfacción ante la vida. En cierto modo, puede decirse que somos psicológicamente dependientes de todo lo que amamos o nos gusta, ya sea la televisión, la música, los libros, la religión, el sexo, el dinero, los alimentos, ciertos medicamento o drogas, los pasatiempos, los juegos o los deportes y muchas veces, otras personas. En este sentido, una cierta medida de dependencia es un estado psicológico general.

No obstante, considero que la diferencia acerca de que preferencia en cuanto a la dependencia sea del hábito de fumar como una dependencia en este caso de hacer rutina de ejercicio por algunos individuos, es la actitud positiva ante cada una de ellas, y por lo tanto realizarlo en hábito de ejercicio o de fumar, que es en este caso participativo a nivel teórico general en esta investigación.

Y para hacer más precisa dicha dependencia en cuanto al hábito de fumar, es necesario tomar en cuenta que se deriva del tipo de droga que el sujeto depende, y así se hablará de la dependencia morfínica, cannábica, o alucinógena, cocaínica o el tema que aquí se refiere Tabáquica.

Oughourlian, J.,(1985). parte de una clasificación psicológica. para considerar que en la historia de las comunidades, es también parte de historia de las drogas, clasificándose a los usuarios de acuerdo con este autor, en dos grandes categorías, según el carácter que den a su droga:

- 1.- Aquellos para quienes la droga es un medio
- 2.- Aquellos para quienes es un fin.

Para tal fin éste autor utiliza su clasificación e integraría en variedades de toxicomanías y demostraciones que representan todas las posibilidades de conductos de intoxicación voluntaria en el sentido del término como medio o fin. (Ver Cuadro General de Clasificaciones).

CUADRO GENERAL DE CLASIFICACIONES

Clasificación social	Clasificación Psicológica	
TOXICOMANOS PARA QUIENES LA DROGA ES		
	UN MEDIO	UN FIN
Toxicomanías solitarias ó individuales sí	01 Club de los hachisianos Artistas Filósofos	02 Toxicomanías Clásicas. La droga fin en sí.
Toxicomanías de grupo o comunitarios.	03 Toxicomanías de los hippies.	04 Toxicomanías de los Junkies. La droga fin de sí.
Toxicomanías de masa o pueblos	05 La droga para celebrar lo excepcional: Lo lúdico y lo sagrado. Toxicomanías etnológicas - Culto a Dionisos - Adoradores del Peyotl - Carnaval del Río, etc.	06 La droga para olvidar lo cotidiano: Fin para sí. En el tercer mundo: Coca en América del Sur, El hachís en Egipto. En Occidente: Tabaco
	Toxicomanías sociales: Alcohol en Occidente. (en Francia Champagne)	Café, té, coca-cola, Vino (el tinto en Francia). Barbitúricos y tranquilizantes.

Sin embargo en lo que respecta al tabaco entendido como

Fin para el centro de la clasificación psicológica por el autor Dughourlian, considero que esta droga puede ser entendida mejor como un medio, dado que se usa para poder combatir las situaciones estresantes. mantener una situación relajante para quienes lo fuman en forma de cigarro o cigarrillos puro o pipa, pero lo que aquí interesa es como este tipo de planta es considerada por algunos autores como una droga además que existan otras; como un estimulante que distorsiona la percepción en aquellos individuos y es utilizado como un " medio para" obtener estimulación o relajación en el plano fisiológico o no digamos a nivel psicológico otras cosas más, que en el capítulo 2 se mencionará mas generalmente.

Pero volviendo al uso de términos el autor Dughourlian J., (1985), nos hace mención del término farmacodependencia que a continuación se describirá.

Farmacodependencia: Estado psíquico y a veces también físico resultante de la interacción entre un organismo vivo y un medicamento, que se caracteriza por unas modificaciones del comportamiento y por otras reacciones, que comprenden siempre una pulsión a tomar el medicamento de un modo continuo o periódico sa fin de obtener sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar de la privación. Esta estado puede ser acompañado o no de tolerancia. Un mismo individuo puede ser dependiente de varios medicamentos.

Esta definición de la farmacodependencia es puramente descriptiva, pero es lo bastante general para englobar todas las relaciones que pueden establecerse entre un individuo y una droga.

Argumenta por otra parte que las drogas que se refieren al grado 00 (ver tabla de las clasificaciones de las toxicomanías) pueden reunirse todas las toxicomanías de masas o pueblos que no están destinadas a celebrar lo excepcional, que no son un medio de llegar a otra cosa que la droga, que no reconocen en la droga algo divino, trascendente, sagrado o mágico y que sólo lo utilizan por lo que es materialmente la droga.

Con su propuesta para estas toxicomanías la droga era un fin, ya que sólo va a parar a sí misma, pero un fin para sí, es decir un refugio un apoyo, un consuelo de todos los días y de todos los instantes, destinados a hacer olvidar lo cotidiano.

Desde este punto, este otro autor Opler, M. (Cit. en Clark del Giudice, 1975), hace referencia de forma más detallada y general la clasificación de dichas toxicomanías que él llama más propiamente como estimulantes, que entran en relación con la planta misma del tabaco, y que para fines teóricos de la investigación se retomarán solamente y que a continuación se mencionarán.

A. Anfetaminas.

Durante la Segunda Guerra Mundial, en Japón fue la adicción que gozó de gran aceptación por esta población. Y en Estados Unidos de América se alternan con barbitúricos para producir euforia y tranquilidad. Fuera del caso de Japón, se cuenta con pocos datos acerca de las respuestas vistas como psicosis crónicas y por consiguiente deterioro cerebral por el uso popular de dicha adicción.

B. Tabaco

Conocida como un miembro de la familia Solanaceae (*Nicotiana glauca*). En muchas culturas del Nuevo Mundo y del Prehispánico se utilizaba como medicamento. Y un punto interesante es que le atribuyeron desde el principio como tranquilizante. Y es a mediados de 1860, cuando aparecen informes del uso del tabaco en el tratamiento de la epilepsia, la apoplejía, las convulsiones histéricas, la enfermedad de Parkinson y otros trastornos del sistema nervioso. Muchos de sus efectos eran, sin duda, resultado de la sugestión, como un placebo, pero la costumbre de fumar tabaco no se adquiría por sus efectos deprimentes o excitantes, sino, más probablemente, por el placer derivado de sensaciones labiales y visuales, y, en las sociedades primitivas, llenaba fines rituales, como entre los antiguos indios americanos, o se usaba en combinación con polvos alucirogenos, como entre las tribus sudamericanas.

C. Piturina

Es usada la piturina (*pitchuri*) entre los aborígenes australianos como el tabaco. Se emplean hojas de otra Solanaceae, *Duboisia bopwoodii*, arbusto o árbol enano que crece en los desiertos australianos. Las hojas se cosechan durante la época de floración, se secan y a veces se ahuman sobre el fuego. Más tarde se mezclan con cenizas de madera de acacia y se forma con ellas una pasta en forma de puros de aproximadamente seis centímetros de largo, que los nativos llevan consigo para masticarlos de cuando en cuando. Mientras no usan el puro, lo colocan atrás de la oreja como algunos oficinistas llevan el lápiz. Después de masticar bien un pedazo de puro, el bagazo restante es deglutido.

Entre las tribus australianas, las mujeres pueden masticar la planta, pero su objeto más común era calmar el hambre o la sed en el desierto y mitigar los efectos de la fatiga, merced a sus breves propiedades estimulantes. El ingrediente activo es la nornicotina, que tiene una acción similar a la de la nicotina, pero también contiene también pequeñas cantidades de escopolamina (alteradora de la percepción).

D. La hoja de la coca

El uso que los incas sudamericanos hacían de la cocaína era mediante la mastificación de las hojas. El Imperio que se extendía 2 000 millas de norte a sur, abarca los Altos Andes, cuyos caminos estaban unidos por puentes colgantes de una cordillera a otra, lo que obligaba a los corredores a moverse a gran velocidad por muchas y a grandes alturas. Los corredores masticaban las hojas de coca a fin de experimentar una sensación característica de euforia y gozar de un aumento temporal de su energía. No se sabe que produjeran dependencia, probablemente porque la mastificación de la hoja de la coca implica una liberación muy lenta de la droga, aunque es posible que la mastificación de las hojas cree dependencia psicológica. Según ciertas reglas, los corredores debían tomar la planta cruda antes de iniciar su comisión y más tarde, mientras estaban corriendo. Como la carrera era ardua, los mensajeros desempeñaban su trabajo sólo durante un periodo limitado. No experimentaban alucinaciones visuales, auditivas o táctiles, como se observa en los modernos adictos a la cocaína, probablemente porque la ingestión de pequeñas dosis iba seguida de una intensa actividad física, y también porque los productos crudos, más débiles, eran empleados a la "manera india" con un fin serio.

Por otra parte el autor Oughorlian, (1985) dice que mientras que la cocaína es un anestésico para los médicos, es una droga para los occidentales, y el que la mastique recibe el calificativo de "coquero", de acuerdo con esto se calculan que un número de 5 a 6 millones son los intoxicados, dado que mascan muchos kilos de hojas por año.

La coca, lo mismo que la cola y el Khatt, es un excitante. Suprime las sensaciones de hambre, de sed, o de fatiga y permite a las poblaciones miserables de los Andes, soportar sus deplorables condiciones de vida y realizar trabajos penosos con una alimentación reducida. Gracias a ello, los indios pueden efectuar sin fatiga marchas agotadoras; parece que la coca es el ejemplo típico en el tercer mundo de una toxicomania, el "coquero" que lo consume a diario le ayuda, día tras día, a soportar su vida, a olvidar.

E. Cafeína

La cafeína, la teofilina y la teobromina son alcaloides xantenos metilados estrechamente relacionados entre sí, que se encuentran en plantas que crecen en todo el mundo y se han usado como estimulantes del sistema nervioso central desde la prehistoria, generalmente en forma de bebidas. Los más usados son el café, que procede del grano del árbol *Coffea arabica*, probablemente descubierta por los antiguos árabes y que contiene cafeína (palabra que en árabe significa vino); el que procede de un arbusto *thea sinensis*, originado de China y contiene cafeína, teofilina (del griego *hoja divina*) y *teobromina* (del griego alimento divino); la cocoa, cacao o chocolate, que se extrae de la semilla de *Theobroma cacao* contiene cafeína y teobromina y es originario de México; las

nueces de la cola, o fura, o sea del árbol *Cola acuminata* que mastican los nativos del Sudán y contienen cafeína y teobromina, de las que derivan su nombre los refrescos de cola, porque originalmente se hacían de estas nueces; la hierba *maté* o *té* del Paraguay es una bebida popular en América del Sur que procede del *Ilex paraguayensis* y contiene cafeína; la pasta de *guarana*, que se saca de *paulinea cupana* del Brasil, y el *té* de *apalache* o *yuopan*, producto de otras especies de *Ilex* que crecen en los estados de Virginia y las Carolinas, en Estados Unidos de América, también contienen cafeína. La popularidad de estas bebidas como estimulantes que abrillantan el intelecto y disipan la fatiga física y mental, la atestiguan las altas cifras de consumo. Se calcula que sólo los estadounidenses consumen cerca de 3 millones de kilogramos de café por año. Es indudable que el consumo de *té* en Asia supera esta cifra. Estas plantas estimulantes son, seguramente, las sustancias psicoactivas más usadas, además del alcohol (Doughourlian, J. 1985)

F. Khat (o Quat, Q'at y Chat)

En Somalia, Kenya, Abisinia, Etiopía y las partes orientales de la península arábiga los nativos mastican las hojas del arbusto *Cathala edulis* de la familia *Celastraceae*, por su moderado efecto estimulante. Se ha dicho que en Abisinia su uso es anterior al del café, ya que la más antigua referencia a él data de 1333. Como la coca de los Andes Americanos, la planta es estimada por sus propiedades para mitigar la fatiga. Los pueblos Ameru de Kenya, que le dan el nombre de *míraa*, también lo consideran como un valioso energético, lo que hizo que un químico en Nairobi descubriera que contiene alcaloides activos en la corteza y en las hojas. Se dice que el abuso del khat es nocivo debido a que contiene

grandes cantidades de tanino y de otras sustancias nocivas para los procesos digestivos (Clark, del Giudice, 1970).

El psiquiatra J. Carothers, menciona Del Giudice, Clark, 1970) al escribir sobre el uso excesivo de *míraa* como causa de alteraciones mentales, el masticar los tallos y hojas de planta así como la ingestión del jugo, producen en algunos individuos alucinaciones auditivas y estados de exaltación, y describió estos síntomas moderados y semejantes al comportamiento que se ve en la esquizofrenia.

En Somalia, el masticador de *Mhat* compra el producto en mercados donde se emplean hojas de plátano como marca o señal comercial, y en ellas se envuelve la hierba para mantenerla fresca. Además de que en la poesía somalí exalta las propiedades de esta planta.

Se sabe que los alcaloides de la planta, parecidos a la anfetamina, serían tóxicos en grandes dosis, pero la presencia de taninos inhibe dicha toxicidad. Los partidarios del *Mhat* señalan que es rico en vitamina C, y la Organización Mundial de la Salud calculó que 100 grms. de hojas y tallos frescos pueden contener más de 150 miligramos de ácido ascórbico. En la literatura etiope y musulmana se habla de las propiedades afrodisíacas del *Mhat*. Como un estimulante, es probable que cree hábito, pero esto no se ha comprobado. La masticación de *Mhat* suele hacerse en grupos; casi nunca a solas, es también posible que la forma social, colectiva de emplearlo constituya una barrera contra la farmacodependencia. En grandes dosis produce estados de incoordinación y aún de parálisis.

G. Estimulantes que se usan en poblaciones rurales del Asia Central.

Existen otros estimulantes con propiedades medicinales en algunas plantas, estas son utilizadas en poblaciones de la Unión Soviética (hoy llamada país de estados independientes); y más específicamente ha sido tema de investigación por parte del Instituto de Plantas Medicinales y Aromáticas que depende de Minsiterio de Salud Pública de estos estados. Entre ellas, los científicos han encontrado que la secirrina y la equinopsia procedentes de algunas zonas de Kazakhstan y Asia Central, son estimulantes del sistema nervioso central (Cit. en Del Giudice, Clark 1970)

Por tanto se puede ver como cada una de estas estimulaciones son necesarias, y volviendo a recalcar son catalogadas como un "medio para", que algunos individuos las utilizan como estimulaciones, que a diferencia de otros, tienen una actitud diferente, encuentran dicha estimulación con otra alternativa siendo tal vez como con una práctica deportiva de modo rutinario, por ejemplo.

Sin embargo existe información acerca de las repercusiones del Tabaquismo; que no es posible pasar por alto, dado que es necesario observar el otro extremo que es el aspecto nocivo en la salud, y como aquellos individuos sientan la satisfacción y el placer de fumar, también es válido considerar que repercusiones existen en el organismo con este hábito; por lo cual en un segundo capítulo se describirán las generalidades sobre éste.

CONCLUSIONES

En base a lo descrito, encontramos que el tabaco atravesó por diferentes etapas, en la que en primer instancia durante la época prehispánica se le consideraba como una planta sagrada que curaba el cansancio físico, reanimando a la gente, etc. En otras circunstancias durante el siglo XVII en ciudades inglesas se prohíbe el uso del tabaco y se atormenta a todo aquel fumador hasta que confiese el nombre de su proveedor. En ocasiones hasta sufrían decapitaciones, mutilaciones de nariz, pies, manos, entre otros.

Por tanto es importante ubicarla dentro de este contexto histórico-social, porque solo así se explica por una parte la incidencia del hábito de fumar en nuestros días en este lado del mundo occidental. Así como considerar a ésta dentro de las plantas estimulantes del sistema nervioso, particularmente, el modificar el estado de ánimo.

Y actualmente considerada por algunos individuos fumadores como un medio para combatir situaciones estresantes; mantener situaciones relajantes, por ejemplo.

Sin embargo desde mi punto de vista no quiero dejar de lado a otros aspectos relacionados con este tema, como lo son las generalidades de este hábito entendidas a nivel psicológico y fisiológico que en un segundo capítulo describiré.

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

SAMUEL JOHNEON

CAPITULO II GENERALIDADES SOBRE EL HABITO DE FUMAR

2.1 Dependencia al Fumar Tabaco

Lifán, (1990) argumenta que la dependencia se conforma de una serie de síntomas que evidencian que el consumidor regular de una sustancia siga un proceso de acostumbramiento al uso de la misma.

Por otra parte, los autores Stäcker, K. y Bartmann, U. (1977), mencionan las consecuencias que tienen el fumar para la continuidad del hábito de fumar.

Dicha continuación, del comienzo de seguir fumando, da lugar a modificaciones que originan efectos retroactivos sobre la reacción de fumar. Desde el punto de vista interno, los autores dan lugar a una necesidad fisiológica explicable, de aporte de nicotina, en forma de ansia de nicotina; la otra sería una serie de variables psicológicas que no se relacionan directamente con la nicotina, sino con la intensidad de las alteraciones en el comportamiento, traducidas en nicotinomanía.

La primera se refiere a que el fumar en cadena, un cigarro tras otro, es el valor de satisfacción, convirtiéndose en una necesidad o impulso, como en el caso de el comer, el hambre o el beber, o la sed.

El fumar es una reacción que satisface una necesidad y que reduce tensiones creadas por la misma. Partiéndose de que fumar con regularidad produce una necesidad fisiológica, que da lugar a tensiones e impulsos psicológicos los cuales

son, a su vez, reducidos por el fumar.

Por esta parte considero que, en mi objeción al pretender explicar del por qué del hábito tabáquico en algunas personas, se logró a raíz de un análisis derivado de observaciones hechas en la actitud de la persona fumadora, al tomar entre sus dedos el cigarro, encenderlo y darle las comúnmente bocanadas, experimentando una sensación de placer al poner en contacto sus sentidos de olfato, gusto estimulando a su organismo y habituándolo a agentes alcaloides, que en este caso son pertenecientes a la planta de Tabaco, y más específicamente a la nicotina con su metabolito, llamado cotinina, además de agentes aromáticos que provocan también esa dependencia.

Sin embargo esta investigación, denota que detrás de esa dependencia psicológica se alude a todo un ritual del hábito, donde el individuo tiene la cognición de experimentar un -sentido de poder--significando potencia y energía reflejada en situaciones donde necesita controlarlas; llamar la atención, ser aceptado socialmente, entre otros.

Algunas investigaciones denotan la importancia que tiene la polaridad del grado de extroversión, (Stäcker, K. y Bartmann, U. (1977), derivándose algunas características como son: los fumadores son más animados y más sociales que los no fumadores y que los fumadores de pipa y vulneran más fácilmente las normas sociales, siendo por tanto más transgresivos que estos últimos.

Volviendo a retomar a los autores Stäcker, K. y Bartmann

U. 1977) se puede admitir que existe también una necesidad de alcaloide (sustancia orgánica como la nicotina), dado que surgen tensiones debidas a una necesidad y que la reducción de tales tensiones por el aporte de nicotina funciona como un reforzador positivo: el autorreforzamiento a través de un feedback (retroalimentación) propioceptivo, el fumar implica ya las condiciones de su prosecución, y puede convertirse en crecientemente independiente, en autónomo con respecto a las condiciones externas, crea por sí mismo sus consecuencias, con arreglo a un determinado plan de reforzamiento.

De tal modo, muy pronto el individuo experimentará en su propio cuerpo aquello que significa una motivación intrínseca.

Siendo así, hay que admitir que la prosecución del fumar produce también una necesidad fisiológica de nicotina, es decir, que interviene aquí una dependencia con respecto al fármaco o, dicho de otro modo, que la nicotina es una droga que crea hábito. Así se explica el hecho de que los cigarros sin nicotina en su tiempo no hayan tenido éxito entre los consumidores, sin tener tampoco resultados económicos importantes.

Respecto a la nicotinomanía, los autores Stäcker, K. y Bartmann U. (1977), la consideran como dependencia extrema a la droga, a nivel cuantitativo y cualitativo especial, resultado de procesos de aprendizaje, interpretados, desde luego como refuerzo interno, pero en los que al ansia de nicotina se agregan factores no nicotínicos, refiriéndose éstos a condicionamientos externos, como es el

caso, cuando al terminar una comida se desencadena la reacción, o bien por ejemplo, para que quede la redacción del presente texto, tan sólo parece posible si se pone uno a fumar, así como todos los demás posibles conjuntos de estímulos que desencadenan el comportamiento, otros ejemplos serían, después de hacer el amor, cuando se va al baño, etc.

Sin embargo, sea más o menos consciente el fumador de los motivos de su comportamiento, es innegable incluso desde un punto de vista del análisis del comportamiento, que el fumar se continúa y mantiene bajo el control de condiciones externas. Todo fumador y sobre todo aquel que desea reducir su consumo de tabaco, vive la experiencia de que incluso independientemente de su necesidad de nicotina y de fumar, incurre en situaciones de tensión que le dificultan su propósito.

También, debe considerarse que el cigarro mismo puede adquirir cualidad de reforzador positivo, debido a sus efectos, es decir, que no sólo da lugar a consecuencias positivas, sino que puede actuar él mismo como consecuencia positiva; o como lo mencioné anteriormente en una reflexión acerca de experimentar - un sentido de poder - significando potencia y energía- para enfrentar cualquier situación estresante o desagradable -, lo que podríamos designar como autorrefuerzo extrínseco, considerándolos como desencadenantes, el reforzador y el autorreforzador.

Por tanto, dichos autores, afirman que si tenemos en cuenta, en total, la importancia de los factores no nicotínicos, como el elemento de buscar estimulación, sea esta por el fumar o por realizar una rutina de actividad

física; es por ejemplo; denotar esa -necesidad de estimulación- que nos da gratificaciones tanto a nivel fisiológico y psicológico; y más adelante se mencionará con respecto al deporte, dado que en este momento me limito a exponer lo referente a la contribución de la nicotina a nivel fisiológico y más adelante también lo exponeré a nivel psicológico, además de un algunos rasgos característicos del fumador crónico.

Regresando a los factores no nicotínicos, el efecto simpaticomimético (efecto activador, excitante de la droga) de la droga no basta como explicación, ni siquiera para explicar la avidez o ansia de tabaco, es también admitir la existencia de una avidez de fumar cigarros. Así lo testifican observaciones realizadas no sólo en la privación de cigarros en el laboratorio o en autoexperimentos, sino también en observaciones de campo. (Cit. en Stäcker, K. y Bartmann, U. 1977).

Por ejemplo, como lo que sucedió en las épocas de escases de cigarros, como sucedió después de la segunda guerra mundial, y según relata una experiencia de uno de los autores antes mencionados, como cuando su profesor de latín se paseaba nerviosamente, durante el recreo, por el patio del colegio. "En aquellos tiempos se realizaban grandes sacrificios para obtener cigarros. Puede considerarse como una medida de la intensidad de la necesidad las millas que un sujeto está dispuesto a caminar para poder tener un paquete de "Camel" o cualquier otro como Marlboro siendo el más representativo en la actualidad. Medidas análogas son comunes en el laboratorio, por ejemplo en la experimentación animal: cuánto dolor se puede soportar, cuanto trabajo, puede

realizarse a fin de conseguir el medio.

Pero existe el hecho de que sea experimentado como tranquilizante, pero objetivamente (fisiológicamente) como estimulante, de acuerdo con los autores Stricker, K. y Bartmann, U. (1977), así sería comprensible el efecto tranquilizante basándose en la reducción de estados primarios de frustración y la estimulación inducida es vivida como potenciación de la fortaleza del yo. Es decir, la inhalación, desde luego, estimula y activa fisiológicamente, crea un sentimiento de satisfacción, a nivel psicológico, si bien transitorio, proporciona una seguridad de contacto y, en tanto se alcanza este efecto, se logra indirectamente una relajación de los precedentes desequilibrios internos. Se consigue por tanto una reducción de una excitación desagradable por activación con el valor de refuerzo de seguridad.

De acuerdo con Linán, (1990) en el caso del tabaco, resulta difícil determinar la existencia de un verdadero síndrome de abstinencia en el usuario a partir de la interrupción de su costumbre de fumar. En efecto, se dan signos de una gran variabilidad en los diferentes consumidores, de los cuáles se mencionarán más adelante detalladamente; los primeros síntomas se perciben rápidamente en forma de modificaciones en el estado de ánimo y la capacidad de ejecución sin que pueda diferenciarse con certeza de lo que produciría cualquier frustración.

También intervienen otros factores en la percepción del síndrome de abstinencia, como los ambientales o el medio social que fomenta o no el consumo en la participación de

reuniones o eventos, en los que la persona suele fumar, además de todo el aspecto publicitario en la radio y televisión.

Poco después de una semana de que el fumador crónico se abstiene de consumir tabaco, los síntomas se van haciendo más difusos. Así también en una investigación realizada, LIFAN (1990), encontró que al preguntar a los exfumadores durante cuanto tiempo percibieron molestias, se tuvieron respuestas dispares en los diferentes estudios. Algunos reportan un período de entre cuatro y doce semanas, mientras que otros hablan de entre un mes y cinco años. En otro estudio, el 21% de la muestra de exfumadores indicó que sentía deseos de volver a consumir cigarros, a pesar de que habían transcurrido entre 5 y 9 años de haber suspendido el consumo.

Otro patrón que se ha podido percibir es el que deriva de la magnitud del impulso por fumar en las diferentes horas del día, que sigue el mismo patrón que el uso de tabaco por los consumidores. Así el menor nivel de interés por fumar se da por la mañana, al despertar, luego se va elevando, alcanzando su máxima intensidad en las últimas horas de la tarde, para volver a descender a la hora de acostarse por la noche.

Es probable que este patrón responda a variaciones en el organismo del fumador, que podrían estar relacionados con el mismo medio social y la organización de la vida del consumidor y que lo motivan al consumo o a la falta de interés por fumar.

La dependencia al tabaco, evidenciada por esta

compulsión del fumador hacia el consumo de la sustancia, es reforzada por una serie de factores, entre los que destacan los psicológicos y fisiológicos. Tales efectos abarcan tanto los que se producen inmediatamente, en cualquier persona que fuma, como aquellos que se presentan únicamente en fumadores crónicos y que los incitan a mantener su hábito.

En un análisis, reportado por Devins, Gerald, M. (1992) tiene reportado, una interesante relación entre la percepción de autoeficacia para la recuperación de la abstinencia de fumar después de una caída inicial y los subsecuentes éxitos, aplicando la Teoría Cognitiva Social. Este artículo identifica y dirige tres resultados: a) la distinción entre autoeficacia y creencia de resultados; b) medición de autoeficacia y expectativa de resultados y c) especificación de modelos explicativos.

Dicho autor, interpreta sus hallazgos como una evidencia de que hay una relación condicional entre Autoeficacia de Recuperación de Abstinencia, donde los sujetos con una alta Autoeficacia de Recuperación (SER), están altamente confiados en su capacidad para reestablecerse en resultados de abstinencia de fumar. EL exceso de seguridad en uno es la capacidad para recuperarse de una caída en el fumar, que no ocurriría en sujetos con bajo SER.

Por otra parte, Becoffa y Oblitas (1990) argumentan que fumar tabaco conduce a dos diferentes, pero entrelazados tipos de dependencia: conductual y farmacológica. Ambas se dividen en dos: La dependencia conductual que puede ser formada de una parte social y de una parte psicológica. La base farmacológica de fumar tabaco esta constituida por una

dependencia fisiológica en el sentido clásico, donde los sistemas y órganos en el cuerpo se adaptan y/o desarrollan tolerancia y ajustan y contrarrestan los efectos de la nicotina perturbadores de la homeostasis. Por ejemplo, a pesar del efecto de la nicotina de aumentar la presión de la sangre, los fumadores no presentan mayores niveles que los no fumadores. La abstinencia y la inquietud pueden ocurrir cuando la administración de nicotina es interrumpida, a menudo se observa un efecto de rebote de las catecolaminas.

La acción de la nicotina en el cerebro es, sin embargo, de mas importancia para el fumador. La nicotina ha sido clasificada como un estimulante, pero probablemente de aún más importante es la capacidad de alterar el estado de ánimo; por ejemplo: la irritación y la agresión pueden ser controladas con el tabaco. En un sentido general, el tabaco parece ser capaz de alterar el estado de ánimo.

La nicotina actúa sobre los receptores colinérgicos centrales. Su naturaleza funcional esta apoyada por su habilidad para incrementar el descenso de glucosa. Los receptores están más densamente localizados en el córtex y el sistema límbico. Es probable que la nicotina actúe como un estimulante en el córtex pero al mismo tiempo puede actuar sobre el sistema límbico como un sedante; esto es inhibiendo y amortiguando las emociones. En el nivel psicoconductual parece aliviar la inquietud emocional e incrementar la habilidad para enfrentarse con los problemas y el estrés de cada día.

El cuadro clínico de la dependencia emocional del

fumador sobre el tabaco se parece mucho al de aquellos que usan benzodiazepinas intermitentemente. El que las utiliza puede no experimentar síntomas de abstinencia cuando no toma la droga diariamente. De hecho pueden ser capaces de estar sin ella durante varios días. Pero en ciertas situaciones o más específicamente, cuando ciertas emociones van probablemente a ocurrir o ya han ocurrido, necesitan mucho su droga para enfrentarse con o alterar las emociones y el estado mental.

Las situaciones en que la recaída de fumar es más probable que ocurra implica aquellas donde las emociones, y particularmente emociones negativas son intensas. La dependencia que se desprende de la necesidad de controlar las emociones puede ser denominada con el término de dependencia emocional (Becoffa, E. y Oblitas, L.(1990)

Por otra parte, los autores Stacker, K. y Bartman U. (1977), argumentan que desde una fundamentación teórica, existen dos sectores fisiológicos que deben tomarse en cuenta como son: el sistema periférico y el sistema nervioso central. Efectos generales del aporte de nicotina, por vía inhalatoria, son periféricamente la aceleración circulatoria, una frecuencia cardíaca más elevada, un consumo basal de oxígeno más alto, aumento del número de pulsaciones y de la presión sanguínea, comparativamente más el primero.

La gradual constricción de los vasos periféricos se observa unos 20 mn. después de la inhalación. Estos efectos periféricos muestran que la nicotina ejerce un efecto estimulante: en ello es de particular importancia, la dosificación: las dosis bajas estimulan, las dosis elevadas

paralizan por ejemplo, los centros respiratorios. Por lo que respecto al sistema nervioso central, el efecto del fármaco ha de considerarse también como estimulante, como demuestran determinados hallazgos electroencefalográficos. Las dosis altas dan lugar a temblor y convulsiones.

En relación con todo esto, hay investigaciones citadas por los autores Stäcker, K. y Bartmann, U. (1977), en las que se inyectaron nicotina en una prueba a ciegas, es decir, los sujetos del experimento no sabían que en estos experimentos se estaba estudiando el efecto de la nicotina. A partir de una dosis de 2-4 mg por hora se comprobó un notable descenso de la cantidad de tabaco fumado, es decir, los sujetos sometidos a prueba fumaban menos. Se calcula que con dos cigarros por hora se absorben unos 4 mg de nicotina. Los experimentos muestran también, sin embargo que la nicotina inyectada no puede sustituir por completo a la inhalada, lo cual, o bien puede interpretarse como una intervención de factores no nicotínicos, o bien como alusivo a la importancia de concentración local de nicotina en el sistema respiratorio.

La nicotina ha de producir en dosis bajas efectos que son comunicados como agradables por el organismo. Este efecto afectivo es atribuido en la actualidad por diversos investigadores a la liberación de noradrenalina producida en el cerebro por la nicotina y este proceso, de modo similar a lo que se admite con respecto al efecto de algunos fármacos antidepresivos; es considerado como responsable de alteraciones psicológicas, con aumento de impulsos y elevación del estado de ánimo. En el cerebro de ratones y en el diencefalo de ratas se han comprobado alteraciones del

nivel de noradrenalina debidas a la nicotina. Con esta aliucción general a las teorías referentes a la relación existente entre emociones y neurohormonas, según las mismas, habría que buscar en el diencéfalo los puntos de ataque a partir de los cuales se pone en marcha un refuerzo intrínseco inducido por hormonas.

Así pues, la nicotina ejerce una acción activadora y la vía más eficaz para ponerla en marcha parece ser la inhalación de cigarro, la cual, a través de la excitación de zonas respiratorias, conduce finalmente a concentraciones del alcaloide de la nicotina en el cerebro (diencéfalo), dando lugar en éste a cambios bioquímicos liberación de noradrenalina). Esta teoría farmacológica del mantenimiento del hábito de fumar o la actitud de aceptación hacia el fumar, considera, pues, a la nicotina como un autorreforzador positivo. Quedando así que las pequeñas dosis de nicotina ejercen una acción estimulante sobre el sistema nervioso central, mientras que las grandes dosis lo deprimen (Stäcker, K. y Bartmann, U. (1977).

2.2 Componentes del Humo del Cigarro

Según el autor Zapata, C. (1990), los fumadores pasivos son obligados a inhalar el humo que despiden los cigarros de los fumadores activos.

Pero para fines de la investigación aquí desglosada, prefiero abstenerme de omitir juicios morales de si es bueno o malo tener un hábito de fumar sea este crónico, moderado, eventual; dado que dejaría de lado importantes hallazgos que puedan contribuir al porqué algunos individuos prefieren

estimularse valga la redundancia con agentes farmacológicos, estimulantes en forma de drogas o alucinógenos, pero más propiamente dicho en esta investigación la contribución fisiológica y psicológica del tabaco; y otros tienen una actitud de no aceptar el hábito de fumar, tal vez compensándola con una actividad física rutinaria, se inclinan a ésta. Dicha exposición solo se basará en fundamentos teóricos ya que en sí se manipulará solo la relación de la actitud de fumar en sujetos fumadores y deportistas con dos instrumentos (ver anexo 1 y 2)

Por tanto, Zapata, C. (1970), menciona que fumar no es una actitud individualista, sino un acto compartido, un vicio que daña la salud física y mental del fumador, también la de los no fumadores que lo rodean.

Los químicos dedicados a la investigación han encontrado que la planta de tabaco contiene por sí solo más de 100 compuestos químicos diferentes.

Este hecho se complica porque, según las investigaciones, la mayor parte del tabaco se procesa para fabricar cigarros. En el humo de cigarro se encuentran compuestos adicionales, debido a que se quema de una manera particular (Houser, N. 1970)

Otros autores, como Stäcker, K. y Bartmann, U. (1977) mencionan otros datos acerca del contenido del humo del cigarro, como una mezcla compleja de gases y partes de humo (aerosol). Se puede partir de unos 500 compuestos químicos distintos, que se conocen como derivados del alquitrán de hulla. De ellos, los compuestos hidrocarbúricos benzipireno

y dibenzopireno, se han mostrado como carcinógenos en la experimentación animal. Estos efectos son posiblemente reforzados por otros ingredientes (cocarcinógenos). El contenido en brea (alquitrán) por cigarro se puede calcular entre 15 y 30 mg. Con respecto al cigarro sin filtro se calculan por término medio unos 23 mg de brea. Una determinada marca de cigarrillos alemanes por ejemplo, alcanza el valor máximo, con 28 mg de brea y 1.9 mg de nicotina. Los componentes gaseosos contienen nitrógeno (73%), oxígeno (10%), anhídrido carbónico (1,5%). Es clínicamente importante la proporción de monóxido de carbono (4,2%) que forma con especial facilidad compuestos con la hemoglobina (capacidad de fijación: más de 300 veces superior a la del oxígeno), reduciendo así la función del pigmento rojo de la sangre (transporte de oxígeno). Las consecuencias cardiovasculares son referidas, aparte de otros factores, a calcificación y depósito de grasas en los vasos sanguíneos, debido al CO. Como efecto general de los productos de combustión se admite una reducción o bien modificaciones en las células ciliadas, que tanta importancia revisten en el funcionamiento pulmonar, y seguidamente, engrosamiento de las células basales, aumento del estrato de células basales y por último, cáncer de pulmón. La pérdida de células ciliadas de la mucosa bronquial, que sirven para la filtración y detección de finas partículas de polvo, da lugar a su sustitución por células epiteliales aplanadas, que no existen en bronquios sanos y a partir de estas formaciones celulares atípicas (precancerosis) resulta el carcinoma, existen observaciones de algunos investigadores en las que muestran que en 11 000 cortes de tejido pulmonar la aparición de células atípicas de un 95% en fumadores de cigarrillos y 20% en no fumadores.

Entre las circunstancias carcinógenas se cuenta así mismo la temperatura de combustión que es en los cigarros de 850° en 600 grados centígrados y en la pipa de 500 grados centígrados.

Ya que existe la tesis del carcinoma pulmonar como secuela del hábito de fumar cigarros, tiene implicaciones más severas (tan sólo un 5% aproximadamente de posibilidades de supervivencia en los 5 años siguientes) han obtenido una notable divulgación entre el público que va unida a una controversia algunas veces de tipo emocional. Es desde luego innegable que la mayoría de las comprobaciones se basan en correlaciones y no en causalidades.

Respecto a la mortalidad parece ser especialmente alta entre los sujetos de 40 a 50 años, ascendiendo al doble de la correspondiente a no fumadores. Aparte de ello, el comienzo precoz del hábito constituiría un factor desfavorable.

En lo tocante a los fumadores de cigarros que no tragan el humo, la cifra comparativa sería el 1,5; para los que lo tragan de 2,2. (Stäcker, K. y Bartmann, U. (1977).

Dichos compuestos pueden actuar como reforzadores farmacológicos y facilitar el establecimiento del hábito de fumar. Si bien en el comportamiento de fumar intervienen elementos que se derivan del aspecto psicológico del usuario y de factores socioculturales, es obvio que las características y propiedades del tabaco también desempeñan un papel de importancia, porque, en caso contrario, se fumaría también cigarros provenientes de otras sustancias vegetales. Entre los compuestos del humo del cigarro se

encuentran altas concentraciones de substancia cancerígenas, como: cianuro de hidrógeno, monóxido y dióxido de carbono.

El cianuro de hidrógeno es el gas letal que utilizaron los nazis en las cámaras en que perecieron cientos de miles de seres humanos. Otro gas letal, el monóxido de carbono, mata a las células del organismo e impide que llegue suficiente oxígeno a los tejidos cerebrales, por lo que uno de sus efectos más evidentes es hacer más lenta la actividad cerebral. Investigaciones recientes indican que la sangre de un fumador contiene de 5 a 10% de monóxido de carbono (LIFÁN, 1990)

De acuerdo con el autor, LIFÁN, (1990), menciona que el fumador que consume una cajetilla diaria realiza más de 50 000 inhalaciones al año y en cada una de ellas provee a sus pulmones y su corriente sanguínea de una gran diversidad de sustancias químicas, a la par que va enraizando su comportamiento y fortaleciendo el establecimiento de refuerzos secundarios, tales como la vista, o el olor del cigarro, el procedimiento de encenderlo y el contexto con el que se asocia el fumar, como por ejemplo el final de una comida, o la ingestión de café o una bebida alcohólica. Todo ello dificulta los intentos de suspender el consumo.

La temperatura del humo incide también en las condiciones sociales del consumidor. Esta característica depende de la forma de fumar; por ejemplo, si se fuma un cigarro de 6.5 cm de largo en dos minutos, la temperatura del humo puede elevarse a 110 grados centígrados, pero si se lo fuma en 11 minutos, la temperatura será de sólo 46 grados centígrados. A pesar de que el humo de una pipa alcanza mayores temperaturas, se considera que el menor daño

observado entre los consumidores se debe a que por lo general no tragan el humo. Por el contrario, la mayor propensión a padecer cáncer en la boca y labios entre los fumadores de pipa puede atribuirse a las altas temperaturas en que se quema el tabaco (Lifán, 1990)

Houser, N.(1990), argumenta que al analizarse el humo de cigarro, los químicos encontraron que consta de tres partes principales. Estas tres partes son diferentes gases, como los mencionados anteriormente, además de vapores calientes y miles de trocitos o partículas de tabaco quemado, éstas últimas cuando se enfrían en un determinado tiempo, queda una mancha viscosa llamada alquitrán que también fue mencionada anteriormente. Dicha sustancia es conocida por los fumadores, dado que mancha dientes y dedos.

El alquitrán contiene por lo menos 10 sustancias que producen cáncer, llamadas carcinógenos, y co-carcinógenos. Estos compuestos no producen cáncer por sí mismos, pero en presencia de los carcinógenos actúan con mayor rapidez.

Pero también, Houser, N. (1990), menciona que se encontraron cantidades de estas sustancias; cuando un fumador a la hora que se las introduce por vía de fumar cigarro; y a su vez será necesario tomar algunos factores para que dichas sustancias se introduzcan como las siguientes:

- El tipo de tabaco y de papel de cigarro que se usa.
- Si el cigarro tiene filtro y hasta qué punto es eficaz.

- La longitud del cigarro, - es decir, si el humo se filtra a través de una sección larga que aun no se ha consumido, o si pasa por un tramo corto lleno de sustancias que se filtran de la parte quemada.

- La temperatura a la que se quema el tabaco.

En consecuencia, se coincide en el hecho de que el tabaco fumado en cantidades lo suficientemente grandes y durante un periodo prolongado tiene un grave efecto en el cuerpo humano.

2.3 Algunos características psicológicas del fumador

Lifán (1990), en diversos estudios ha intentado definir el perfil psíquico 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. Entre los adolescentes, fumar puede ser percibido como una compensación para aquellos estudiantes que no han obtenido éxito en otras formas de comportamiento, de manera que, si bien experimentaron con el tabaco por curiosidad como los demás, después llegan a considerarse al hecho de fumar como un comportamiento que permite enfrentar una situación, de la misma forma que es usado por los adultos. Otra característica que se da entre los fumadores con más frecuencia que entre los adolescentes es la variable de adaptación a un nuevo lugar desconocido o situación que modifica su forma de vida, como cambios de domicilio, ausencia de uno de los padres o ingreso a la Universidad, por ejemplo.

Existen una serie de características psicológicas de los fumadores que sufren enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (EPOC), de lo cual Oblitas, L. y Becoña, E. (1990) describen unos hallazgos encontrados en investigaciones donde observaron que estos pacientes tendían a vivir bajo continua tensión emocional. Los pacientes pueden llegar a ser irascibles, deprimidos, o incluso felices, a causa de cualquier cambio emocional significativo que conduce a síntomas distresantes y algunas veces a una descompensación fisiológica. En un estudio posterior, se encontró en una población clínica de enfermos del tórax que las variables principales asociadas con la capacidad para dejar de fumar eran tener buenos valores psicológicos y habilidad para expresar las emociones abiertamente. En pruebas de personalidad, los pacientes EPOC han sido descritos como más ansiosos, aislados socialmente, solitarios, deprimidos, psicasténicos e histéricos que los sujetos control.

Se dice que los estados de acción emocionales, tales como un grado significativo de ansiedad, ira y euforia, están asociados con un incremento de gasto de energía, ventilación elevada, alto consumo de oxígeno y tensión muscular esquelética, mientras que los estados psicológicos de calma tales como apatía, depresión y relajación están asociados con una reducción de gasto de energía, etc. Entonces, un paciente con severa EPOC puede volverse más hipóxico, hipercarbónico y disnéico bajo ciertas emociones intensas.

Becoña (1990), indica que los fumadores EPOC no mantienen el humo caliente en su boca y garganta durante el mismo tiempo que lo hacen los fumadores normales. Además

ellos inhalan todo el humo hacia los pulmones en una inhalación continua. Mientras que esta conducta podría ser un efecto de enfermedad, puede además indicar una gran diversidad subyacente de nicotina; esto es, siendo más nicotino-dependiente.

Pero al menos, los pacientes EPOC parece como si su conducta estara más racional que emocionalmente gobernada en comparación con otra gente. Ellos parecen tener su expresión emocional limitada. Aquellos pacientes de tórax que dejan de fumar parecen encontrarse psicológicamente más estables que los que continúan fumando. Ellos pueden carecer de recursos psicológicos y de conducta para sustituir la de fumar. Esta carencia de recursos psicológicos pueden hacerlos vulnerables a la dependencia de la nicotina, particularmente a la influencia controlada emocionalmente sobre el sistema límbico. Por otra parte no debe olvidarse que ellos pueden sufrir de una fuerte dependencia fisiológica, conduciéndoles a un más intenso síndrome de abstinencia. Esto es totalmente posible para aquellos que se han seleccionado a sí mismos, para ser pacientes EPOC, ya que han estado fumando más e incluso más efectivamente que el fumador promedio.

2.4 Factores desencadenantes del inicio y mantenimiento del hábito de fumar

Becoffa y Oblitas, (1990), señalan que algunos investigadores proponen la necesidad de tener un mayor conocimiento de la psicología del fumador, para conocer los factores que influyen en el inicio y mantenimiento del hábito de fumar, por lo que a continuación se describirán algunas variables.

Las variables responsables del inicio del hábito de fumar son de naturaleza psicosocial; durante la adolescencia, la curiosidad de experimentar una nueva sensación y/o conductas de rebeldía pueden determinar el inicio del fumar. La influencia de modelos que poseen dicho hábito, tales como padres, hermanos y personas significativas.

Así como, por personas de la misma edad y los personajes destacados o ídolos también tienen mayor atención (Stäcker, K. y Bartmann, U. 1977)

Como por ejemplo, el mismo que ha sido utilizado en los comerciales de Marlboro y que forma parte de una de las compañías publicitarias de cigarrros más exitosa de la historia. El hombre Marlboro, donde lleva un sombrero Stetson que cubre su cabeza, dando sombra a su cara maltrecha por las inclinencias del tiempo. Se quita el sombrero y se seca el sudor de la frente. Ha llegado el momento, el momento de encender un Marlboro (Zapata, C. 1989)

También otra de las variables son los medios masivos de difusión, tal como ocurre con la publicidad de cigarro en la radio y la televisión. Otra es la imitación o aprendizaje observacional como factor decisivo para el inicio del consumo de cigarro.

En suma las consecuencias positivas inmediatas del fumar son (sentirse relajado), así como la evitación de los efectos aversivos que produce el estar abstinentes (estar ansioso) y la existencia de señales en el medio ambiente, las variables psicológicas son importantes en la continuidad del tabaquismo; dado que le permite al individuo un mejor

desenvolvimiento en su entorno laboral, social o familiar, proporcionando mayor confianza y seguridad (Oblitas, y Becoña, (1990)

2.5 Efectos producidos por fumar tabaco

De acuerdo con Oblitas y Becoña (1990), enuncian que la costumbre de fumar incrementa la probabilidad de contraer tipos de cáncer y otras enfermedades del pulmón, el corazón y todo el aparato circulatorio. Así es como a continuación muestran algunas investigaciones en relación de la incidencia de tabaco en América Latina principalmente.

Siendo en la actualidad un tipo de drogadicción más frecuente en las poblaciones de todo el mundo puesto que alrededor del 40 por cien de los hombres y el 20 por cien de las mujeres son fumadores. Así por ejemplo, en una encuesta realizada por la Organización Panamericana de Salud (OPS,1977) sobre la incidencia del consumo de tabaco en América Latina, se encontraron las siguientes conclusiones:

- a) El hábito de fumar esta muy generalizado entre hombres y mujeres de Latinoamérica.
- b) El hábito de fumar alcanza su nivel elevado, en hombres y mujeres, entre los 25 y 54 años.
- c) No se dan diferencias entre porcentajes de fumadores y grupos ocupacionales.
- d) A mayores niveles educacionales, en las mujeres mayor es la probabilidad de fumar cigarros.

d) El hábito se adquiere, a edades muy tempranas, antes de los 20 años.

f) La mayoría comenzó a fumar por imitación de compañeros de estudio.

g) La mayoría prefiere cigarros rubios y con filtro.

h) Cerca del 29% de los hombres y el 15% de las mujeres que fuman consumen 20 o más cigarros al día.

Otras de las conclusiones del hábito de fumar en América Latina fue realizada en 1971, y que comprendió a ocho ciudades importantes como las siguientes: Bogotá, Caracas, Guatemala, La Plata, Lima, México, Santiago de Chile y Sao Paulo; fueron las que a continuación se detallan:

1) Los fumadores están preocupados por las consecuencias del hábito sobre su salud.

2) Más de la mitad de los fumadores inhalan el humo hasta dentro del pecho, aspiran casi todas las pitadas, dejan colillas pequeñas y no permiten que el cigarro se consuma sin ser fumado.

3) El 45% de los hombres y el 39% de las mujeres que fuman intentan dejar de fumar y el 56% de hombres y el 51% de las mujeres tratan de reducir el consumo diario de los cigarros.

4) Uno de cada tres exfumadores experimenta un fuerte deseo de volver a fumar, después de haber abandonado el hábito.

5) Fumar cigarros es fuente de una variedad de satisfacción psicológicas, 2/3 de los fumadores piensa que al fumar, se tranquilizan y obtienen placer, el 40% sostiene que adquiere seguridad y entre el 16% y 25% piensa que incrementa el atractivo personal.

6) El hábito de fumar se desarrolla en la sociedad en concordancia con un proceso de difusión y otro de mantenimiento.

Por lo antes dicho, se puede apreciar que el hábito de fumar tabaco es un comportamiento ampliamente generalizado en la población masculina y el 16.5% de la femenina, es decir cerca de una tercera parte de la población adulta de México fuma cigarros.

Por otro lado, la problemática del hábito de fumar cigarros está adquiriendo gran relevancia en los últimos años, en relación a las consecuencias que dicho hábito tiene para la salud.

Por otro lado Stäcker, K. y Bartmann, U. (1977), mencionan que más de la mitad de los adultos de edades comprendidas entre los 30 y los 50 años han de considerarse como fumadores relativamente regulares. La iniciación en el hábito de fumar se da, por término medio, a la edad de 17 años. En los grupos de mediana edad hay casi un número doble de fumadores, que de fumadoras. Las cuotas de aumento en el sexo femenino resultan especialmente impresionantes durante estos últimos decenios.

En general, los estratos sociales clasificados como

inferiores muestran un número mayor de fumadoras. Las capas sociales superiores, son las que cuentan con una mayoría de no fumadores. Los sujetos religiosos y que asisten con regularidad a la iglesia son muy pocas veces grandes fumadores de cigarros.

El fumar cigarros es actualmente la forma más frecuente de consumo de tabaco.

Además de que el que haya fumado marihuana tuvo que haber aprendido primero a fumar cigarros (Zapata, C. 1989)

Más de un 40% de los consumidores son fumadores exclusivos de cigarros; tan sólo un 5% fuman exclusivamente pipa y otro 5% cigarros puros. El cigarro con filtro representa aproximadamente un 90% del mercado actual de cigarros.

Pero, cabe agregar que en la actualidad se han difundido distintas marcas entre ellas: Marlboro Light, Viceroy Ligth, entre otras, que promocionan su producto bajo en nicotina.

En cuanto a las enfermedades asociadas al tabaquismo destacan: cardiopatía isquémica, arterosclerosis, hipertensión arterial sistémica y tromboembolia de los miembros inferiores. La bronquitis crónica, el enfisema pulmonar, el cáncer de pulmón y de otros órganos, ocupan los primeros lugares de morbilidad y mortalidad en la actualidad (Oblitas, y Becoña, 1990)

Se han acumulado pruebas experimentales epidemiológicas y clínicas que apoyan la asociación entre tabaquismo y

morbilidad. La relación de la mortalidad para adultos fumadores contra adultos no fumadores es casi de 1.7; esta relación consiste en la relación del número de muertes observadas en fumadores, aumenta con la cantidad fumada y es directamente proporcional a la duración del tabaquismo. Las relaciones de mortalidad son también mayores para quienes empiezan a fumar en edades mas tempranas. En suma, los efectos del hábito de fumar sobre la esperanza de vida, dan como resultado que esta disminuya de manera significativa.

Por ejemplo, un fumador de dos cajetillas diarias, de 30 a 35 años de edad, tiene una esperanza de vida menor que varía de 8 a 9 años en comparación con los no fumadores de la misma edad. El exceso de mortalidad de fumadores es mayor para los grupos de edad de 34 a 54 años, tanto para hombres como para mujeres. Fumar cigarros es la mayor causa posible de muerte (Lifán, 1990)

Además de que en el estudio realizado por Donald P. Kadunce, Randy Burr., et al. (1991). Titulado: Fumando cigarros: Factor de riesgo para las arrugas faciales prematuras. Donde su objetivo fue determinar si fumar cigarro es un factor de riesgo para determinar el desarrollo de las arrugas faciales prematuras. Diseñaron un estudio transversal representativo. El ambiente fue una clínica y una comunidad para la suspensión de dejar de fumar. Utilizando un muestra de 132 adultos fumadores y no fumadores en 1988. Se les administró un cuestionario para cuantificar el número de cigarros fumados y obtener información acerca de algunos factores tales como: pigmentación de la piel, exposición al sol edad y sexo de los sujetos. El proceso de detección de las arrugas progresivas se observaron en

fotografías tomadas de la región temporal de los sujetos.

Los principales resultados fue que la prevalencia de las arrugas prematuras estaba independientemente asociado con la exposición al sol y los paquetes fumados por año. Después se observó que la edad, sexo y exposición al sol contribuían en el incremento de las arrugas prematuras, con el incremento de paquetes fumados por año.

Los fumadores fuertes de cigarros (750 paquetes anuales) estaban 4.7 horas más y con probabilidad mayor de arrugarse más que los no fumadores. Cuando la excesiva exposición de más de 50 000 horas de vida también se incrementaba el riesgo a estar excesivamente arrugado (3.1 pliegues). Por otra parte, se encontró que si había una excesiva exposición al sol y fumando cigarros al mismo tiempo, el riesgo de desarrollar excesivas arrugas estaba multiplicado a razón de prevalencia de 12.0

La conclusión a la que llegaron fue que fumar cigarros es un factor de riesgo independiente para el desarrollo de arrugas prematuras.

También fue realizada una encuesta entre trabajadores de un Hospital General en el D.F. (1991)

Con el objetivo de conocer el número de fumadores entre ellos, aplicándoles un cuestionario cerrado a 1092 personas. El hábito de fumar fue positivo en 678 (62.1%) y negativo en 414 (37.9); hubo diferencias estadísticamente significativas $p < 0.01$. La tasa para los trabajadores nocturnos fue de 80.0 en comparación con la de los trabajadores matutinos y

vespertinos con 55.81 y 62/38 respectivamente. Los hombres tuvieron una tasa de 66.79 y las mujeres de 57.55 sin diferencia significativa. El cigarro fue la forma mas comun de consumo de tabaco, la pipa y el cigarro puro fueron muy raros. El mayor número de fumadores se localizó entre las décadas 31-40 años (65.4%) y 21-30 años (62.7%) de edad; muy pocos trabajadores tenían menos de 21 años, pero entre ellos 63% fumaba. El hábito de fumar fue más común en los grupos de elevada escolaridad. El grupo de médicos fumadores fue importante, de 284 el 61.6 por ciento fuman mientras trabajan en el hospital. Bajo esta circunstancia se puede observar que el personal hospitalario da la impresión de que el fumar no implica ningún riesgo. El dato es de interés porque los médicos de base, a pesar de tener pleno conocimiento del daño a la salud que produce el tabaco, con frecuencia fuman en sus horas de trabajo y son adictos. Posiblemente la desensibilización ocurre a través de sus actividades cotidianas y del estrés que sufren, lo cual podría originar negación o desprecio ante el riesgo implícito para la salud.

La Sociedad Liga Española que lucha contra la Hipertensión, (1991) difunde que se ha confirmado que en los fumadores de cigarros existe un deterioro general, de función pulmonar en comparación con los no fumadores. Los componentes irritantes del humo (alquitrán, monóxido de carbono, etc.) producen un daño progresivo en los pulmones causando enfisema pulmonar o tórax hinchado.

El consumo de cigarros es un importante factor de riesgo de infarto del miocardio e incluso de defunción por esa enfermedad. El monóxido de carbono juega una importante

tunción en los mecanismos por los cuales el consumo de cigarros incrementa la probabilidad de cardiopatía isquémica.

También se ha encontrado que lo individuos hipertensos que son sometidos a abstinencia de tabaco y cafeína durante 8-10 horas, tienen cifras tensionales a primera hora de la mañana sensiblemente inferiores a las de tres mediciones previas en la clínica de hipertensión a la que acudían habitualmente.

Además, la nicotina altera el equilibrio entre las secreciones ácida y alcalinas, perturba la motilidad pilórica y favorece así el reflujo duodenogástrico. En lo que atañe al embarazo, el tabaquismo durante este periodo produce un retraso del crecimiento e incrementa la probabilidad de riesgo de mortalidad perinatal.

2.6 Efectos producidos por la Abstinencia del Hábito de Fumar

Lifán, (1990) menciona que existen efectos inmediatos y a largo plazo en el organismo del fumador cuando éste se abstiene de fumar cigarro. Por lo que a continuación se mencionará, en los siguientes párrafos.

Cuando se interrumpe el consumo de manera regular con respecto al hábito de fumar, se produce una variedad de signos y síntomas que pueden incluirse en un verdadero síndrome de abstinencia.

En la mayoría de los fumadores crónicos, los síntomas de abstinencia mejor conocidos son:

Inquietud, torpeza, aumento de apetito, trastornos del sueño, irritabilidad, ansiedad, trastornos gastrointestinales, cefalea y trastornos de concentración y la memoria, disminución en la frecuencia del pulso y de la presión arterial sanguínea e hiperfagia (Cit. en Escayola, Garduza, L., 1988)

Este síndrome es sumamente variable en cada consumidor, pero una de sus características es que su intensidad depende de la dosis que diariamente utiliza el consumidor. Así, los fumadores moderados presentan síntomas menos severos que los que consumen dosis más fuertes.

La falta de consistencia en los síntomas percibidos por quien interrumpe el consumo de tabaco se palpa en la literatura científica al respecto, la cual transmite informaciones contradictorias. En parte la diversidad de resultados de las investigaciones se debe a que los sujetos que intervinieron tenían distintas formas de fumar debido a que cada persona inhala o traga el humo con diferente intensidad, de manera que el número de cigarros consumidos no indica la cantidad de nicotina que ingresó al organismo. Por otra parte, la forma en que cada individuo metaboliza esta última sustancia también es variable (Lifán, 1990)

2.6.1 Efectos Inmediatos de la Abstinencia

La interrupción del hábito de fumar se observa también en alteraciones de los sistemas: nervioso central y cardiovascular, así como en el funcionamiento de otros sistemas, sin que se haya podido determinar con precisión el grado en que se desarrolla un verdadero síndrome de

abstinencia, caracterizado por un incremento en los efectos que la droga provoca en el organismo del usuario crónico, o si la mayoría de los síntomas que se perciben representan solo un regreso a los niveles normales.

Respecto a la relación sistema nervioso y el hábito de fumar, en una investigación realizada por Gilbert, Robinson, Chamberlin y Charles Spielberger, encontraron datos interesantes acerca del efecto de la nicotina en el cerebro.

Y que aquí en breve se mencionarán

Se encontró que fumar cigarros de alta concentración de nicotina (con 0.77 mg de nicotina) durante un film estresante se asociaba a una reducción de ansiedad, activación del hemisferio derecho e incremento de frecuencia cardíaca y una ampliación de activación electroencefalográfica de la región parietal del hemisferio izquierdo hasta el hemisferio derecho.

Dichos resultados se interpretan como indicadores de que el hemisferio derecho es el mediador de los efectos de la nicotina.

Estos efectos de actividad dependientes de la nicotina sobre la EEG son consistentes (Eynseck, 1973,1980)

De que la nicotina reduce la activación cortical cuando esta es alta, pero la estimula cuando la activación cortical es baja. Si la nicotina tiene efectos reductivos de actividad sobre EEG durante el estrés, estos efectos pueden relacionarse a los reportes frecuentes que muestran que la nicotina y el fumar ayudan a los fumadores a relajarse y

enfrentarse al estrés y a afectos negativos (Spielberger, 1986)

Aunque la literatura sostiene el punto de vista de que la nicotina en dosis mesuradas tiene efectos relajantes y de mejora en la disposición y el estado de ánimo, el mecanismo que subyace a éstos efectos aún no es claro (Gilbert, 1979) (Pomerleau y Pomerleau, 1984)

La cuestión de si la nicotina tiene efectos de incremento en la disposición y estado de ánimo en individuos que habitualmente no consumen tabaco no han recibido suficiente atención (Schachter, 1979)

En otras circunstancias, se han observado cambios que incluyen la disminución del número de palpitaciones y de la presión sanguínea, que se produce a las seis horas de haber interrumpido el consumo, prolongándose este efecto durante tres días y pudiéndose percibir hasta los 30 días en algunos casos. También se ha demostrado una disminución en la excreción tanto de adrenalina como de norepinefrina y varias modificaciones metabólicas.

La presencia de estos síntomas se ha confirmado a través de electroencefalograma.

Golding y Mangan, (1982) reportan que en condiciones de baja actividad el fumar induce un decremento en la activación EEG el fumar induce un decremento en la activación EEG (incremento de ondas alfa) durante una situación estresante.

También se ha observado que el promedio de frecuencia, medio a través de electroencefalograma en fumadores crónicos que han suspendido el consumo, es significativamente menor -- que el normal y que este se recupera cuando vuelve a fumar.

Por otra parte, retomando a Liñán, (1990) menciona otra modificación sufrida por los consumidores crónico que interrumpen el consumo es el incremento de peso. También en ocasiones se presentan ampollas en la boca y constipación, síntoma que desaparece si vuelven a fumar.

Después de tres a seis semanas de haber interrumpido el consumo de tabaco se pueden observar modificaciones en el funcionamiento cardiopulmonar, tanto cuando los sujetos están en descanso como cuando realizan ejercicio. Estos síntomas se han hecho notables en sujetos que fumaban más de una cajetilla de cigarrillos al día durante más de cinco años. Después de las tres semanas de abstinencia el menor número de pulsaciones, la falta de oxígeno y la proporción de déficit de oxígeno, durante la práctica de un ejercicio, se reducen significativamente acercándose a niveles normales 37

Además, también se normaliza notablemente la forma en que se lleva a cabo el flujo en la expiración. A las seis semanas la capacidad máxima de ventilación voluntaria y el volumen de reserva en la inspiración de ventilación voluntaria y el volumen de reserva en la inspiración se han incrementado.

En un estudio realizado, se observaron los efectos de la interrupción del hábito de fumar durante un mes, reportándose como modificaciones más notables las siguientes. (Liñán, 1990)

- El peso del cuerpo se incrementó en un 5%.
- La superficie del cuerpo se incrementó en un promedio de 2 cm.
- El número de pulsaciones paso de 60 a 57 por minuto.
- El nivel de azúcar a los 30 segundos de haber comido bajo de 137 a 123 mg por ciento.
- El nivel de yodo decreció de 5.1 a 4.6 por ciento
- El consumo de oxígeno decreció de 283 a 260 ml por minuto.
- El nivel de calcio decreció de 10.2 a 9.7 mg por ciento.

Las modificaciones metabólicas encontradas pueden contribuir en forma importante al incremento de peso percibido en algunos consumidores que interrumpen el consumo.

También se ha demostrado que los niveles de excreción de adrenalina y noradrenalina decrecen, se incrementa la temperatura de la piel y decrece el número de los latidos del corazón por minuto.

2.6.2 Efectos de la Abstinencia a largo plazo en dos sistemas: Cardiovascular y Endócrino

Lifan (1990), menciona que los efectos pueden afectar a

dos sistemas que aunque éstos ya se han tratado en párrafos anteriores se describirán a continuación más detalladamente, en dos sistemas: Endócrino y Cardiovascular.

Sistema Cardiovascular

Cuando un fumador abandona el tabaco reduce el riesgo de contraer una serie de problemas cardiovasculares: de las coronarias, cerebrovasculares, infartos al miocardio recurrentes o únicos y complicaciones por arterioesclerosis. Algunas condiciones modificadas en el fumador, como aquellas en la arteriolas y vasos provocadas por el monóxido de carbono al fumar tabaco, vuelven a la normalidad después de 5 a 10 años de haber suspendido el consumo. Esta recuperación sirve de refuerzo para mantener la abstinencia, especialmente en exfumadores con angina de pecho. Puesto que entre los ocho o nueve semanas de interrumpir el consumo, el flujo sanguíneo periférico se incrementa en forma perceptible.

La disminución en el número de pulsaciones y en la presión sanguínea, a la par de la disminución en las catecolaminas, pueden ser factores que apoyan la continuación de la abstinencia.

Sistema Endócrino

Al decrecer la tasa de metabolización, el principal efecto que se percibe es el incremento de peso como ya se mencionó anteriormente; lo que puede facilitar que se vuelva a fumar. Sin embargo, en las personas que no están preocupadas por ese aumento o que no lo perciben, se fijan

otras modificaciones que pueden contribuir a mantener la abstinencia. En un estudio acerca de la metabolización de la teofilina, sustancia estimulante contenida en el té, se observó que esta puede ser detectada en el organismo de las personas que no fuman durante algo más de 7 horas, mientras que en fumadores permanece sólo 4 horas. Alcanzar niveles normales de metabolización asume de tres a dos años, lo que indica que las enzimas sobre las que actuó el tabaco no se normalizan con facilidad. La normalización se produce gradualmente, por lo que los investigadores señalan que posiblemente el exfumador no percibe modificaciones al respecto y en ese sentido no "extrañará" el consumo de tabaco.

En cuanto a los efectos sobre los espermatozoides, después de tres meses de interrupción se observa una significativa mejoría en la calidad y movilidad así como en la densidad y fertilidad.

2.7 Tabaco y Ejercicio

De acuerdo con la Enciclopedia Salvat de la Salud (1988) se mencionarán a continuación aspectos relacionados acerca de los efectos del tabaco en el rendimiento físico, el saber si es bueno hacer ejercicio después de fumar y por último si el ejercicio podría ayudar a dejar de fumar.

Los efectos nocivos del tabaco sobre la salud son tan manifiestos que justifican plantearse esta alternativa: Tabaco o Salud.

Los mayores peligros de fumar tabaco, en la salud son,

sus efectos en la instauración y desarrollo de la enfermedad cardíaca coronaria, del cáncer de pulmón, de la bronquitis crónica, de infecciones respiratorias y de úlcera péptica..

Es importante resaltar de que existen pocos medios y relativamente ineficaces, para compensar los efectos nocivos del tabaco. Por otra parte, el tabaco potencia en gran medida algunos otros peligros y factores de riesgo para la salud, como por ejemplo: los accidentes laborales. El tabaco es especialmente peligroso para aquellas personas que tienen la tensión arterial elevada o presentan cifras de grasas en sangre más altas de la normal. Por el hecho de empezar a fumar o de continuar fumando, pueden malograrse gran parte de los efectos beneficiosos de una dieta equilibrada o lo de una actividad física programada como medios de prevención y rehabilitación de las enfermedades cardíacas coronarias.

2.7.1 Efectos del Tabaco en el Rendimiento Físico

El tabaco reduce la capacidad de rendimiento físico tanto por sus efectos agudos como por los crónicos. El consumo de tabaco aumenta el esfuerzo respiratorio debido a ciertos efectos inmediatos que duplican o triplican la resistencia al paso del aire a través de las vías más por la inflamación de las membranas de los conductos respiratorios.

Todas estas consecuencias tienen efectos como la disminución de la capacidad aeróbica y un aumento del esfuerzo del corazón y de los músculos respiratorios durante un ejercicio intenso, todo lo cual se traduce en una sensación de sofoco. Por consiguiente no resulta sorprendente el hecho de que entre los atletas de fondo se

encuentran poquísimos fumadores. Los síntomas que padecen los fumadores durante el ejercicio pueden llevarlos a dejar de practicarlo aunque sea de forma inconsciente. Con ello pueden pasar desapercibidas durante largo tiempo las señales de alerta que da el organismo para advertirles de los peligros del tabaco.

2.7.2 ¿Es bueno hacer Ejercicio después de Fumar?

Los efectos inmediatos más graves del tabaco sobre el aparato circulatorio son el daño sobre la circulación coronaria y la susceptibilidad del corazón a sufrir trastornos de ritmo. Estos dos efectos, unidos a los mencionados anteriormente, constituyen buenas razones para advertir a las personas que saben o sospechan que padecen trastornos del ritmo cardíaco (arritmias) de que no deben hacer ejercicio intenso o prolongado después de haber fumado. Existen un número considerable de fumadores de edades medias y avanzadas que pertenecen a este grupo. El margen mínimo de seguridad entre el consumo de tabaco y el ejercicio debe ser de 20 minutos. Debemos recordar también la existencia de factores que potencian la acción del tabaco, como el frío, el calor, los trastornos en el equilibrio de los líquidos corporales y la excitación emocional.

2.7.3 ¿Podría el ejercicio ayudar a dejar de Fumar?

La proporción de fumadores entre la gente que hace ejercicios es algo menor que entre los que no lo hacen. En un estudio bastante amplio se puso de manifiesto que había mucha gente que hacía ejercicio entre los que habían dejado de fumar. No puede precisarse, en base a estos datos, hasta

que punto el hábito del ejercicio había hecho que los fumadores se preocupasen más por su salud. ni en que medida los fumadores que han dejado el hábito, previniendo además el aumento de peso que se produce en las primeras semanas después de haber dejado de fumar. Por lo tanto es mejor dejar de fumar y en su lugar hacer ejercicio que proporciona salud emocional y física.

CONCLUSIONES

De acuerdo a lo expuesto, se desprenden varios puntos respecto a lo psicológico y fisiológico del hábito de fumar, ¿el porqué? puede aciarse con esto:

a) En el aspecto de inicio de fumar en la adolescencia queda visto como un rito de iniciación de la propia definición de la personalidad que el adolescente busca.

b) Y esta a su vez refuerza a que en una edad media de entre los 25 a 40 años al individuo se le dificulte el abandono del hábito de fumar.

c) El hábito de fumar de alguna manera brinda al individuo ciertos atributos para con él como son una imagen que proyecte seguridad y atractivo personal.

d) En situaciones con emociones negativas el fumar, mitiga de manera temporal esa incomodidad, y a la vez se utiliza como una forma de afrontamiento.

e) El individuo se considera junto con el cigarro como parte de su vida personal, introyectándolo hacia sí mismo y a su manera formar parte de su propia personalidad, por tanto difícil de abandonar.

Cabe agregar que aún todavía faltan investigaciones que indaguen el papel psicológico del hábito de fumar en el individuo, pero sobre todo para aquellos en los cuales el

cigarro significa algo "más", y ese algo orilla a ser arraigada esa dependencia psicológica.

En lo que toca al aspecto fisiológico tenemos que el gran peso de éste también va a significar; porque se ha observado que la peculiaridad de fumar tabaco, en pequeñas dosis (4 mg por hora) es suficiente para proseguir con el mismo experimentando efectos agradables en el organismo.

Por otro lado, el sistema nervioso central, particularmente entrando en conexión con el plano psicológico, altera el aumento de impulsos y eleva el estado de ánimo; así como producir en el nivel hormonal en sistema endócrino cambios bioquímicos (liberación de noradrenalina) fungiendo como estimulante en dosis pequeñas -como ya lo repetimos anteriormente-, en sistema nervioso central; mientras que por hallazgos en encefalogramas, las dosis altas dan lugar a temblor, convulsiones y en otras ocasiones estados de depresión.

También dentro de estas generalidades del hábito de fumar, podemos encontrar como éste se ve asociado a múltiples enfermedades como las cardiovasculares, de las coronarias, cerebrovasculares, infartos al miocardio recurrentes o únicos y complicaciones por arterioesclerosis o tensión arterial, entre otras.

Por su parte, existen pocas investigaciones que revelen si es factible y recomendable mediante el ejercicio físico moderar, disminuir o quitar el arraigo en el hábito de fumar, en algunos individuos, o en su defecto encontrar el porque de algunos no fumadores como los deportistas ven el hábito

diferentes perspectivas que nacen que algunos se inclinen a tenerlo u otros a rechazarlo, describiendo tanto aspectos psicológicos y fisiológicos comparando a fumadores y a deportistas.

En breve mencionará a la publicidad como una forma de incitar mediante anuncios en televisión y radio a tener el hábito de fumar, a través de proyectar una imagen particular, ser atractivos y deseables, esto se describirá en un tercer capítulo.

CAPITULO III Publicidad y Cigarros

Los Fumadores

Somos la marca número uno del mundo. Lo que queremos promocionar es una imagen particular de aventura, valor, de utilidad. Alcardo Buzzi. Presidente para Europa de los cigarros Marlboro.

Para el presente estudio se retomará el aspecto de la publicidad de manera, muy general que propone Clark. E. (1989).

Menciona que en una famosa historia de Edgar Allan Poe, se narra la frenética búsqueda de una carta desaparecida. Se desmontan los muebles, se exploran los almohadones con agujas finas y largas, se levantan las alfombras y se examinan minuciosamente los suelos y las paredes. Durante todo el tiempo la carta está situada a plena vista sobre la repisa de una chimenea, oculta por su misma obviada.

La publicidad, menciona el autor, es como esa carta desaparecida. Como ésta se ha hecho más insidiosa, más persuasiva: formando cada vez más nuestra vida cotidiana, haciéndose en gran medida invisible. Sus imágenes se dan por supuestas. Los anuncios han acabado por adquirir la cualidad de las cosas naturales.

La publicidad actúa sin que seamos conscientes de que

está actuando sobre nosotros. Cuando se trata de buena publicidad, el sigilo con que trabaja es aún mayor. (Cit. en Clark, E 1929).

Y aquí estriban varias paradojas, una es que cuanto más nos bombardea la publicidad, menos nos damos cuenta de ello. Y sin embargo casi con toda seguridad mayor es su efecto sobre nosotros.

Otra, haciendo alusión a los autores Nardone, G. y Watrlawick (1990), quienes formulan una serie de paradojas en la terapia estratégica, las cuales aquí se retomarán en función de como estas se manejan en el aspecto publicitario específicamente de los cigarrros, en la radio y sobre todo en la televisión. Siendo entendida a la paradoja como un tipo de trampa lógica en la que tropieza toda la lógica racionalista clásica, la paradoja lógica consiste en una clase de enunciados que resultan al mismo tiempo verdaderos y falsos, correctos y erróneos.

Como por ejemplo en la frase de los mensajes comerciales, de la televisión:

"Fumar es un factor de cáncer y el enfisema pulmonar", y el hecho de que si fumas cualquier tipo de marca de cigarro estarás revestido de sensaciones de pertenecer ya sea a un status social elevado; conseguir a las mujeres u nombres que desees, según sea el caso, entre otros; y por otro lado aparece el mensaje de nocividad. Para fines de esta investigación no se hará una exhaustiva revisión del aspecto publicitario, sino específicamente a la percepción que está obteniendo el televidente. Al ver las imágenes de los

interiores de individuos antes de cigarrillos. "disertiva" como esta respuesta de manera positiva, se da al aceptando y haciendo lo que el cigarrillo le proporciona, sea este satisfacción mediante la estimulación fisiológica cayendo dentro de una actitud de aceptación hacia el fumar, caso que si el fumar implica nocividades, esta advertencia dirigida desde afuera, es vista como una correlación que está aun por demostrarse.

De esta manera los autores Stäcker, K. y Bartman, L. (1977) mencionan que si se mantienen las prohibiciones, la acrevación de vida que tiene el hábito de fumar cigarrillos, no supone la extinción del hábito, sino que el timing y la intensidad de especial importancia en orden a los efectos deseados por el castigo, donde el castigo ha de ser de inmediato y debe darse una relación directa con la reacción primitiva: debe castigarse duramente y de un modo consistente.

Pero nada de esto se aplica, así por ejemplo, los padres no castigan de un modo consistente, ya que prohíben al adolescente aquello que permiten a los adultos o a sí mismos, lo cual resulta lógico y más bien actúa como incentivo y reforzador del hábito.

Pero ahora vayamos, con aquellos en los cuales sabiendo la nocividad del hábito, se refuerza por una tendencia necesaria de fumar un cigarrillo o los necesarios para ese momento en los que la acción de nicotina y nicotinomanía funcionan como reforzadores internos a nivel fisiológico y porque no también a nivel psicológico, pero esto se observó con más lujo de detalle en el capítulo 2 de

generalidades sobre el hábito de fumar.

Retomando el tema de las paradojas sucede un caso curioso en relación a los anuncios de marcas de cigarros y es que, como se menciona a la paradoja ser un enunciado con dos mensajes contradictorios en el anuncio pareciera ser que quedara así conteniendo un mensaje más al mismo tiempo.

EJEMPLO:

Falso: El de pertenecer a un status o grupo social privilegiado. por el hecho de fumar.

Verdadero: El fumar es un factor de riesgo para el cáncer y el enfisema pulmonar.

Y otro que al ser falso sea percibido por los individuos como verdadero a nivel inconsciente. entendido a nivel psicológico y por su parte también fisiológico; que no pueden quedar de lado.

Pero volviendo a la propuesta de Clark, E. (1989), en relación con la publicidad, menciona que cada diferentes teorías sobre la publicidad, considera a la formulada por el Dr. Herbert Kurgman, como una de las representativas de la investigación en publicidad, respaldada por General Electric. sostiene que el poder especial de la publicidad radica en el hecho de que no se presta a los anuncios mucha atención.

En consecuencia estamos desprevenidos; no utilizamos nuestras defensas morales. Podemos no darnos cuenta de nada. pero los mensajes recibidos y almacenados, dispuestos para su

entrada en acción en el momento preciso. Como dijo el propio Krugman:

" Los efectos de la publicidad sobre el individuo son modestos, pero su eficacia resulta enorme si se analiza a nivel de masas y en el tiempo. Como la erosión causada por el movimiento de las mareas, la observación en un momento dado sólo revela los cambios insignificantes, pero los efectos a largo plazo son profundos". (Cit. en Clark, 1989)

De acuerdo con el autor, Clark, (1989) menciona que los cigarros son un producto muy especial. La persona que ayuda a venderlos, a rodearlos de imágenes vaporosas y hacerlos atractivos y deseables, merece cuando menos el calificativo de pragmático.

La relación entre la publicidad y el negocio de los cigarros es muy estrecha. La industria necesita la publicidad en una medida que pocos sectores si es que hay alguno, comparten. Tienen además dinero para pagar lo que necesitan; tan solo en E.E.U.U. los fumadores gastaron en 1980 más de 30 mil millones de dólares en comprar 600 mil millones de cigarros así pues, la única limitación para las compañías tabaqueras son las restricciones de los gobiernos.

Por su parte las ganancias publicitarias ven en el sector un ocado apetitoso, los cigarros son una de las categorías de productos que más publicidad genera en todo el mundo: las compañías gastan 200 millones de dólares al año en publicidad convencional, muchos millones más en otras actividades tales como patrocinar pruebas deportivas y acontecimientos artísticos con el fin de aludir las

restricciones. Una comisión del 15% sobre unos ingresos de dos mil millones suponen muchísimo dinero, pero aún hay más: las compañías de cigarros más importantes en busca de disminuir su dependencia de algo que podría considerarse literalmente como un negocio moribundo.

Esto significa que si una agencia goza de la confianza de una multinacional probablemente recibirá así mismo su porción de pastel en otros sectores y productos.

Los medios de comunicación, tienen también un enorme interés en la publicidad de los cigarros. Philip Morris Co. y RJR Nabisco (que abarca a R.J. Reynolds) fueron el primer y el quinto mayor anunciante de E.E.U.U. en 1987. En Gran Bretaña en 1987 Gallahr era el octavo anunciante con todo, esas cifras tan solo revelan parte de la historia. Como la publicidad de los cigarros por televisión que está prohibida en ambos países, los anunciantes de cigarros dominan los sectores de los anuncios de prensa y la publicidad exterior.

Philip Morris Co. fue en 1987 el mayor anunciante de E.E.U.U. en las revistas, el segundo en la publicidad exterior y el quinto mayor comprador de espacios en los periódicos. RJR Nabisco fue el primero en exterior, el cuarto en revistas y el decimonoveno en periódicos. A muchas revistas les sería difícil, sino imposible sobrevivir sin publicidad de cigarros. Una publicidad puede llevar de 150 a 200 páginas de anuncios de cigarros al año. Casi la mitad de los anuncios del Reader' Digest son de cigarros.

El negocio del tabaco se ve a sí mismo como una

industria vilipendiada. Cada vez más, desde los principios de los años setenta, se le ha encasillado en el papel de uno de los más terribles villanos de nuestro mundo. En Gran Bretaña en 1962 (con la publicación del primer informe del Real Colegio de Médicos) en los E.E.U.U. en 1964 (informe del Surgeon General), la actitud pública, hacia el tabaco empezó a cambiar de una forma drástica. Desde entonces, nuevos informes lanzan constantemente nuevas y graves acusaciones. Una publicación de la Organización Mundial de la Salud culpa en 1984 a los cigarrillos de causar un millón de muertes prematuras al año.

Las medidas preventivas de las compañías tabaqueras creen que se les calumnia al llevar a cabo dichas medidas preventivas, sin embargo la gente sigue fumando (por ejemplo el 40% de la población adulta británica) y las compañías satisfacen una necesidad completamente legal -dicen-. Hay que pensar también en el dinero que a través de los impuestos como el de unos 5 737 millones de libras tan solo en Gran Bretaña, en 1986 - 1987, vierten en la economía, en los puestos de trabajo que representa la industria, generalmente en áreas en las que el desempleo suele alcanzar niveles altos. En el tercer mundo, donde sus actividades son criticadas a menudo, dirían además que el tabaco es un producto de cultivo no sometido a las fluctuaciones mundiales de los precios; y que su producción representa empleo en exportaciones, educación, profesionalización y prosperidad.

Pues bien, los fabricantes de cigarrillos han cambiado de objetivos y de enfoque. Los jóvenes han ganado importancia para ellos, a medida que los fumadores de edad mediana van

dejando el radio. Lo mismo ocurre con las revistas. Probablemente empezaron a mirar hacia el mundo de los países en vías de desarrollo, sino también porque las condiciones son allí relativamente menos duras.

De la misma forma, a medida que algunas áreas de la publicidad (la televisión por ejemplo) les cerraban las puertas o les dificultaban el acceso con nuevas formas y condiciones, han desarrollado nuevos estilos de publicidad (Clark, 1989)

Por ejemplo la compañía cigarrera la moderna gastó en 1987, 34 mil millones de pesos, por concepto de publicidad televisiva. en ese mismo año, los meses de mayor gasto fueron los últimos tres, para alcanzar en diciembre los 8 mil millones de pesos. Los productos en que más se gastó fueron: Raleigh (974 anuncios), Montana (940) y Fiesta (611) (Cit. en Lara, Enrique, 1990)

Por otro lado, mantuvo la publicidad de otras marcas de una manera irregular. por meses dejaban de aparecer en la pantalla como en el caso de Alas (con 119 anuncios), John Player Special (con 327) Camel (con 150) y Prado (164).

En diciembre de 1986, DIGATAM otra de las compañías cigarreras mexicanas, rival de la cigarrera la moderna, invade con la marca Mariboro las pantallas de los televidentes mexicanos con ocho comerciales diarios en promedio. Para los especialistas en mercadotecnia, el producto que se anuncia con tres comerciales en un día tiene una promoción, pero promoverlo ocho veces después de las 21 horas de todos los días en ese mes, es todo un reto

publicitario. en términos de difusión.

Las empresas productoras de cigarrillos han elaborado toda una estructura publicitaria que apoya sus más poderosos productos, hablamos de un gasto de miles de millones de pesos para apoyar la promoción de uno o dos productos en especial, por cada empresa. Las marcas de cigarrillos que más apoya la empresa la moderna son Raleigh, John Player Special, Montana, Alas y en un tiempo Colt; la tabacalera mexicana, por su parte, apoya constantemente las marcas Marlboro, Dalton y Delicados. La manera de competir de ambas empresas es de ganar a los públicos de hombres recios formada por los cigarrillos Alas (de CIGAMOD) y cigarrillos Delicados(de CIGATAM), para aquellos que prefieren los cigarrillos que no tienen filtro (Lara, Enrique 1990)

No obstante, el público de "mundo u oficinista" o que requiere una relación social más común y aceptada por la mayoría necesita una madurez e identificación notoria. Para este grupo se seleccionó a Marlboro (de CIGATAM) y como productos contrarios, a Raleigh y John Player Special (de CIGAMOD).

Finalmente, los mercaderos empiezan a preocuparse del cigarrillo del público joven. Ávido en la búsqueda de una identidad juvenil, para ellos van dirigidos los mensajes de Dalton (CIGATAM) Montana y Colt (CIGAMOD).

Con las marcas Marlboro y JPS, principalmente ésta primera trató de mantenerse más en las pantallas de televisión con un gasto que duplicó al de 1987 y se ubicó arriba de los mil comerciales por año (casi tres comerciales

por día). Por su parte, Raleigh disminuyó su presencia en televisión de 974 a 625 comerciales y la marca JPS bajó de 327 a 124 anuncios (Lara, Enrique 1990).

En base a Clark. (1989), la publicidad ha sido parte integral del negocio de los cigarros desde el momento en que se inició su producción masiva. Las actuales multinacionales son en gran parte las descendientes del imperio creado por un norteamericano, James Buchanan Duke, hace más de cien años, hasta la década de 1880, los cigarros se enrollaban a mano para un mercado muy reducido. Duke, que heredó de su padre una hacienda tabaquera en el norte de Carolina en 1880, transformó la industria.

En primer lugar, compró los derechos de la región desarrollada máquina Bonsack para liar cigarros que podía llegar a enrollar hasta 120 000 cigarros al día, frente a los 250 hechos a mano por un trabajador.

En los años sesenta de nuestro siglo, las compañías tabaqueras pudieron anunciarse libremente en cualquier medio, pero es hasta los años setenta cuando se ven sometidos los anuncios de cigarros a una ofensiva real, que produjo el tipo de publicidad que ha subsistido hasta hoy; una publicidad obligada a soslayar prohibiciones cada vez más estrictas, es obvio que existe una firme correlación entre controles que rigen la publicidad que aparece en él (Clark, 1989)

Lara, Enrique (1990) refiere que para que la promoción sea efectiva en un producto, es necesario retomar los cinco puntos básicos utilizados por la mayoría de los publicistas mexicanos y los cuales son considerados por el Instituto

Nacional del Consumidor (INCO).

1.- Los consumidores no identifican las técnicas que la publicidad emplea.

2.- Existe una relación indirecta entre el nivel de persuasión y el grado escolar.

3.- Los consumidores no mantienen una actitud crítica ante los comerciales.

4.- El consumidor recuerda los anuncios antes de hacer su compra.

5.- La publicidad influye sobre los hábitos y patrones de consumo.

De acuerdo con esto, lo que intenta comunicar el anunciante es algo relativamente constante, lo que se ve obligado a adaptar es el como anuncia. A este respecto, no se diferencia mucho de las fotografías de las revistas eróticas, en algunos países, tal vez lo único permitido es una pose sugestiva; en otros un pecho desnudo.

Las prohibiciones a la publicidad varían de un país a otro y de una a otra época, pero en general van endureciéndose cada vez más para los fabricantes de cigarros, que libran una batalla encarnizada pero esencialmente defensiva. La batalla incluye elementos tales como la creación de grupos de presión, la persuasión a otros anunciantes de que la prohibición de la publicidad del tabaco irá seguida por la de otros productos, en general la

utilización de influencias políticas y económicas de que dispone la industria.

Como es el caso de México en 1991 cuando aparece una advertencia al finalizar el comercial de cualquier marca de cigarro donde advierten primeramente con un escrito lo siguiente:

"Fumar es un factor de riesgo para el Cáncer y el Enfisema pulmonar"

Y actualmente lo advierten de manera oral aunque con muy poco tiempo para transmitirlo.

Indudablemente, las restricciones son un lado del triángulo. Otro lado es el mensaje que la industria quiere comunicar. Y el tercero es como consigue hacerlo en la circunstancia existentes en el país específico de que se trate.

Respecto a las prohibiciones de los anuncios de cigarros en la televisión Zapata, C. (1988), nos describe con lujo de detalle el apartado que denomina "Muerte en el Oeste".

Todo comienza con la proyección de una película. En la pantalla aparecen nubes de tormenta que oscurecen el vasto cielo del desierto de Nuevo México. Nubes que proyectan sombras que se funden para dar al paisaje la composición clásica de una imagen del oeste norteamericano. La música de fondo que se escucha también es del oeste estadounidense. De repente aparece una figura solitaria que cabalga conduciendo al ganado de regreso al hogar. Se trata del cowboy, el

héroe, el mito norteamericano.

La película parece un comercial de Marlboro. El zoom de la cámara nos acerca al cowboy, que crece más grande que en la vida real.

Pero un momento, este cowboy no es el mítico hombre Marlboro. Es John Holmers, víctimas del enfisema. En sus fosas hay unos tubos de plástico que llegan a un tanque de oxígeno atado junto a la silla de montar. Holmes ha fumado duante 41 de sus 70 años de vida, es uno de los millones de fumadores incapacitados por los cigarrros.

La película se parece mucho a un comercial de Marlboro, pero es en rigor "Muerte en el Oeste" crudo documental acerca de los efectos de fumar, intercala escenas de comerciales de Marlboro con entrevistas a verdaderos cowboys que están muriendo de cáncer en el pulmón o de otras enfermedades intimamente relacionadas con el tabaquismo. "Muerte en el Oeste fue producida inicialmente para la televisión inglesa en 1976, no pudo ser exhibida en Estados Unidos sino hasta 1982, debido a las argucias legales de los abogados de la Campaña Philip Morris, fabricante de Marlboro.

El productos de este documental, el inglés Peter Taylor, ya había producido con anterioridad tres películas anti-tabaco cuando, en 1976 fue abordado por ejecutivos de LA Philip Morris para que realizara una película que tuviera el perfil comercial de la compañía. A Taylor le dieron carta blanca para que filmara a su antojo, siempre que incluyera las consbida escenas del hombre Marlboro. Los representantes de Philip Morris supuieron la realización del documental,

Peter Taylor, por más crítico que resultase en la película, les daría el suficiente impacto publicitario para mejorar el escaso 1% del mercado inglés que tenía Marlboro en aquel tiempo, Philip Morris, incomprensiblemente, ni siquiera vió el documental de 27 minutos antes de que éste fuese exhibido.

La exhibición de "Muerte en el Oeste" atrajo un considerable auditorio en la BBC de Londres. El comercial fue todo menos publicidad positiva para la Philip Morris. La película comienza con un paisaje de montañas y picos majestuosos que se convierten en marco de un grupo de cowboys que cruza con valentía las rápidas agua de un río, al tiempo que la voz del narrador va diciendo: "Esta es la historia de un cigarrillo llamado Marlboro"...

Las imágenes se siguen sucediendo hasta llegar a un típico comercial Marlboro, con cowboys sentados alrededor de una fogata, fumando. Pero en ese momento, en vez de la voz del narrador, se escucha la de Peter Taylor, que comienza diciendo: " Este es el mundo Marlboro y estos son los hombres Marlboro, cowboys reales, rudos símbolos de virilidad, de salud y de independencia. Bob Julian y su hermano son cowboys reales también, nacidos y criados en Wyoming. Sólo que para Bob el fin está muy cerca".

La cámara se aleja entonces de los actores que simulan ser cowboys y enfoca a Bob Julian, un cowboy real, que muere de cáncer de pulmón. Bob Julian, de 51 años de edad, aparenta tener setenta mientras permanece sentado alrededor del fuego: "Yo creí que para ser hombre uno tenía que tener un cigarro en la boca. Me llevó muchos años descubrir que lo único que conseguí fue un cáncer pulmonar".

Varios cowboys reales discuten sus hábitos de fumar John Holmes, la víctima del enfisema que tiene que usar oxígeno constantemente, hace un esfuerzo, toma aire y dice: "Yo empecé a fumar cuando tenía 17 años. Yo pensé que eso era lo que tenía que hacer para ganar prestigio, para convertirme en hombre".

"Muerte en el Oeste" también incluye entrevistas a voceros de la Compañía Philip Morris. Uno de ellos, James Bowling en aquel tiempo vicepresidente de la tabacalera, al preguntársele sobre los efectos dañinos del cigarro, arrojó la respuesta en medio de una bocanada de humo: "Si alguien alguna vez identifica cualquier ingrediente en el tabaco o en el humo que sea peligroso para la salud humana, nosotros inmediatamente lo eliminaríamos. Yo ciertamente no trabajaría en este negocio si pensara que los cigarros hacen daño.

La transmisión de "Muerte en el Oeste" por la BBC de Londres, generó considerable publicidad a ambos lados del Atlántico. La Sociedad Americana para la Prevención del Cáncer quiso comprar inmediatamente la película. Don Hewitt, productor ejecutivo del programa "60 minutos" de la CBS, quiso exhibirla y presentar un debate entre el productor Taylor y el vocero de Marlboro, James, Bowling. Pero en el cuartel general de la compañía Philip Morris se pensaba y hablaba de manera distinta. Todo ahí era enojo y desencanto. Sólo se oía hablar de traición, de golpes bajos. La mayor preocupación del momento era impedir que dicho documental se siguiera exhibiendo.

Philip Morris demandó a Thames Television, la empresa

para la cual trabajaba Peter Taylor. Y es en Inglaterra, donde la Corte dictaminó en 1979 la estricta prohibición y distribución de "Muerte en el Oeste". Por lo que la Thames Television tuvo que destruir todas las pruebas, copias y notas del documental. A partir de entonces, Peter Taylor se ha negado a hacer cualquier comentario acerca del controvertido documental.

Pero, dichos esfuerzos por prohibir la exhibición de la película logró que algunos como el Dr. Glantz y Alex Chadwick, gerente de KRON-TV, estación televisora de San Francisco, logró exhibirlo en un programa de una hora, el 11 de Mayo de 1982. Y finalmente Jack Anderson, comentarista fue enterado por parte del Dr. Glantz, la negativa de la Asociación Médica Americana, de publicar, en su propia revista, la historia de "Muerte en el Oeste", posteriormente dicho comentarista logró estimular a los medios masivos de comunicación para que hubiera una transmisión en cadena con todas las estaciones televisivas afiliadas a la CBS. en noviembre de 1982. de lo cual las ventas de cigarrros bajaron considerablemente en Estados Unidos.

Pero también hay que agregar que a la suma de estas transmisiones exhibidas, la presión de grupos ecologistas y luego el apoyo de la Comisión Federal de Comercio de los Estados Unidos, para aceptar la propuesta hecha por senador ecologista, Waxman de que hubiera leyendas de advertencias en cajetillas y anuncios de cigarrros quedando como sigue:

ADVERTENCIA: El humo del cigarro produce cáncer de pulmón y enfisema; es la principal causa de enfermedades cardiovasculares; es adictivo y puede producir la muerte.

De tal forma que la industria tabacalera, nunca ha aceptado que fumar sea dañino para la salud, alega que este tipo de iniciativas de ley son el paso anterior a la prohibición total de los cigarrillos lo cual, alegan, es injusto y anticonstitucional.

Clark, (1989), destaca que hace más de veinte años, poco antes de que se prohibiera la publicidad en la televisión británica, un redactor publicitario dió algunas normas personales dirigidas al público, a los autores Pearson y Turner para que trabajaran los anuncios de los cigarrillos quedando escritas de la siguiente manera:

1.- Es un símbolo de iniciación: Una prueba de que estás entre los tuyos, con la tribu, de que has alcanzado la edad viril y la independencia.

2.- Es un sustituto del pezón: Algo en que todavía sientes la necesidad de chupar en momentos de angustia.

3.- Una prueba de sociabilidad, que demuestra que la gente te gusta, recíprocamente que tu le gustas a los demás.

4.- Un símbolo de virilidad: Un pene simbólico que proclama el hecho de que consideras que puedes tener a una mujer donde y cuando quieras.

Clark, (1989) cita en su libro la Publicidad y su poder, un análisis de los anuncios de prensa que aparecen actualmente en EEUU, Gran Bretaña, en medios internacionales como la revista Time; muestran con mucha claridad que los fabricantes de cigarrillos utilizan tres enfoques, de los cuales

se hablará de forma resumida.

El primero implica la caracterización del cigarro de la marca como un objeto elegante y un símbolo de estatus en sí mismo. El mensaje es: *lleva este paquete, fuma este cigarro, y tu también te revestirás de algo extra, algo especial, te convertirá en alguien más deseable y atractivo.*

El segundo enfoque es el que asocia fumar con la salud y que el fumar les permite adelgazar, pues consideran que una actitud labial agradable sin necesidad de comer. A lo largo de los años esa asociación se ha ido haciendo más y más sutil, sobre todo debido a las regulaciones, pero también a causa de una mayor sofisticación al público. La industria de cigarrillos posee una larga tradición de ese género de publicidad.

Tercero, es el que relaciona los cigarrillos con personas atractivas y excitantes.

Una de las asociaciones más famosas de los cigarrillos con el atractivo sexual y la excitación es el cowboy de Marlboro.

Donde quiera que esté, el cowboy de Marlboro es uno de los símbolos publicitarios más ubicuos y poderosos. Por tal motivo, Marlboro pasó a ser un cigarro para mujeres y una marca importante, a ser la marca viril por excelencia y no va el cigarro, sino el producto empaquetado de mayor venta del mundo. Es la marca líder en muchos países, siendo casi un tópico del poder de la publicidad.

Si el tabaco apareciera hoy, con todo lo que sabemos de

sus efectos sobre la salud, la sociedad lo reconocería de la misma forma que se opone a todas las drogas ilegales. En la práctica es demasiado tarde para hacer algo así, solo una porque resulta impracticable. Sin embargo, la publicidad contribuye a crear un ambiente en el que fumar resulta aceptable y como señala Abbot, frena su declive.

En realidad, todos los individuos implicados -las agencias publicitarias- las compañías tabaqueras especialmente los gobiernos saben todo eso. Representan en público un papel fingido porque tienen grandes intereses en el tema. El del gobierno es uno de los mayores: los altos impuestos que aplican al tabaco. Sylvan Barnet, presidente del consejo asesor de la asociación internacional de publicidad coincide con Clark. (1989), con lo siguiente: para un gobierno prohibir la publicidad de los cigarrillos es como pegarse un tiro en un pie. ¿Por qué no prohíben la venta? Porque necesitan el negocio.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (Cit. en Suplemento Medicina del Deporte, 1991) elaboró tres tesis en base al problema del Tabaquismo:

1.- Que el consumo en todas sus formas es incompatible con el logro de la salud para todos en el año 2000.

2.- Que la presencia de los carcinógenos y sustancias tóxicas es un hecho conocido; y que se ha puesto en evidencia científicamente la relación entre el consumo y todo un grupo de enfermedades mortales o incapacitantes.

3.- Que el tabaquismo pasivo, impuesto o involuntario,

viola el derecho a la salud de los no fumadores que deben protegerse contra esta forma perniciosa de contaminación ambiental.

Esta adicción mientras disminuye en los países desarrollados, contrariamente se ve incrementada en los países en desarrollo.

CONCLUSIONES

De acuerdo con lo descrito, la publicidad relacionada con el fumar cigarros es en la actualidad parte de nuestra vida cotidiana, donde el televidente percibe de manera particular las imagenes transmitidas por medios de transmisión como la televisión, radio, revistas. Actuando sobre nosotros, sin que seamos muy conscientes de que influye sobre nosotros, como cuando somos bombardeados y no nos damos cuenta.

Dentro de este contexto publicitario surge la paradoja que manipulan los anuncios comerciales; por una parte incitan a fumar determinada marca de cigarros para poseer una imagen particular, ser atractivos, deseables, y, por otro lado, nos advierten en forma menos visible las enfermedades asociadas con el cáncer y enfisema pulmonar.

De esta manera los efectos de la publicidad sobre el individuo son modestos, pero su eficacia resulta enorme si se analiza a nivel de masas y en el tiempo. Como la erosión causada por el movimiento de las mareas, la observación en un momento dado sólo revela los cambios insignificantes, pero los efectos a largo plazo son profundos (Cit. en Clark, E. 1989).

Sin embargo dada las restricciones en algunos países para consumir cigarros, los fabricantes suscitan cambios en los objetivos, estos se enfocan hacia los jóvenes y las mujeres, así como tener en la mira a los países en vías de desarrollo donde las prohibiciones son allí menos duras, con el apoyo de influencias políticas y económicas de que dispone

la industria.

Parece ser que las restricciones son un lado del triángulo. Otro lado es el mensaje que la industria tabacalera quiere comunicar, el tercero es cómo logra hacerlo en circunstancias específicas en el país de que se trate.

Por lo tanto, parece necesario retomar al individuo una vez habiendo recibido los mensajes publicitarios convenientes, de determinadas industrias tabacaleras junto con la actitud concerniente a poseer una creencia evaluativa de ello y una tendencia a la acción de fumar o no fumar. Para lo cual en un cuarto capítulo se hablará un poco más del papel que juega la actitud.

CAPITULO IV ASPECTOS GENERALES SOBRE LAS ACTITUDES

4.1 Conceptos de Actitud

Si el fenómeno es la actitud, el proceso de medir se hace más complejo porque las actitudes no pueden conservarse directamente, sino que necesitan inferirse de la conducta (Summers, 1984)

La actitud es la que se refiere como "la predisposición a actuar de cierta manera en favor o en contra de algún objeto social. Tal predisposición es una propiedad psicológica subyacente, tanto la Psicología Social como la teoría y la técnica de la construcción de escalas suponen que se expresa en conducta manifiesta" (Briones, 1990)

Sin embargo se han propuesto muchas definiciones, y son las ofrecidas por el autor Summers (1984), las que a continuación se mencionan.

Cook y Seitz (1964) prefieren "considerar las actitudes como una disposición fundamental que interviene junto con otras influencias en la determinación de una diversidad de conductas hacia un objeto o clase de objetos, las cuales incluyen declaraciones de creencias y sentimientos acerca del objeto y acciones de aproximación-evitación con respecto a él.

Kidder y Campbell sostienen que "una multitud de términos aparentemente no relacionados como pulsión adquirida, creencia, reflejo condicionado, fijación, juicio, estereotipo, valencia, sólo para mencionar algunos son

sinónimos funcionales del concepto de actitud. Todos describen residuos de experiencias pasadas que constituyen el material del que están hechas las actitudes. Son los procesos fundamentales o las manifestaciones conductuales de productos del aprendizaje.

Ross, define las actitudes como las "estructuras mentales que organizan y evalúan la información".

Thurstone, dice que "el concepto de actitud se usará aquí para denotar la suma total de inclinaciones y sentimientos, numeros, prejuicios o distorsiones, nociones, preconcebidas, ideas, temores y convicciones acerca de un asunto determinado.

Por otra parte, existe una concepción muy popular acerca del concepto de la actitud, formulada por Katz y Scotland (1956), y por Krech y Col. (1962). Según su punto de vista una actitud consiste en tres componentes: a) cognoscitivo, b) emocional y c) tendencia a la acción.

a) En el componente cognoscitivo se incluyen las creencias que se tienen acerca de un objeto. El número de elementos de este componente varía de una persona a otra.

Mientras que todas las creencias que tenga una persona acerca de un objeto se incluyen en el componente cognoscitivo, las creencias evaluativas son las más importantes para la actitud como concepto de disposición. Estas últimas abarcan las aceptables o inaceptables, y buenas o malas. De acuerdo con Krech y Col. (1962), las creencias acerca de como se debe tratar al objeto son también aspectos del componente

cognoscitivo de la actitud.

El emocional es conocido a veces como el componente sentimental y se refiere a las emociones o sentimientos ligados con el objeto de la actitud. Los adjetivos bipolares usados frecuentemente al estudiar los elementos de este componente son amor-odio, gusto-disgusto, admiración-aprecio, y otros que donoten sentimientos de tipo favorable o desfavorable. Cabe destacar, que cuando un individuo verbaliza estos sentimientos resulta que estos son algo más que meros sentimientos o emociones. También son cogniciones, pero son significativamente diferentes de las del componente cognoscitivo.

Las cogniciones de sentimientos y emociones no se refieren al objeto sino a quien conoce, al individuo que está respondiendo al objeto, es decir, se le pide que revele sus cogniciones del objeto y de él mismo.

Por último, el componente de tendencia a la acción, incorpora la disposición conductual del individuo a responder al objeto. Se acepta generalmente que hay un lazo entre los componentes cognoscitivos especialmente las creencias evaluativas y la disposición a responder al objeto. Además, existe, la noción general que las creencias evaluativas y la dirección de la disposición de respuesta tienden a ser compatibles.

Lo que se requiere como base de inferencia respecto a la actitud son muestras de conducta que revelen las creencias, sentimientos y tendencias, a la acción, propias del individuo, con relación al objeto en cuestión.

Cualquier expresión conductual que refleje o manifieste las cogniciones del individuo, particularmente sus creencias evaluativas con respecto a un objeto puede servir como base de inferencia.

De esta manera la presente investigación se basa en conocer la relación de la actitud de fumar y el autoconcepto tanto en un grupo de fumadores y otro grupo que es de deportistas; es decir si existe una diferencia de estas dos variables en estos grupos, o no existe; sin embargo dicha relación nació de la inquietud de describir el porqué la actitud de fumar en sujetos que realizan una actividad deportiva en particular de carácter formativo y representativo no es aceptable, así como porqué las personas que no realizan una actividad deportiva tal la aceptan favorablemente, cabe mencionar que existen casos de personas fumadoras que además muy eventualmente se someten a actividades deportivas de cualquier deporte.

Pero con la característica de que siguen teniendo esa actitud positiva hacia el fumar.

Pareciera ser que esto, fuera poco interesante y obvio de entender, dado que por regla disciplinaria las personas que desempeñan una actividad deportiva a nivel de alto rendimiento tanto amateur, profesional o aficionado en cualquiera de las especialidades existentes; debieran de tener una actitud negativa hacia la conducta o hábito de fumar, sin embargo existe el fenómeno claro y observable de personas que a pesar de representar a alguna de dichas disciplinas, se llega a encontrar o saber de la existencia de una actitud favorable hacia el fumar.

Pero en lo que se refiere a las conclusiones de estudio este estudio, se retomarán más aspectos sobre variables causales de una actitud negativa o positiva hacia el fumar en algunos individuos; dichas variables o factores se describirán de la exposición del marco teórico conceptual.

4.2 Características de las Actitudes

Hay diversas características en relación a las actitudes como las mencionadas por Garza, (1971).

a) Referencia a algo. La actitud siempre nace referencia a algo, es decir un individuo o un grupo reacciona frente a algo que de alguna manera le afecta.

b) Posición habitual. La actitud significa una forma duradera, característica consistente en reaccionar frente a algo o alguien en el mismo sentido.

c) Producto del aprendizaje. Ciertos aspectos de la conducta no requieren del aprendizaje como serían los aspectos de reflejos y en gran parte, los instintos; en cambio las actitudes son aprendidas ya sea por la experiencia o por la imitación.

d) Susceptibilidad al cambio. Ciertos aspectos de las actitudes son características y consistentes, lo que no significa que sean definitivos ya que con reiteradas experiencias personales o influencias sociales cambiarán la actitud ya constituida.

e) Manifestación en la conducta. La actitud implica fundamentalmente una forma determinada de conducta. Son los actos de una persona ante determinado tipo de situación los que sirven de fundamento para afirmar que se caracteriza por la actitud correspondiente.

f) Racionalización. La sola conducta externa aun cuando sea consistente y característica no es suficiente para constituir una actitud. Para ello se requiere además, que el individuo racionalice su conducta característica, esto es, conceptúe que su conducta en la esfera correspondiente es la debida.

g) Elementos de socialización. Las actitudes se adquieren a través de la orientación del individuo con respecto a su medio físico y social mediante el proceso de formación llamado socialización.

h) Emotividad. La actitud va acompañada de mayor emotividad en comparación a la que sustenta una opción ya que la primera significa una convicción profundamente sentida, en cambio, la segunda, el razonamiento que la sustenta es más - frío o menos emotivo.

i) Polaridad valorativa. Una actitud implica siempre una modalidad de respuesta y una valorización concordante frente a una situación característica que se contrapone o por lo menos es distinta a otra modalidad de respuesta y su correspondiente valorización.

Por otro lado las actitudes además poseen diversos atributos o dimensiones como las siguientes:

- a) Dirección. Dirigirse hacia determinada actitud.
- b) Grado. En favor o en contra.
- c) Intensidad. Con que fuerza se posee determinada actitud.
- d) Consistencia. La forma como se apoyan los componentes.
- e) Prominencia. La actitud que sobresale.

CONCLUSIONES

En base a lo anterior, el aspecto de la actitud, como inferencia de la conducta, pero sobre todo comprendiendo tópicos para su entendimiento como el cognoscitivo en relación a las creencias que se toman de un objeto de estudio, en este caso el hábito de fumar, varía de un individuo a otro. Dichas creencias son de tipo evaluativo para poseer una actitud aceptable o no aceptable. Por otro lado también existe otro tópicos que es el emocional o sentimental que posee más específicamente los adjetivos bipolares favorable-desfavorable; gusto-disgusto entre otros, ligados al objeto de la actitud, en forma también de cogniciones pero diferentes a las del tópico cognoscitivo.

Por último, el tópico de tendencia a la acción que es la relación en lo referente a la parte cognoscitiva, específicamente con las creencias evaluativas y la disposición de responder al objeto. En forma de conducta que revela las creencias, sentimientos y tendencia a la acción propias de cada individuo.

No obstante, en un quinto capítulo haré mención del lugar que ocupa el autoconcepto del individuo para que éste, posea o no un hábito de fumar, sin dejar de lado los aspectos descritos en capítulos anteriores.

CAPÍTULO V ASPECTOS HISTÓRICOS, CONCEPTUALES Y ELEMENTOS DEL CONSTRUCTO DENOMINADO AUTOCONCEPTO

5.1 Aspectos Generales sobre el origen histórico del Autoconcepto

De acuerdo a Cruz, M. (1992) definir el Autoconcepto, rastrear sus legítimos orígenes y tener una idea claramente delineada y delimitada de este constructo psicológico, es una tarea bastante difícil. Comprende una serie de factores y dimensiones de lo más variado de modo que, su extensión significativa es amplísima. Además su concepción depende mucho de los diferentes enfoques teóricos desde donde se ha abordado, y por tanto va a ver tantas acepciones del vocablo como número de autores que se han ocupado de él. Sus orígenes tampoco son muy claros, dado el manejo y significados ambiguos de las mismas fuentes que lo originaron.

No es difícil hallarlo aun hoy confundido con otros terminos como: Identidad, Imagen Corporal, Self Concept, Autoimagen, Autoestima, Seguridad, etc.

En algunos se trata solo de diferentes manejos semánticos, otro se debe a una verdadera confusión y traslape de significados. De modo que no existe un consenso para delimitar la extensión que como cada termino debe abarcar con una definición operacional. Sin embargo en lo que si parecen estar de acuerdo los diferentes autores es, en un carácter multidimensional y en la enorme importancia de su manejo en la investigación de la personalidad tanto a nivel individual en la Psicología Clínica, o para detectar tendencias.

actitudes, rasgos determinados y determinantes de fenómenos sociales que permiten analizar las condiciones de influencia mutua que se suscitan entre el individuo y su medio, haciendo una delimitación hacia la actitud del hábito de fumar y su autoconcepto.

Por tanto, la tendencia investigativa hacia el conocimiento del Sí mismo en el hombre, ha persistido desde la época de los griegos hasta la actualidad; Sócrates decía que para alcanzar una vida buena es necesario llevar a cabo la regla: "Conócete a tí mismo" lo que significa entretarse con honradez y franqueza; al conocimiento propio y aceptar con sus consecuencias una verdad psicológica; considerar al Yo como algo que el mismo individuo crea (Frias L. y Terrazas, 1991 p 43).

Parece ser, que los más determinantes autores a posteriori determinantes en la gestión, desarrollo y manejo de este constructo psicológico fueron: Paul Schilder, Sigmund, Freud, Heinz Hartman y William Fittz. De estos los dos primeros en realidad nunca lo manejaron ni tuvieron cuenta de él en sus obras, sin embargo con sus propios desarrollos teóricos sentaron las bases para el desarrollo de este concepto.

A continuación se resumirá de la siguiente manera con Paul Schilder (1987) (1)

1.- Schilder fue el primero en concebir al cuerpo propio como primer objeto del Yo.

(1) Cit. en Cruz Terán Mercedes. ESTUDIO COMPARATIVO DEL AUTOCONCEPTO EN CUATRO CIRCUNSTANCIAS REPRODUCIDAS DIFERENTES: Embarazo Normal, de Alto Riesgo, Esterilidad y Oclusión TUBARIA Bilateral. Tesis Fac. de Psicología. UNAM, 1992 pp 67-71.

2.- A la Imagen Corporal la considera como una estructura mental en constante construcción y destrucción, o sea con una parte continua y otra en constante transformación.

3.- Asentó que las primeras distinciones entre el Sí mismo y el mundo exterior necesitan de una Imagen Corporal y una incipiente conciencia de este cuerpo para lograr nacer la diferenciación con los objetos externos.

4.- De aquí van a partir los inicios de las primeras autorepresentaciones de Sí, junto con las representaciones de objeto.

5.- Por lo tanto, el considera que la conciencia de ser como cuerpo es anterior a la formación del Yo.

6.- La Imagen Corporal es el núcleo original de un sistema omniabarcante que lleva la simiente del conocimiento de Sí, como individuo único.

7.- Que la Imagen de Sí tiene varios aspectos paradójicos:

- a) Por un lado es constante y por otro cambiante.
- b) Es como una estructura transitoria con necesidades de dos mundos: el interior y el exterior.
- c) Es como un fantasma en tanto representación.
- d) Interviene totalmente lo simbólico no solo en la representación sino en la autorepresentación.

8.- Para Schilder, (1987) el Yo es la personalidad total, al cual denomina Yo central, como un esquema que

contiene, dirige y organiza a varios subesquemas entre los cuales están la imagen Corporal: el Self.

9.- Al Self lo considera más bien como conciencia de Si, la Autorepresentación aún en un nivel de la no-conciencia.

10.- Reitera que en la primera etapa de indiferenciación del ello y del yo, el Self en formación está presente potencialmente.

11.- El Yo corporal organiza y da sentido en un primerísimo estadio, y es anterior al Yo central como sistema

12.- Sculder (1987), desarrolla la concepción de que al mismo tiempo que se construye la experiencia del espacio exterior, por medio de la acción y la relación con los objetos, se construye también el espacio interior con una imagen espacial de Si. Asentando que al principio de la vida, el sujeto y el objeto se hallan tan cercanos, casi confundidos, que la información que el sujeto obtiene sobre el objeto: el mundo, y sobre si va a estar matizado por el afecto muchas veces ambivalente sobre el objeto, información que va a internalizar como fuente de conflicto psicológico.

13.- Pero aún cuando en su teoría dió amplia cabida al conflicto emocional como agente favorecedor del desarrollo psíquico, también se manifestó partidario de la postura que toma en cuenta, las potencialidades y disposiciones del ser humano para relacionarse en el mundo externo con una área libre de conflicto.

14.- De donde se puede considerar a su teoría dentro de la corriente de los teóricos del Yo.

De esta manera, podemos considerar que Silder (1987), se encuentra entre los que consideran al Yo corporal o autoimagen como parte primordial del individuo abstrayendo las potencialidades y cualidades que puede desarrollar con el medio exterior.

Retomando la distinción entre el Yo corporal o autoimagen hacia los demás objetos externos haciéndolo único, y a su vez responsable de su propia transformación a nivel psíquico. De acuerdo con esto se puede catalogar como uno de los más representativos al señalar a la imagen corporal dentro de la personalidad del individuo que para ser más precisa surge rica su aportación para la relación del porque algunos individuos fuman que más adelante se vislumbrará así como otros aspectos que no quedan de lado desde mi punto de vista.

Aportaciones de Sigmund Freud

El enlace de Freud (1989) (7) con el Autoconcepto tampoco se encuentra en forma directa en su obra, ya que él jamás utilizó este concepto como tal. Sin embargo, la descripción y el manejo de ciertas instancias en su obra "Introducción al Narcisismo" pueden considerarse también como precursores del constructo que aquí nos ocupa.

Para Freud (1989), el fenómeno del narcisismo primario es la satisfacción de las necesidades más vitales, presente en todos los individuos. A partir del cual, y en función de

(7) Op cit. (6) pp 71-75.

estas mismas necesidades, van a salir subsecuentes porciones de carga libidinal (vista como energía) para investir a los objetos con los cuales se entra en relación especialmente con la madre, pero subsistiendo siempre a lo largo de la vida un depósito de libido cargando al Yo junto con una libido objetivada, cargando a los objetos.

Un aspecto más que se refiere a la constitución de un ideal del Yo, en el cual van a depositarse también grandes cargas de energía libidinal, de lo cual, el Yo se siente observado, evaluado y comparado con este ideal y, por tanto, la autoestima resulte condicionada a que el Yo cumpla con el ideal o no.

Por lo que toca a esa instancia que observa, advierte y critica constantemente al Yo, y que Freud identifica con la conciencia (porque en ese tiempo aún no le ponían el nombre de super yo, al no haber hecho todavía la posterior división tripartita de la mente) que trata de controlar al Yo, para adecuarlo a ideal, considera que fue resultado de la internalización temprana de la crítica parental y posteriormente de la social.

Freud, nos muestra los inicios de un proceso evaluativo de lo que algunos autores a posteriori retomarán para expresar diferentes aportaciones para el constructo denominado por algunos como Self, Autoconcepto entre otros; y que será un indicador para estudiar cuidadosamente la subjetividad de la personalidad, en razón de sus cogniciones, actitudes, emociones y conducta.

Heinz Hartman y sus aportaciones al estudio del
Autoconcepto

La influencia de Hartman (1987) en el desarrollo del Autoconcepto proviene de sus aportaciones directas al esclarecimiento y demarcación de la instancia psíquica del Yo, junto con él, han formado la corriente de los teóricos del Yo.

Todos ellos con Hartman (1987) de líder, rescatan legítimamente el importante papel del Yo en el desarrollo de la personalidad humana.

Esta corriente va a surgir de los años cuarentas y cincuentas y su interés va a estar centrado en desarrollar ciertas partes, funciones características del Yo, que habían permanecido soslayados, ocultos y desatendidos por el psicoanálisis tradicional ortodoxo.

Es pues en los últimos escritos de Freud donde al desarrollar la formulación de la segunda tópica que se refiere a la estructura tripartita de la mente, donde finalmente Hartman (1987) sugiere que en lugar de decir que "el narcisismo resultaba de la carga de libido puesta en el Yo, en contraposición a la carga puesta en el objeto", era más correcto referirse a la catexia del Self (ya que Freud se estaba tratando de referir a la persona total y no a la instancia psíquica del Yo) y que en esto reside el sentido verdadero del Narcisismo, en que el sujeto retira todas las cargas libidinales puestas en los objetos y las deposita en su persona (o Self).

De este modo, sería una subestructura de la personalidad en tanto que el Self como imagen de sí mismo, estaría compuesto por otras subestructuras que comprenden al Yo, al Ello y al Super Yo; de suerte que cuando se habla de lo opuesto a la catexia de objeto se estaría hablando de la catexia de la propia persona, sin especificar si está situada en el Ello, o el Yo, o en el Super Yo, de donde además se refiere que se pueden encontrar Narcisismo de los tres sistemas psíquicos.

Esta es una de las mayores aportaciones de Hartman (1987) al psicoanálisis, pues como ya se señalaba antes de él, el Yo podía designar a un sistema, al Sí mismo o a la persona completa; aparte de todas sus otras innumerables aportaciones contenidas en la idea de un Yo como conjunto de potencialidades o funciones a desarrollar a través de la maduración y de la experiencia con el ambiente, que proviene de un área autónoma libre de conflicto (lo cual puede variar con el transcurso del desarrollo), además como resultado de características hereditarias, de las influencias de los impulsos instintivos y de las influencias de la realidad exterior.

Noción de Autoconcepto basada en William Fitts

Después de esto, solo resta exponer lo que para Fitts (1969)⁽⁸⁾ implica el constructo Autoconcepto y señalar su importante participación en uno de los programas más completos de investigación que sobre él se hayan hecho, iniciado en 1955, duró 10 años y culminó con la estructuración de la Escala del Autoconcepto conocida como

(8) Op cit. (6) pp 82-85

Tennessee en 1965.

Fitts considera que el Autoconcepto ha llegado a ser un medio muy importante y muy socorrido para comprender y estudiar la conducta humana. El concepto de Sí mismo, ha demostrado ser un elemento altamente influyente en la conducta, directamente relacionada con la personalidad general y el estado de salud mental, de tal manera que aquellas personas que han construido una imagen o concepto de sí pobre, sintiéndose devaluadas, indignas o malas, tienden a considerarse de acuerdo con estos conceptos (Cruz, Terán, 1992)

Lo mismo sucede con los individuos que han desarrollado un concepto irreal de sí mismos, los cuales tienden a aprovecharse de la vida y de los demás también de una manera irreal.

Ocurriendo que los autoconceptos resultan muy desviados van a producir conductas consecuentes a estas autoapreciaciones; de manera que el conocimiento de como un individuo se percibe a Sí mismo resulta muy útil para el clínico o el investigador con el propósito de ayudarlo a hacer una evaluación de su salud mental. Como se ve pues, la preocupación de Fitts se sitúa en el área de la clínica y del asesoramiento psicológico que la induce a establecer una relación entre Autoconcepto y rehabilitación.

LA ROSA. J. (1988) afirma que el Autoconcepto revela aspectos fundamentales de la personalidad del individuo, lo cual permite un mayor entendimiento y una más adecuada planeación a la hora de asesorarlo en el proceso terapéutico,

y aunque Fitts, se podría decir que se carga hacia el aspecto positivo del Autoconcepto en tanto lo traduce en Autoestima también se ocupa de otros aspectos como su estructura, componentes y consistencia.

Su modelo conceptual lo expresa en términos de relaciones interpersonales y de competencia interpersonal, señalando también la importancia de la libre comunicación.

En lo que respecta a una perspectiva psicológica más amplia Fitts se coloca dentro de la Humanista y su contribución es más empírica que teórica (LA ROSA, J. 1988)

El énfasis lo rehace en la persona como objeto de Autoconcepto que incluye el sentimiento y lo que la persona concibe de como es ella misma. Aparte está el hecho de que la percepción es multidimensional y los factores más importantes que la describen son categorizados en otras áreas:

- I. Identidad (quién soy/ como soy)
- II. Autosatisfacción (como me acepto a mi mismo)
- III. Comportamiento (como actúo) y las dimensiones abarcan:

Al Yo Físico, Yo Personal, Yo Ético-Moral, Yo Familiar y Yo Social.

5.2 Conceptualizaciones sobre el Autoconcepto

Diversos autores han dedicado parte de sus teorías para explicar que se entiende por Autoconcepto, en unos momentos

se revisarán algunas definiciones, incluyéndose algunos conceptos de Autoestima y Seguridad.

William James uno de los primeros en estudiar el Autoconcepto de Sí mismo y el Yo empírico, define el Autoconcepto como "la suma total de cuanto un hombre puede llamar suyo, su cuerpo, sus rasgos y sus aptitudes, sus posesiones materiales, su familia, sus amigos y sus enemigos y muchas otras cosas más"⁽⁹⁾

Fitts (1965)⁽¹⁰⁾ Lo define como la imagen que el individuo tiene de Sí mismo.

Rosenberg (1973) Define al Autoconcepto como la actitud hacia un objeto, el término actitud posee un alcance bastante amplio, se emplea para designar hechos, opciones, valores y orientaciones favorables respecto a Sí mismo.

Rogers (1976) ⁽¹¹⁾ Lo define como: el Sí mismo es algo de lo que nos damos cuenta inmediatamente, concibiéndolo como zona íntima de nuestra personalidad y en nuestro organismo. Viene a ser como el núcleo de nuestro ser.

Hurlock (1976) Lo define como el compuesto de pensamientos que constituyen la conciencia que tiene la persona de su existencia individual, su concepto de quién es.

⁽⁹⁾ Cit. en Mercado Moreno Rosa Xochitl. **AUTOCONCEPTO Y METAS EN NIÑOS MALTRATADOS QUE VIVEN CON FAMILIA Y NIÑOS MALTRATADOS QUE VIVEN EN LA CALLE.** Tesis Fac. de Psicología. UNAM. 19991 p 94.

⁽¹⁰⁾ Op Cit. ⁽⁹⁾ p 94.

⁽¹¹⁾ Op Cit. ⁽⁹⁾ p 94.

Calvin y Gardner (1984) (12) Lo definen como un equivalente a un sistema de actitudes o sentimientos que el individuo tiene acerca de sí mismo como objeto.

Maslow, señala que las personas con alto concepto de sí mismas, tendrían confianza en sí mismas, sentimientos de superioridad en sus capacidades, carecerán de timidez; no serán individuos opacos, inconscientes o avergonzados de sí mismos (Maitz Maxwell, 1968).

Hurlock (1982) más recientemente afirma que el Autoconcepto que tienen las personas, sobre quienes son y que son, se compone de conceptos que tienen los individuos sobre su aspecto, adecuación sexual, importancia de sus cuerpos en la opinión de otros. El aspecto psicológico se compone de conceptos que tienen los individuos sobre sus capacidades e incapacidades, su valor y sus relaciones con los demás.

Sarafino (1988) (13) Señala que el Autoconcepto es una idea organizada, interna o personal que se tiene de las características propias (rasgos físicos, sexo, tendencias conductuales, disposición emocional, habilidades, intereses y objetivo), con una evaluación personal y detallada, es decir, es la idea personal organizada, que tiene una persona acerca de sus propias características, incluyendo la imagen y la estimación que tiene de ella misma.

5.2.1 Algunos conceptos sobre Autoestima

Fitts (1965) (14) Determina a la Autoestima por la acción

(12) Op Cit. (9) p 94.

(13) Cit. en Fricá López Ma. C. y Terrazas Valero Norma A. ESTUDIO CORRELATIVO ENTRE LA ESCALA TENNESSEE DE AUTOCONCEPTO Y EL DIFERENCIAL SEMANTICO DE JORGE LA ROSA. Tesis Fac. de Psicología, UNAM, 1994 p 58.

de otros elementos: El Yo Físico, El Etico-Moral, el Yo Personal, el Yo Familiar, el Yo Social, la Identidad, la Autoaceptación, el Compromiso y la Autocrítica.

Virginia Satir (1968) (15) Dicha autora, relaciona estrechamente el Autoconcepto con el término Autoestima diciendo que es la actitud favorable o desfavorable que el individuo tiene de Sí mismo. Esta se forma a través de ciertas capacidades o habilidades que todo ser humano debe desarrollar para enfrentarse a la vida diaria, teniendo la posibilidad de vivir plenamente. La Autoestima es un factor que ocurre dentro de las personas que se nutren. La Autoestima es una actitud que se tiene hacia Sí mismo y nos lleva a actuar según nuestro propio Autoconcepto del que se parte, ambos, Autoestima y Autoconcepto son elementos de la personalidad.

Rodriguez, M. (1985) Aclara que la autoestima es una actitud positiva o negativa hacia un objeto en particular: el Sí mismo, si una persona se conoce a Sí misma y está consciente de sus cambios, crea su propia escala de valores, desarrolla sus capacidades y si se acepta y respeta, tendrá Autoestima, por el contrario, si una persona no se conoce, el concepto de Sí mismo es pobre, no se acepta ni se respeta.

Sin embargo existe otro elemento importante que de alguna manera conforman al Autoconcepto además de la Autoestima anteriormente mencionada, que a continuación se mencionará.

(14) Fitts, V. **ESCALA TENNESSE DE AUTOCONCEPTO. APENDICE "A"**
Versión y Adaptación Castellana por Blanca M. de Alvarez y
Guido A. Barrientos. Publicada y Distribuida por el Instituto Interamericano de Estudios Psicológicos y Sociales, -
Chihuahua, México, 1960 p 14.

La autoimagen, la constituye una imagen mental que el sujeto tiene de su Yo y del Yo de la persona que le gustaría ser, es decir, la noción interna de si una persona posee características y hasta que grado las posee, manifestaciones por las características o descripciones que hace de Sí misma. (Sarafino, E. 1988).

De aquí que se deriven cuatro clases de Autoimagen:

Autoimagen Psicológica

Constituida por los rasgos de personalidad (timidez, honestidad, agresividad, etc.) basándose en pensamientos, sentimientos y emociones.

Autoimagen Ideal

Es lo que el individuo quisiera ser en lo físico y en lo psicológico, sus esperanzas y aspiraciones.

Autoimagen Física

Comprende las cualidades y la adecuación al sexo pertinente (altura, complexión, etc.)

Autoimagen Real

Es la imagen por reflejo de lo que el individuo cree que las personas que le importan piensan a su respecto, tanto física como psicológicamente. Según el trato y evaluación de estos, el sujeto determinará su estimación.

(15) Cit. en Vázquez León Oralio. ESTUDIO COMPARATIVO DE AUTOCONCEPTO ENTRE DOS GRUPOS DE ADOLESCENTES, UNO CON PADRES ALCOHOLICOS Y OTRO CON PADRES NO ALCOHOLICOS. Tesis Fac. de Psicología UNAM, 1988.

Por otro lado Jung, Carl (1952) nos habla de otro término que es la Seguridad, afirmando que esta civilización moderna se está incrementando a un grado acelerado, y la necesidad de seguridad individual. Dicha Seguridad, de la cual nos habla es la interna, como la solución deseable, que lleva a la persona a la realización creativa en el mundo externo (Cit. en Otero, Araceli y de Alba, 1965).

Sarafino, E. (1988) La Autoestima es una evaluación personal de méritos y cualidades, que un objeto realiza acerca de su propio valor, con base en su Autoimagen y en la conciencia de valores de la sociedad.

(10) Op Cit. (13) p 52.

3.3 Componentes y Elementos del Autoconcepto

G. Mead (1972) señala que el Si mismo está constituido a la vez por un componente "sociológico", y el mi (que no es otra cosa que una interacción de los papeles sociales), en el cual éste individuo y el otro interactúan.

El Si mismo de un individuo, se desarrolla a partir de los juicios que otro ofrece de él, en el interior de un contexto social, en el cual éste individuo y el otro interactúan.

Mead (1972) distingue dos aspectos en el Si mismo:

- El Yo, que representaría al Si mismo en tanto sujeto y el mi que representaría el Si mismo, en tanto que objeto; esto significa que el Yo, es la relación del organismo a las actitudes de otros que es asumida por uno mismo.

Las actitudes de otros constituyen el mi organizado al cual se reacciona como Yo. Así, hay que considerar al Yo y al mi, como elementos constitutivos del Si mismo.

El Si mismo, según Mead (1972) es estructurado socialmente, solo puede aparecer en un ámbito en el que exista comunicación social.

El individuo llega a ser Si mismo, en la medida en que es capaz de aceptar la actitud de otros y actuar respecto de si como actúan los demás.

Rosenberg (1974)⁽¹⁷⁾ menciona lo siguiente en relación a los componentes y elementos del Autoconcepto.

El Sí mismo existente. Se refiere como el individuo se ve a Sí mismo.

Se integra por cuatro Áreas:

a) Las partes, que integran el contenido del Autoconcepto, el cual está constituido por la Identidad Social, las inclinaciones del sujeto y sus características físicas. La identidad Social se refiere a las categorías sociales que la sociedad utiliza para clasificar a un individuo: raza, sexo, nombre, nacionalidad, etc. Estas categorías sociales conforman una parte real de lo que el individuo siente que es ésta clasificación social, que da valor al individuo o influye en su propio valor. Es la Identidad Social donde el "Rol Social Ideal" adquiere importancia, ya que si el individuo no cumple con este rol ideal siente culpa o vergüenza, los componentes del rol son: Actitudes, valores, normas.

Para Rosenberg (1974) las características físicas se refieren básicamente al Yo Físico como objeto perceptual. Y a continuación se mencionarán.

b) La relación entre las partes, que conforman la Estructura del Autoconcepto comprenden tres partes principales.

1.- Centralidad Psicológica concierne a la individualidad y está jerárquicamente organizado en un sistema de autovalores.

(17) Op Cit. (9) pp 95-97.

Darse valor es un ejemplo exacto de la importancia de la Estructura del Autoconcepto para la autoestima global del individuo. La autoestima global de una persona está basada no solamente en la valoración de las cualidades que cuentan para la persona. La significación de un componente particular depende de su localización en la estructura del Autoconcepto si es central o periférico.

2.- El Autoconcepto puede ser visto como global o específico. Generalmente no existe un consenso entre las investigaciones de Autoconcepto acerca de si es preferible centrar la atención en las partes o sobre todo el continuo global de autoactitudes. Sobre este punto, se ha planteado dos campos:

Primeramente, se señala que existe tal vez inconsistencia entre los componentes de un individuo que siente orgullo por su clase social y vergüenza de su herencia étnica y,

Segundo, su campo se refiere a la variabilidad situacional en el Autoconcepto, la persona siente Autosatisfacción a veces y bajo ciertas condiciones Autoinsatisfacción.

3.- El Autoconcepto primariamente consiste en un aspecto social exterior y un interior psicológico. Como exterior social se considera un Self visible al cual incluye características físicas, de Identidad Social, etc. Algunas se inclinan a ver el Sí mismo en términos de un interior psicológico es decir, como un mundo privado de emociones, actitudes, deseos y aspectos.

c) La descripción de las partes del todo, denominados

Dimensiones del Autoconcepto.

Una parte importante de la estructura cognitiva del individuo es un sistema de actitudes. Se puede considerar al Autoconcepto como una de estas actitudes. Aún más, las actitudes hacia los objetos pueden ser caracterizados en términos de un conjunto de dimensiones las cuales pueden ser aplicadas al Si mismo como objeto. Se puede caracterizar al individuo en términos de ocho dimensiones las cuales son:

Dirección. Si tiene una opción favorable de Si mismo.

Intensidad. En que grado son favorables o desfavorables

Relevancia. Si el individuo está consciente de lo que dice y hace o si está envuelto en otras tareas o propósitos.

Consistencia. Si los elementos de su autoimagen son consistentes o contradictorios.

Estabilidad. Si las actitudes hacia Si mismo varían día a día, momento a momento o son estables y firmes.

Claridad. Si tiene una imagen firme o vaga de si mismo.

Precisión. Si su imagen es correcta o falsa.

Verificable Si los componentes de la imagen son posibles de confirmación objetiva.

a) Los límites del objeto o extensiones del ego.

Allport, G. (Cit. en Rosenberg, 1974), este autor prefiere el término propium (en lugar de Sí mismo), que consiste en aquellos aspectos del individuo, que el observa y considera de importancia central y que contribuyen a una sensación de unidad interna.

Allport considera que el propium tiene ocho atributos:

- 1.- Conciencia de un Sí mismo corporaI.
- 2.- Una sensación de continuidad sobre el tiempo.
- 3.- Aumento del ego o una necesidad para la autoestima.
- 4.- Extensión del ego o la identificación del Sí mismo más allá de los límites del cuerpo.
- 5.- Procesos racionales o la síntesis de necesidades internas con la realidad externa.
- 6.- Autoimagen o percepción personal y la evaluación de Sí mismo como objeto de conocimiento.
- 7.- El Sí mismo como conocedor o como agente ejecutador.
- 8.- Esfuerzo propio o la motivación para incrementar, mas que incrementar la tensión y para expandir la conciencia, así como buscar cambios.

Erickson, E. (Cit. en Rosenberg, 1974), señala que el yo es el instrumento mediante el cual una persona organiza la información exterior, valora a la percepción, selecciona los recuerdos, dirige la acción de manera adaptativa e integra las capacidades de orientación y planteamiento; éste ya da lugar a un significado de identidad en un estado de elevado bienestar.

El Yo, salvaguarda la existencia coherente, filtrando y enfatizando todas las impresiones, recuerdos, etc. que tratan de penetrar en el pensamiento y exigen una acción al sujeto, si no estuviese clasificado por un sistema confiable de protección.

Así también, el Yo es un concepto de identidad del ser humano y persiste como entidad ontológica a través de la vida. El Autoconcepto forma parte de ese Yo y está estrechamente vinculado con el ego. El Autoconcepto es lo que Yo se de mi propio Yo.

La función individual del Autoconcepto, es la de darle una formulación estable a la acción, proporcionando criterio selectivo, a las consecuencias sociales y a las reflexiones del ego.

L' Ecuyer R. (1985)⁽¹⁸⁾ afirma que el concepto de Sí mismo consiste en una organización completa que reúne algunos elementos fundamentales o características globales en torno a los cuales se agrupa un determinado grupo de aspectos más específicos. El concepto de Sí mismo se articula en tres niveles sucesivos:

Estructuras, Subestructuras y Categorías.

Las estructuras se dividen en:

"Sí mismo material" (el cual comprende al cuerpo y sus posiciones) "Sí mismo personal" (referente a características

(18) Cit. en Chapper, Dan. **POSIBLES EFECTOS DEL AUTOCONCEPTO CON EL DESARROLLO DEL SIDA.** Tesina elaborada para obtener el título de Lic. en Psicología. Fac. de Psicología, UNAM, 1990 p. 8.

como la imagen de Sí mismo e identidad de Sí mismo)." Sí mismo adaptativo (La relación entre el individuo y sus percepciones de Sí mismo) determinando el "valor de Sí mismo".

Epstein (1973)⁽¹⁰⁾ menciona que W. James identificó dos diferentes aproximaciones en relación al Sí mismo: en una se considera al ser como un "conocedor" y en otra como "objeto" del conocimiento.

L'Ecuyer (1985) resume la dirección que sigue este enfoque social del siguiente modo: "A los procesos teóricamente más internos de diferenciación Sí mismo prójimo, viene a añadirse la importancia de la naturaleza de los papeles impuestos por una sociedad en la organización jerárquica global cada vez más completa de los diversos elementos del concepto de Sí mismo del individuo durante su evolución.

Existe también un enfoque individualista, para la comprensión del concepto del Sí mismo: que aún cuando no niega la influencia del ambiente tiende más a rescatar la capacidad del individuo de seleccionar las percepciones externas e internas para lograr una concepción de Sí mismo individualizada. El enfoque individualista se apoya en el postulado del predominio de la percepción del individuo como realidad clásica (Epstein, 1973).

Sugental (Cit. en L'Ecuyer, 1985) Es uno de los autores del enfoque individualista más destacado entre otros, dado que ha contribuido en el análisis de la experiencia personal del individuo para él, el Sí mismo es un "sistema perceptual"

⁽¹⁰⁾ Op Cit. (10) p 8.

aprendido que funciona como objeto dentro del cambio perceptual.

Algunos de los principales méritos de Bugental y sus colaboradores son haber desarrollado un modelo que incluye un instrumento de análisis del proceso de diferenciación Sí mismo; así como poner en evidencia el contenido de la experiencia personal del propio Sí mismo.

CONCLUSIONES

A grandes rasgos es notorio observar que no existe un concepto único del constructo autoconcepto, ni de sus elementos que lo comprenden.

Pero si queda claro desde mi punto de vista que el autoconcepto puede definirse como lo que el individuo piensa acerca de su sí mismo o su yo, el como se percibe en aspectos físicos y corporales dados en una autoimagen propia y única además de contemplar capacidades, habilidades y talento en este individuo.

Entendiendo también a la autoestima como una actitud favorable o desfavorable hacia el sí mismo del individuo, como parte del autoconcepto. Existe además otro elemento que es la autoimagen conteniendo rasgos de la personalidad, basándose en pensamientos, sentimientos y emociones; otra parte sería las aspiraciones de esta autoimagen en relación a lo físico, psicológico, etc.; otra, son las cualidades físicas de esta autoimagen como altura, complexión y finalmente la que los demás piensan acerca de ese individuo en el plano físico y psicológico, de ahí que derive su estimación del sí mismo en conjunción con su autoconcepto.

Pasando a otro tema en relación a la investigación, es pertinente considerar a autores como Frankl (1987) Wilberg (1984) y el Dr. Maslow (Cit. en Goble, F. 1991), retomando puntos en lo referente al fenómeno del hábito de fumar que en un sexto capítulo se mencionarán.

CAPITULO VI APROXIMACION DE ORIENTE A OCCIDENTE EN RELACION CON EL HABITO DE FUMAR

En breve momentos expondremos a un expositor de la corriente humanista dentro del estudio de la Psicología. Mencionando algunas aportaciones importantes en relación al tema aquí tratado, sobre la relación de Autoconcepto y Actitud de fumar en sujetos fumadores y deportistas.

6.1 Viktor A. Frankl

De acuerdo con Frankl (1987) el hombre se preocupa por un estado externo de cosas en el mundo, ya que se trata de una causa a la cual servir o alguien a quien amar. Es decir la existencia humana apunta y se refiere a algo distinto de uno mismo.

Por tanto es evidente que el hombre no ha de ser sometido a tensión podría traducirse en estimulaciones que el hombre experimenta desde el uso del alcohol, drogas, café y el tema que aquí nos ocupa: el hábito de fumar.

Por otra parte en una investigación realizada sobre el rasgo de personalidad Necesidad de Estimulación (NE) y consumo de tabaco, (1989) indica que existe una relación positiva entre (NE) y un mayor consumo de sustancias adictivas. Donde las personas que poseen características orgánicas, posiblemente con fuerte carga genética. necesitarán mayor estimulación ambiental para un buen rendimiento conductual en su vida cotidiana, tendrían mayor probabilidad de consumir

sustancias que implicaran estimulación.

Frankl, pone a consideración cuatro tesis que son las siguientes:

- 1) El nombre no solo se preocupa en primer término por la reducción, sino que incluso necesita tensiones, (o traducido literalmente, en estimulaciones)
- 2) Busca tensiones, por tanto:
 - 3) En la actualidad, dada la modernidad del estilo de vida, no halla tensión suficiente; y
 - 4) Por ello crea, artificialmente la tensión que le ha evitado la sociedad de la abundancia.

Por ello nace uso de estimulaciones artificiales más accesibles a su medio, (como el alcohol, café, tabaco, exceso en el comer, o en última instancia la práctica de algún deporte recreativo o de alto rendimiento, así como la utilización de técnicas de relajación.

Siendo evidente esto, el hombre no ha de ser sometido a tensión excesiva. Lo que necesita más bien es una cantidad moderada, razonable de la misma. Selye, creador del concepto de estrés, ha admitido que el estrés es "la sal de la vida" (Frankl, Viktor, 1987)

Se deduce así que el hombre no busca totalmente las mismas, sino que busca misiones cuya realización agregue sentido a su existencia. El hombre es motivado por lo designado como *voluntad de sentido* y extrapolándolo al problema del hábito de fumar, es donde todo ese ritual que lleva a cabo al

encender y fumar el cigarro, el hombre experimenta un **sentido de poder** reflejado en seguridad personal, Autoestima y Autoconcepto positivos. con una sensación de ser agradable de sí mismo y hacia los demás. Pero si analizamos detenidamente el hombre se ha olvidado de ejercitar habilidades y capacidades para darle sentido a su existencia o de buscar otras actividades que le resulten placenteras sin causarle algún riesgo en su personalidad y estado físico así como emocional. encontrando tal sentido y finalidad a su existencia humana.

Schopenhauer, decía que en el siglo pasado, la humanidad parecía estar eternamente condenada a vacilar entre los dos extremos representados por la necesidad y el aburrimiento; hoy día se ha alcanzado éste extremo (Frankl, Viktor, 1987)

Esta sociedad de la abundancia proporciona medios a amplios sectores de población, mas la gente no encuentra finalidad ni sentido alguno en sus vidas. Se está viviendo, en una sociedad del ocio; cada vez hay más personas que disponen de tiempo libre, pero no disponen o no saben de todo el potencial humano del cual están creados, así como de no saber en que poder gastarlo, o lo gastan en estimulaciones vanas llegando al extremo de tener hábitos arraigados de sentir o gozar del placer de los mismos. como es el caso del hábito de fumar, sea moderadamente, de cinco cigarros diarios por ejemplo; o de una cajetilla diaria o más.

De aquí pasemos pues, a ver como la aportación de Frankl (1989) que es aplicada a la práctica deportiva, además como propuesta de la autora del presente trabajo, para

encauzar a aquellas personas que del hábito arraigado de fumar, echen un vistazo a dicha propuesta. Mucho se ha dicho que el hombre siente curiosidad por localizar los límites de sus posibilidades y que al aproximarse a ellos los empuja cada vez más lejos, igual que el horizonte. De aquí se pueden deducir dos cosas: La primera, que el hombre al estar en esta vida de competir consigo mismo para poder ser el mismo y enfrentarla de la mejor manera; la segunda es que en el plano de la competición deportiva o incursión en la práctica deportiva, el hombre está en realidad compitiendo consigo mismo. El mismo es su propio rival, o en su defecto debería serlo. Frankl V., (1967) aclara que esto no se trata de prescripción moral, sino de la afirmación de un hecho, ya que cuanto más dispuesto se halla alguien a competir con otros y derrotarlos, tanto menos apto es para realizar su potencial. Por el contrario, cuanto más se concentre en hacer las cosas lo mejor que puede, sin preocuparse demasiado por su éxito de triunfar sobre los demás, tanto más rápida y fácilmente se verán sus esfuerzos por el éxito.

Como segundo punto a continuación se describirán algunas aportaciones de los teóricos pertenecientes a la tercera fuerza dentro de la Psicología, conocida también como Psicología Transpersonal, es decir una Psicología que va más allá de la persona, y que son: Wilberg, Ken (1983) y Abraham Maslow, (Goole, Frank (1991)).

Dichas Psicologías Transpersonales muestran una integración multidisciplinaria y de teorías psicológicas selectas; promoviendo la investigación heterodoxa, tratando de preservar un rigor metodológico.

Es decir, con la transpersonalidad no se trata de inventar otra realidad, sino de precisar cuál y cómo es ésta. ni se trata de manejar lo psicológico con métodos y herramientas aptos para la física, sino de precisar la dimensión verdadera del ámbito psicológico fuera de reduccionismos, ficciones sobreintelectualizadas y simplificaciones excesivas.

La Psicología Transpersonal puede ser la primera corriente, en alrededor de tres siglos, que proponga una meta clara, regeneradora para el hombre, evitando la disolución en los estándares de la "normalidad" las potencialidades de los individuos (Del Villar, Luis (1992)

6.2 Teoría de las Necesidades Básicas de Abraham Maslow

Un estudio objetivo de la conducta no es suficiente para lograr una comprensión global; lo subjetivo debe también tomarse en consideración: sentimientos, deseos, esperanzas y aspiraciones de la gente deben ponderarse a fin de aprehender el comportamiento individual (Cit. en Goble, Frank 1991)

El ser humano está motivado por cierto número de necesidades básicas que abarcan a todas las especies; es decir, urgencias aparentemente inmutables y, por su origen, genéticas o instintivas. Goble, Frank (1991), afirma ser un concepto fundamental, exclusivo de la teoría estructurada por Maslow. Donde además existen necesidades de índole psíquica más que puramente fisiológica: constituyendo éstas la verdadera naturaleza interior de la especie humana, aunque resultan fácilmente distorsionadas y vencidas por el aprendizaje erróneo, los hábitos o la tradición.

A continuación de acuerdo con el autor Goble, Frank (1971) se describirán de manera resumida la Teoría de las Necesidades de Abraham Maslow.

NECESIDADES FISIOLÓGICAS

Las urgencias más fundamentales, inaplazables y poderosas de todo hombre son las que se refieren a la supervivencia física: alimento, líquido, refugio, sexo, sueño y oxígeno. El individuo a quien le falta alimento, autoestima y amor, primero pedirá pan, hasta llegar a satisfacer su hambre, todas las necesidades quedarán relegadas.

Maslow asienta que resultaría posible, pero quizá no muy útil, hacer una larga lista de las necesidades fisiológicas; todo depende de cuán específico se quiera ser. Podríamos demostrar, por ejemplo, cómo varios placeres sensorios (gustos, olores, caricias, etc.), podrían incluirse en las mencionadas urgencias que afectan a la conducta; es más, aunque las necesidades de índole fisiológica pueden ser separadas e identificadas más fácilmente que las urgencias de índole mayor, no puede tratarseles como fenómenos parciales, aislados; por ejemplo, una persona que cree tener hambre, puede, quizás, estar sintiendo cierta falta de amor o de seguridad, o alguna otra necesidad. A la inversa, algunos satisfacen o intentan satisfacer el hambre, mediante actividades como fumar o beber agua; así pues, queda claro que todas las necesidades humanas se interrelacionan.

Maslow piensa que los conductistas están en lo correcto al identificar las necesidades fisiológicas como aquellas

que tiene la más poderosa influencia en la conducta del hombre, pero sólo en tanto que llega éste a satisfacerlas; sin embargo, en muchas personas de las sociedades civilizadas, tales necesidades, del más bajo nivel, se diría están plenamente satisfechas. Pero, ¿qué sucede con los deseos de un hombre cuando hay mucho pan y su estómago se siente satisfecho?, pregunta Maslow y responde luego: De inmediato emergen otras necesidades (de más alto rango) y son éstas, más bien que el hambre fisiológica, las que entonces dominan al organismo; cuando, a su turno, se les satisface, surgen otras nuevas (y aún más elevadas) urgencias.. y así siempre. Maslow sostiene que a través de toda la vida, el ser humano está prácticamente deseando algo, pues es éste un animal volitivo y rara vez alcanza un estado de completa satisfacción, excepto durante breves términos; ya que tan pronto un deseo es satisfecho, ya brota uno nuevo para ocupar el lugar vacante.

NECESIDADES DE SEGURIDAD

Una vez que las de índole fisiológica han sido suficientemente satisfechas surgen las que Maslow describe como urgencias de seguridad y, puesto que estas últimas están colmadas en el adulto normal sano, pueden observarse mejor en niños o adultos neuróticos. Algunos especialistas psicólogos han llegado a la conclusión de que estos pequeños necesitan un mundo que resulte previsible, puesto que prefieren lo estable, lo bello, y un cierto grado de rutina; cuando tales elementos están ausentes de su ámbito, los pequeños son víctimas de inseguridad y ansiedad.

Ahora en lo que respecta a los adultos neuróticos o

inseguros, actúan, en gran proporción, como niños tímidos. Maslow, indica que comportan como si una gran catástrofe estuviese siempre a punto de ocurrir; responde comúnmente, como si se encontrara ante una emergencia.

La persona insegura siente una irrefrenable necesidad de orden y estabilidad; trata, a toda costa de evitar lo extraño o inesperado. Claro que el individuo sano también busca lo ordenado y lo estable, pero tal cosa no alcanza aquí el nivel de vida o muerte que cobra en el neurótico. La persona madura, incluso siente interés ante lo nuevo y lo misterioso.

NECESIDAD DE AMOR Y PERTENENCIA

Una vez que las urgencias o necesidades de seguridad quedan satisfechas, emergen las que se refieren a amor, afecto y posesión. Un ejemplo claro sería la conducta sexual determinada por múltiples urgencias... no sólo de su misma índole, sino aun diferente; de modo fundamental, las que se refieren a amor y afecto.

Maslow encontró que la psicología (aunque tal hecho pareciera sorprendente) tiene poco que decir acerca del amor, que aunque existen tratados sobre el matrimonio y el sexo, debieran considerarse también el ámbito al que aquí se hace referencia.

Maslow establece que la necesidad de amor implica darlo y recibirlo. Por tanto, debemos comprenderlo; ser capaces de crearlo, detectarlo, difundirlo; de otro modo, el mundo quedará encadenado a la hostilidad y a las sombras.

NECESIDAD DE APRECIO

Maslow sostiene dos divisiones en cuanto a éste necesidad: el autorrespeto y la estimación por parte de los demás.

a) La autoestima incluye conceptos como el deseo de lograr confianza, competencia, pericia, suficiencia, estatus, reputación y aprecio. Una persona con suficiente autoestima es más segura, más capaz y por tanto, más productiva: sin embargo, cuando la estimación propia no resulta suficiente, el individuo cobra, sentimientos de inferioridad y desamparo, que pueden dar como resultado desaliento y posible conducta neurótica. Por tanto, la autoestimación de índole más sana y estable se basa en el respeto que les merecemos a otros, más que en el renombre, la celebridad y la adulación.

LA NECESIDAD DE ACTUALIZACIÓN DEL YO

Maslow asienta que un hombre debe llegar a ser tanto como pueda. La identificación de la necesidad psicológica referente a crecimiento, desarrollo y utilización de potencial -lo que Maslow llama actualización del Yo- constituye un importante aspecto de su teoría sobre la motivación humana. También él ha descrito esa necesidad como "el deseo de llegar a ser todo aquello de lo que uno es capaz. Dicha autorrealización emerge, por lo general, después de haber satisfecho, de modo razonable, las necesidades de amor y aprecio.

LA NECESIDAD DE SABER Y COMPRENDER

Maslow piensa que la curiosidad constituye una característica de la salud mental. Maslow hace una lista de las razones para colocar al frente la mencionada característica.

a) La curiosidad se observa a menudo en la conducta de los animales.

b) La historia proporciona múltiples ejemplos de hombres que han buscado el conocimiento aún a la vista de grandes peligros; digamos Galileo y Colón.

c) Los estudios que han tenido como sujetos a personas maduras desde el ángulo psicológico son atraídas por lo misterioso, lo incógnito y lo inexplicable.

d) La experiencia de Maslow, incluye casos de algunos adultos que saludables de suyo fueron, de repente, presas del tedio, la falta de interés por la vida, la depresión y el disgusto de sí mismos, llevando una vida banal, dedicadas a actividades sin sentido.

e) Los niños demuestran ser espontáneamente curiosos.

f) La curiosidad resulta subjetivamente reconfortante, produciendo satisfacción y felicidad.

NECESIDAD DE LO ESTETICO

Maslow sostiene que la ciencia de la conducta ha ignorado, la posibilidad de que la gente posea una instintiva o congénita urgencia de belleza; pero Maslow indagó que, al menos en algunos individuos, esa urgencia de belleza es muy intensa en tanto que la fealdad los enferma en verdad.

Maslow metaforiza al decir que el hombre necesita la belleza, así como cualquier dieta requiere de calcio: la primera también nos ayuda a ser más saludables.

Señala Maslow que la necesidad de lo estético está ligada a la imagen del individuo.

Maslow observa, además, que la urgencia de lo hermoso está casi universalmente presente en los niños sanos por ej.; afirma que la evidencia de esos impulsos que tienden satisfacer la necesidad de orden estético se encuentran en todas las culturas y en todas las épocas, a partir del hombre de las cavernas.

Sin embargo en nuestra sociedad, las mayorías han satisfecho, sólo de modo parcial, casi todas sus necesidades fundamentales; es decir, todavía quedan por colmar algunas de igual índole; son esas urgencias no satisfechas las que influyen en más alto grado sobre la conducta. Una vez gratificada cualquier necesidad, tiene débil efecto sobre la motivación.

La gente puede tener o no tener conciencia de sus necesidades vitales. En el individuo promedio, tales urgencias son, más a menudo, inconscientes..., aunque pueden, mediante la técnica adecuada, y en personas sensibles, llegar a hacerse conscientes.

NECESIDADES DE CRECIMIENTO

En los párrafos anteriores se han descrito las necesidades básicas de índole psíquica. Según las cataloga

el Dr. Maslow en su texto clásico *Motivation and Personality*. Como resultado de una más amplia investigación, el extendió y aclaró la teoría de las necesidades fundamentales en su obra *Toward and Psychology of Being* (Cit. en Goble, Frank 1991)

Pero ahora lo que Maslow descubrió fue un cuerpo nuevo y global de necesidades de categoría más elevada, mismas que describe como urgencias de desarrollo (o valores del ser o valores B).

Y a continuación se describirán:

1.- *Totalidad* (unidad, integración, tendencia a la unidad, simplicidad de interconexión; organización, estructura; trascendencia de la dicotomía, orden)

2.- *Perfección* (necesidad de, justeza, equidad, inevitabilidad, adecuación, justicia, entereza, "deber ser"

3.- *Completar* (fin, finalidad, justicia; está terminado, realización finis y telos, destino sino)

4.- *Justicia* (imparcialidad, orden, legalidad, "deber ser")

5.- *Vivacidad* (proceso de; actividad, espontaneidad, autorregulación, pleno funcionamiento)

6.- *Riqueza* (diferenciación, complejidad, intrincamiento).

7.- *Simplicidad* (honestidad, desnudez, quintaesencia;

abstracto, esencial; estructura esquelética)

8.- *Belleza* (rectitud, forma, vitalidad; simplicidad, llaneza, esplendor, totalidad, perfección, cumplimiento, exclusividad, honestidad)

9.- *Bondad* (rectitud, deseabilidad, deber ser, justicia, benevolencia, honestidad)

10.- *Originalidad* (idiosincrasia, individualidad, incomparabilidad, novedad)

11.- *Facilidad* (soltura, ausencia de tensión, esfuerzo o dificultad, gracia, perfección, funcionamiento hermoso)

12.- *Recreación* (diversión, deleite, entretenimiento, júbilo, humor, exuberancia, facilidad)

13.- *Verdad, honestidad, realidad* (desnudez, llaneza, esplendor, deber ser; belleza; puro, nítido y no adulterado; integridad, quintaesencia)

14.- *Autosuficiencia* (autonomía, independencia, no precisar de nadie, -más-que-de-sí, para ser -uno- mismo; autodeterminante trascendencia del medio, separatividad; vivir con las propias leyes).

6.3 Ken Wilberg

wilberg, ken (1984) menciona que lo que el individuo siente como su propia identidad no abarca directamente el organismo como un todo, sino solamente una faceta del

organismo a saber: *el ego*, es decir que el individuo se identifica con una imagen mental de sí mismo, más o menos precisa, y con los procesos intelectuales y emocionales concretamente con la totalidad del organismo. lo más que llega a tener es un cuadro o imagen del organismo total. Siense pues, que es un Yo, un Ego, y que por debajo de él cuelga su cuerpo. Con este tipo de ejemplo vemos pues como se establece un tipo importante de línea límite o demarcación, separando la identidad de la persona, haciendo a un lado la unidad de Ego (Yo) con el cuerpo. Sin gozar de la armonía con el todo, es decir una *conciencia de la unidad, como un abrazo de amor con la totalidad del universo y el cosmos.*

Así por ejemplo, una persona que este en el nivel del organismo total (cuerpo) encontrará a su enemigo potencial en su ambiente, pues este se le aparece como extranjero externo y, por consiguiente, como una amenaza para su vida y su bienestar.

Pero una persona que está en el nivel del Ego, no solo encuentra que su medio es territorio sino que lo es también su propio cuerpo, lo cual significa que la naturaleza de sus conflictos y perturbaciones es diferente en su grado.

Extrapolándolo al tema aquí tratado pareciera ser que el hábito de fumar en las personas surge un problema al saber que su organismo no le es del todo aceptable, dado que con el tiempo las consecuencias son nocivas para su salud: sin embargo la persona debe en un primer momento recuperar su cuerpo es decir, ser mas responsable de su propio cuerpo, aunque esto parezca sorprendente o raro. La demarcación

entre el Ego y la carne se observa con una curiosa mezcla de perplejidad y asurrimiento. Como se ha llegado a creer que la demarcación entre mente y cuerpo es inalterablemente real, no puede explicarse el interés de nadie por manipularla y mucho menos disolverla.

Es evidente que pocos de nosotros hemos perdido la cabeza pero hace mucho tiempo que la mayoría de nosotros hemos perdido el cuerpo, y hay que tomarse esta afirmación al pie de la letra, en efecto, parece como si yo casi *estuviera sentado sobre mi cuerpo, como un jinete montado a caballo, al que doy un latigazo, unas palmadas, le alimento, lo limpio y lo cuido* cuando es necesario.

Le impongo mi voluntad sin consultarle y le refreno contra su voluntad. Cuando mi cuerpo-montura se porta bien, no suelo hacerle caso, pero cuando se encabrita como sucede con frecuencia me apresuro a sacar el látigo para imponerle una sumisión razonable.

Si parece como si mi cuerpo colgara debajo de mí, ya no me dirijo al mando con mi cuerpo, sino sobre mi cuerpo. Estoy aquí arriba y el ahí abajo, y es indudable que me inquieto no saber a ciencia cierta que es lo que está ahí abajo. Mi conciencia es casi exclusivamente conciencia de la cabeza: *soy mi cabeza, pero tengo mi cuerpo*. El cuerpo queda reducido a no ser uno, sino *propiedad* de uno, algo que es mío pero que no es yo. En una palabra el cuerpo se convierte en un objeto o una proyección, esta demarcación es una escisión. una figura o, para decirlo con palabras de Lowen (Cit. en Wilberg, Ken, 1988) Un bloqueo. "el bloqueo también contribuye a separar y aislar el ámbito psíquico del

Ámbito somático, nuestra conciencia nos dice que cada uno de estos ámbitos actúa sobre el otro, pero debido al bloqueo, no profundiza lo bastante para que podamos percibir la unidad subyacente. En efecto, el bloqueo crea una escisión en la unidad de la personalidad, no solo disocia la psique del soma, sino que también separa los fenómenos superficiales de sus raíces en las profundidades del organismo.

Lo que aquí nos interesa principalmente es la desorganización de la totalidad del organismo, del centauro, una desorganización cuyo signo más visible y perceptible es pérdida del cuerpo, en otras palabras haciendo referencia con el tema del hábito de fumar, le ocasionara si éste es de una cajetilla diaria o el fumar moderadamente que le resta un minuto de su existencia; daños a su salud a largo plazo. observándose de esta manera la dominancia de una demarcación en el nivel del centauro en el individuo fumador; todo lo antes descrito, donde el individuo establece en su conciencia una demarcación del Ego o pensamiento con su soma o cuerpo al no darse cuenta que esa falta generalizada de sensación en todo su cuerpo ocasionará llamadas de atención al darle a conocer que orgánicamente algo anda mal, sin embargo el individuo continúa fumando aún cuando existan enfermedades asociadas al cáncer, hipertensión, alteraciones en el sistema respiratorio, cardiovascular, entre otros.

No obstante, dicho problema también es susceptible de reunir otros factores extrínsecos como el factor publicidad que se describió en un capítulo anterior.

CONCLUSIONES

De los supuestos teóricos desglorizados, observamos que el autor Frankl (1987) postula que el hombre necesita tensiones, las busca, dado el estilo de vida no las halla suficientemente y por lo tanto crea artificialmente las tensiones o mejor dicho estimulaciones, una de esas es la de poseer el hábito de fumar. Desde este punto de vista pareciera ser que el hombre por su naturaleza humana, muestra una personalidad con necesidad de estimularse, por sustancias adictivas o hábito adictivo, para un mejor rendimiento a nivel físico y psicológico en su vida cotidiana.

Por otra parte, Maslow (Goble, F. 1991) con la propuesta de su teoría de las necesidades básicas, nos interesa aquella en la que menciona aspectos de índole fisiológico y considera a la actividad de fumar como de beber, valga éste último ejemplo, como partes de una necesidad humana inaplazable y poderosa y como urgencia afecta a la conducta sino se satisface.

Sin embargo Wilberg (1991) aunque no lo expresa directamente no concuerda con estos autores al exponer en su teoría de los niveles de la conciencia desde un punto de vista transpersonal, es decir ir más allá de la persona; específicamente en el nivel del centauro, y es aquí donde el presente estudio retoma para poder explicar porqué algunos individuos fuman a pesar de la nocividad del mismo. Dicho nivel nos aporta la cualidad que el individuo de este tiempo posee al establecer una demarcación entre su yo o ego y soma (organismo) al someterlo imponiéndole actividades nocivas como es el caso del fumar, donde no alcanza a entender

concientemente la totalidad que él forma con el universo, o cosmos entendiendo esto como todo lo que él representa (a otros individuos, la naturaleza. etc. / y por consiguiente la totalidad que forma su mente con su cuerpo.

CAPITULO VII IMPORTANCIA DEL DEPORTE

7.1 Origen del Deporte

El deporte representa un lenguaje universal de fácil interpretación desde cualquiera de las diferentes culturas, su repercusión social es enorme, por lo que a menudo ha sido utilizado con fines políticos y propagandísticos perjudicando notablemente su imagen de noble lucha por la victoria, dentro de unas normas establecidas, por todo ello, el deporte se ha convertido en un rico y apasionado aspecto de nuestra sociedad (Riera, J. 1985)

Por tanto, el área del deporte es una actividad de gran importancia en el desarrollo y formación de cada individuo para conservarse saludable, para crearse una disciplina, responsabilidad y para ir conformando su personalidad.

A lo largo de la historia el ejercicio físico ha estado presente en el desarrollo del hombre, constituyéndose una necesidad para su buen funcionamiento físico y psíquico; a continuación se describirá de manera descriptiva la trayectoria del deporte en la historia.

López Rayón, A. (1986) menciona la siguiente reseña histórica del deporte en diferentes culturas.

Con las grandes civilizaciones chinas, japonesas, persas, babilonias y prehispánicas en la América antigua se inicia la práctica de la gimnasia higiénica con fines pragmáticos y utilitarios, pero teniendo una fuerte acentuación religiosa.

universalmente a la Cultura Griega se le conoce por ser la cuna del deporte físico organizado.

En el año 776 a.c., se llevó a cabo la primera Olimpiada donde se efectuaban unos juegos o fiestas en la Ciudad de Olimpia, Grecia cada cuatro años; se premiaban a los atletas con coronas de olivo ceñidas en sus sienes en ceremonia significativa ante el trono de Zeus.

Con tal connotación, Roma dió un sentido nuevo al Deporte, los ciudadanos lo practicaban en las palestras y en las termas, siempre orientado hacia el entrenamiento militar.

Pero el Deporte público, fue perdiendo el sentido griego; que era practicado por profesionales en espectáculo como los del circo y el teatro.

Durante la Edad Media al deporte se le desvaloriza y se busca la utilidad para el entrenamiento guerrero, (luchas de espada, torneos, etc.)

Con el Renacimiento, la nobleza comienza a ejercitarse por placer en alguna práctica deportiva como juegos de pelota y de lucha entre otros.

En el año 67 d.c. se destruye recurriendo al terror y la corrupción la esencia moral de estos juegos. En el año 394 d.c. el emperador romano Teodosio el Grande suprime los juegos; despues en el año 375 d.c. Olimpia es conquistada por los Godos, 30 años mas tarde en el 496 d.c. Teodosio II ordena destruir todos los templos; además de que fue destruida por violentos terremotos, completando la

total desaparición de aquella ciudad.

1500 años después, en 1891 las ruinas de Olimpia fueron descubiertas y en 1896 se renueva el espíritu por la competencia atlética, gracias a la colaboración del francés de Coubertin que logró reanudar las olimpiadas, instalando en la Sorbona el primer Comité Olímpico Internacional (C.O.I.) para efectuarse la primera olimpiada moderna el 6 de abril de 1896, en Atenas, Grecia; con la resolución de que estos juegos se llevaran a cabo cada cuatro años en una nación distinta.

Mientras que Olivera, A. (1986), menciona que es a partir del siglo XIX, que se inicia la etapa de la industrialización que promueve entre las clases pudientes una exaltación del esfuerzo físico como alternativa a una vida cada vez más tecnificada y cómoda.

Surgiendo teorías que recomendaban el nacer Deporte como medio de sanidad y para "encontrarse en forma" (Cit. por Olivera, A. 1986)

7.2 Algunos conceptos sobre Deporte

López Rayón, A. (1986) enuncia que la palabra Deporte deriva de DISPORTE (dis y portaré) que significa "sustraerse al trabajo", esto implica que el Deporte es diversión, no tarea pesada.

En voz francesa, deriva de deporte palabra que se refiere a los esparcimientos de los marineros en tierra y paso al español a través del inglés sports (Revista metas de la

Juventud, 1990).

El padre del olimpismo moderno Pierre de Coubertin (1986), dice "Deporte es el culto voluntario y habitual del esfuerzo muscular intenso apoyado en el progreso y pudiendo a veces llegar hasta el riesgo" (Cit. por López Rayón A. (1986)

De acuerdo con Lawther (1978) el deporte es "un esfuerzo corporal más o menos vigoroso realizado por el placer y recreación de la actividad misma y practicado por lo general de acuerdo a formas tradicionales o conjunto de reglamentaciones. Puede o no ser competitivo"(20)

Según Brohm (1982), el deporte es "un sistema de prácticas competitivas, con predominio del aspecto físico determinadas, reguladas, codificadas y reglamentadas convencionalmente, cuyo objetivo es, sobre la base de una comparación de pruebas, de marcas, de demostraciones, de prestaciones físicas, designar el mejor concurrente (campeón) o de registrar la mejor actuación (recor)" (Cit. por López Rayón, A. 1986).

La UNESCO da su definición de deporte diciendo que "el deporte es una actividad específica de competición en la que valora intensamente la práctica de ejercicios físicos con vista a la obtención por parte del individuo del perfeccionamiento de las posibilidades morfofuncionales y psíquicas, concretadas en un record, en la superación de sí mismo o de algún adversario (Cit. por López Rayón, A. 1986).

(20) Cit. en López Rayón, Ana E. INFORME FINAL DE SERVICIO SOCIAL. Para obtener el título de Lic. en Psicología E. N. F. SARAGOZA, UNAM, 1980 p. 9.

7.3 Contribuciones Psicológicas y Fisiológicas del Deporte

Trabajos recientes en el área de la Psicología del Deporte se trasladan con la Psicología de la Salud y la Medicina Conductual, ya que exploran la aplicación del ejercicio para el desarrollo infantil, para el tiempo libre y pasatiempos recreativos que contribuyen a la prevención y rehabilitación de enfermedades.

De acuerdo con los autores Browne, M. y Mahoney M. (1984) se describirán a continuación para fines teóricos de la presente investigación, las contribuciones Psicológicas y Fisiológicas del Deporte.

7.3.1 Contribuciones Psicológicas

Existen efectos psicológicos (que no son exclusivos del deporte) que pueden propiciarse con una participación exitosa en una actividad deportiva a cualquier nivel. Y de interés para el psicólogo, del deporte han sido: a) el realce de la conciencia corporal, imagen y sus contribuciones al concepto de sí mismo; b) la regulación de los niveles de activación y las reacciones simpáticas a la tensión, así como la transferencia más allá del ejercicio en la arena deportiva; c) la procuración de un descanso de la rutina diaria; d) el realce de la identidad propia por el sentimiento de pertenencia a un grupo que muestra valores, interés y actividades; y e) el aumento de la autoestima debido al proceso de ubicación de metas, el logro de éstas, y el consecuente sentimiento de competitibilidad y

dominio que puede ser registrado por el participante y el observador.

La confianza así logradas en tales experiencias exitosas pudiera tener un valor transferencial en otras situaciones, pero los parámetros de esta transferencia todavía necesitan una definición experimental.

Se considera que estas investigaciones han estado plagadas de problemas metodológicos (por ejemplo: falta de sujetos categorizados al azar, asignados a grupos, falta de un adecuado control de grupos, variables dependientes sujetas a respuestas sesgadas y sobregeneralizaciones de resultados), esto ha revelado consistentemente efectos positivos, con un mayor incremento en beneficios psicológicos para los sujetos con un puntaje menor en las mediciones preliminares de acondicionamiento y autoestima. Es necesaria una mayor cantidad de estudios para valorar la persistencia de cambios positivos y cuando ocurren.

7.3.2 Contribuciones Fisiológicas

Los psicólogos del deporte se han preguntado por que la gente se divierte con el deporte. Algunos lo han vislumbrado como una forma de juego.

Otros lo han visto como una forma de interrupción de los afectos inplacenteros, mediante la activación de circuitos corticales relacionados.

Recientemente el punto focal se centra más en las actividades aeróbicas que tienen efectos de entrenamiento

cardiorespiratorio y tranquilizante en el post-entrenamiento. Las personas con frecuencia se vuelven adictas al ejercicio y a la actividad deportiva.

Las razones para esta suposición han incluido el elemento del juego, y las explicaciones que se refieren fisiológicamente a las endorfinas

La elevación de los niveles plasmáticos neurotransmisores (por ejemplo: la norepinefrina)

Los incrementos de la temperatura corporal interna cuyos incrementos inducen una mayor sincronía cortical y otros efectos biológicos de tal entrenamiento.

El ejercicio aeróbico; las actividades deportivas en las que se utilizan varios grupos de músculos en actividad rítmica y continua, la cual eleva 60-90% máximo (nadar, trotar, correr, andar en bicicleta, saltar la cuerda, correr a campo traviesa, bailar, remar, son algunos ejemplos). Tales actividades de resistencia tienen sus efectos fisiológicos de entrenamiento, cuando se hacen por lo menos tres veces a la semana, entre 15 y 60 minutos continuos o no, con intensidad y duración inversamente proporcional. El sistema cardiorespiratorio se vuelve más eficiente, en todas las edades, al efectuar más trabajo con la misma carga de energía

La relación de los efectos posteriores a tales ciclos de ejercicio, incluyen una reducción en la acción potencial para descansar del músculo y consecuentemente un alivio subjetivo de la tensión.

Seguido por la generación del sueño delta, ya que estos efectos fisiológicos intervienen con los efectos psicológicos, se advierten rápidamente, es difícil separarlos de manera respondiente en cualquier cambio en una persona: de su estado afectivo, o el concepto de sí. Es necesaria más investigación que incluya las mediciones de cada acondicionamiento cardiorespiratorio, en una prueba previa y otra posterior y la relativa carga de trabajo experimental, necesaria para cada persona ante las relaciones causales entre el acondicionamiento físico y las variables psicológicas que pueden encontrarse.

CONCLUSIONES

En última instancia tenemos al deporte, entendido como una actividad que ayuda en el desarrollo y formación de cada individuo para conservarse saludable, crearse una disciplina, responsabilidad y para ir confirmando su personalidad.

Así pues, observamos que el deporte a lo largo de la historia tiene transformaciones desde tener acentuaciones religiosas, orientado hacia el entrenamiento militar, hasta convertirse en un medio de sanidad y una forma de mantenerse físicamente, poseyendo características como la de ser un esfuerzo más o menos vigoroso realizado por el placer y la recreación de la actividad misma.

Siendo a veces de carácter competitivo o no competitivo; obteniendo por parte del individuo el perfeccionamiento de las posibilidades morfofuncionales y psíquicas, concretadas en alcanzar un récord, la superación de sí mismo o de algún adversario.

Sin embargo, al hablar del deporte actualmente existen contribuciones investigativas que datan aspectos relacionados con lo psicológico y fisiológico que éste puede brindar al individuo.

En el carácter psicológico algunos especialistas como el Dr. Michael Manoney (1984) menciona que el deporte per se es interesante, por el realce de la conciencia corporal, imagen y contribuciones al concepto del sí mismo, también en la regulación de los niveles de activación y las reacciones

simbólicas a la tensión, así como la transferencia del entrenamiento más allá del ejercicio en la arena deportiva: el realce de la identidad propia por el sentimiento de pertenencia a un grupo que muestra valores, interés y actividades, aunado a esto está el aumento de la autoestima debido al proceso de ubicación de metas, el logro de éstas y el consecuente sentimiento de competitividad y dominio.

En lo concerniente a lo fisiológico tenemos que los psicólogos del deporte se han preguntado por que algunos individuos se divierten con el deporte, otros los toman como una forma de juego; y otros lo observan como una forma de interrupción de los efectos implacenteros, mediante la activación de circuitos corticales relacionados entre sí.

Específicamente algunos investigadores como Glasser (1976), se centran más en las actividades aeróbicas que tienen efectos de entrenamiento cardiorespiratorio y tranquilizante en el post-entrenamiento. Él observa que los individuos con frecuencia se vuelven adictas al ejercicio y a la actividad deportiva.

Por tanto existen razones para estas suposiciones incluidas como un elemento del juego, las explicaciones que se refieren fisiológicamente se encuentran en la función de las endorfinas, además de considerar a los niveles plasmáticos neurotransmisores como la norepinefrina.

Así es como dichos efectos junto con los aspectos psicológicos se interrelacionan, siendo difícil separarlos de manera respondiente en cualquier cambio en un individuo, de su estado afectivo, o el concepto de sí.

7.4 Algunas Investigaciones realizadas

En el estudio de Chassin, Laurie, et al. (1990), en base a la teoría de la Psicología Social y la investigación, encontraron ser responsables de las dramáticas improvisaciones en acuerdos y prevenciones de adolescentes fumadores de cigarro. Específicamente, esto puede ser vista en:

(1) Un movimiento esperado de énfasis en las consecuencias de la salud por fumar y todos los ataques de los movimientos sociales bajo los cuales los adolescentes fumar.

(2) Un más sofisticado entendimiento de las influencias sociales, los mecanismos del Autoconcepto, factores de actitud y creencias y las funciones de la conducta problema que motivan al adolescente a fumar.

(3) Un sofisticado acuerdo de estos nuevos factores que interactúan en modelos escenificados y en múltiples caminos dentro del tabaquismo.

(4) El desarrollo de programas de prevención que enseñe habilidades exclusivas en competencia social y personal; y reinterpretaciones de las sensaciones del cuerpo.

Otro estudio realizado por Dhillon, P. K. y Sexena, Sangeeta (1988), se logró examinar el efecto del tabaquismo y las actitudes respecto a él, en una Academia de Disciplina de Salud Mental, en 210 estudiantes de tres disciplinas académicas, (Humanidades, Ingeniería y Medicina), con 70

sujetos en cada grupo (repartidos en 40 fumadores y 30 no fumadores. Se encontró que los sujetos fumadores tenían una actitud ligeramente más favorable hacia el fumar. La conducta de fumar no afecta significativamente al Autoconcepto, sentimientos de seguridad y nivel de ansiedad. Pero en la Academia de Disciplina este nivel es difícil, y la motivación de los sujetos son afectados únicamente en el nivel de ansiedad. Los resultados implican que la conducta de fumar, en conjunción con otras variables, produce diferencias en la personalidad entre fumadores y no fumadores.

Otra investigación realizada por Burton, Dee; Sussman, Steve, et al. (1989), examinaron la relación entre autoimagen, autoimagen ideal, imagen de fumador en general y la imagen de modelos de cigarros, dirigidos a 120 graduados de 7o. grado. Los resultados del Cuestionario mostraron una positiva correspondencia de imagen de fumador hacia la autoimagen como una intención predictiva para fumar cigarros. Cuando el Autoconcepto y las aspiraciones de automejora están disminuidos fumar podría parecer particularmente deseable como mejoramiento de la identidad.

Otra investigación fue llevada a cabo, por Semmer, Nobert, K. et al. De un estudio longitudinal para investigar las transiciones del tabaquismo entre diferentes grados o etapas del mismo. En 1,357 Germanos de 7o. y 8o. grados, siendo interrogados acerca de la conducta de fumar, sus expectativas con respecto al tabaquismo, tabaquismo en su ambiente y su autoimagen. 86% y 81% participaron en 1 y dos años respectivamente. Los análisis de monóxido de carbono y los niveles de thiocyanate serum revelaron

adecuadas validaciones para el autoreporte de la conducta de fumar. Las estimaciones del Tabaquismo fueron dramáticamente diferentes para los diferentes niveles educativos. Las funciones indirectas estaban basadas en el comienzo del Tabaquismo para los adolescentes jóvenes. En contraste, las funciones directas, fueron mejores predictores de la conducta de fumar y de la transición hacia un regular Tabaquismo, en los adolescentes más viejos.

Otro estudio realizado por Lisnerski, Donald, D.; McClary Cheryl, L. et al. Estudiaron a 559 urbanos y rurales de 10., 30. y 50. grado, observando experimentaciones con fumadores de Tabaco, 36% de hombres rurales del 10. grado ya habían intentado fumar tabaco, pero con los de 70. grado fue un 70% que también habían intentado.

El total de los hombres rurales fueron probablemente más tentados a ser usuarios regulares de fumar Tabaco que en los hombres y mujeres urbanos. El proceso inicial de fumar Tabaco, parecen resaltar resultados de identidad, autoconcepto, o autopercepción. El segundo fue de tipo familiar. La Educación para la Salud respecto a fumar tabaco debiera ser en el kindergarden o en primer grado. Los esfuerzos educativos debieran no ser restringidos para hombres de regiones lejanas y ser altamente prioritarios, particularmente.

En otro estudio realizado por Hammes, Michael y Peterson, Dan, determinaron si los estudiantes de 60. grado podrían aprender habilidades (RPS) e identificarlas después de vistas en una cinta de video-tape, donde unos actores niños, respondieron a la presión del grupo para fumar.

También determinaron si el Autoconcepto y/o estrato social estaba asociado con las habilidades de ellos mismos para aprender las RPS.

Los sujetos fueron 95 estudiantes del 6o. grado de cuatro escuelas elementales, 54 sujetos fueron azarosamente asignados al grupo control. El grupo control pre-postest, fue designado a usar el formato de investigación y los datos fueron analizados usando la estadística de Chi cuadrada, de Montel Haenszel y el análisis de varianza (ANOVA). Los hallazgos sugieren que la resistencia para persuadir habilidades pueden ser enseñadas y ser exitosamente aprendidas en una escuela de salud mental y que el autoconcepto de los niños y el status social no es asociado con el aprendizaje de RPS.

Un estudio realizado por Carlson, J. (1990) sugiere que el uso del ejercicio físico (PE), influye en lo social, emocional y aspectos cognitivos y de desarrollo. Los beneficios de la PE son mejorar la salud, decrementar la ansiedad y depresión; incrementar la confianza, autoestima, y placer. Mejora las funciones cognitivas y la de relaciones interpersonales; y conductas tales como comer demasiado, fumar y el decremento del beber excesivo, como un resultado de la PE. Existe un rango de intervenciones físicas, adecuadas para el uso de máquina de biorretroalimentación.

B. Conclusiones Teóricas

Esta investigación es un estudio exploratorio y descriptivo sobre el porqué del hábito de fumar, tomando en cuenta la identidad misma, relacionada íntimamente con el autoconcepto, o parte de él, descrito así por algunos autores como Sarafino (1988) y Fitts (1965), entre otros.

En la investigación se parte de la duda sobre si existe relación del autoconcepto con la actitud de fumar en sujetos fumadores y deportistas. Desde el punto de vista de la autora, en la labor profesional del psicólogo debe estar la investigación de fenómenos como este, del porqué del hábito de fumar en algunos individuos. Para ello es necesario acercarse a otras disciplinas o materias es decir para entenderlo desde una perspectiva multidisciplinaria, para intervenir con los pacientes aquejados por este problema, ya sea moderado, eventual o crónico.

El porqué de la inquietud, es precisamente para ubicar a este fenómeno desde un punto de vista integral, tomando en cuenta diversos aspectos, por ejemplo los histórico-sociales donde encontramos que el tabaco atravesó por etapas en las que en primera instancia se le consideraba como una planta sagrada que curaba el cansancio físico, reanimando a la gente de esos tiempos tanto en el trabajo como en la vida cotidiana. Y durante el siglo XVII en ciudades inglesas, se prohibía el uso del tabaco y se atormentaba a aquél fumador hasta que confesara el nombre de su proveedor. En ocasiones hasta sufrían decapitaciones, mutilaciones de nariz, pies, manos, entre otros.

Y teniendo en cuenta lo anterior es difícil pasar desapercibido que en la actualidad diversos investigadores como Liñán (1990); Stäcker, H. y Bartmann (1977); Becerra, E. y Oblitas, L. (1971), entre otros, enfatizan que este fenómeno ahora convertido en hábito visto aceptado por la mayoría, consiste en una dependencia fisiológica y psicológica de tremendo arraigo en el individuo fumador. Tan sólo con pequeñas dosis como 6 cigarros al día existe habituación a agentes farmacológicos como el alquitrán o nicotina (con su metabolito, la cotinina), entre otros agentes aromáticos que provocan dicha dependencia; sin ir más lejos se produce una dependencia psicológica, y el cigarro pasa a formar parte de la personalidad del individuo, generando sensación de seguridad personal y apariencia atractiva hacia los demás.

También es menester considerar el factor encontrado en la publicidad, mencionado por Clark (1988), al enfatizar que ésta actúa sin que seamos conscientes de su efecto subyacente, vendiendo (a través de anuncios bien estudiados para dirigirlos a las masas, en imágenes y sueños involucrando fuertes ganancias por parte de marcas cigarreras como la transnacional Philip Morris Co. y redituando impuestos gratificantes en el país que acceda a la venta de cigarros.

Por otro lado el juego de la paradoja que involucran los anuncios de televisión y radio que por un lado incitan y ligeramente advierten de la nocividad por exceso con este hábito de fumar.

Aterrizando en el punto sobre la relación entre el

autoconcepto y la actitud de fumar de individuos fumadores y otros deportistas, se cuenta con que acerca del autoconcepto, hasta el momento los diversos autores que lo tratan, no se ponen de acuerdo en una definición global y única ni sobre los componentes que lo forman; sin embargo en este trabajo se entiende como la percepción que el individuo tiene de sí mismo, tanto a nivel de pensamientos como de habilidades, capacidades, tomando de la mano a otro concepto, la autoestima, entendida como la actitud favorable o desfavorable hacia sí mismo y también de la autoimagen, en específico aquellas ideas sobre sus aspectos físicos, de pensamientos, sentimientos y emociones que reflejan lo que el individuo supone que otros individuos que le importan piensan sobre él.

Según el trato y evaluación, el sujeto en algunos casos determinará su estimación; existiendo otros en que el individuo tenga un autoconcepto alto y una autoestima deteriorada; o una autoestima alta y un concepto pobre sobre sí mismo. El porqué de esta aclaración es porque existen personas quienes tienen el hábito de fumar y se consideran en lo concerniente a su autoconcepto con una autoestima pobre. Como lo propone Wilberg, K. (1989) al mencionar que en la actualidad nosotros como individuos hemos perdido la noción de ser una totalidad con nuestro cuerpo, con nuestro entorno y naturaleza, sin darnos cuenta de que somos uno con el infinito y el cosmos, estableciendo demarcaciones o líneas por ejemplo, de nuestra mente con nuestro cuerpo; específicamente con el hábito arraigado de fumar en algunos individuos. En otras palabras, el no ser responsables de como trata uno mismo a su cuerpo, el no hacerse cargo de él, sin darse cuenta conscientemente del sometimiento de ese

cuerpo u organismo vivo a enfermedades asociadas a contraer cáncer y enfisema pulmonar entre otras, cuando de antemano sabe que le perjudica y éste individuo idea soluciones rápidas como las de prescribirse medicamentos para contrarrestar algunas molestias de la tos, o de afecciones pulmonares, sin dejar el hábito.

También es importante considerar, para inferir esta conducta o hábito de fumar en algunos individuos, el papel que juega la actitud, entendida en base a componentes como lo plantea Katz y Scotland (1965) y Krench y col. (1962)* quienes mencionan tres: i) uno de ellos el componente cognocitivo, que contempla las creencias de tipo evaluativo para entender a la actitud como concepto de disposición, ii) otro, el emocional o sentimental con adjetivos bipolares de amor-odio; gusto-disgusto, admiración-aprecio, denotando sentimientos favorables o desfavorables, y iii) en último lugar está el componente de tendencia a la acción, aquí es donde el individuo incorpora la disposición conductual a responder al objeto, en este caso es el fenómeno del tabaquismo, por un lado, y por el otro, a una disciplina deportiva. Para ello se requiere la intregación de aspectos como los mencionados: las creencias, sentimientos y tendencias a la acción, propias del individuo, con relación al hábito de fumar.

Para fines de medición, en este trabajo se tomó en cuenta a éste último componente de tendencia a la acción como el más acertado, al conceptuarlo operacionalmente como variable dependiente, con la salvedad de que estos componentes, en el instrumento utilizado (ver anexo 2) se catalogan por una parte como creencias, percepción al riesgo

* Cit. en Summers, Gene, F. (1980) MEDICION DE ACTITUDES México. Trillas, 1984 p17.

y percepción social, por otra parte, como propuesta ante la inquietud de la autora, de saber a nivel teórico las connotaciones que el deporte da a los individuos que lo practican, así como comparar tanto los aportes fisiológicos del hábito de fumar y del deporte, como los aportes psicológicos de ambos.

Parece con esto posible aportar una pequeña parte al entendimiento sobre el hábito de fumar vista como una necesidad de estimulación en algunos individuos fumadores y por otro lado la otra forma de estimularse en individuos deportistas, ésta última puede servir para fomentar y prevenir el hábito de fumar en las generaciones jóvenes y promover el aprendizaje de habilidades para contrarrestar el hábito de fumar en individuos que quieran dejarlo.

Sin dejar de lado a nivel psicológico y fisiológico los aportes del deporte como tal en los individuos que lo practiquen o lo conjuguen con programas preventivos en Educación para la Salud para la sociedad en general.

M E T O D O L O G I A

9.1 *Objetivos de la Investigación.*

- Comparar al grupo A de fumadores contra el grupo B de deportistas en relación al Autoconcepto y la Actitud hacia el fumar.

- Correlacionar el grupo A de fumadores y grupo B de deportistas en relación a la variable (Autoconcepto) y la variable (Actitud de fumar).

9.2 *Planteamiento de Problemas.*

Problema 1

- ¿ Existen diferencias estadísticamente significativas en el Autoconcepto entre el grupo A de fumadores y el grupo B de deportistas?

Problema 2

- ¿ Existe diferencias estadísticamente significativas en la Actitud de fumar entre el grupo A de fumadores y el grupo B de deportistas?

Problema 3

- ¿ Existe relación estadísticamente significativa entre la variable (Actitud de fumar) y la variable (Autoconcepto)?

Para los problemas I, II y III se derivan las siguientes hipótesis.

9.3 Planteamiento De Hipótesis.

Problema I

H_a Si existen diferencias estadísticamente significativas en el Autoconcepto del grupo A de fumadores y del grupo B de deportistas.

H_o No existen diferencias estadísticamente significativas en el Autoconcepto del grupo A de fumadores y del grupo B de deportistas.

Problema II

H_a Si existen diferencias estadísticamente significativas en la Actitud hacia el fumar entre un grupo de fumadores y otro grupo de deportistas.

H_o No existen diferencias estadísticamente significativas en la Actitud hacia el fumar entre un grupo de fumadores y otro grupo de deportistas.

Problema III

H_a Si existe relación estadísticamente significativa entre la variable 1, Autoconcepto y la variable 2, Actitud hacia el fumar.

H_o No existe relación estadísticamente significativa entre la variable 1, Autoconcepto y la variable 2, Actitud hacia el fumar.

9.4 Variables

Dado que en la presente investigación se enfocan tres

problemas: i) las diferencias significativas en el Autoconcepto de un grupo de fumadores y otro grupo de deportistas; ii) las diferencias significativas en la Actitud hacia el fumar de un grupo de fumadores y otro grupo de deportistas; iii) así como la relación estadísticamente significativa entre la variable 1 (Autoconcepto) y la variable 2 (Actitud de fumar). Cada problema cuenta con variables particulares.

Variables

Definiciones Conceptuales de las Variables Independientes.

Las variables independientes aquí consideradas consisten en el hábito de fumar y en el de hacer deporte.

V1: HABITO DE FUMAR. Es un estado resultante del consumo repetido de fumar tabaco.

V2: HACER DEPORTE. El deporte consiste en hacer ejercicios físicos, con vista a la obtención por parte del individuo del perfeccionamiento individual o en equipo, de las posibilidades morfofuncionales y psíquicas, con fin competitivo o no, concretadas en un récord, en la superación de sí mismo o de algún adversario, y con apego a ciertas reglas.

Definiciones Operacionales de las Variables Independientes.

V1: HABITO DE FUMAR. Entendiéndose como el aspirar y despedir el humo del tabaco que se hace arder en cigarros, cigarrillos o en pipa con un consumo repetido, sea moderado, crónico

eventual.

VI₂ HACER DEPORTE. Es una actividad específica de competición en la que se valora intensamente la práctica de ejercicios físicos de las especialidades deportivas de Volley-ball, Tae-kwondo, Foot-ball, Atletismo, y Basquet-ball, tomadas en la muestra de 25 deportistas de la FES ZARAGOZA, CAMPO II.

Definiciones Conceptuales de las Variables Dependientes

VD₁ Un hecho subjetivo denominado autoconcepto.

Se entiende por Autoconcepto a una idea organizada, interna o personal que se tiene de las características propias, sean rasgos físicos, sexo, tendencias conductuales, disposición emocional, habilidades, intereses u objetivos; puede ser también la idea personal organizada que se tiene de sí mismo, acerca de las propias características, o de cómo se percibe, incluyendo la imagen y la estimación que la persona tiene de sí misma (Sarafino, 1988).

VD₂ ACTITUD DE FUMAR. Es una creencia evaluativa bipolar, se considera una variable de aceptación y tendencia a fumar.

Definiciones Operacionales de las Variables Dependientes

VD₁ Las diferencias o niveles de Autoconcepto se obtienen por el puntaje de La Escala Tennessee de Autoconcepto que consta de 100 preguntas cuyo puntaje mayor indica que el

individuo posee un nivel de Autoconcepto alto y positivo. Para fines de medición las calificaciones se tomaron como puntuaciones en rangos.

VDz Son los puntajes que se obtienen de la sección de la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, así como el Instituto Mexicano de Asistencia y el Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP) sección que consta de 45 preguntas, tomando como base de la calificación, el que tengan una dirección positiva; se calificaron del 5 al 1 y las negativas del 1 al 5, de modo que, una mayor puntuación indica una actitud positiva hacia el hábito de fumar, mientras que una actitud negativa es indicada por una menor puntuación. Para los fines de medición, las calificaciones obtenidas se tomaron también como puntuaciones por rangos.

9.5 Muestra

La muestra estudiada fue de 50, sujetos de los cuales 25 eran fumadores, estudiantes del 8o. semestre de la Carrera de Psicología en la FES ZARAGOZA del Campo 1, quienes fueron escogidos tanto del turno matutino como vespertino.

Los restantes fueron deportistas de diferentes especialidades deportivas, ubicados en las instalaciones deportivas de la FES ZARAGOZA, Campo II.

- 6 Volley-ball
- 6 Tae-kwondo
- 6 Foot-ball
- 4 Atletismo
- 3 Basquet-ball.

En la muestra de fumadores el 68% fueron mujeres y el 32% hombres. Con respecto a la edad se encontró un rango de edad de 21 a 45 años, con una edad promedio de 23 años \pm 4.8 años. Y para los deportistas el rango de edad se encontró de 17 a 29 años con una edad promedio de 22 años \pm 3.6 años.

En cuanto a la escolaridad de los el 52% se encuentra estudiando la Lic. en Psicología. El 12% cursa el bachillerato; el 8% son pasantes de la carrera de Psicología; el 4% de Medicina; el 12% de Ingeniería Química y el 4% de Químico Fármaco Biólogo y un 4% también para la carrera de Biología.

Respecto al área laboral en los sujetos fumadores se encontró un 52% y en los deportistas un 20%. Para el aspecto de actividad física realizada en meses, para los fumadores fue un promedio de 88 meses para un 40% de fumadores que lo practican muy eventualmente. Para los deportistas que es de un 100% fue un promedio de 7 horas a la semana \pm 3.9 horas a la semana.

Y en relación al haber fumado alguna vez, los fumadores arrojaron un 100% y un 18% para los deportistas y para la pregunta ¿actualmente fumas? se encontró un 100% en los fumadores y en los deportistas 4%.

Respecto al tiempo en que los fumadores han practicado deporte muy eventualmente, 40% de la muestra, arroja un promedio en años de estarlo practicando de 7.6 años \pm 4.6 años. Para los deportistas de un 100% de la muestra, que practican el deporte se encontró que el promedio que llevan

en años practicándolo fue de 5.0 años \pm 4 años.

9.5.1 Condiciones de la Muestra.

Es una muestra no aleatoria accidental, es decir que los sujetos no fueron escogidos al azar sino intencionalmente.

Es decir, como Seltiz (1980) menciona, consiste en tomar casos que se juzgan como típicos de la población en que se está interesado, suponiendo que los errores de juicio en la selección tenderán a compensarse entre sí.

Por tanto a los sujetos fumadores de 8o. semestra de la carrera de Psicología se les cuestionó que si fumaban; y si su respuesta era si, de inmediato se establecía el rapport para proceder a la contestación; en el caso de los sujetos deportistas que entrenan en las instalaciones deportivas del Campo 2, si respondían no, se procedía a la aplicación con los sujetos deportistas.

El nivel de medición tanto para el problema I y II, se bajó a un nivel ordinal, es decir que los datos se ordenaron de uno menor a uno mayor. Y para el Problema III se mantuvo el puntaje de calificación para la escala de actitudes y se manejaron valores ordinales para con la Escala Tennessee que mide Autoconcepto.

Por poseer estas características los datos obtenidos no pueden ser generalizables, dado que por ser una muestra no aleatoria y tener niveles de medición ordinal y de calificación se echará mano de la Estadística No Paramétrica. Cabe agregar lo que Sidney, Siegel (1986) y Walpole R.E. y

Myers, R. H. (1989) hablan acerca del teorema del límite central ya que mencionan que cuando la aproximación normal para \bar{x} será por lo general aceptable si $n > 30$, independientemente de la forma de la forma de población. Si $n < 30$, la aproximación es aceptable sólo si dicha población no es muy diferente de una distribución normal y, como se estableció antes, si se sabe que la población es normal, la distribución muestral de \bar{x} seguirá con exactitud una distribución normal, sin que importe qué tan pequeño sea el tamaño de las muestras.

Esto quiere decir que, dadas las características de la muestra aquí estudiada, de los 25 fumadores y 25 deportistas, hasta el momento se desconoce la \bar{x} como aproximación normal de la población de cada grupo de donde se extrajeron, para considerar a estas dos muestras dentro de una distribución normal, por lo cual se procederá a la utilización de estadística no paramétrica dado que las variables dependientes derivadas de: Autoconcepto y Actitud de fumar, no poseen un control experimental, y por lo tanto no tienen propiedades distribucionales normales.

9.6 Procedimiento

Para el grupo A de 25 fumadores integrantes del turno matutino y vespertino, del 8o. semestre de la carrera de psicología; se tuvo en algunas ocasiones que concertar cita con uno de sus profesores en sus aulas de estudio; algunos

otros fueron abordados en los pasillos del edificio de Psicología. Una vez detectados de manera intencional se les hizo la pregunta: ¿Tú fumas?, y si el sujeto decía que sí, se procedía a establecer el rapport con el fin de aplicarles el instrumento de la Escala Tennessee y el apartado de la Encuesta Nacional de las Adicciones E.N.A. sobre tabaco (anexo 2).

En un segundo momento antes de la explicación también se les dijo el objetivo de la investigación tanto a los alumnos reunidos con sus profesores, como a los que eran abordados en los pasillos de la escuela; que era conocer su Autoconcepto y la Actitud de fumar. Como ya mencioné, la aplicación se llevó a cabo en las instalaciones de la FES Zaragoza Campo I.

Durante la aplicación se les dotó a algunos estudiantes de lápices para que contestaran ambos instrumentos, después se indicó que para la Escala Tennessee las instrucciones estaban indicadas en la primer hoja, así como seguir la instrucción de no escribir sobre la prueba sino en una hoja suelta especial para las respuestas. Sin embargo se les reforzó dicha instrucción oralmente, dando al término de la prueba un agradecimiento por la colaboración (ver anexo 1).

En lo concerniente al segundo instrumento se les pidió que contestaran sobre el mismo, tachando las respuestas convenientes (ver anexo 2).

Para el segundo grupo de deportistas se retomaron a 25 al azar de una cantidad de 50, dado que de estos a diferencia de los fumadores fue posible encontrar una mayor cantidad de sujetos, pero para poder equilibrar la cantidad de N, solo la mitad se retomó.

El acopio de información se efectuó cuestionando a los deportistas ¿ Tú fumas? y si respondían no, se procedía inmediatamente al establecimiento de rapport, mismo que se estableció con el grupo de fumadores; además de que se mencionó el motivo de la investigación; que era conocer su Autoconcepto y su Actitud de fumar, los datos ahí recabados serían manejados en el anonimato. Ya que no se les preguntaba el nombre a ellos, (también sucedió lo mismo para con los sujetos fumadores). También hubo la necesidad de abordarlos en la pista de entrenamiento, canchas de juego, o en los gimnasios donde entrenaban; con algunos deportistas fue difícil recabar los datos, como en el caso de los integrantes de Basquet-ball; con ellos se tuvo que ir a la ENEP Acatlán porque fueron a competir; en el trayecto hacia la competencia, arriba del transporte se les pidió, previo establecimiento del rapport, mencionando el objetivo de la investigación; contestaran los dos instrumentos con las indicaciones convenientes, como las sugeridas para el grupo de fumadores.

Cabe mencionar que una de las posibles variables que no pudieron controlarse fue el que los deportistas antes de llegar a la competencia se incertaran en un estado psicológico denominado ansiedad competitiva, y también por las circunstancias de la aplicación que fueron hechas abordo de un autobús que los transportaba, a diferencia de la muestra de fumadores los cuales no estuvieron ante dichas circunstancias.

Como lo menciona Selltiz, (1980) la vida no permanece inmóvil mientras se realiza un estudio, ni las personas están expuestas a variación en sólo una situación de

un momento determinado. Generalmente las personas les suceden muchas cosas además de la influencia específica que el investigador estudia, y algunas de estas otras cosas pueden influir en la variable dependiente.

Por último, para la contestación se les dotó de papel y lápiz, agradeciendo su colaboración.

9.7 Instrumento

Los instrumentos utilizados fueron la Escala Tennessee que mide Autoconcepto, diseñada por William Fitts y la sección de Tabaco de la Encuesta Nacional de Adicciones (E.N.A.) de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y el Instituto de Psiquiatría (IMP).

1) Escala Tennessee de Autoconcepto

Diseñada por William Fitts en 1965 dentro del Departamento de Salud Mental de Tennessee, con el propósito de crear un instrumento de investigación.

Comprende 100 reactivos autoadministrables, que tiene como objetivo conocer el Autoconcepto de las personas (ver anexo 1).

La versión en español fue adaptada en 1969 por Blanca M. de Alvarez y Guido A. Barrientos, quienes realizaron una investigación para el Instituto Interamericano de Estudios Psicológicos y Sociales de Chihuahua.

Los reactivos de la Escala se distribuyen así:

COLUMNA A: YO FISICO (PSYCHICAL SELF)

Reactivos del 1 al 8, en referencia al concepto que se tiene del propio cuerpo, su apariencia, estado de salud y habilidades.

COLUMNA B: YO MORAL (MORAL ETHICAL SELF)

Reactivos del 19 al 36, miden la idea que se tiene de sí mismo en cuanto ser y actuar moralmente "bien o mal", y la actitud religiosa asumida.

COLUMNA C: YO PERSONAL (PERSONAL SELF)

Reactivos del 37 al 54, respecto al sentimiento de adecuación y del propio valor como persona, así como su aceptación.

COLUMNA E: YO SOCIAL (SOCIAL SELF)

Reactivos del 73 al 90, en referencia al concepto que se tiene de la forma en que se relaciona uno mismo con las personas en general.

Sin embargo, los 100 reactivos constituyen 3 hileras que describen el concepto de sí mismo, desde tres perspectivas complementarias:

HILERA 1: IDENTIDAD

Describe el concepto que el individuo tiene de lo que es su autopercepción.

HILERA 2: AUTOSATISFACCION

Describe lo que el individuo siente del sí mismo percibido, su autoestima, autosatisfacción y autoaceptación.

HILERA 3: CONDUCTA/COMPORTAMIENTO

Describe la percepción que un individuo tiene de la manera como se comporta, así como la forma de como funciona.

Además, existen 10 reactivos que son afirmaciones ligeramente derogativas y que el común de la gente acepta como ciertas, respecto de sí mismas. Estos reactivos conforman la columna de *Autocrítica (Self Criticism)* a efectos de detectar la actitud defensiva del sujeto y la posibilidad de distorsión positiva al elegir las opciones de respuestas.

Cabe aclarar que esta escala no dispone de datos de normas, validez y confiabilidad en México. Sin embargo, Fitts, proporciona datos de que cuando se trata de muestras grandes (N=75) no se encuentran variaciones notables de la norma y los efectos de variables demográficas como sexo, edad, raza, educación, e inteligencia, sobre los puntajes de esta escala son bastantes inapreciables (Cit. en Alvarez, Blanca y Barrientos, Guido, 1969).

Dentro del desarrollo de la escala Tennessee Fitts afirma que puede ser subdividida en áreas llamadas Marcos de referencia "Interno" y "Externo". Un marco interno de referencia indica como la persona se describe a sí misma mientras que un marco de referencia externo indica como la persona utiliza las fuentes externas para describirse a sí mismo. En el marco interno se encuentran las áreas: 1) Identidad, 2) Autosatisfacción y 3) Conducta. El marco de referencia externo está subdividido en tres áreas distintas y separadas: 1) Yo físico, 2) Yo ético-moral, 3) Yo personal, 4) Yo social y 5) Yo familiar.

Por esta razón se puede asumir que los datos de Fitts pueden aplicarse a la muestra estudiada, pues no se dispuso de otro instrumento más adecuado.

Y de la manera como fue obtenido el puntaje, de esta escala, tanto para los 25 fumadores y 25 deportistas, se derivó la extracción dichas puntuaciones y convertirlas en calificación ordinal; como es sabido para verificar su validación de la Escala Tennessee; para lo cual, se observó que direccionalidad tenían los reactivos de dicha escala, ya que las respuestas posibles de 1 a 2 se invertían los valores, quedando el 3 neutral, y para el 4 a 5 tomaban también valores invertidos. Es decir, como escala de medición los reactivos se encontraban de manera equitativa, en otras palabras, los reactivos tenían el mismo número de opciones a favor y en contra, si había un balance en las 5 opciones.

Además el motivo por el que se eligió ésta, es porque se trata de un Escala Multidimensional que permite conocer el Autoconcepto desde diversos marcos de referencia y permite a la vez una apreciación general del Autoconcepto.

Es una prueba que define sus variables subjetivas en forma operacional, lo cual representa una ventaja para la presente investigación, puesto que ésta pretende enfocar los datos desde el punto de vista objetivo.

Existen también algunas razones de tipo práctico que determinaron la elección de este instrumento; es una prueba autoadministrable que no ofrece mayores dificultades para

ser resuelta. Puede aplicarse colectivamente y no requiere de más de 20 minutos para contestarse. Se dispone de una edición en castellano.

De acuerdo con Nava. (1986), la validez de la escala Tennessee, ha de ser de cuatro clases:

1) Validez de contenido. El propósito fue asegurar que el sistema de clasificación utilizado para las calificaciones de filas y calificaciones por columna es seguro.

2) Según Nava, (1986), las teorías de la personalidad y la investigación sugieren que los grupos los cuales difieren en dimensiones psicológicas verdaderas deben diferir también en el autoconcepto. (Por ejemplo se espera diferencias estadísticamente significativas del autoconcepto en los sujetos fumadores y deportistas).

3) Correlación con otras medidas. Se han realizado correlaciones de la Escala Tennessee de Autoconcepto con otras pruebas como el M.M.P.I., el Inventario de preferencias personales de Edwards.

4) Cambios en la personalidad bajo condiciones particulares. Se han encontrado resultados positivos al aplicar la escala de Tennessee antes y después de tratamientos psicoterapéuticos, observándose una mejoría en el autoconcepto.

2) *Sección de Tabaco de la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y el Instituto de Psiquiatría (IMP)*

El instrumento que se aplicó fue la Encuesta Nacional de Adicciones (E.N.A.) de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y del Instituto Mexicano de Psiquiatría, que tienen el objetivo de obtener información sobre la epidemiología del uso de diferentes sustancias y ofrecer una base para evaluar su prevalencia y distribución. El cuestionario fue elaborado con indicadores propuestos por la U.M.S. validados en escenarios mexicanos en estudios con diferentes poblaciones; utilizados en la mayor parte de las investigaciones realizadas en el país de 1973 permitiendo comparar los datos e integrar la información al cuerpo de conocimientos de la E.N.A. 1970. (Cit. en López, Becerra, C.; Velázquez, Carrasco, M. (1991)).

Los antecedentes de validez y confiabilidad de acuerdo con López, C. y Velázquez, M. (1991) son los siguientes:

1) La encuesta de hogares en seis ciudades de la República Mexicana. Se probó consistencia interna, se realizó una reentrevista en el 10 por ciento de los casos entrevistados y se cotejaron las proporciones de uso obtenido en la primera y la segunda entrevista.

2) Encuesta llevada a cabo en población estudiantil de enseñanza media y media superior sobre el uso y abuso de las drogas durante los últimos años.

3) Se aprovechó la información acumulada en varias encuestas realizadas en un grupo de estudiantes.

4) Por parte de López, C. y Velázquez, M. (1991) se utilizó el apartado de tabaco de la (E.N.A.) que consta de dos partes, el cuestionario de prevalencia y el cuestionario de actitudes (Ver anexo 2)

Con la salvedad de que ellas lo modificaron incluyendo un indicador de creencias y a los indicadores de Percepción Social y Percepción al riesgo los ampliaron en su contenido, además de adaptar ambos cuestionarios para que pudieran ser autoaplicables.

De acuerdo con las modificaciones al instrumento, López, C. y Velázquez, M. (1991) efectuaron un estudio piloto para obtener la confiabilidad del instrumento, que fue aplicado a una muestra de 30 sujetos, 15 sujetos hombres y 15 mujeres, tomando cinco alumnos del grados escolar: 1o., 2o. y 3o.

Finalmente el cuestionario quedó constituido de 28 preguntas, 5 preguntas abiertas, 25 dicotómicas y 7 de opción múltiple.

Para lo cual la presente autora modificó en esta primera parte el instrumento, (ver anexo 2), incluyendo lo siguiente: para ser aplicado a una muestra de 25 fumadores y 25

deportistas.

EDAD

SEXO

ESCOLARIDAD

ACTIVIDAD LABORAL

¿SI LA HAY?

TIEMPO DEDICADO

TIEMPO EN QUE LO HA PRACTICADO

Por otra parte se retomaron de los dos cuestionarios modificados por López, C. Velázquez, M. (1991) 5 preguntas abiertas acerca del consumo de cigarros (ver anexo 2), para la primera parte del cuestionario que abarcó acerca del consumo de cigarros (ver anexo 2), 7 preguntas de opción múltiple que hablaban acerca de las razones por las que se empezó a fumar y/o se dejó de fumar (6, 7, 8, 23, 24, 25, 26) 14 preguntas en base a experiencias en el fumar (9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21 y 22).

A la hora de interpretar esta parte del instrumento se obtuvieron resultados en base a un análisis nominal, en su mayoría, y obteniendo en porcentajes los puntos marcados en las variables intervalares.

Para la segunda parte del instrumento conformada por una escala tipo Likert y con los indicadores de a) percepción al riesgo, b) percepción social y c) creencias. Las investigadoras López, C. y Velázquez M. (1991) de acuerdo a un análisis de discriminación a través de la prueba t para la escala de actitud, rescataron de 71 ítems a los siguientes

encasillados en tres indicadores:

- a) Indicador A. Percepción al riesgo, los ítems: 28, 29, 31, 32, 40 y 45.
- b) Indicador B. Percepción Social, los ítems: 33, 34, 35, 37, 38, 39, 43, 44, 46, 47, 51, 54, 57 y 58.
- c) Indicador C. Creencias, los ítems: 30, 42, 48, 49, 50, 52, 53, 55, 56, 63, 66, 68, 70 y 71.

De los cuales, para fines de la investigación para esta segunda parte del instrumento se retomaron a los siguientes, mediante un análisis de reactivo por reactivo como lo señala Briones, G. (1990), en lo referente a la validez o validación lógica, que consiste en una análisis del contenido de los ítems que conforman la escala, con el fin de apreciar su grado de representatividad respecto del universo de contenido del cual forma parte.

Este análisis se realizó al observar la distribución en algunos reactivos que caían en los extremos de respuestas.

Para el Indicador de Percepción al Riesgo se quedaron los reactivos: 41 y 62.

Para el Indicador de Percepción Social se encuentran los reactivos: 43, 50 52 y 67.

Para el Indicador de Creencias se contemplaron a los reactivos 49, 51, 54, 55, 63, 66, 68, y 71.

Respecto a la definición de los indicadores López, C. y Velázquez, M. (1991) señalan lo siguiente:

A) Percepción al Riesgo.

Es el conocimiento que se tenga acerca de lo que puede provocar el hábito de fumar, (es malo para la salud, es un vicio, etc.). Una mayor percepción de riesgo significa que las personas se percatan o están conscientes de los daños que provoca el fumar; una menor percepción se refiere a que las personas no tienen conocimiento o ignoran los daños que causa fumar.

Percepción Social.

Se entiende, el como ven los individuos a las personas que fuman y lo que implica el hábito de fumar (si es bueno o no, si es una forma de entretenerse, si todos los individuos, jóvenes principalmente deberían fumar, etc.). Una mayor Percepción Social se refiere a que el hábito de fumar es bueno, que toda la gente debería fumar. Una menor Percepción Social (Ps) sería que es malo fumar, que los anuncios de cigarrros por radio y TV influyen para que la gente fume, que se debería prohibir fumar en lugares públicos, que las personas huelen mal.

C) Creencias.

Es toda aquellas información que adquieren los individuos a través de sus padres, maestros, amigos acerca del hábito de fumar. Las creencias más positivas serán que los individuos queden convencidos que el fumar los relaja, les da status, los hace verse sexis, desenvueltos, modernos, mientras que creencias negativas, serán aquellas como creer que el fumar no relaja, no tranquiliza ni hace ver a las personas modernas.

9.8 Tipo De Estudio

En la presente investigación se utilizó un tipo de diseño de investigación correlacional, es decir una investigación no experimental, una investigación en la cual se desea saber si existen correlaciones entre la variable 1 que es Autoconcepto y la variable 2 Actitud de fumar, así como detectar diferencias de las mismas en los dos grupos.

9.9 Tipo de Diseño Estadístico

El diseño fue de Intergrupo, porque se llevó a cabo la comparación de un grupo de fumadores contra otro grupo de deportistas no fumadores, en relación a la existencia de diferencias en la variable Autoconcepto y la variable Actitud de fumar; así como detectar la existencia de correlación de estas dos variables.

Para la comprobación de la hipótesis 1, relacionada con la variable Dependiente que es la de Autoconcepto; el puntaje obtenido en la Escala fue convertido a datos ordinales. Teniendo un nivel ordinal esta variable dependiente, se estableció el objetivo de comparar a un grupo de fumadores y otro de deportistas, se aplicó una prueba de significancia Suma de Rangos.

Para comprobar el planteamiento de la Hipótesis 2, con el objetivo de comparar la actitud de fumar entre el grupo de fumadores y otro grupo de deportistas, se aplicó la prueba de Suma de Rangos. Dado que en esta variable se obtuvieron calificaciones, se convirtieron a ordinales, es decir, se ordenaron de menor a mayor conjuntando a ambos grupos.

Para la comprobación de la Hipótesis III que tiene como objetivo determinar la existencia de correlación de la variable 1 que Autoconcepto y la variable 2 concerniente a la Actitud de fumar; además de ser una muestra no aleatoria accidental o propositiva, y tener puntajes de calificación para 2 y datos ordinales para la variable 1, se aplicó el Coeficiente de Correlación Rho, Prueba Spearman.

Para la Prueba Suma de Rangos se retomó el puntaje en tablas tomando en cuenta el nivel de significancia $\alpha = .05$

Utilizando la siguiente fórmula:

$$\text{Fórmula: } \frac{\sum 2Ti - ni(N+1)}{n(n+1)}$$

Y para la Prueba de Correlación se consideró el nivel de significancia $\alpha = .05$ y con valor de $N = 50$, para poder obtener el puntaje en tablas. Con la siguiente fórmula.

$$\text{Fórmula: } 1 - \left(\frac{\sum d_i^2}{N - N} \right)$$

9.10 Resultados

Las puntuaciones obtenidas por la Escala Tennessee están distribuidas en cinco columnas, tres hileras y serán mostradas en las tablas de la 1 a la 8. Mostrándose los datos de calificación convertidos a ordinales, para el grupo A de fumadores contra el grupo B de deportistas (Ver anexos 3 al 10).

Así también se mostrarán tablas de resultados con la aceptación o rechazo de H_0 de los tres problemas planteados. Además de realizar las operaciones pertinentes para despejar y obtener el valor de Z_{ob} con la sustitución de la fórmula de Suma de Rangos para la comparación del Autoconcepto en el grupo A de fumadores contra el grupo B de deportistas.

FORMULA GENERAL : $Z = \frac{2T - n_1(N+1)}{\sqrt{\frac{n_1 n_2(N+1)}{3}}}$

$$Z = \frac{2T - n_1(N+1)}{\sqrt{\frac{n_1 n_2(N+1)}{3}}}$$

Columna Yo Físico.

$$Z = \frac{2(743) - 25(51)}{\sqrt{\frac{(25)(25)(50+1)}{3}}} = \frac{1486 - 1275}{\sqrt{31875}} = \frac{211}{178.53} = 1.18$$

$$Z = \frac{2(743) - 25(51)}{\sqrt{\frac{(25)(25)(50+1)}{3}}} = \frac{1486 - 1275}{\sqrt{31875}} = \frac{211}{178.53} = 1.18$$

El valor de tablas para Suma de Rangos con $\alpha = .05$ es igual a $Z = 1.96$ (ver anexo 23)

La condición de aceptación sigue el siguiente paradigma:

+ $Z > |Z| \rightarrow H_0$ se rechaza

- $Z > |Z| \rightarrow H_0$ se rechaza

Por tanto $Z_{ob} 1.18 < Z_{tab} 1.96$. Por lo tanto H_0 se acepta.

Columna Yo Ético/Moral. Para lo cual escogimos el valor de 637.

$$Z = \frac{2(637) - 25(51)}{\sqrt{\frac{(25)(25)(51)}{3}}} = \frac{1274 - 1275}{\sqrt{31875}} = \frac{-1}{178.53} = 0.0056$$

Por tanto $Z_{ob} 0.056 < Z_{tab} 1.96$. Por lo tanto H_0 se acepta.

Columna Yo Personal. Para lo cual se tomó el valor de 646.

$$Z = \frac{2(646) - 25(51)}{(25)(25)(51)} = \frac{1292 - 1275}{31875} = \frac{17}{178.5} = 0.095$$

Por tanto $Z_{ob} 0.09 < Z_{tab} 1.96$. Por lo tanto se acepta H_0 .

Columna Yo Familiar. Para lo cual se tomó el valor de 580.

$$Z = \frac{2(580) - 25(51)}{(25)(25)(51)} = \frac{1160 - 1275}{31875} = \frac{-115}{178.53} = -0.644$$

Por tanto $Z_{ob} -0.644 < Z_{tab} 1.96$. Por lo tanto H_0 se acepta.

Columna Yo Social. Retomándose el valor de 626.5

$$Z = \frac{2(626.5) - 25(51)}{(25)(25)(51)} = \frac{1253 - 1275}{31875} = \frac{-22}{178.53} = -0.123$$

Por tanto $Z_{ob} -0.123 < Z_{tab} 1.96$. Por lo tanto se acepta H_0 .

Columna de Autocrítica. Se retomó el valor 617.5

$$Z = \frac{2(617.5) - 25(51)}{(25)(25)(51)} = \frac{1235 - 1275}{31875} = \frac{-40}{178.53} = -0.244$$

Por tanto $Z_{ob} -0.244 < Z_{tab} 1.96$. Por lo tanto H_0 se acepta.

Hilera 1 Relacionada con la Identidad. Se retomó el valor 671.5.

$$Z = \frac{2(671.5) - 25(51)}{\sqrt{(25)(25)(51)}} = \frac{1343 - 1275}{\sqrt{31875}} = \frac{68}{178.53} = 0.38$$

Por tanto $Z_{ob} 0.38 < Z_{tab} 1.96$. Por lo tanto H_0 se acepta.

Hilera 2 Relacionada con la Autosatisfacción. Se retomó el valor 598.5

$$Z = \frac{2(598.5) - 25(51)}{\sqrt{(25)(25)(51)}} = \frac{1197 - 1275}{\sqrt{31875}} = \frac{-78}{178.53} = -0.43$$

Por tanto $Z_{ob} -0.43 < Z_{tab} 1.96$. Por lo tanto H_0 se acepta.

Hilera 3 Relacionada con la Conducta/Comportamiento. Se retomó el 689.5

$$Z = \frac{2(689.5) - 25(51)}{\sqrt{(25)(25)(51)}} = \frac{1379 - 1275}{\sqrt{31875}} = \frac{104}{178.53} = 0.58$$

Por tanto $Z_{ob} 0.58 < Z_{tab} 1.96$. Por lo tanto H_0 se acepta.

De acuerdo con los datos antes expuestos se derivan la siguiente tabla de resultados, para la aceptación o rechazo de H_0 .

VARIABLE AUTOCONCEPTO

**ACEPTACION O RECHAZO
DE Ho.**

Columna Yo Físico	
<i>Tob</i> 1.18 / <i>Tiab</i> 1.06	No se acepta $\alpha = .05$
Columna Yo Ético/Moral	
<i>Tob</i> 0.056 / <i>Tiab</i> 1.06	No se acepta $\alpha = .05$
Columna Yo Personal	
<i>Tob</i> 0.09 / <i>Tiab</i> 1.06	No se acepta $\alpha = .05$
Columna Yo familiar	
<i>Tob</i> -0.044 / <i>Tiab</i> 1.06	No se acepta $\alpha = .05$
Columna Yo social	
<i>Tob</i> -0.128 / <i>Tiab</i> 1.06	No se acepta $\alpha = .05$
Columna de Autocrítica	
<i>Tob</i> -0.224 / <i>Tiab</i> 1.06	No se acepta $\alpha = .05$
Hilera 1 Identidad	
<i>Tob</i> 0.08 / <i>Tiab</i> 1.06	No se acepta $\alpha = .05$
Hilera 2 Autosatisfacción	
<i>Tob</i> -0.48 / <i>Tiab</i> 1.06	No se acepta $\alpha = .05$
Hilera 3 Conducta/Comportamiento	
<i>Tob</i> 0.08 / <i>Tiab</i> 1.06	No se acepta $\alpha = .05$

De acuerdo a estos datos, se puede observar que no existen diferencias estadísticamente significativas en las columnas de Yo Físico, Yo Ético-Moral, Yo Personal, Yo Familiar, Yo Social, Autocrítica, en las hileras que representan Identidad, Autosatisfacción y Conducta/Comportamiento, comparándose tanto con el grupo A de fumadores contra el grupo B de deportistas.

Rechazando la H_0 con un nivel de significancia de $\alpha = .05$

El cálculo del coeficiente de correlación es raro en el ámbito de las ciencias humanas, puesto que exige disponer de datos cuantitativos, para lo cual los datos de esta investigación son continuos; y por esta razón es menester utilizar en su lugar la comparación por rangos, necesaria cuando se trata de escalas topológicas. Para la representación entre dos variables v_1 y v_2 cuyas modalidades se encuentran en una escala ordinal, se emplea en general el coeficiente de correlación por Rangos de Spearman, que a continuación mencionaremos, con fórmulas para sus respectivas tablas de puntajes en la parte de anexos, con el fin de tener un acercamiento estadístico para aceptar o rechazar las hipótesis nulas.

La primera, se expresa así:

$$r_s = \frac{1 - 6\sum d_i^2}{n(n^2 - 1)}$$

Donde n = al número de rangos.

d_i^2 = diferencias de los rangos R_i $X_i - R_i$ Y_i

Para $n > 10$ se puede utilizar la convergencia a la distribución normal reducida $Z_{rs} = r_s \sqrt{n-1}$

Para luego utilizar la tabla A-4 de la distribución normal estándar para obtener los valores críticos. (ver anexo 25)

Pero también haciendo uso del valor Z obtenido de la

siguiente fórmula:

$$Z_{1-\frac{\alpha}{2}} = 1 - \frac{0.05}{2} = .975$$

Quedando el valor para $Z = 1.96$.

Para la segunda fórmula se define como:

Donde $S = \sum d_i^2$. Y para obtener el valor en tablas se revisa la n ; que en este caso es de 50 y se busca en porcentaje el valor de α . Que en este caso es del 5%. Posteriormente se despeja la fórmula de $\frac{1}{n} (n^2 - n)$.

Quedando así: $.333333 (124950) = 41649.999 = 41650$.

Y esto le corresponde un valor en tablas de 15012 (ver anexo 24). La región crítica obtenida para p se obtiene de la siguiente manera:

Citaremos un ejemplo retomando el valor de $S = \sum d_i^2$.

Obtenido de la Columna A de la Escala de Autoconcepto. Que es $S = 43450$.

De lo cual se despeja de la siguiente manera:

Si $S < A$ lo valores de tabla.

$43450 < 15012$. Por lo tanto H_0 se rechaza

Si $S > \frac{1}{n} (n^2 - n)$ - valores de tabla.

$43450 > 26638$. Por lo tanto H_0 se rechaza.

Por cuestiones de comodidad retomamos a esta última fórmula para desarrollarla en lo sucesivo para las siguientes correlaciones Spearman de los puntajes obtenidos por la Escala de Autoconcepto y la Actitud de fumar de ambos grupos: fumadores y deportistas. Ya que además las tablas de valores encontrados (ver anexo 24) $n > 10$ nos sirven para los fines de la correlación Spearman.

Los rangos y diferencias se presentarán en las tablas No. 10 a la 18 (ver anexo 12 al 20). Posteriormente, con un cuadro de resultados probaremos la aceptación o rechazo de la H_0 .

En base a los resultados obtenidos se derivan los siguientes datos para la aceptación o rechazo de H_0 . Retomando al siguiente paradigma de aceptación o rechazo de H_0 .

$$S > \frac{1}{2} (n^2 - n) - \text{valores de tabla.}$$

TABLA 19. CUADRO COMPARATIVO DE CORRELACION DE SPEARMAN PARA ACEPTACION O RECHAZO DE H_0 .

VARIABLE AUTOCONCEPTO Y VARIABLE ACTITUD DE FUMAR	ACEPTACION O RECHAZO DE H ₀	VALOR DE REGION CRITICA PARA Stab. $\frac{1}{2} (n^2 - n)$ - valor de S tablas.
---	--	---

COLUMNA YO FISICO

Y ACTITUD DE FUMAR

Sob 48450 > Stab 20000 No se acepta Stab = 20000

COLUMNA YO ETICO/MORAL

Y ACTITUD DE FUMAR

Sob 23504 < Stab 20000 No se rechaza Stab = 20000

COLUMNA YO PERSONAL

Y ACTITUD DE FUMAR.

Sob 23090 < Stab 20000 No se rechaza Stab = 20000

COLUMNA YO FAMILIAR

Y ACTITUD DE FUMAR

Sob 25000 < Stab 20000 No se rechaza Stab = 20000

COLUMNA YO SOCIAL

Y ACTITUD DE FUMAR

Sob 22000 < Stab 20000 No se rechaza Stab = 20000

AUTOCRITICA

Sob 20000 < Stab 20000 No se rechaza Stab = 20000

HILERA DE IDENTIDAD Y**ACTITUD DE FUMAR**

Sob 24748 < Stab 26638 No se acepta Stab = 26638

HILERA DE AUTOSATISFACCION Y**ACTITUD DE FUMAR**

Sob 21281.5 < Stab 26638 No se acepta Stab = 26638

HILERA DE CONDUCTA/COMPORTAMIENTO Y**ACTITUD DE FUMAR**

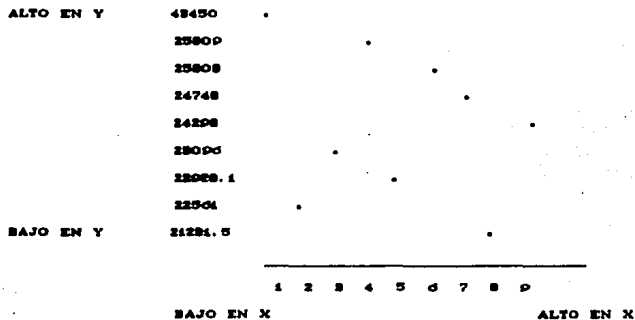
Sob 24298 < Stab 26638 No se acepta Stab = 26638

De acuerdo a los resultados obtenidos se puede apreciar que para el rango de correlación de Spearman expuestos en la tabla 19, se concluye que las variables YO FISICO Y ACTITUD DE FUMAR están correlacionadas. Y para las siguientes que son YO ELTICO-MORAL, YO PERSONAL, YO FAMILIAR, YO SOCIAL, AUTOCRITICA, AUTOSATISFACCION Y CONDUCTA-COMPORTAMIENTO en relación con la otra variable ACTITUD DE FUMAR, salvo para YO FISICO. Así, un individuo fumador o no fumador que obtiene una puntuación alta en la Escala de Autoconcepto podría tener una puntuación alta, media, o baja en la prueba de Actitud de fumar. Esto significa que el conocimiento de la puntuación del individuo en la prueba de Autoconcepto no nos ayudará a predecir su puntuación en la prueba de Actitud de fumar. A nivel gráfico entre más grande sea esta dispersión de los puntos, menor es la correlación representada.

Ahora en lo concerniente a la correlación por rango encontrada en la Columna de YO FISICO y ACTITUD DE FUMAR. El resultado de Sob 43450 < Stab 26638 nos indica que al crecer

o disminuir el Autoconcepto específicamente en la Columna de YO FISICO, crece o disminuye la ACTITUD DE FUMAR respectivamente en los 50 sujetos repartidos en 25 fumadores y 25 deportistas.

**REPRESENTACION GRAFICA DE LA PRUEBA DE SPEARMAN DE LAS
VARIABLES AUTOCONCEPTO Y ACTITUD DE FUMAR
EN SUJETOS FUMADORES Y DEPORTISTAS**



Representación gráfica de una relación mínima.

En lo concerniente al segundo instrumento aplicado en 25 sujetos fumadores y 25 deportistas comprendido en el apartado de Tabaco, de la Encuesta Nacional de Adicciones (E.N.A.) (ver anexo 2), se observó lo siguiente.

En relación al fumar por primera vez y continuar fumando se encontró que el 100% fue para los sujetos fumadores y un 8% para los sujetos deportistas. Y en cuanto al fumar actualmente se encontró el mismo porcentaje anterior respectivamente.

En cuanto a la frecuencia se encontró que el 84% de los sujetos fumadores fuman a diario y para los sujetos deportistas se encontró el 8% a la respuesta de fumar eventualmente.

Respecto a la cantidad diaria para fumadores y la cantidad eventual para los deportistas se presenta el siguiente cuadro. Aclarando que estas respuestas coinciden con la pregunta No. 22 que se repite en el cuestionario, relacionada con que si se fuma a diario, y cuantos se fuman.

SUJETOS FUMADORES	¿CUANTOS CIGARROS? (DIARIO)
1	1 ó 2
2	3 ó 8
3	9 ó más
4	2
5	3 ó 4
6	10
7	4
8	2 ó más

9	4 0 0
10	4 0 0
11	1
12	4 0 0
13	2 0 0
14	4
15	2 0 0
16	4 0 0
17	4
18	2 0 0
19	2 0 0
20	10
21	1 0 0
22	0 0 10
23	2 0 4
24	5 0 0
25	1 0 0

SUJETOS DEPORTISTAS	¿CUANTOS CIGARROS? (EVENTUALMENTE)
1	1
2	4

La edad promedio en que empezaron a fumar para los sujetos fumadores fue de 23.08 años con una desviación estándar de 6.0 años; para los sujetos deportistas fue de 19.5 años con una desviación de .61 meses.

Las razones principales por las que los sujetos fumadores y deportistas empezaron a fumar, quedaron de la

siguiente manera:

Para los sujetos fumadores, por curiosidad obtuvo un 48% porque compañeros y amigos lo hacían un 24% y porque en la familia alguien fumaba un 24%. Para los sujetos deportistas un 4% por curiosidad y otro 41% porque los compañeros lo hacían.

Para la razón principal por la que se continúa fumando los sujetos fumadores reportaron que fuman por les gusta con un 56%, un 8% para poder concentrarse, un 24% por costumbre, un 8% porque no pueden dejar de hacerlo y un 4% sigue fumando para tranquilizarse.

Para los sujetos deportistas solo el 4% fuma por curiosidad.

En lo tocante a fumar ante una situación determinada entre los sujetos fumadores, se encontró un 40% para la opción de cuando se asiste a reuniones; 32% para cuando se estudia; 20% para cuando terminan de comer; 4% para cuando ven televisión o escuchan radio y 4% para cuando trabajan.

Para los sujetos deportistas un 4% para cuando se asiste a reuniones.

En relación a las experiencias ocurridas por fumar en los sujetos fumadores y deportistas se observaron los siguientes porcentajes en base a la respuesta dicotómica SI-NO.

TABLA 20 PREGUNTAS Y RESPUESTAS DADAS EN PORCENTAJES

PREGUNTAS	SUJETOS FUMADORES		SUJETOS DEPORTISTAS	
	SI	NO	SI	NO
¿Has despertado en la noche con la necesidad de fumar?	0N	100N	0N	0N
¿Mas dejado de asistir a algún lugar en donde esté prohibido fumar	12N	88N	0N	0N
Cuando puedes fumar y no puedes ¿Te sientes nervioso(a)	28N	72N	4N	96N
¿Alguna vez algún médico te ha dicho que dejes de fumar?	16N	84N	0N	0N
¿Has intentado fumar menos?	56N	44N	0N	0N
¿Mas intentado dejar de fumar menos sin conseguirlo?	28N	72N	0N	0N
¿Tienes exceso de tos, flemas u otros padecimientos relacionados con el hábito de fumar?	20N	80N	0N	0N
Tu novia(o) se enfada contigo ¿porque fumas o le desagrada tu aliento o el humo del cigarro?	24N	76N	0N	0N
¿A la gente con la que vives te molesta que fumes o se enfada contigo?	16N	84N	0N	0N
¿Dejas de comprar otras cosas o alimentos para comprar cigarros?	16N	84N	0N	0N
¿Las personas que te rodean en un lugar determinado se molestan porque fumas, o te han llamado la atención?	60N	40N	0N	0N

¿Te han llamado la atención en el cine por fumar?	10%	84%	0%	0%
¿TÚ deseas fumar menos pero no lo puedes lograr?	32%	0%	0%	0%

Para la razón por la cual se dejó de fumar, los sujetos fumadores reportaron un 92% para todavía fumo, lo mismo contestaron a la respuesta de que todavía fuman. Para los deportistas que fue de un 8%, omitieron toda respuesta, dado que ellos, mencionan, -solo fumaban muy eventualmente- a diferencia de los sujetos fumadores que lo hacen diario.

En lo referente a la pregunta de volver a fumar como lo hacían antes, los fumadores reportaron el 28% que No, y el 72% se abstuvo de contestar. Para los sujetos deportistas no hubo reporte alguno.

En la última pregunta de esta primera parte del cuestionario, (ver anexo 2) nos arrojaron datos como de un 50% en lo referente a que el fumador convive con otros fumadores, y en ese caso éste porcentaje es ocupado por el papá; un 30% para ninguno y 20% para respuesta de hermanos y hermanas.

Para los sujetos deportistas se encontró un 4% para la respuesta de papá; 8% para hermanos y hermanas; 4% para la respuesta mamá; 4% para abuelos; 4% para primos; y 70% para ninguno.

Adicciones de la E.N.A. (Encuesta Nacional para las Adicciones) (ver anexo 2). Se determinó analizar los reactivos del 27 al 71, para verificar si realmente cada uno de ellos discriminaban, de lo cual se partió de un análisis de frecuencia, tanto para los 25 sujetos fumadores y 25 deportistas. Con esta escala se detectó que sólo 14 de ellos sí discriminaban, en los restantes se encontró un desbalance cayendo en la extremidad de las opciones, cargados tal vez por la características de deseabilidad social, es decir, por quedar bien con el investigador, debido a que estaban mal elaborados. Para poder apreciarlos a continuación se mostrará una tabla para los 14 que sí discriminaban; pero antes se explicarán a los tres indicadores quedando:

En el Indicador de Percepción al Riesgo se encontraron los reactivos: 28,29,31,32,40 y 45; rescatando solo a los correspondientes 41 y 62.

Para el Indicador de Percepción Social: Se encuentran los reactivos: 33,34,35,37,39,43,44,46,47,51,54 y 58; rescatando solo a los siguientes: 43,50, 52 y 67.

Para el Indicador de Creencias: Constó de los reactivos 30,42,48,49,50,52,53,55, 56 70 y 71; rescatando a los reactivos: 49,51,54,55,56,63,66,68 y 71.

TABLA 21 ANALISIS DE FRECUENCIA DE 14 REACTIVOS DE LA ESCALA DE ACTITUD DE FUMAR. PARA EL GRUPO DE FUMADORES Y DEPORTISTAS

REACTIVO NO. 41	SFs*	SD*	REACTIVO NO. 48	SFs*	SD*
TA ⁺	4	0	TA	3	1
A	2	4	A	10	0
I ⁺	1	0	I	1	3
D ⁺	8	0	D	8	7
TD ⁺	10	0	TD	3	0
TOTAL	25	25		25	25

REACTIVO NO. 49	SFs	SD	REACTIVO NO. 50	SFs	SD
TA	1	2	TA	0	3
A	0	1	A	2	4
I	1	2	I	7	4
D	11	5	D	7	7
TD	12	15	TD	0	7
TOTAL	25	25		25	25

REACTIVO NO 51	SFs	SD	REACTIVO NO. 52	SFs	SD
T	3	0	T	0	3
A	8	10	A	8	0
I	10	4	I	5	0
D	3	3	D	0	2
TD	1	0	TD	0	5
TOTAL	25	25		25	25

REACTIVO NO 54	SFs	SD	REACTIVO NO. 55	SFs	SD
T	3	0		4	0
A	1	8		2	5
I	2	4		10	3
D	15	0		5	0
TD	4	5		4	11
TOTAL	25	25		25	25

SFs= SUJETOS FUMADORES SD= SUJETOS DEPORTISTAS I=INDECISO
T=TOTALMENTE DE ACUERDO A=DE ACUERDO D=EN DESACUERDO
TD=TOTALMENTE DESACUERDO

REACTIVO NO 50	SFs	SD
T	1	1
A	4	6
I	5	3
D	10	8
TD	5	7
TOTAL	25	25

REACTIVO NO. 62	SFs	SD
T	0	1
A	1	6
I	4	5
D	14	8
TD	6	5
TOTAL	25	25

REACTIVO NO. 63	SFs	SD
T	7	7
A	8	7
I	5	8
D	4	6
TD	1	2
TOTAL	25	25

REACTIVO NO. 66	SFs	SD
T	11	10
A	8	5
I	4	1
D	1	3
TD	1	6
TOTAL	25	25

REACTIVO NO. 67	SFs	SD
T	3	9
A	14	6
I	4	2
TD	2	8
D	2	2
TOTAL	25	25

REACTIVO NO. 68	SFs	SD
T	4	6
A	8	8
I	6	3
D	6	2
TD	1	6
TOTAL	25	25

REACTIVO NO. 71	SFs	SD
T	1	2
A	2	2
I	9	10
D	8	6
TD	5	5
TOTAL	25	25

SFs= SUJETOS FUMADORES SD =SUJETOS DEPORTISTAS
 T = TOTALMENTE DE ACUERDO A = DE ACUERDO I = INDECISO
 D = EN DESACUERDO TD = TOTALMENTE EN DESACUERDO.

De acuerdo con esto, una vez analizados los reactivos se procedió a calificarlos, para obtener puntajes para los sujetos, y esto fue de acuerdo a la direccionalidad de los reactivos, es decir, que las preguntas que tuvieran una dirección positiva se calificarían de 5 a 1; las negativas del 1 al 5; con el objetivo que a mayor puntuación indique una actitud positiva hacia el fumar y una actitud negativa menor puntuación. Estos datos se presentarán en la tabla número 22 (ver anexo 21).

Aunque en tablas anteriores se retomaron los puntajes en calificación, para Correlación por Rangos de Spearman en relación con la Escala de Actitud de fumar, con fines de realizar una prueba de comparación Suma de Rangos, dichos puntajes en calificación se convirtieron en datos ordinales, (ver anexo 22), para la aceptación o rechazo de Ho.

Y posteriormente se realizará el análisis estadístico, con un nivel de significancia de $\alpha = .05$

Con los datos se obtiene la sumatoria de rangos ordenados y se escoge uno de los dos resultados y sustituimos en la fórmula, tomando en cuenta la siguiente condición para aceptación o rechazo de Ho de los problemas planteados.

+ $Z = Z_{ob} > Z_{tab} \rightarrow$ No se rechaza

- $Z = Z_{ob} < Z_{tab} \rightarrow$ No se rechaza

FORMULA:

$$Z = \frac{2T_1 - n_1(n_1 + 1)}{\sqrt{\frac{n_1 n_2 (n_1 + 1)}{3}}} = \frac{(663.5) - 25(51)}{\sqrt{\frac{(25)(25)(51)}{3}}} = \frac{1327 - 1275}{\sqrt{178.53}}$$

$$Z = 0.291$$

Nota: Para verificar la Z_{ob} para la prueba Suma de Rangos de comparación, se tomó en cuenta el nivel $\alpha = .05$ y los valores Z de dos colas. (ver anexo 23).

Por tanto $Z_{ob} 0.291 < Z_{ob} 1.96$. Por lo tanto H_0 se acepta, y concluimos que no hay diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de fumadores y el grupo de deportistas, en relación a la Escala de Actitud de Fumar.

9.11 Conclusiones Finales

La investigación llevada a cabo por Linerski, Donald D.; McClary Cheryl, L. et al. probó la importancia de rescatar dos factores generales asociados con el proceso inicial de fumar; el primero resalta la identidad, autoconcepto o auto percepción; el segundo, el familiar.

Acorde con lo anterior, la presente investigación intentó comparar a un grupo de fumadores contra otro de deportistas en relación al Autoconcepto y la Actitud de fumar.

Se pudo observar, de acuerdo con los resultados obtenidos, que el Autoconcepto en fumadores y en deportistas no mostró diferencias estadísticamente significativas. Tal y como lo señalan Dhillon, P. K.; Sexena, Sangeeta (1988), la conducta de fumar no afecta significativamente al Autoconcepto ni a los sentimientos de seguridad ni a nivel de ansiedad.

La importancia de estudiar, la relación entre Autoconcepto y factores de actitud y creencias, es remarcada también por Chassin, Laurie, et al. (1990) quienes mencionan que deben tomarse en cuenta el entendimiento de las influencias sociales, los mecanismos del autoconcepto, factores de actitud y creencias, así como las funciones de la conducta problema que motivan, en una primera instancia, la conducta de fumar. Ello es de vital importancia para poder indicar el porqué, en general, la gente fuma o se inicia fumando, así como porqué continúa; tal vez esto también se relaciona con lo que reportan Semner, Norbert, K. et al.

(1987) basados en las transiciones del tabaquismo entre diferentes grados o etapas del mismo. Las funciones indirectas estaban basadas en el comienzo del tabaquismo para los adolescentes jóvenes. En contraste, las funciones directas fueron mejores predictores de la conducta de fumar y de la transición hacia un regular tabaquismo, en los adolescentes de mayor edad.

En lo concerniente a los resultados sobre la actitud de fumar, en ésta tampoco se produjeron diferencias estadísticamente significativas, a diferencia de lo mencionado por Dhillon, P. K. y Sexena Sangeeta, quienes encontraron en 70 fumadores y 40 no fumadores, una actitud ligeramente más favorable por parte de los sujetos fumadores hacia el tabaquismo. Cabe aclarar que con respecto a los resultados, aunque no arrojaron datos precisos debido a que en el inicio el instrumento se modificó, modificando con ello su fiabilidad, ya que al analizar reactivo por reactivo de la Escala de Actitud de fumar, se observó que no tenía una discriminación equilibrada como para afirmar efectivamente que la escala medía lo que tenía que medir de acuerdo con Briones, G. (1990) al enunciar a la validez o validación lógica.

Así, la prueba carece de alta confiabilidad, dadas las modificaciones; se confió en el instrumento sin realizar un estudio piloto para obtener de nuevo su confiabilidad de acuerdo con la propuesta de Kerlinger * (1964) referida a la capacidad de dar resultados iguales al ser aplicado, en condiciones iguales, dos o más veces, a un mismo grupo de

* Cit. en Briones, Guillermo, (1990) p 122-126.

sujetos, solo de esa forma la confiabilidad es sinónimo de estabilidad y predictibilidad.

Por tal motivo hay que considerar que en futuras investigaciones se hagan estudios tomando en cuenta esta variable, con sujetos categorizados al azar, asignados a grupos y adecuándoles instrumentos de medición pertinentes, así como un adecuado control de grupos y de variables extrañas.

Respecto a la correlación de cada una de las 5 columnas e hileras comprendidas en la Escala de Autoconcepto y la variable actitud de fumar, se encontró una correlación positiva para la columna del YO FISICO, comprendido por el concepto que se tiene del propio cuerpo, apariencia, estado de salud y habilidades; todo ello correlacionado ante la actitud de fumar en la muestra.

Cabe agregar que en cierta forma la parte del YO FISICO comprendida en el Autoconcepto concebido por Fitts (1969), se encontró relacionado en los dos grupos de sujetos fumadores y deportistas. Pareciera ser que en cada grupo se tiene una actitud con la característica de tendencia a la acción de fumar y no fumar como lo remarcan los autores Krench y Col. (1962) al observar que cada grupo se apega a una estimulación a nivel psíquico y fisiológico, y de ahí la diferencia de alcanzar dicha estimulación; unos con una práctica deportiva rutinaria y los otros teniendo el hábito de fumar en pequeñas dosis (capaces de establecer un arraigo en el hábito de fumar).

Ya algunos autores, revisados en el marco teórico, han

mostrado algunas consecuencias, a nivel psíquico y fisiológico, de ambas formas de estimulación (del fumar, y practicar una actividad física rutinaria) dichas consecuencias son equiparables a sentir satisfacción, placer, o ese sentido de poder que según quien esto redacta, como explicación de lo gratificante del fumar cigarros.

Habría que considerar que es curioso que también con sujetos deportistas que practican deporte en forma rutinaria, este sentir se torna satisfactorio al lograr, mediante el uso de sus habilidades, una sensación de bienestar físico parecido a la que un fumador experimenta al sentir placer, estableciéndose una diferencia para cada uno de ellos, al obtener este sentido de poder, placer y satisfacción, por alternativas diferentes que son fumar por un lado, encontrándose con un estilo de vida sedentario y por otro, el hacer un ejercicio físico constante.

Como lo menciona John Carlson (1990) acerca del ejercicio, mejora la salud, decremента la ansiedad y depresión; incrementa la confianza, autoestima y placer, mejorando conductas como fumar, comer y beber demasiado.

Asimismo el hallazgo puede verse reforzado por la parte teórica expuesta, por ejemplo en las conclusiones de la investigación en base al hábito de fumar en América Latina (1971), en que se encontró que fumar cigarros es una fuente de variedad satisfactoria psicológica; 2/3 de los fumadores piensan que al fumar se tranquilizan y obtienen placer, el 40% sostiene que adquiere seguridad y entre el 16% y 25% piensa que incrementa el atractivo personal (Becerra y Oblitas, 1990).

Por otra parte Liñán, C. (1990) aporta que al existir una interrupción del consumo, hay un aumento de peso de un 5% además de un incremento de la superficie del cuerpo de un promedio de 2 cm.

Así Sarafino señala en su definición de autoconcepto, la importancia de los rasgos físicos; como el sexo y tendencias conductuales, entre otras, enfatizando la imagen y la estimación que tienen de ello los individuos.

O como lo remarca Fitts (1965) al definir al autoconcepto como la imagen que el individuo tiene de sí mismo. Al igual que Hurlock, E. (1982) afirma que el autoconcepto que tienen los individuos sobre quienes son y que son, se compone de conceptos sobre su aspecto, adecuación sexual o importancia de sus cuerpos, en la opinión de otros.

Así mismo Rodríguez, M. (1985) remarca como elemento del autoconcepto a la autoimagen, constituida por una imagen mental que el sujeto tiene de su Yo o del Yo de la persona que le gustaría ser; es decir, la noción interna de si una persona posee características y hasta qué grado.

Esto también puede ser observado con la propuesta de la necesidad de lo estético de Abraham Maslow, al enfatizar que dicha necesidad está forzosamente ligada a la imagen del individuo (Cit. en Goble, F. 1991).

Por otra parte el Dr. Abraham Maslow (Cit. en Goble, F. 1991) menciona a las necesidades fisiológicas como aquellas que tienen la más poderosa influencia en la conducta del hombre, pero sólo en tanto que llega éste a satisfacerlas.

Con esto se puede observar lo que Stäcker y Bartmann (1977) señalan con respecto al nivel fisiológico del hábito de fumar cigarrillos en dosis pequeñas, haciendo que el sistema nervioso se excite o se relaje. No obstante, Maslow asienta que existe otra necesidad que el hombre ha de satisfacer, constituyendo la verdadera naturaleza interior de la especie humana y relacionada con el hábito de fumar o necesidad de estimulación de la carga psíquica que en cada fumada de cigarro le brinda al individuo: ese sentido de poder, de potencia, energía gratificante y placentera per se.

Con esto también debe aceptarse que per se es gratificante el fumar; aunque el individuo sienta el daño orgánico que le causará; o en su inicio, sin embargo sigue fumando.

Valdría la pena tomar en cuenta al autor representativo de la Psicología Transpersonal o tercera fuerza, al considerar que el individuo en ese nivel de conciencia, no alcanza a unificar totalmente la parte perteneciente al ego o yo, con la parte soma o cuerpo. Es tan tajante esta demarcación que la consecuencia es el sometimiento tanto de su cuerpo como de su mente, sin hacerse responsable del sometimiento del primero sobre el segundo.

Por otra parte, la parte correlacionada encontrada positivamente, será apreciada más específicamente con lo dicho por Sussman Steve, et al. (1989) al examinar la relación entre autoimagen, autoimagen ideal, imagen de fumadores en general y la imagen de modelos de cigarrillos, dirigidos a 120 graduados de 7o. grado, arrojando datos como el de una positiva correspondencia de imagen de fumadores

hacia la autoimagen que predice el fumar cigarros. Pareciera ser que cuando el autoconcepto y las aspiraciones de automejora están disminuidos, fumar podría parecer particularmente deseable para el mejoramiento de la identidad.

Considero que esta correlación encontrada del YO FISICO con el grupo de fumadores y deportistas, es digna de tomarse en cuenta ya que puede observarse también una justificada razón al encontrar de la mano a la autoimagen y así poder relacionar el porqué los individuos fuman y seguirán fumando. Esto debe relacionarse con el aspecto del autoconcepto, específicamente ligado a la autoimagen que el cigarro encierra, así como a nivel fisiológico y psíquico que proporciona un reforzador satisfactorio continuo y placentero.

En lo restante con las demás columnas del Yo Ético/Moral, Yo Personal, Yo Familiar, Yo social, Autocrítica y las hileras de Identidad, Autosatisfacción y Conducta/Comportamiento en correlación con los resultados de la escala de Actitud de fumar, no se encontró relación positiva.

En base a los aportes mencionados, no es posible hacer una generalización del trabajo aquí presentado, más allá de haber trabajado con una prueba no paramétrica. La muestra tomada no siendo aleatoria y si accidental, expresa desconocimiento de su distribución.

Desde luego, para fines más rigurosos es recomendable realizar cálculos de tal forma que lo aquí concluido no es

posible generalizarlo, sino sólo explicar más rigurosamente a la muestra estudiada.

Por tanto no da pauta para proponer a nivel de programas de prevención, lo que Chassin, Laurie et al. (1990) mencionan, al estipular un desarrollo de programas de prevención que enseñe habilidades exclusivas en competencia colectiva y personal; y re i nterpretaciones de las sensaciones del cuerpo.

Sin embargo el porqué de la investigación ha quedado esclarecido: resultó más importante considerar el para qué de la investigación ya que con el hallazgo encontrado se obtienen datos acerca del abordaje del que tal vez ya no hay incurrir, sino específicamente investigar sobre el papel que juega la autoimagen en los fumadores y compararla con la autoimagen de otros como los deportistas, además de ahondar sobre el papel que juega en el mantenimiento del hábito en algunos individuos.

Y partiendo de este hecho se pueden conformar programas de intervención en el nivel de Educación para la Salud, desde niveles primarios o preprimarios de la educación, así como información sistematizada a padres y maestros, sobre los daños y deterioros de enfermedades asociadas como el cáncer, enfisema pulmonar, úlcera gástrica etc., repercusiones en el medio ambiente así como desastres de incendios provocados en accidentes al dejar cigarrillos encontrados en bosques y valles.

Eso sin olvidar la importancia que el deporte brinda a nivel psicológico y fisiológico y sirva como opción para compaginarlo en programas de prevención y rehabilitación,

tanto para niños, adultos y ancianos.

Como lo remarca Michel Mahoney (1984) al mencionar cómo la práctica de un deporte aporta al individuo un realce de la conciencia corporal, imagen y contribuciones al concepto de sí mismo, además de la regulación de los niveles de activación y las reacciones simpáticas a la tensión; la transferencia del entrenamiento más allá del ejercicio en la arena deportiva; el realce de la identidad propia por el sentimiento de pertenencia a un grupo que muestra valores, interés y actividades, aunada a la autoestima y debido al proceso de ubicación de metas, el logro de éstas y el consecuente sentimiento de competencia y dominio.

En el nivel fisiológico, sirve como una forma de interrumpir los efectos implacenteros, mediante la activación de circuitos corticales relacionados entre sí.

Dichas suposiciones se incluyen en las explicaciones que se refieren fisiológicamente en la función de las endorfinas que son opiáceos endógenos, es decir que se producen y se originan dentro del organismo independientemente de los factores físico/químico/biológicos, con actividad parecida a la morfina fungiendo como analgésico, pero producido por una contracción de morfina endógena (endorfina); así como de los niveles plasmáticos neurotransmisores como la norepinefrina o conocida como noradrenalina perteneciente al grupo de las catecolaminas que excita las terminaciones del simpático en todos los órganos (acción simpaticomimética).

Tantos los aspectos psicológicos como fisiológicos se interrelacionan siendo, difícil separarlos de manera respondiente en cualquier cambio en un individuo, de su estado afectivo, o el concepto de sí.

Por último, deseo agregar que la visión integral de abordar al fenómeno del hábito de fumar, reditúa en el hecho de tomar en cuenta a otras disciplinas, ya que el psicólogo debe echar mano de ellas para el mejor entendimiento de su fenómeno en estudio.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Berkman, M. *La oralidad: Un estudio de Investigación para las Ciencias Sociales*. Tesis Facultad de Psicología UNAM, 1980.
- 2) Bradley, J.I.; McClelland, James (1972). *Conceptos Básicos de Estadística*. México, Manual Moderno, 1972 pp 72-78.
- 3) Briones, Guillermo (1982) *Métodos y técnicas de investigación para las Ciencias Sociales*. México. Trillas, 1990 pp 123-126; 148-149.
- 4) Browne, Margaret and Mahoney, Michel. *Psicología del Deporte*. Trad: por Jorge E. García Z. México, U.G.P./CONADE, 1990 p 17.
- 5) Carlson, Jon. *Counseling through physical fitness and exercise*. Special Issue: Multimodal theory, research, and practice.
- 6) Casanova, Ramírez, M.E.; González, E., et al.: *Hábito tabáquico entre trabajadores de un Hospital General. Informe de una encuesta en Gaceta Médica de México*. Mayo-Junio, 1991, (3) 127 pp 283- 286.
- 7) Clark, Eric.(1988) *La publicidad y su poder. Técnicas de provocación al consumo*. México. Planeta, 1989 pp 313- 347.

8) Corominas, J. (1961) *Breve Diccionario etimológico de la lengua Castellana*. España Ed. Gredos, 1976 2 .

9) Cruz Terán Mercedes. *Estudio comparativo del Autoconcepto en cuatro circunstancias reproducidas diferentes: Embarazo Normal, Embarazo de Alto Riesgo, Esterilidad y Oclusión T*

10) Chapper, Dan. *Posibles efectos del Autoconcepto en relación con el desarrollo del SIDA*. Tesina elaborada para recibir el título de Lic. en Psicología. Facultad de Psicología, UNAM. 1990 p 8.

11) Chassin, Laurie; et al. *Social psychological contributions to the understanding and prevention of adolescent cigarette smoking. Special Issue: Illustrating the value of basic research*. Personality and Social Psychology Bulletin; Tempe, U.S. 1990, Mar 16 (1) pp 133-151.

12) De la Garza. Mercedes (1970) *Sueño y Alucinación en el mundo Nahuatl y Maya*. México, UNAM 1990 pp 95-99, 166-170.

13) Del Giudice, Clark (1970). *Principios Psicofarmacología*. México. La Prensa Médica Mexicana, 1975 pp 37-42.

14) Del Villar, Luis. *Nematehuani*. *Revista de Psicología y Ciencias Sociales*. México. ENEP ZARAGOZA UNAM AÑO 12 Enero de 1992 pp 13-15.

15) Diccionario Deportivo en: *Revista Metas de la Juventud y el Deporte*. México. CONADE, Septiembre 1990. (4) Año 1 p 8.

- 16) Dhillon, P.K.; Sexena, Sangeeta. *Mental health and attitudes in relation to smoking behavior and academic discipline: A comparative study*. New Delhi, India. Manas; 1988 35 (1-2) pp 19-27.
- 17) Enciclopedia Salvat de la Salud. *Ejercicio Físico*. En colaboración la Organización Mundial de la Salud. México, Salvat de Ediciones, 1988 pp 111-112.
- 18) English, H. B. y English A. CH. *Diccionario de Psicología y Psicoanálisis*. Argentina, Ed. Paidós, 3 la. edición, 1977 pp 865- 869.
- 19) Escayola, Garduza, L. Y. *Revisión Histórica de Técnicas Terapéuticas para la eliminación del Tabaquismo*. Tesis UNAM Facultad de Psicología, 1988.
- 20) Escohotado, Antonio (1989) *Historia de las Drogas I*. Madrid, Ed. Alianza, 1990 Tomo I pp 378-382.
- 21) Eynseck, H. J. *Personality and the maintenance of the smoking habit*. In A. (Ed.) Individual differences in hemispheric specialization, New York. Plenum 1973 pp 195-206.
- 22) Eynseck, H. J. *The causes and effects of smoking*. London, Temple Smith, 1980.
- 23) Fitts, William, H. *Escala Tennessee de Autoconcepto Apéndice "A"* Versión y adaptación castellana por Blanca M. de Alvarez y Guido A. Barrientos. Publicada y distribuida por el Instituto Interamericano de Estudios Psicológicos y Sociales, Chihuahua, México, 1969 p 16.

- 24) Frankl, Viktor. E. (1978) *Psicoterapia y Humanismo: ¿Tiene sentido la vida?* México, Fondo de Cultura Económica, 1987, pp 103-108.
- 25) Freixa, F., Insa, P.A. y col. *Toxicomanías: un enfoque multidisciplinario*. Barcelona. Ed. Fontanella, 1981, 1a. edición. pp 65- 87.
- 26) Frias López, Ma. Cristina y Terrazas Valero Norma A. *Estudio Correlativo entre la Escala Tennessee de Autoconcepto y el diferencial Semántico de Jorge La Rosa*. Tesis UNAM Facultad de Psicología, 1991 p 52-53.
- 27) Fritiof, Capra (1990) *Punto Crucial*. Buenos Aires, Argentina. Ed. Integral.
- 28) García, Jesús: *Tabaquismo y sus repercusiones en la Salud*, en: Suplemento de Medicina del Deporte CONADE, México, 1991 (13) año 2 p 3.
- 29) García Liñán (1990) *Qué son las drogas: Tabaco*. México, Arbol. 1990 pp 11-45.
- 30) Garza, Livas Rafael (1967) *Psicología Social*. México, Oasis, (Nueva Biblioteca No. 34) 1971.
- 31) Gilbert, D.; Robinson, J. y Chamberlin, C. *Effects of smoking/nicotine on anxiety, heart rate, and lateralization of EEG during a stressful moule*. En: Psychophysiology: the Society for Psychophysiological Research Campagne, 1989, (3) 26 pp 311-320.

- 32) Goble, Frank (1970) *La Tercera Fuerza. La Psicología propuesta por Abraham Maslow*. México. Trillas, 1991 pp 49-65.
- 33) Golding, J. & Managan G. L. *Arousing and de-arousing effects of cigarette smoking under conditions of stress and mild sensory isolation*. *Psychophysiology*, 19 pp 449-456.
- 34) Hammes, Michael; Peterson, Dan. *Teaching decisionmaking skills to a sixth grade population*. *Journal of Drug Education, Journal of Drug Education Program, Albuquerque*, 1986 (3) 16 pp 233-242.
- 35) Hartman, Heinz (1969). *Ensayos sobre Psicología del Yo*. México, F.C.E. 1987.
- 36) Herman, Josef Kaiser (1972) *Curso básico de estadística. Introducción a la técnica descriptiva del análisis estadístico*. Barcelona, España, Herder 1977 pp 133-135.
- 37) Huáscar, Taborga (1980) *Cómo hacer una tesis*. México, Grijalbo, 1989.
- 38) Houser, Norman, W. (1990) *El cigarro y la salud*. México, Ed. Trillas, pp 7-22, 71-76.
- 39) Kaduc, P.; Donald, Burr; et al. *Cigarette Smoking: Risk Factor, for premature facial wrinkling*. Published twice monthly by the American College of Physicians, (10) 114 pp 840-844.
- 40) Karl, Heinz, Stäcker; Ulrich, Bartmann (1977) *Psicología*

del Fumar. Barcelona. Herder, 1977 pp 64-70; 91-93; 125-128.

41) Kubli, Aguilar J. *Revisión Bibliográfica sobre los procedimientos para eliminar la conducta de fumar*. Tesis Facultad de Psicología, UNAM 1979.

42) Lara, Enrique. *Análisis de la Publicidad del Tabaco en la televisión mexicana*. Tesis Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UNAM, 1986 pp 32, 45, 53-54.

43) La Rosa, J. *Escalas y locus de control y Autoconcepto. Construcción y Validación*. Tesis de doctorado en Psicología Social, 1988 p 277.

44) Lewis, D. (1986) *Poder Mental*. México, Martínez Roca 1988 p 216-220.

45) Linerski, Donald, D.; Mc Clary, Cheryl, L. et al. *Demographic and predictive correlates of smokeless tobacco use in elementary school children*. American Journal of Health Promotion, Asheville, U.S. 1991 Jul-Aug 5 (6) pp 426-431.

46) López, Becerra, Claudia; Velázquez, Carrasco Mayra, G. *Prevalencia y actitud frente al consumo de tabaco en una población de estudiantes de secundaria del D.F.* Tesis Facultad de Psicología, UNAM, 1985 pp 84-95.

47) López Rayón Ana Emilia. *Informe Final de Servicio Social*. Para obtener título de Lic. en Psicología E.N.E.P ZARAGOZA UNAM, 1986 p 9.

48) Maitz, Maxwell (1965) *La imagen de sí mismo*. Barcelona,

Herder. 1968.

49) Marquéz de Cantú, María José (1980) *Probabilidad y Estadística para ciencias químico-biológicas*. México, UNAM 1980 pp 489, 515-519.

50) May Rollo (1984) *Amor y voluntad. Las fuerzas humanas que dan sentido a la vida*. México, Gedisa 1990 p 140.

51) McInman, Adrian, D; Grove, J. Robert. *Multidimensional self-concept, cigarette smoking, and intentions to smoke in adolescents*. Australian Psychologist, Neadlands-Australia. 1991, Nov. 26 (3) pp 192-196.

52) Mead, George Herber (1972) *Espíritu, Persona y Sociedad*. Buenos Aires, Paidós, 1982.

53) Mercado, Moreno Rosa X. *Autoconcepto y metas en niños maltratados que viven con familia y niños maltratados que viven en la calle*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM, 1991 pp 94-97.

54) Nadelsticher, M. *Prontuario para Investigadores*. Cuadernos Universitarios, 1983 (4) UANM Iztapalapa.

55) Nardone, Giorgio y Watzlawick, Paul (1990). *El arte del cambio. Manual de terapia estratégica e hipnoterapia sin trance*. Barcelona, Herder 1992 pp 96-100; 108-110.

56) Narvaez, López. *Condiciones psicosociales del hábito tabáquico: Un estudio exploratorio*. Tesis Facultad de Psicología, UNAM, 1985.

57) Nava, A. *El autoconcepto en Esquizofrénicos*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología UNAM 1986 pp 120-121.

58) Neave, H.R. (1975) *Statistics Tables. For mathematicians, economists and the behavioral and management sciences*. Great Britain George Allen & UNWIN, 1978 p 13, 60.

59) Oblitas, Luis; Becoña Elisardo (1990) *Modificación conducta*. Universidad Intercontinental. Revista Intercontinental de Psicología y Educación. México, 1990 pp 13-32; 37-64; 177-186.

60) Olvera, A. *Preparación Psicológica del deportista*. Reporte de Servicio Social. ENEP ZARAGOZA, 1986, p 6-8.

61) Ortet, G. y Pérez Sánchez, J. *Necesidad de Estimulación y consumo de alcohol y tabaco* en: Revista de Psiquiatría. Facultad de Medicina de Barcelona, 1989, Julio-Agosto (4) 14 p 175-179.

62) Otero, Araceli. *Estudio Psicológico para el desarrollo de una prueba de Seguridad-Inseguridad en alumnos de 6o. año de primaria*. Facultad de Filosofía y Letras. Colegio de Psicología, 1965 pp 5.

63) Otero Monreal B. *Epidemiología del consumo de Tabaco en dos poblaciones del Edo. de Michoacán*. Tesis Facultad de Psicología, UNAM 1989.

64) Oughourlian, Jean-Michel (1977) *La persona del Toxicómano*. Barcelona. Herder, 1985 pp 180-189.

- 65) Pardell, H.; Cobo, E.; Canela, J. (1968) *Manual de Bioestadística*. España, E. Masson, 1986.
- 66) Psicólogos. *Fumar una trampa psicológica*. Revista de Psicología. Nov. 1980 VI (35)
- 67) Revista Metas de la Juventud y el Deporte. *Tabaquismo y sus repercusiones en la salud*. Suplemento Medicina del Deporte CONADE. 1992 (2) 13 p 3.
- 68) Revista para el mejoramiento personal: Uno mismo. *Entrevista, Nuevo Paradigma, nueva teología*. Fritiof Capra dialoga con David Stendel-Rost y Thomas Matus. Analogía y conexiones entre ciencia y espiritualidad. Argentina, 1994 IV (12) pp 30-35.
- 69) Riera, Joan (1985) *Introducción a la Psicología del Deporte*. España. Martínez Roca, 1985 p 25.
- 70) Rodríguez, M. (1980) *Autoestima*. México, Manual Moderno, 1985.
- 71) Rosenberg, M. (1973) *La autoimagen del Adolescente y la Sociedad*. Buenos Aires, Paidós 1974, pp 17-27.
- 72) Schachter, S. *Regulation, withdrawal, and nicotine addiction*. In N.A. Krasnegor (Ed.) Cigarette smoking as a dependence process. Rockville, MD: National Institute of Drug Abuse, 1979, pp 123-133.
- 73) Stäcker, Heinz; Bartmann, Ulrich. (1977) *Psicología del fumar*. Barcelona. Herder, 1977 pp 63-74; 76-80; 85-95, 107.

74) Selltiz, Claire, et al. (1976). *Métodos de investigación en las relaciones sociales*. Madrid, España, Ediciones Rialp. S.A. 1980 pp 178-181; 694.

75) Semmer, Norbert, K; Dwyer, James, et al. *Adolescent smoking from a functional perspective: The Berlin-Bremen Study. Special Issue: Juvenile substance use and human development*. New perspectives in research and prevention. European Journal of Psychology of Education U. Bern, Switzerland. 1987 2 (4) pp 387-401.

76) Sidney, Siegel. (1976) *Estadística no paramétrica. Aplicada a las ciencias de la conducta*. México. Trillas, 1986 pp 31-33.

77) Sociedad Liga Española para la lucha contra la hipertensión arterial: *Interrelaciones. Tabaco-Hipertensión*. Barcelona, Pharma Consult, S.A. 1991 pp 112-115.

78) Symonds, Cit. por Hurlock, E. *Desarrollo Psicológico del niño*. Mc Graw-Hill, pp 696-699, 706, 757-759.

79) Spielberg, C.D. *Psychological determinants of smoking behavior*. In R.D. Tollison (Ed.) *Smoking and society: Toward a more balanced assesment*. Lexington, M.A: Heath & Co. 1986, pp 89-134.

80) Vázquez, León Oralia. *Estudio Comparativo de Autoconcepto entre dos grupos de adolescentes, uno con padres alcohólicos y otro con padres no alcohólicos*. Tesis Facultad de Psicología, UNAM 1988.

81) Villagrán, Mayra M. *Ansiedad y Tabaquismo*. Tesis. Facultad de Psicología, UNAM, 1987.

82) Walpole, R.L.; Myers, R.H. (1985). *Probabilidad y Estadística para Ingenieros México*. Interamericana, 1985 p. 215.

83) Wilberg, Ken (1970) *La conciencia sin fronteras: Aproximaciones de Oriente y Occidente al Crecimiento personal*. México, Kairós, 1988 pp 136-140.

84) Zapata, Claudio (1989). *La buena guerra contra los necios fumadores*. México, Editores Plaza y Valdez, Colección: Eliseo, 1989 pp 17-38.

ESCALA TENNESSE DE AUTOCONCEPTO

A N E X O 1

13	1	1	2	3	4	5	7	1	2	3	4	5	1	1	2	3	4	5		
14	1	1	2	3	4	5	8	1	2	3	4	5	2	1	1	2	3	4	5	
15	1	1	2	3	4	5	9	1	2	3	4	5	3	1	1	2	3	4	5	
16	1	1	2	3	4	5	10	1	2	3	4	5	4	1	1	2	3	4	5	
17	1	1	2	3	4	5	11	1	2	3	4	5	5	1	1	2	3	4	5	
18	1	1	2	3	4	5	12	1	2	3	4	5	6	1	1	2	3	4	5	
19	1	1	2	3	4	5	25	1	2	3	4	5	19	1	1	2	3	4	5	
20	1	1	2	3	4	5	26	1	2	3	4	5	20	1	1	2	3	4	5	
21	1	1	2	3	4	5	27	1	2	3	4	5	21	1	1	2	3	4	5	
22	1	1	2	3	4	5	28	1	2	3	4	5	22	1	1	2	3	4	5	
23	1	1	2	3	4	5	29	1	2	3	4	5	23	1	1	2	3	4	5	
24	1	1	2	3	4	5	30	1	2	3	4	5	24	1	1	2	3	4	5	
25	1	1	2	3	4	5	43	1	2	3	4	5	37	1	1	2	3	4	5	
26	1	1	2	3	4	5	44	1	2	3	4	5	38	1	1	2	3	4	5	
27	1	1	2	3	4	5	45	1	2	3	4	5	39	1	1	2	3	4	5	
28	1	1	2	3	4	5	46	1	2	3	4	5	40	1	1	2	3	4	5	
29	1	1	2	3	4	5	47	1	2	3	4	5	41	1	1	2	3	4	5	
30	1	1	2	3	4	5	48	1	2	3	4	5	42	1	1	2	3	4	5	
31	1	1	2	3	4	5	61	1	2	3	4	5	55	1	1	2	3	4	5	
32	1	1	2	3	4	5	62	1	2	3	4	5	56	1	1	2	3	4	5	
33	1	1	2	3	4	5	63	1	2	3	4	5	57	1	1	2	3	4	5	
34	1	1	2	3	4	5	64	1	2	3	4	5	58	1	1	2	3	4	5	
35	1	1	2	3	4	5	55	1	1	2	3	4	5	59	1	1	2	3	4	5
36	1	1	2	3	4	5	65	1	2	3	4	5	60	1	1	2	3	4	5	
37	1	1	2	3	4	5	79	1	2	3	4	5	70	1	1	2	3	4	5	
38	1	1	2	3	4	5	80	1	1	2	3	4	5	74	1	1	2	3	4	5
39	1	1	2	3	4	5	81	1	1	2	3	4	5	75	1	1	2	3	4	5
40	1	1	2	3	4	5	82	1	1	2	3	4	5	76	1	1	2	3	4	5
41	1	1	2	3	4	5	83	1	1	2	3	4	5	77	1	1	2	3	4	5
42	1	1	2	3	4	5	84	1	1	2	3	4	5	78	1	1	2	3	4	5
43	1	1	2	3	4	5	95	1	1	2	3	4	5	91	1	1	2	3	4	5
44	1	1	2	3	4	5	96	1	1	2	3	4	5	92	1	1	2	3	4	5
45	1	1	2	3	4	5	97	1	1	2	3	4	5	93	1	1	2	3	4	5
46	1	1	2	3	4	5	98	1	1	2	3	4	5	94	1	1	2	3	4	5

GRADO ESCOLAR: _____

SEXO: _____ EDAD: _____

HORA INICIO: _____ HORA FINAL: _____

TIEMPO TOTAL: _____

INSTRUCCIONES

ENCONTRARA UNA SERIE DE AFIRMACIONES EN LAS CUALES USTED SE DESCRIBE A SI MISMO TAL COMO USTED SE VE.

CONTESTE COMO SI USTED SE ESTUVIERA DESCRIBIENDO A SI MISMO NO ANTE NINGUNA PERSONA. **NO OMITA NINGUNA AFIRMACION.**

LEA CADA AFIRMACION CUIDADOSAMENTE Y DESPUES ESCOJA UNA DE LAS CINCO RESPUESTAS. EN LA HOJA DE RESPUESTAS, **ENCIERRA EN UN CIRCULO** EL NUMERO DE LA RESPUESTA QUE ESCOGISTE. CUIDANDO NO EQUIVOCARSE EN EL NUMERO DE LA RESPUESTA, SI DESEAS CAMBIAR LA RESPUESTA DESPUES DE HABER HECHO EL CIRCULO, **NO BORRES.** ESCRIBE UNA "X" SOBRE LA RESPUESTA MARCADA Y DESPUES MARCA EL CIRCULO EN LA RESPUESTA QUE DESEES.

CUANDO ESTE LISTO PARA EMPEZAR, LOCALICE EN SU HOJA DE RESPUESTAS EL ESPACIO QUE DICE '**HORA EN QUE EMPEZO**' Y ANOTE LA HORA.

CUANDO HAYA TERMINADO EL CUESTIONARIO ANOTE LA HORA EN QUE TERMINO EN EL ESPACIO QUE DICE '**HORA EN QUE TERMINO**'.

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACION

R E S P U E S T A S :

COMPLETAMENTE FALSO & CASI TOTALMENTE FALSO
1 2
PARTE FALSO Y PARTE VERDADERO & CASI TOTALMENTE VERDADERO
3 4
TOTALMENTE VERDADERO
5

ESTA ESCALA SE HA REPRODUCIDO AL PIE DE CADA PAGINA A FIN DE AYUDARLE A RECORDAR.

NO PASE A LA PAGINA SIGUIENTE SI NO HA COMPRENDIDO CLARAMENTE LAS INSTRUCCIONES

REGUNTA

1. BUENO DE BUENA SALUD	1
2. SOY UNA PERSONA ATRACTIVA	2
3. ME CONSIDERO UNA PERSONA MUY DESARREGLADA	3
14. SOY UNA PERSONA DECENTE	14
21. SOY UNA PERSONA HONRADA	21
23. SOY UNA PERSONA MALA	23
37. SOY UNA PERSONA ALEGRE	37
41. SOY UN "DON NADIE"	41
55. MI FAMILIA SIEMPRE ME AYUDARIA EN CUALQUIER PROBLEMA	55
57. PERTENEZCO A UNA FAMILIA FELIZ	57
59. MIS AMIGOS NO CONFIAN EN MI	59
73. SOY UNA PERSONA AMIGABLE	73
77. LO QUE HACEN OTRAS GENTES NO ME INTERESA	77
91. ALGUNAS VECES DIGO FALSEDADES	91
93. EN OCASIONES ME ENOJO	93
2. ME AGRADA ESTAR SIEMPRE ARREGLADO (A) Y PULCRO (A)	2
4. ESTOY LLENO (A) DE ACHAQUES	4
6. SOY UNA PERSONA ENFERMA	6
10. SOY UNA PERSONA MUY RELIGIOSA	20
22. SOY UN FRACASO EN MI CONDUCTA MORAL	22
24. SOY UNA PERSONA MORALMENTE DEBIL	24
38. TENGO MUCHO DOMINIO DE MI MISMO	38
40. SOY UNA PERSONA DETESTABLE	40
42. ME ESTOY VOLVIENDO LOCU (A)	42
56. SOY IMPORTANTE PARA MIS AMIGOS Y PARA MI FAMILIA	56
58. MI FAMILIA NO ME QUIERE	58
60. SIENDO QUE MIS FAMILIARES ME TIENEN DESCONFIANZA	60
74. SOY POPULAR CON PERSONAS DEL SEXO FEMENINO	74

COMPLETAMENTE FALSO & CASI TOTALMENTE FALSO

1

2

PARTE FALSO Y PARTE VERDADERO & CASI TOTALMENTE VERDADERO

3

4

TOTALMENTE VERDADERO

5

76. ESTOY DISGUSTADO (A) CON TODO EL MUNDO	76
78. ES DIFICIL ESTABLECER AMISTAD CONMIGO	78
92. DE VEZ EN CUANDO PIENSO EN COSAS TAN MALAS QUE NO PUEDEN MENCIONARSE.	92
94. ALGUNAS VECES, CUANDO NO ME SIENTO BIEN ESTOY DE MAL HUMOR.	
7. NO SOY NI MUY GORDO (A) NI MUY FLACO (A)	7
9. ME AGRADA MI APARIENCIA FISICA	9
11. HAY PARTES DE MI CUERPO QUE NO ME AGRADAN	11
25. ESTOY SATISFECHO DE MI CONDUCTA MORAL	25
27. ESTOY SATISFECHO (A) DE MIS RELACIONES CON DIOS	27
29. DEBIERA DE ASISTIR MAS A MENUDO A LA IGLESIA	29
43. ESTOY SATISFECHO (A) DE LO QUE SOY	43
45. MI COMPORTAMIENTO HACIA OTRAS PERSONAS ES PRECISAMENTE COMO DEBIERA SER.	45
47. ME DESPRECIO A MI MISMO (A)	47
61. ESTOY SATISFECHO (A) DE MIS RELACIONES FAMILIARES	61
63. MUESTRO TANTA COMPRESION A MIS FAMILIARES COMO DEBIERA	63
65. DEBERIA DEPOSITAR MAYOR CONFIANZA EN MI FAMILIA	65
79. SOY TAN SOCIABLE COMO QUIERO SER	79
81. TRATO DE AGRADAR A LOS DEMAS PERO NO ME EXCEDO	81
83. SOY UN FRACASO EN MIS RELACIONES SOCIALES	83
95. ALGUNAS PERSONAS DE LAS QUE CONOZCO ME CAEN MAL	95
97. DE VEZ EN CUANDO ME DAN RISA LOS CHISTES COLORADOS	97
8. NO ESTOY NI ALTO (A) NI MUY BAJO (A)	8
10. NO ME SIENTO TAN BIEN COMO DEBIERA	10
12. DEBIERA SER MAS ATRACTIVO (A) PARA PERSONAS DEL SEXO OPUESTO	12

COMPLETAMENTE FALSO & CASI TOTALMENTE FALSO

1

2

PARTE FALSO Y PARTE VERDADERO & CASI TOTALMENTE VERDADERO

3

4

TOTALMENTE VERDADERO

5

26. ESTOY SATISFECHO (A) CON MI VIDA RELIGIOSA	26
28. QUISIERA SER MAS DIGNO (A) DE CONFIANZA	28
30. DEBIERA MENTIR MENOS	30
34. ESTOY SATISFECHO (A) CON MI INTELIGENCIA	34
40. ME GUSTARIA SER UNA PERSONA DISTINTA	40
48. QUISIERA NO DARMÉ POR VENCIDO (A) TAN FACILMENTE	48
62. TRATO A MIS PADRES COMO DEBIERA	62
64. ME AFECTA MUCHO LO QUE DICE MI FAMILIA	64
66. DEBIERA AMAR MAS A MIS FAMILIARES	66
80. ESTOY SATISFECHO (A) CON MI MANERA DE TRATAR A LA GENTE	80
82. DEBIERA SER MAS CORTES CON LOS DEMAS	82
84. DEBERIA LLEVARME MEJOR CON OTRAS PERSONAS	84
96. ALGUNAS VECES ME GUSTA EL CHISME	96
98. ALGUNAS VECES ME DAN GANAS DE DECIR MALAS PALABRAS	98
13. ME CUIDO BIEN FISICAMENTE	13
15. TRATO DE SER CUIDADOSO (A) CON MI APARIENCIA	15
17. CON FRECUENCIA SOY TORPE	17
31. MI RELIGION ES PARTE DE MI VIDA DIARIA	31
33. TRATO DE CAMBIAR CUANDO SE QUE ESTOY HACIENDO ALGO QUE NO DEBO	33
35. EN ALGUNAS OCASIONES HAGO COSAS MUY MALAS	35
49. PUEDO CUIDARME SIEMPRE EN CUALQUIER SITUACION	49
51. ACEPTO MIS FALTAS SIN ENOJARME	51
53. HAGO COSAS SIN HABERLAS PENSADO BIEN	53
67. TRATO DE SER JUSTO (A) CON MIS AMIGOS Y FAMILIARES	67
69. ME INTERESO SINCERAMENTE POR MI FAMILIA	69
71. SIEMPRE CEDO A LAS EXIGENCIAS DE MIS PADRES	71
85. TRATO DE COMPRENDER EL PUNTO DE VISTA DE LOS DEMAS	85

COMPLETAMENTE FALSO & CASI TOTALMENTE FALSO

1

2

PARTE FALSO Y PARTE VERDADERO & CASI TOTALMENTE VERDADERO

3

4

TOTALMENTE VERDADERO

5

87. ME LLEVÓ BIEN CON LOS DEMÁS	87
89. ME ES DIFÍCIL PERDONAR	89
99. PREFIERO GANAR EN LOS JUEGOS	99
14. ME SIENTO BIEN LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	14
16. SOY MALO (A) PARA EL DEPORTE Y LOS JUEGOS	16
18. DUERMO MAL	18
34. A VECES ME VALGO DE MEDIOS INJUSTOS PARA SALIR ADELANTE	34
32. LA MAYORÍA DE LAS VECES HAGO LO QUE ES DEBIDO	32
36. ME ES DIFÍCIL COMPORTARME EN FORMA CORRECTA	36
50. RESUELVO MIS PROBLEMAS CON FACILIDAD	50
52. CON FRECUENCIA CAMBIO DE OPINIÓN	52
54. TRATO DE NO ENFRENTAR MIS PROBLEMAS	54
68. HAGO EL TRABAJO QUE ME CORRESPONDE EN CASA	68
70. RINO CON MIS FAMILIARES.	70
72. NO ME COMPORTO EN LA FORMA QUE DESEA MI FAMILIA	72
86. ENCUENTRO BUENAS CUALIDADES EN TODA LA GENTE QUE CONOZCO.	86
90. ME CUESTA TRABAJO ESTABLECER CONVERSACION CON EXTRANOS	90
100. EN OCASIONES DEJO PARA MAÑANA LO QUE DEBERIA HACER HOY	100

COMPLETAMENTE FALSO & CASI TOTALMENTE FALSO

1

2

PARTE FALSO Y PARTE VERDADERO & CASI TOTALMENTE VERDADERO

3

4

TOTALMENTE VERDADERO

5

NOTA: ESTE CUESTIONARIO ES ANONIMO SOLO INTERESAN TUS RESPUESTAS. POR LO QUE NO ES NECESARIO TU NOMBRE NI TU DIRECCION.

EDAD: _____

SEXO: _____

ESCOLARIDAD: _____

ACTIVIDAD LABORAL: _____

ACTIVIDAD DEPORTIVA: _____

(SI LA HAY)

TIEMPO DEDICADO: _____

TIEMPO EN QUE LO HA PRACTICADO: _____

INSTRUCCIONES: EL PRESENTE CUESTIONARIO TIENE COMO OBJETIVO CONOCER TU OPINION A CERCA DEL CONSUMO DE CIGARROS. POR FAVOR CONTESTA CON LA MAYOR VERACIDAD POSIBLE. CRUZANDO O TACHANDO CON UNA "X". NO DEJES NINGUNA SIN CONTESTAR.

1.- HAS FUMADO CIGARROS ALGUNA VEZ EN TU VIDA?

SI (CONTINUA) NO (PASE A LA PREGUNTA 26)

2.- ACTUALMENTE FUMAS?

SI (CONTINUA) NO (PASE A LA PREGUNTA 26)

3.- TU FUMAS?

A DIARIO? CADA SEMANA? CADA MES? EVENTUALMENTE?

4.- CUANTOS CIGARROS? _____

5.- QUE EDAD TENIAS CUANDO EMPEZASTE A FUMAR? _____

6.- ¿CUAL FUE LA PRINCIPAL RAZON POR LA QUE EMPEZASTE A FUMAR? (MARCA LA OPCION MAS ACERTADA POSIBLE)

PORQUE EN LA FAMILIA ALGUIEN FUMABA (1)

POR CURIOSIDAD (2)

PARA TRANQUILIZARME (3)

- PARA PARECER ADULTO (4)
- PARA PODER CONCENTRARSE EN ALGO (5)
- PORQUE LOS COMPAÑEROS O AMIGOS LO HACIAN . . . (6)
- 7.- ¿CUAL ES LA PRINCIPAL RAZON POR LA CUAL
CONTINUAS FUMANDO? (MARCA UNA SOLA OPCION)
- POR COSTUMBRE (1)
- PORQUE NO PUEDES DEJAR DE HACERLO (2)
- PARA TRANQUILIZARTE. (3)
- PORQUE TE GUSTA (4)
- PARA PODER CONCENTRARSE (HACER ALGO) (5)
- PORQUE TUS COMPAÑEROS Y/O AMIGOS LO HACEN . . . (6)
- 8.- ¿TU FUMAS?, CUANDO? (MARCA UNA SOLA OPCION)
- ESTUDIAS? (1)
- TRABAJAS? (2)
- ASISTES A REUNIONES? (3)
- TERMINAS DE COMER? (4)
- TE TRANSPORTAS DE UN LUGAR A OTRO? (5)
- CONSUMES BEBIDAS ALCOHOLICAS? (6)
- VES T.V. O ESCUCHAS RADIO? (7)
- DESPUES DE REALIZAR UNA RELACION SEXUAL (8)
- CUANDO VAS AL BAÑO? (9)

A CONTINUACION SE ENUMERAN ALGUNAS DE LAS EXPERIENCIAS QUE MUCHAS PERSONAS QUE FUMAN HAN REPORTADO CONFORME LEAS CADA UNA DE ELLAS, POR FAVOR INDICA CON UNA "X" SI TE HA OCURRIDO ALGUNA VEZ.

- | | SI | NO |
|--|-----|-----|
| 9.- ¿HAS DESPERTADO EN LA NOCHE CON LA NECESIDAD DE FUMAR? | ___ | ___ |
| 10.- ¿HAS DEJADO DE ASISTIR A ALGUN LUGAR EN DONDE ESTE PROHIBIDO FUMAR? | ___ | ___ |
| 11.- ¿CUANDO QUIERES FUMAR Y NO PUEDES HACERLO TE SIENTES NERVIOSO (A) | ___ | ___ |
| 12.- ¿HAS INTENTADO FUMAR MENOS? | ___ | ___ |

- 13.- ¿ALGUNA VEZ ALGUN MEDICO TE HA DICHO QUE DEJES DE FUMAR?
- 14.- ¿HAS INTENTADO DEJAR DE FUMAR SIN CONSEGUIRLO?
- 15.- ¿TIENES EXCESO DE TOS, FLEMAS U OTROS MADECIMIENTOS RELACIONADOS CON EL HABITO DE FUMAR?
- 16.- ¿TU NOVIA (O) SE ENFADA CONTIGO POR QUE FUMAS O LE DESAGRADA TU ALIENTO O EL HUMO DEL CIGARRO
- 17.- ¿A LA GENTE CON LA QUE VIVES LE MOLESTA QUE FUMES O SE ENFADA CONTIGO?
- 18.- ¿DEJAS DE COMPRAR OTRAS O ALIMENTOS PARA COMPRAR CIGARROS?
- 19.- ¿LAS PERSONAS QUE TE RODEAN EN UN LUGAR DETERMINADO SE MOLESTAN PORQUE FUMAS O TE HAN LLAMADO LA ATENCION?
- 20.- ¿TE HAN LLAMADO LA TENCION EN EL CINE POR FUMAR?
- 21.- ¿TU DESEAS FUMAR MENOS PERO NO LO PUEDES LOGRAR?
- 22.- ¿CUANDO FUMAS. CUANTOS CIGARROS CONSUMES AL DIA?
- 23.- ¿POR QUE RAZONES DEJASTE DE FUMAR?
(MARCA UNA SOLA OPCION)
- PORQUE ES DANINO (1)
- POR PRESENTAR PROBLEMAS DE SALUD (2)
- POR ABURRIMIENTO (3)
- PORQUE AFECTA TU ECONOMIA (4)
- PORQUE ASI LO DECIDISTE (5)
- POR PRESCRIPCION MEDICA (6)
- TODAVIA FUMO (NO HE DEJADO DE FUMAR) (7)

24.- ¿DE QUE MANERA DEJASTE DE FUMAR?

(MARCA UNA SOLA OPCION)

TE SOMETISTE A UN TRATAMIENTO? . . . (1)

DEJASTE DE FUMAR DE GOLPE? . . . (2)

DISMINUISTE GRADUALMENTE EL NUMERO.
DE CIGARROS? . . . (3)

DEJASTE DE COMPRAR CIGARROS? . . . (4)

SUSTITUISTE EL FUMAR POR OTRA ACTIVIDAD? (5)

(POR EJEMPLO HACER EJERCICIO)

TODAVIA FUMO (NO HE DEJADO DE HACERLO) (6)

25.- ¿TEMES VOLVER A FUMAR COMO LO HACIAS

ANTES (SI...1 NO...2) . . . _____

26.- ¿DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CONTIGO CUANTOS

DE ELLOS FUMAN?

ALGUNOS: NINGUNO . . . ()

MI PAPA . . . ()

MI MAMA . . . ()

MIS HERMANOS . . . ()

MIS PRIMOS . . . ()

MIS ABUELOS. . . ()

OTROS (ESPECIFIQUE) _____

INSTRUCCIONES: A CONTINUACION SE PRESENTA UNA SERIE DE
AFIRMACIONES A LAS CUALES TENDRAS QUE RESPONDER MARCANDO CON
UNA "X" UNA DE LAS SIGUIENTES OPCIONES DE RESPUESTA:

TOTALMENTE DE ACUERDO (TA)

DE ACUERDO (A)

INDECISO (I)

EN DESACUERDO (D)

TOTALMENTE EN DESACUERDO (TD)

POR FAVOR NO DEJES NINGUNA PREGUNTA SIN CONTESTAR. RECUERDA

QUE NO HAY RESPUESTAS BUENAS NI MALAS.

27. EL FUMAR ES MALO PARA LA SALUD.

FA A I D TD

28. CUANDO UNA PERSONA FUMA AFECTA LA SALUD.

TA A I D TD

29. EL FUMAR RELAJA Y TRANQUILIZA.

TA A I D TD

30. FUMAR ES UN VICIO.

TA A I D TD

31. EL TABAQUISMO CAUSA ENFERMEDAD.

TA A I D TD

32. ES BUENO FUMAR.

TA A I D TD

33. ESTA BIEN QUE LOS JOVENES FUMEN.

TA A I D TD

34. FUMAR ES UNA FORMA DE ENTRETENERSE.

TA A I D TD

35. CUAND UNA MUJER EMBARAZADA FUMA SE PUEDE AFECTAR SU BEBE.

TA A I D TD

36. TODA LA GENTE DEBERIA FUMAR.

TA A I D TD

37. LOS ANUNCIOS DE CIGARROS POR RADIO O TELEVISION INFLUYEN PARA QUE LA GENTE FUME.

TA A I D TD

38. DEBERIA HABER MAS INFORMACION ACERCA DE LOS DAÑOS QUE PROVOCA EL FUMAR.

TA A I D TD

39. FUMAR CIGARROS PROVOCA UNA SENSACION PLACENTERA.

TA A I D TD

40. LAS PERSONAS QUE FUMAN PARECEN IMPORTANTES.

TA A I D TD

41. FUMAR CIGARROS ES DAÑINO SOLO SI SE INHALA EL HUMO.

TA A I D TD

42. SE DEBERIA FUMAR DENTRO DE LOS LUGARES PUBLICOS (CINES, TEATROS, CAFETERIAS, ETC)

TA A I D TD

43. EL FUMAR CIGARROS NO ES MALO, SIEMPRE Y CUANDO SE FUME MODERADAMENTE.

TA A I D TD

44. EL HUMO DEL CIGARRO HUELE MAL.

TA A I D TD

45. PREFIERO LA COMPANIA DE LAS PERSONAS QUE NO FUMAN.

TA A I D TD

46. EL FUMAR CIGARROS HACE PASAR MEJORES MOMENTOS.

TA A I D TD

47. SI SE FUMA CERCA DE OTRAS PERSONAS SE LES QUITA SU DERECHO A RESPIRAR AIRE LIMPIO.

TA A I D TD

48. LAS PERSONAS QUE FUMAN LO HACEN PARA PENSAR CON MAYOR CLARIDAD.

TA A I D TD

49. MIS AMIGOS (AS) INSISTEN EN QUE FUME.

TA A I D TD

50. LA MAYORIA DE LOS (AS) CHICOS (AS) COMIENZAN A FUMAR PARA ATRAER A LAS (OS) MUCHACHOS (AS).

TA A I D TD

51. LOS ADOLESCENTES QUE FUMAN PUEDEN DEJAR DE HACERLO EN CUANTO QUIERAN.

TA A I D TD

52. LOS (AS) CHICOS (AS) FUMAN PARA PARECER LIBERALES.

TA A I D TD

53. EL FUMAR ME MANTIENE DELGADO (A).

TA A I D TD

54. CUANDO FUMAN LOS DEMAS ME MOLESTA.

TA A I D TD

55. ESTA BIEN QUE EL ADOLESCENTE FUME, SIEMPRE Y CUANDO NO SE LE HAGA UN HABITO.

TA A I D TD

56. LAS PERSONAS FUMAN PARA PARECER MODERNAS (OS).

TA A I D TD

57. LAS PERSONAS QUE FUMAN SON DESENVUELTAS.

TA A I D TD

58. NO HAY PELIGRO EN FUMAR PUROS O PIPAS.

TA A I D TD

59. LAS PERSONAS QUE FUMAN SON ATRACTIVAS (OS)

TA A I D TD

60. LAS PERSONAS QUE FUMAN PARECEN CONVIVIR MEJOR CON LOS DEMAS.

TA A I D TD

61. EL HUMO DEL CIGARRO DANA LA SALUD DE LOS QUE NO FUMAN.

TA A I D TD

62. LOS JOVENES QUE FUMAN SON PRESUMIDOS.

TA A I D TD

63. QUIENES FUMAN DEBEN ESTAR SEPARADOS DE QUIENES NO FUMAN EN LUGARES PUBLICOS.

TA A I D TD

64. LOS (AS) JOVENES QUE FUMAN SON "SEXIS"

TA A I D TD

65. LAS PERSONAS QUE FUMAN TIENEN PERSONALIDAD.

TA A I D TD

66. EL FUMAR CIGARROS ES DANIÑO AUNQUE SE FUME MENOS DE QUINCE CIGARROS AL DIA.

TA A I D TD

67. EL ADOLESCENTE COMIENZA A FUMAR POR IMITAR A LOS ADULTOS.

TA A I D TD

68. DEJAR DE FUMAR PERMITIRA A LAS PERSONAS DESEMPEÑAR CON
MAYOR ENERGIA SUS LABORES.

TA A I D TD

69. LAS PERSONAS QUE EVITAN FUMAR SE ENFERMAN MENOS.

TA A I D TD

70. FUMAR ES SOLO PARA ADULTOS.

TA A I D TD

71. LOS ADOLLESCENTES QUE FUMAN LO HACEN POR RETAR A SUS
MAYORES.

TA A I D TD

A N E X O 3

TABLA 1 CUADRO COMPARATIVO PARA LA COLUMNA A DE YO FISICO

G R U P O A			G R U P O B		
Sujetos	Datos de Calif.	Datos Ordinales	Sujetos	Datos de Calif.	Datos Ordinales
1	54	50	1	49	45
2	44	41.5	2	37	35
3	38	36.5	3	43	40
4	29	18	4	53	49
5	34	27.5	5	28	9.5
6	33	47	6	34	27.5
7	35	30.5	7	35	30.5
8	48	44	8	26	5.5
9	39	38.5	9	38	36.5
10	34	27.5	10	29	18
11	39	39.5	11	50	46.5
12	36	33	12	33	47
13	44	41.5	13	34	27.5
14	33	47	14	21	1
15	31	16	15	22	2
16	31	16	16	36	33
17	29	13	17	27	7.5
18	26	5.5	18	25	4
19	31	16	19	32	21
20	31	16	20	33	47
21	29	13	21	50	46.5
22	27	7.5	22	30	16
23	51	48	23	28	9.5
24	36	33	24	29	13
25	45	43	25	24	9
		Σ 743			Σ 616

A N E X O 4

TABLA 2 CUADRO COMPARATIVO PARA LA COLUMNA B DE YO ETICO MORAL

G R U P O A			G R U P O B		
Sujetos	Datos de Calif.	Datos Ordinales	Sujetos	Datos de Calif.	Datos Ordinales
1	36	21	1	52	46
2	47	42.5	2	39	12
3	29	7.5	3	53	47.5
4	50	45	4	43	36.5
5	33	12	5	33	12
6	32	13	6	24	1.5
7	46	41	7	44	39.5
8	33	12	8	38	27
9	69	50	9	44	39.5
10	34	14.5	10	39	28.5
11	37	24.5	11	67	49
12	39	28.5	12	32	9.5
13	53	47.5	13	40	30
14	34	14.5	14	33	12
15	34	14.5	15	29	7.5
16	37	24.5	16	37	26
17	47	42.5	17	42	32.5
18	30	7	18	37	24.5
19	29	7.5	19	36	21
20	43	36.5	20	32	9.5
21	36	21	21	42	32.5
22	24	1.5	22	48	44
23	43	36.5	23	32	9.5
24	42	32.5	24	43	36.5
25	42	32.5	25	23	3

Σ 622.5

Σ 637

A N E X O 5

TABLA 3 CUADRO COMPARATIVO DE LA COLUMNA C YO PERSONAL

G R U P O A			G R U P O B		
Sujetos	Datos de Calif.	Datos Ordinales	Sujetos	Datos de Calif.	Datos Ordinales
1	46	44	1	56	48.5
2	32	21.5	2	34	27
3	36	31	3	56	48.5
4	28	11	4	41	39
5	27	6.5	5	22	2
6	32	21.5	6	31	17.5
7	34	27	7	34	27
8	45	43	8	31	17
9	54	47	9	42	40
10	27	6.5	10	38	35
11	36	31	11	22	2
12	34	27	12	32	21.5
13	36	31	13	33	25
14	32	21.5	14	29	14
15	32	21.5	15	26	6.5
16	43	41	16	39	36.5
17	35	29	17	29	14
18	24	4	18	29	14
19	28	11	19	30	16
20	25	5	20	28	11
21	32	21.5	21	34	36.5
22	26	6.5	22	40	28
23	47	45	23	37	33.5
24	44	42	24	22	2
25	53	46	25	37	33.5
		Σ 646			Σ 606

A N E X O S

TABLA 4 CUADRO COMPARATIVO DE LA COLUMNA YO FAMILIAR

G R U P O A			G R U P O B		
Sujetos	Datos de Calif.	Datos Ordinales	Sujetos	Datos de Calif.	Datos Ordinales
1	40	39	1	48	48
2	45	35.5	2	38	25.5
3	42	32	3	55	48
4	49	25.5	4	45	35.5
5	38	14.5	5	34	16.5
6	35	18	6	28	4
7	41	29.5	7	36	21
8	45	35.5	8	34	16.5
9	68	49	9	33	14.5
10	21	2	10	32	12.5
11	36	21	11	49	25.5
12	31	10	12	48	48
13	36	21	13	46	39.5
14	30	9	14	24	5.5
15	46	39.5	15	18	1
16	38	25.5	16	36	21
17	37	24	17	45	35.5
18	32	12.5	18	22	3
19	40	27.5	19	31	10.5
20	28	8	20	40	27.5
21	48	48	21	46	39.5
22	24	5.5	22	49	34
23	42	32	23	41	29.5
24	51	47	24	27	7
25	42	32	25	36	21
-----			-----		
Σ 639			Σ 580		

A N E X O 7

TABLA 3 CUADRO COMPARATIVO DE LA COLUMNA E YO SOCIAL

G R U P O A			G R U P O B		
Sujetos	Datos de Calif.	Datos Ordinales	Sujetos	Datos de Calif.	Datos Ordinales
1	41	35.5	1	53	48
2	40	33	2	41	35.5
3	28	9	3	46	41.5
4	32	15.5	4	47	43.5
5	29	10	5	35	21.5
6	51	47	6	37	29.5
7	32	15.5	7	50	46
8	50	50	8	35	21.5
9	47	43.5	9	42	39
10	25	5	10	35	21.5
11	46	41.5	11	36	26.5
12	33	17.5	12	35	21.5
13	35	21.5	13	37	29.5
14	36	26.5	14	30	11.5
15	39	31.5	15	30	11.5
16	33	17.5	16	22	3
17	41	35.5	17	31	13.5
18	21	1.5	18	27	7.5
19	39	31.5	19	41	35.5
20	27	7.5	20	36	26.5
21	26	6	21	42	39
22	23	4	22	42	39
23	48	45	23	21	1.5
24	54	49	24	35	21.5
25	36	26.5	25	31	13.5
		Σ 626.5			Σ 648.5

A N E X O S

TABLA 6 CUADRO COMPARATIVO DE LA COLUMNA DE AUTOCRITICA

G R U P O A			G R U P O B		
Sujetos	Datos de Calif.	Datos Ordinales	Sujetos	Datos de Calif.	Datos Ordinales
1	28	15	1	26	26
2	25	28	2	27	29.5
3	28	15	3	18	3.5
4	26	26	4	15	1
5	25	28	5	38	25.5
6	31	48.5	6	21	6.5
7	22	10.5	7	27	29.5
8	21	6.5	8	29	37
9	28	32.5	9	16	2
10	30	40.5	10	28	32.5
11	21	6.5	11	28	32.5
12	29	37	12	28	15
13	30	40.5	13	24	20
14	36	27.5	14	39	49
15	30	40.5	15	24	20
16	27	29.5	16	29	37
17	26	26	17	28	15
18	24	20	18	36	27.5
19	18	3.5	19	38	25
20	25	28	20	31	42.5
21	19	5	21	28	15
22	28	15	22	22	10.5
23	29	37	23	28	32.5
24	27	29.5	24	25	15
25	30	40.5	25	21	6.5
<hr/>			<hr/>		
Σ 417.5			Σ 560		

A N E X O P

TABLA 7 CUADRO COMPARATIVO DE LA HILERA 1 IDENTIDAD

G R U P O A			G R U P O B		
Sujetos	Datos de Calif.	Datos Ordinales	Sujetos	Datos de Calif.	Datos Ordinales
1	69	33.5	1	77	42.5
2	75	38	2	66	26.5
3	63	18	3	65	25
4	61	14.5	4	65	25
5	55	6	5	68	31
6	69	33.5	6	48	2
7	61	14.5	7	66	26.5
8	76	40.5	8	65	25
9	92	49	9	56	7.5
10	57	9	10	58	10
11	82	46	11	88	47
12	64	19.5	12	66	26.5
13	75	33.5	13	43	1
14	67	29.5	14	61	14.5
15	74	36	15	54	5.5
16	60	11.5	16	65	25
17	86	48	17	67	29.5
18	56	7.5	18	61	14.5
19	49	3	19	78	44
20	66	26.5	20	69	33.5
21	64	19.5	21	77	42.5
22	54	5.5	22	60	11.5
23	75	33.5	23	62	17
24	76	40.5	24	69	33.5
25	80	45	25	52	4
<hr style="width: 20%; margin: auto;"/>			<hr style="width: 20%; margin: auto;"/>		
Σ 671.5			Σ 570.5		

A N E X O 10

TABLA 8 CUADRO COMPARATIVO PARA LA HILERA 2 AUTOSATISFACCION

G R U P O A			G R U P O B		
Sujetos	Datos de Calif.	Datos Ordinales	Sujetos	Datos de Calif.	Datos Ordinales
1	96	44.5	1	98	46
2	87	36.5	2	72	29
3	59	7.5	3	102	49
4	78	30.5	4	96	44.5
5	58	6	5	59	7.5
6	68	20.5	6	65	18
7	84	24.5	7	88	39
8	88	39	8	63	13
9	95	43	9	71	25.5
10	61	10.5	10	78	30.5
11	56	4	11	102	49
12	67	20	12	71	25.5
13	81	32	13	88	39
14	69	22	14	61	10.5
15	82	33	15	42	1
16	71	25.5	16	71	25.5
17	68	20.5	17	64	14
18	46	3	18	65	18
19	71	25.5	19	65	18
20	57	5	20	71	25.5
21	60	9	21	84	34.5
22	44	2	22	92	42
23	100	47	23	62	12
24	89	41	24	66	19
25	87	36.5	25	72	29
		Σ 598.5			Σ 668.5

TABLA 9 CUADRO COMPARATIVO DE LA HILERA B DE CONDUCTA Y
COMPORTAMIENTO.

G R U P O A			G R U P O B		
Sujetos	Datos de Calif.	Datos Ordinales	Sujetos	Datos de Calif.	Datos Ordinales
1	80	40	1	99	48
2	71	26.5	2	72	28.5
3	74	31.5	3	100	49
4	75	33	4	82	42
5	69	25	5	67	22
6	77	37.5	6	57	10
7	65	17.5	7	72	28.5
8	83	43.5	8	65	17.5
9	113	50	9	88	46.5
10	53	8	10	74	31.5
11	77	37.5	11	76	35
12	71	26.5	12	66	20
13	68	23.5	13	73	30
14	59	11	14	52	7
15	76	35	15	47	3
16	78	39	16	63	15.5
17	61	13.5	17	66	20
18	22	1	18	50	5
19	68	23.5	19	61	13.5
20	56	9	20	60	12
21	66	20	21	81	41
22	51	6	22	83	43.5
23	87	45	23	63	15.5
24	88	46.5	24	44	2
25	76	35	25	49	4
		Σ 689.5			Σ 595.5

TABLA 10 CUADRO DE PUNTAJES PARA CORRELACION SPEARMAN DE LA COLUMNA YO FISICO CON ACTITUD DE FUMAR.

Sujetos	Calif de Actitud de Fumar	Datos Ordinales del Autoconcepto YO FISICO	D _i	D _i ²
1	49	50	-1	1
2	48	41.5	6.5	42.25
3	37	36.5	0.5	0.25
4	48	13	35	1225
5	41	27.5	2	192.25
6	44	47	-3	9
7	40	30.5	9.5	90.25
8	42	44	-2	4
9	55	33.5	21.5	462.25
10	35	27.5	7.5	56.25
11	41	38.5	2.5	6.25
12	27	33	-6	36
13	42	41.5	1.5	2.25
14	40	47	-7	49
15	44	16	28	784
16	39	16	23	529
17	44	13	31	961
18	44	5.5	38.5	1485.25
19	34	16	18	324
20	51	16	35	1225
21	53	13	40	1600
22	30	7.5	22.5	506.25
23	43	48	-5	25
24	44	33	11	121
25	39	43	-4	16
26	34	45	11	121

27	37	35	2	4
28	48	40	8	64
29	37	49	-12	144
30	47	9.5	37.5	1406.25
31	48	27.5	20.5	420.25
32	47	30.5	16.5	272.25
33	38	5.5	32.5	1056.25
34	43	36.5	6.5	42.25
35	46	13	33	1089
36	47	46.5	0.5	0.25
37	30	47	17	289
38	41	27.5	13.5	182.25
39	42	1	41	1681
40	43	2	41	1681
41	54	33	21	441
42	37	7.5	29.5	870.25
43	39	4	35	1225
44	34	21	13	16964
45	39	47	8	64
46	41	46.5	36.5	1332.25
47	50	16	34	1156
48	36	9.5	26.5	702.25
49	43	13	30	900
50	43	3	40	1600

Σ 43450

A N E X O 13

TABLA 11 CUADRO DE PUNTAJES PARA CORRELACION SPEARMAN DE LA COLUMNA YO ETICO-MORAL CON ACTITUD DE FUMAR.

Sujetos	Calif. de Actitud de Fumar	Datos Ordinales del Autoconcepto YO ETICO-MORAL	Di	Di ²
1	49	21	28	784
2	48	42.5	5.5	30.25
3	27	7.5	29.5	870.25
4	48	45	8	9
5	41	12	29	841
6	44	9.5	34.5	1190.25
7	40	41	-1	1
8	42	12	30	900
9	55	50	5	25
10	35	14.5	20.5	420.25
11	41	24.5	16.5	272.25
12	27	28.5	-1.5	2.25
13	43	47.5	-4.5	20.25
14	40	14.5	25.5	650.25
15	44	14.5	29.5	870.25
16	39	24.5	14.5	210.25
17	44	42.5	1.5	2.25
18	44	7	37	1369
19	34	7.5	26.5	702.25
20	51	36.5	14.5	210.25
21	52	21	32	1024
22	30	1.5	28.5	812.25
23	43	36.5	6.5	42.25
24	44	32.5	11.5	132.25
25	39	32.5	6.5	42.25
26	34	46	12	144

27	37	12	25	625
28	48	47.5	0.5	0.25
29	37	36.5	0.5	0.25
30	47	12	35	1225
31	48	1.5	46.5	2162.25
32	47	39.5	7.5	56.25
33	38	27	11	121
33	48	39.5	8.5	12.25
35	46	28.5	17.5	306.25
36	47	49	2	4
37	30	9.5	20.5	420
38	41	30	11	121
39	42	12	30	900
40	48	7.5	35.5	1260
41	54	26	28	784
42	37	32.5	4.5	20
43	39	24.5	14.5	210
44	34	21	13	169
45	39	9.5	29.5	870
46	41	32.5	8.5	72.25
47	50	44	6	36
48	36	9.5	26.5	702.25
49	48	36.5	6.5	42.25
50	48	3	30	900

Σ 22561

A N E X O 14

TABLA 12 CUADRO DE PUNTAJES PARA CORRELACION SPEARMAN DE LA COLUMNA YO PERSONAL CON ACTITUD DE FUMAR.

Sujetos	Calif de Actitud de Fumar	Datos Ordinales del Autoconcepto YO PERSONAL	Di	Di ²
1	49	44	5	25
2	48	21.5	26.5	702.25
3	37	31	6	36
4	48	11	37	1369
5	41	8.5	32.5	1056.25
6	44	21.5	22.5	506.25
7	40	27	13	169
8	42	48	1	1
9	55	47	8	64
10	35	8.5	27	729
11	41	31	10	100
12	27	27	0	0
13	43	31	12	144
14	40	21.5	18.5	27.75
15	44	21.5	22.5	506.25
16	39	41	-2	4
17	44	29	15	225
18	44	4	40	1600
19	34	11	23	529
20	51	5	46	2116
21	53	21.5	31.5	992.25
22	30	6.5	23.5	552.25
23	43	45	-2	4
24	44	42	2	4
25	39	40	-7	49
26	34	48.5	14.5	210.25

27	37	27	10	100
28	48	48.5	0.5	0.25
29	37	39	-2	4
30	47	2	45	2025
31	48	17.5	30.5	980.25
32	47	27	20	400
33	38	17.5	20.5	420.25
34	48	40	3	9
35	40	35	11	121
36	47	2	45	225
37	30	21.5	8.5	72.25
38	41	25	-21	441
39	42	14	28	784
40	48	0.5	30.5	1332.25
41	54	30.5	17.5	306.25
42	37	14	23	529
43	39	14	25	625
44	34	10	18	324
45	39	11	28	784
46	41	30.5	4.5	20.25
47	50	38	12	144
48	30	33.5	2.5	6.25
49	43	2	41	1681
50	43	33.5	0.5	0.25

Σ 23096

A N E X O 15.

**TABLA 18 CUADRO COMPARATIVO DE PUNTAJES PARA CORRELACION
SPEARMAN DE LA COLUMNA YO FAMILIAR CON ACTITUD DE FUMAR**

Sujetos	Calif. de Actitud de Fumar	Datos Ordinales del Autoconcepto YO FAMILIAR	D1	D1 ²
1	49	39.5	9.5	90.25
2	48	35.5	12.5	156.25
3	37	32	5	25
4	48	25.5	22.5	506.25
5	41	14.5	26.5	702.25
6	44	18	26	676
7	40	29.5	10.5	110.25
8	42	35.5	6.5	42.25
9	55	49	6	36
10	35	2	33	1089
11	41	21	20	400
12	27	10.5	16.5	272.25
13	48	21	22	484
14	40	9	31	961
15	44	39.5	4.5	20.25
16	34	25.5	13.5	182.25
17	51	24	20	400
18	53	12.5	31.5	992.25
19	30	27.5	6.5	42.25
20	42	8	43	1849
21	39	42	10	100
22	34	5.5	19	361
23	37	32	11	121
24	48	47	3	9
25	37	32	7	49
26	47	42	9	81

27	37	25.5	11.5	192.25
28	48	48	0	0
29	37	35.5	1.5	2.25
30	47	16.5	30.5	980.25
31	48	4	44	1984
32	47	21	26	676
33	38	16.5	21.5	462.25
34	43	14.5	28.5	812.25
35	46	12.5	33.5	1122.25
36	47	25.5	21.5	462.25
37	30	43	13	169
38	41	39.5	1.5	2.25
39	42	5.5	36.5	1992.25
40	43	1	42	1764
41	54	21	33	1089
42	37	33.5	1.5	2.25
43	39	3	36	1296
44	34	10.5	23.5	552.25
45	39	27.5	11.5	192.25
46	41	39.5	1.5	2.25
47	50	34	16	256
48	36	29.5	6.5	42.25
49	43	7	44	1984
50	43	21	22	484

Σ 25809

A N E X O 16.

TABLA 14 CUADRO DE PUNTAJES PARA LA CORRELACION SPEARMAN DE LA COLUMNA YO SOCIAL CON ACTITUD DE FUMAR

Sujetos	Calif de Actitud de Fumar	Datos Ordinales del Autoconcepto YO SOCIAL	D_i	D_i^2
1	40	35.5	18.5	162.25
2	48	38	15	225
3	37	9	28	784
4	48	15.5	32.5	1056.25
5	41	10	-8	64
6	44	47	24.5	600.25
7	40	15.5	-8	64
8	42	50	11.5	132.25
9	55	49.5	30	900
10	35	5	-0.5	0.25
11	41	41.5	0.5	0.25
12	27	17.5	21.5	462.25
13	43	21.5	18.5	182.25
14	40	26.5	12.5	156.25
15	44	31.5	21.5	462.25
16	44	17.5	8.5	72.25
17	30	35.5	42.5	1806.25
18	44	1.5	2.5	6.25
19	44	31.5	42.5	1806.25
20	34	7.5	47	2209
21	52	6	26	676
22	30	4.5	-2	4
23	42	45	-3	9
24	44	40	12.5	156.25
25	30	26.5	-14	196
26	34	48		

27	37	35.5	1.5	2.25
28	48	41.5	6.5	42.25
29	37	42.5	6.5	42.25
30	47	21.5	25.5	650.25
31	48	29.5	18.5	342.25
32	47	46	1	1
33	38	21.5	16.5	272.25
34	48	39	4	16
35	46	21.5	24.5	600.25
36	47	26.5	20.5	420.25
37	30	21.5	8.5	72.25
38	41	29.5	11.5	132.25
39	42	11.5	30.5	930.25
40	43	11.5	31.5	922.25
41	56	3	51	2601
42	37	13.5	23.5	552.25
43	39	7.5	31.5	992.25
44	34	35.5	1.5	2.25
45	39	26.5	12.5	156.25
46	41	39	2	4
47	50	395	11	121
48	36	1.55	34.5	1190.25
49	43	21.5	21.5	462.25
50	43	13.5	29.5	870.25

Σ 22088.75

A N E X O 17

TABLA 15 CUADRO DE PUNTUACIONES PARA CORRELACION SPEARMAN DE LA AUTOCRITICA Y ACTITUD DE FUMAR

Sujetos	Calif de Actitud de Fumar	Datos Ordinales del Autoconcepto AUTOCRITICA	Di	Di ²
1	49	15	34	1156
2	48	23	25	625
3	37	15	22	484
4	48	26	22	484
5	41	23	18	324
6	44	43.5	0.5	0.25
7	40	10.5	29.5	870.25
8	42	6.5	35.5	1260.25
9	55	33.5	21.5	462.25
10	35	40.5	5.5	30.25
11	41	6.5	34.5	1190.25
12	27	37	10	100
13	43	40.5	2.5	6.25
14	40	27.5	13.5	186.25
15	44	40.5	3.5	12.25
16	39	29.5	9.5	90.25
17	44	26	18	324
18	44	20	24	576
19	34	3.5	30.5	930.25
20	51	23	28	784
21	53	5	48	2304
22	30	15	15	225
23	43	37	6	36
24	44	29.5	14.5	210.25
25	39	40.5	-1.5	2.25
26	34	26	8	64

27	27	29.5	7.5	56.25
28	48	3.5	44.5	1980.25
29	27	1	26	1296
30	47	25.5	21.5	462.25
31	48	6.5	41.5	1722.25
32	47	29.5	17.5	306.25
33	28	27	1	1
34	42	2	41	1681
35	46	23.5	12.5	156.25
36	47	23.5	19.5	182.25
37	30	15	15	225
38	41	20	21	441
39	42	49	7	49
40	42	20	23	529
41	54	27	17	289
42	27	15	11.5	132.25
43	29	27.5	11.5	132.25
44	24	25	9	81
45	29	43.5	4.5	20.25
46	41	15	26	676
47	50	10.5	29.5	1560.25
48	26	23.5	2.5	6.25
49	42	15	28	784
50	42	6.5	26.5	1382.25

Σ 25802.5

A N E X O 18.

TABLA 16 CUADRO COMPARATIVO PARA CORRELACION SPEARMAN DE LA HILERA DE IDENTIDAD CON ACTITUD DE FUMAR.

Sujetos	Calif. de Actitud de Fumar	Datos Ordinales de la hilera de IDENTIDAD	Di	Di ²
1	49	38.5	15.5	240.5
2	48	38	10	100
3	37	18	19	361
4	48	14.5	33.5	1122.25
5	41	6	35	1225
6	44	33.5	10.5	110.25
7	40	14.5	25.5	650.25
8	42	40.5	1.5	2.25
9	55	49	6	36
10	35	9	26	676
11	41	46	-5	25
12	27	19.5	7.5	56.25
13	43	33.5	4.5	20.25
14	40	29.5	10.5	110.25
15	44	36	8	64
16	39	11.5	27.5	756.25
17	44	48	-4	16
18	44	7.5	36.5	1332.25
19	34	8	31	961
20	51	26.5	24.5	600.25
21	53	19.5	33.5	1122.25
22	30	5.5	24.5	600.25
23	43	33.5	4.5	20.25
24	44	40.5	3.5	12.25
25	39	45	6	36
26	34	42.5	3.5	72.25

27	27	26.5	10.5	110.25
28	48	25	28	520
29	27	25	12	144
30	47	24	16	256
31	48	2	46	2116
32	47	26.5	20.5	420.25
33	28	25	18	169
34	48	7.5	25.5	1260.25
35	46	10	26	1296
36	47	47	0	0
37	20	26.5	2.5	12.25
38	41	1	40	1600
39	42	14.5	27.5	756.25
40	48	5.5	27.5	1406.25
41	54	25	29	841
42	27	29.5	7.5	56.25
43	29	14.5	24.5	600.25
44	24	44	-15	225
45	29	22.5	5.5	30.25
46	41	42.5	-1.5	2.25
47	50	11.5	28.5	1492.25
48	26	17	19	361
49	48	22.5	9.5	90.25
50	48	4	29	1521

Σ 24748.1

A N E X O 19.

TABLA 17 CUADRO DE PUNTAJES PARA CORRELACION SPEARMAN DE LA
MILERA DE AUTOSATISFACCION CON ACTIUD DE FUMAR.

Sujetos	Calif. de Actitud de Fumar	Datos Ordinales de la Milera de AUTOSATISFACCION	Di	Di ²
1	49	44.5	4.5	20.25
2	48	36.5	11.5	132.25
3	37	7.5	29.5	870.25
4	48	30.5	17.5	306.25
5	41	6	35	1225
6	44	20.5	23.5	552.25
7	40	34.5	5.5	30.25
8	42	39	3	9
9	55	43	12	144
10	35	10.5	24.5	600.25
11	41	4	16	256
12	27	20	7	49
13	43	32	11	121
14	40	22	13	169
15	44	33	11	121
16	39	25.5	13.5	182.25
17	44	30.5	23.5	552.25
18	44	3	41	1681
19	34	25.5	8.5	72.25
20	51	5	46	2116
21	53	9	44	1936
22	30	2	23	784
23	43	47	-4	16
24	44	41	3	9
25	39	36.5	3	9
26	34	46	12	144

27	37	29	8	64
28	48	49	1	1
29	37	44.5	-7.5	56.25
30	47	7.5	16	256
31	48	18	80	900
32	47	39	8	64
33	38	13	25	625
34	43	25.5	17.5	306.25
35	46	30.5	15.5	240.25
36	47	48	-1	1
37	30	25.5	6.5	20.25
38	41	39	2	4
39	42	10.5	31.5	992.25
40	43	1	42	1764
41	54	25.5	28.5	812.25
42	37	14	28	529
43	39	12	21	441
44	24	18	16	256
45	39	25.5	13.5	182.25
46	41	24.5	6.5	42.25
47	50	42	8	64
48	36	12	24	576
49	43	19	24	576
50	43	29	14	196

Σ 21231.5

A N E X O 20.

TABLA 18 CUADRO DE PUNTAJES PARA CORRELACION SPEARMAN DE LA MILERA CONDUCTA/COMPORTAMIENTO Y ACTITUD DE FUMAR.

Sujetos	Calif. de Actitud de Fumar	Datos Ordinales de la Milera de CONDUCTA/COMPORTAMIENTO	D1	D1 ²
1	49	40	9	81
2	48	20.5	21.5	462.25
3	37	31.5	5.5	30.25
4	48	38	5	25
5	41	28	16	256
6	44	37.5	16.5	272.25
7	40	17.5	22.5	506.25
8	42	48.5	-6.5	42.25
9	35	30	5	25
10	38	8	27.5	756.25
11	41	37.5	2.5	6.25
12	27	20.5	0.55	0.30
13	43	22.5	19.5	380.25
14	40	11	29	841
15	44	25	9	81
16	39	39	0	0
17	44	12.5	30.5	930.25
18	44	1	49.5	2450
19	34	29.5	10.5	110.25
20	31	9	42	1764
21	38	20	33	1089
22	30	6	24	576
23	42	45	2	4
24	44	46.5	-2.5	6.25
25	29	35	4	16
26	34	48	-14	196

27	37	28.5	8.5	72.25
28	48	49	1	1
29	37	42	-5	25
30	47	22	25	625
31	48	10	38	1444
32	47	28.5	18.5	342.25
33	38	17.5	20.5	420.25
34	48	46.5	3.5	12.25
35	46	31.5	14.5	210.25
36	47	25	12	144
37	30	20	10	100
38	41	30	11	121
39	42	7	25	1225
40	48	3	40	1600
41	54	15.5	38.5	1482.25
42	37	20	17	289
43	39	5	34	1156
44	24	13.5	20.5	420.25
45	39	12	27	729
46	41	41	0	0
47	50	48.5	1.5	2.25
48	26	15.5	20.5	420.25
49	48	2	41	1681
50	48	4	39	1521

Σ 24298

A N E X O 21

TABLA 22 PUNTAJES CORRESPONDIENTES A LA ESCALA DE ACTITUD DE FUMAR DE LOS GRUPOS DE FUMADORES Y DEPORTISTAS.

SUJETOS FUMADORES	CALIF.	SUJETOS DEPORTISTAS	CALIF.
1	49	1	24
2	48	2	27
3	27	3	42
4	48	4	27
5	41	5	47
6	44	6	42
7	40	7	47
8	40	8	22
9	42	9	42
10	25	10	46
11	25	11	47
12	41	12	20
13	27	13	41
14	42	14	42
15	40	15	42
16	44	16	24
17	29	17	27
18	44	18	29
19	44	19	24
20	24	20	29
21	21	21	41
22	23	22	20
23	20	23	26
24	42	24	42
25	44	25	42

A N E X O 22

TABLA 23 CUADRO DE CALIFICACIONES DE LA ESCALA DE ACTITUD DE FUMAR CONVERTIDAS A DATOS ORDINALES RETOMANDO A LOS 25 SUJETOS FUMADORES Y 25 SUJETOS DEPORTISTAS.

SUJETOS FUMADORES	DATOS CALIF.	DATOS ORDINALES	SUJETOS DEPORTISTAS	DATOS CALIF.	DATOS ORDINALES
1	49	45	1	24	5
2	48	42.5	2	27	10.5
3	27	10.5	3	48	42.5
4	48	42.5	4	27	10.5
5	41	21.5	5	47	29
6	44	24	6	48	42.5
7	40	18.5	7	47	29
8	42	24.5	8	28	12
9	55	50.5	9	43	28.5
10	25	7	10	46	27
11	41	21.5	11	47	29
12	27	1	12	20	2.5
13	42	28.5	13	41	21.5
14	40	18.5	14	42	24.5
15	44	24	15	48	28.5
16	29	15.5	16	54	49
17	44	24	17	27	10.5
18	44	24	18	29	15.5
19	44	5	19	24	5
20	51	47	20	29	15.5
21	53	48	21	41	21.5
22	20	2.5	22	50	46
23	43	28.5	23	26	8
24	44	24	24	42	24.5
25	29	15.5	25	43	28.5
		Σ 668.5			Σ 611.5

ANEXO 23

75	25	1.150	0.997
80	20	1.280	0.947
85	15	1.410	0.897
90	10	1.540	0.847
95	5	1.670	0.797
100	0	1.800	0.747

0.0	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
0.1	0.0709	0.0428	0.0147	0.0117	0.0089	0.0060	0.0032	0.0004	0.0000
0.2	0.1418	0.0853	0.0271	0.0210	0.0140	0.0087	0.0044	0.0019	0.0007
0.3	0.2127	0.1217	0.0385	0.0303	0.0210	0.0130	0.0070	0.0033	0.0013
0.4	0.2836	0.1501	0.0499	0.0395	0.0270	0.0170	0.0100	0.0050	0.0021
0.5	0.3545	0.1750	0.0613	0.0487	0.0340	0.0220	0.0130	0.0070	0.0031
0.6	0.4254	0.1960	0.0727	0.0587	0.0420	0.0280	0.0170	0.0100	0.0041
0.7	0.4963	0.2131	0.0841	0.0687	0.0510	0.0340	0.0210	0.0130	0.0051
0.8	0.5672	0.2271	0.1055	0.0887	0.0650	0.0420	0.0270	0.0170	0.0071
0.9	0.6381	0.2381	0.1269	0.1087	0.0790	0.0510	0.0310	0.0200	0.0091
1.0	0.7090	0.2460	0.1483	0.1287	0.0930	0.0610	0.0410	0.0270	0.0131
1.1	0.7799	0.2510	0.1697	0.1487	0.1130	0.0710	0.0510	0.0330	0.0171
1.2	0.8508	0.2540	0.1911	0.1687	0.1330	0.0810	0.0610	0.0430	0.0211
1.3	0.9217	0.2550	0.2125	0.1887	0.1530	0.0910	0.0710	0.0530	0.0251
1.4	0.9926	0.2540	0.2339	0.2087	0.1730	0.1010	0.0810	0.0630	0.0291
1.5	1.0635	0.2510	0.2553	0.2287	0.1930	0.1110	0.0910	0.0730	0.0331
1.6	1.1344	0.2460	0.2767	0.2487	0.2130	0.1210	0.1010	0.0830	0.0371
1.7	1.2053	0.2390	0.2981	0.2687	0.2330	0.1310	0.1110	0.0930	0.0411
1.8	1.2762	0.2300	0.3195	0.2887	0.2530	0.1410	0.1210	0.1030	0.0451
1.9	1.3471	0.2190	0.3409	0.3087	0.2730	0.1510	0.1310	0.1130	0.0491
2.0	1.4180	0.2060	0.3623	0.3287	0.2930	0.1610	0.1410	0.1230	0.0531
2.1	1.4889	0.1910	0.3837	0.3487	0.3130	0.1710	0.1510	0.1330	0.0571
2.2	1.5598	0.1740	0.4051	0.3687	0.3330	0.1810	0.1610	0.1430	0.0611
2.3	1.6307	0.1550	0.4265	0.3887	0.3530	0.1910	0.1710	0.1530	0.0651
2.4	1.7016	0.1340	0.4479	0.4087	0.3730	0.2010	0.1810	0.1630	0.0691
2.5	1.7725	0.1110	0.4693	0.4287	0.3930	0.2110	0.1910	0.1730	0.0731
2.6	1.8434	0.0870	0.4907	0.4487	0.4130	0.2210	0.2010	0.1830	0.0771
2.7	1.9143	0.0620	0.5121	0.4687	0.4330	0.2310	0.2110	0.1930	0.0811
2.8	1.9852	0.0360	0.5335	0.4887	0.4530	0.2410	0.2210	0.2030	0.0851
2.9	2.0561	0.0090	0.5549	0.5087	0.4730	0.2510	0.2310	0.2130	0.0891
3.0	2.1270	0.0000	0.5763	0.5287	0.4930	0.2610	0.2410	0.2230	0.0931

critical region: $S \leq S_{\alpha}$ tabulated value
and $S \geq S_{1-\alpha}$ tabulated valuecritical region: $N_p - N_q \geq$ tabulated value

ANEXO 24

n	Spearman					$\frac{1}{2}(n^2-n)$	Kendall					n(n-1)			
	α	20%	10%	5%	2%		1%	0.2%	α	20%	10%		5%	2%	1%
4		0	0					6	6						6
5		0	2	0				8	8	10	10				10
6		12	6	0	0	0		9	11	13	13	15			15
7		24	16	12	6	4	0	11	13	15	17	19	21		21
8		40	30	22	14	10	4	12	16	18	20	22	24	26	26
9		62	48	36	26	20	10	14	16	20	24	26	30	34	36
10		90	72	58	42	34	20	17	21	23	27	29	33	37	45
11		126	102	84	64	54	34	19	23	27	31	33	39	45	55
12		170	142	118	92	78	52	21	25	26	30	32	38	44	66
13		224	188	160	128	108	76	24	27	28	32	34	40	46	78
14		288	244	210	170	146	104	26	29	31	34	36	42	48	94
15		362	310	268	212	194	140	28	31	33	37	39	46	52	120
16		448	388	338	264	248	184	30	33	36	40	42	50	56	140
17		548	478	418	354	312	236	32	35	38	42	44	52	58	160
18		662	580	512	436	388	298	34	37	40	44	46	54	60	180
19		788	694	616	530	474	370	36	39	42	46	48	56	62	200
20		932	824	736	636	572	450	38	41	44	48	50	58	64	220
21		1090	970	868	756	684	544	40	43	46	50	52	60	66	240
22		1268	1132	1018	890	808	650	42	45	48	52	54	62	68	260
23		1462	1310	1182	1040	948	768	44	47	50	54	56	64	70	280
24		1676	1508	1364	1206	1102	900	46	49	52	56	58	66	72	300
25		1910	1724	1566	1388	1272	1048	48	51	54	58	60	68	74	320
26		2166	1958	1784	1588	1460	1210	50	53	56	60	62	70	76	340
27		2442	2214	2032	1806	1664	1388	52	55	58	62	64	72	78	360
28		2742	2492	2332	2044	1888	1584	54	57	60	64	66	74	80	380
29		3066	2794	2564	2304	2132	1796	56	59	62	66	68	76	82	400
30		3414	3118	2866	2584	2396	2028	58	61	64	68	70	78	84	420
31		3788	3466	3194	2884	2682	2280	60	63	66	70	72	80	86	440
32		4188	3940	3544	3210	2988	2592	62	65	68	72	74	82	88	460
33		4616	4240	3920	3588	3318	2844	64	67	70	74	76	84	90	480
34		5072	4666	4322	3980	3672	3160	66	69	72	76	78	86	92	500
35		5556	5120	4780	4380	4080	3488	68	71	74	78	80	88	94	520
36		6072	5604	5206	4784	4484	3888	70	73	76	80	82	90	96	540
37		6620	6118	5692	5206	4884	4244	72	75	78	82	84	92	98	560
38		7198	6662	6206	5686	5342	4656	74	77	80	84	86	94	100	580
39		7810	7238	6780	6196	5826	5092	76	79	82	86	88	96	102	600
40		8456	7846	7326	6736	6342	5596	78	81	84	88	90	98	104	620
41		9136	8488	7936	7306	6882	6048	80	83	86	90	92	100	106	640
42		9854	9164	8576	7806	7460	6568	82	85	88	92	94	102	108	660
43		10606	9876	9252	8242	8066	7120	84	87	90	94	96	104	110	680
44		11398	10624	9964	8908	8706	7700	86	89	92	96	98	106	112	700
45		12228	11410	10710	9912	9778	8312	88	91	94	98	100	108	114	720
46		13098	12232	11492	10548	10086	8956	90	93	96	100	102	110	116	740
47		14008	13094	12318	11442	10866	9632	92	95	98	102	104	112	118	760
48		14958	13996	13174	12332	11664	10342	94	97	100	104	106	114	120	780
49		15952	14940	14072	13082	12418	11088	96	99	102	106	108	116	122	800
50		16990	15924	14912	13968	13770	11868	98	101	104	108	110	118	124	820
51		18072	16952	15898	14896	14162	12606	100	103	106	110	112	120	126	840
52		19198	18022	17016	15862	15092	13504	102	105	108	112	114	122	128	860
53		20372	19138	18082	16872	16062	14442	104	107	110	114	116	124	130	880
54		21598	20300	19194	17944	17078	15364	106	109	112	116	118	126	132	900
55		22866	21506	20348	19018	18186	16306	108	111	114	118	120	128	134	920
56		24178	22762	21548	20158	19226	17268	110	113	116	120	122	130	136	940
57		25546	24066	22796	21342	20566	18400	112	115	118	122	124	132	138	960
58		26968	25418	24092	22572	21552	19498	114	117	120	124	126	134	140	980
59		28446	26820	25436	23850	22784	20636	116	119	122	126	128	136	142	1000
60		29986	28274	26830	25174	24062	21820	118	121	124	128	130	138	144	1020

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES ZARAGOZA
 Table A-4 (continued)

DISTRIBUCION NORMAL

T	B	A	B	C	D	E
1.79	0.0804	0.4633	0.0367	0.9266	0.0734	0.9633
1.80	0.0793	0.4641	0.0359	0.9281	0.0719	0.9641
1.81	0.0773	0.4649	0.0352	0.9297	0.0703	0.9649
1.82	0.0761	0.4656	0.0344	0.9312	0.0688	0.9656
1.83	0.0748	0.4664	0.0336	0.9329	0.0672	0.9664
1.84	0.0734	0.4671	0.0329	0.9345	0.0658	0.9671
1.85	0.0721	0.4678	0.0322	0.9357	0.0643	0.9678
1.86	0.0707	0.4684	0.0314	0.9371	0.0629	0.9686
1.87	0.0694	0.4693	0.0307	0.9385	0.0613	0.9693
1.88	0.0681	0.4699	0.0301	0.9399	0.0601	0.9699
1.89	0.0667	0.47	0.03	0.94	0.058	0.97
1.90	0.0652	0.4706	0.0294	0.9412	0.0564	0.9706
1.91	0.0636	0.4713	0.0287	0.9425	0.0549	0.9713
1.92	0.0621	0.4719	0.0281	0.9439	0.0541	0.9719
1.93	0.0605	0.4726	0.0274	0.9451	0.0529	0.9726
1.94	0.0590	0.4732	0.0268	0.9464	0.0516	0.9732
1.95	0.0574	0.4738	0.0262	0.9474	0.0504	0.9738
1.96	0.0558	0.4744	0.0256	0.9485	0.0492	0.9744
1.97	0.0542	0.475	0.025	0.9495	0.048	0.975
1.98	0.0527	0.4756	0.0244	0.9502	0.0468	0.9756
1.99	0.0512	0.4761	0.0239	0.9508	0.0457	0.9761
2.00	0.0497	0.4767	0.0233	0.9514	0.0446	0.9767
2.01	0.0482	0.4772	0.0228	0.9519	0.0435	0.9772
2.02	0.0467	0.4778	0.0222	0.9526	0.0424	0.9778
2.03	0.0452	0.4783	0.0217	0.9534	0.0414	0.9783
2.04	0.0437	0.4788	0.0212	0.9541	0.0404	0.9788
2.05	0.0422	0.4793	0.0207	0.9548	0.0394	0.9793
2.06	0.0407	0.4798	0.0202	0.9556	0.0384	0.9798
2.07	0.0392	0.4803	0.0197	0.9564	0.0374	0.9803
2.08	0.0377	0.4808	0.0192	0.9571	0.0364	0.9808
2.09	0.0362	0.4812	0.0188	0.9578	0.0354	0.9812
2.10	0.0347	0.4817	0.0183	0.9584	0.0344	0.9817
2.11	0.0332	0.4821	0.0179	0.959	0.0334	0.9821
2.12	0.0317	0.4826	0.0174	0.9595	0.0324	0.9826
2.13	0.0302	0.4830	0.0170	0.9600	0.0314	0.9830
2.14	0.0287	0.4834	0.0166	0.9605	0.0304	0.9834
2.15	0.0272	0.4838	0.0162	0.961	0.0294	0.9838
2.16	0.0257	0.4842	0.0158	0.9614	0.0284	0.9842
2.17	0.0242	0.4846	0.0154	0.9618	0.0274	0.9846
2.18	0.0227	0.4850	0.0150	0.9622	0.0264	0.9850
2.19	0.0212	0.4854	0.0146	0.9625	0.0254	0.9854
2.20	0.0197	0.4857	0.0143	0.9628	0.0244	0.9857
2.21	0.0182	0.4861	0.0139	0.9631	0.0234	0.9861
2.22	0.0167	0.4864	0.0136	0.9634	0.0224	0.9864
2.23	0.0152	0.4868	0.0132	0.9636	0.0214	0.9868
2.24	0.0137	0.4871	0.0129	0.9638	0.0204	0.9871
2.25	0.0122	0.4875	0.0125	0.964	0.0194	0.9875
2.26	0.0107	0.4878	0.0122	0.9642	0.0184	0.9878
2.27	0.0092	0.4881	0.0119	0.9644	0.0174	0.9881
2.28	0.0077	0.4884	0.0116	0.9646	0.0164	0.9884
2.29	0.0062	0.4887	0.0113	0.9648	0.0154	0.9887
2.30	0.0047	0.4890	0.0110	0.965	0.0144	0.989
2.31	0.0032	0.4893	0.0107	0.9652	0.0134	0.9893
2.32	0.0017	0.4896	0.0104	0.9654	0.0124	0.9896
2.33	0.0002	0.4898	0.0102	0.9657	0.0114	0.9898
2.34	0.0002	0.4901	0.01	0.966	0.0104	0.99
2.35	0.0002	0.4904	0.0096	0.9662	0.0094	0.9904
2.36	0.0002	0.4906	0.0094	0.9662	0.0084	0.9906

566