



**Universidad
Latina**

UNIVERSIDAD LATINA S. C.

3344-25

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

**Participación de la Resiliencia en el
Consumo de Tabaco en adolescentes**

P R E S E N T A :

BRISA MAGALY GONZALEZ TREJO

VAZQUEZ PEREZ JULIO CESAR

ASESOR: DR. LUIS MIGUEL RODRIGUEZ SERRANO

CIUDAD DE MÉXICO, MARZO 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Índice

Glosario de abreviaturas	4
Índice de tablas y figuras	5
Resumen	
Adicción	7
Definición	7
Clasificación de drogas	10
Epidemiología	15
Clasificación mundial	15
Epidemiología nacional	20
Perfil del consumidor	23
Consumo temprano	28
Prevención	31
Tratamiento	36
Adicción al tabaco	40
Efectos del consumo al tabaco	40
Epidemiología nacional del consumo de tabaco	45
Efectos Neurobiológicos del consumo de tabaco	47
Efectos Conductuales del consumo de tabaco	52
Efectos sociales del consumo de tabaco	53
Resiliencia	57
Definición	57
Características	59

Desarrollo de la conducta resiliente	62
Factores de protección	69
Planteamiento del problema	71
Objetivos	
General	74
Particulares	74
Método	74
Participantes	75
Criterios de inclusión	75
Criterios de exclusión	75
Lugar de aplicación	75
Materiales	75
Instrumentos	76
Procedimiento de la recolección de datos	76
Resultados	78
Discusión	81
Referencias	84
Anexos	95

Glosario de abreviaturas

OMS	Organización Mundial de la Salud
SNC	Sistema Nervioso Central
DSM-V	Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales
LSD	Ácido Lisérgico
ONU	Organización de las Naciones Unidas
ONUDD	Oficina de las Naciones Unidas Contra las Drogas y el Delito
WFAD	Federación Mundial Contra las Drogas
ENA	Encuesta Nacional de Adicciones
SEP	Secretaría de Educación Pública
INPRFM	Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz
PEPCA	Programa de Educación Preventiva Contra las Adicciones
CIJ	Centro de Integración juvenil
GCDP	Comisión Global de Política de Drogas
OMEXTAD	Observatorio Mexicano de Tabaco, Alcohol y Otras Drogas
SNP	Sistema Nervioso Periférico
ATV	Área Tegmental Ventral
NAC	Núcleo Accumbens
CPF	Corteza Prefrontal
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
ELA	Esclerosis Lateral Amiotrófica

Índice de tablas y figuras

Tabla 1	Depresores del Sistema Nervioso Central	13
Figura 1	Prevalencia anual de consumo de marihuana en México y países americanos	17
Figura 2	Prevalencia anual de consumo de marihuana en México y la comunidad Europea	18
Figura 3	Tendencia sobre el consumo de drogas	22
Figura 4	Factores de riesgo en adicciones	27
Tabla 2	Enfermedades asociadas al tabaquismo	42
Figura 5	Regiones del cerebro que participan en la adicción	50
Figura 6	Efectos del consumo de tabaco	56
Figura 7	Modelo trádico	63
Tabla 3	Diferencias con base en el género en los factores de apoyo social y apoyo familiar	67
Figura 8	Características de la resiliencia	71
Figura 9	Total de participantes que realizaron la muestra	77
Figura 10	Cuestionario Breve de Confianza Situacional	78
Figura 11	Cuestionario Breve de Confianza Situacional	79
Figura 12	Cuestionario Breve de Confianza Situacional	79
Figura 13	Cuestionario Breve de Confianza Situacional	80
Figura 14	Test de Fagerström de dependencia al tabaco	80
Figura 15	Inventario para la evaluación de la resiliencia	81

Resumen

El consumo de tabaco es uno de los principales problemas de salud pública por su alto nivel de consumo y adicción, puede generar diferentes enfermedades e incluso la muerte. Es un tema importante para analizar ya que es una sustancia psicoactiva legal y sumamente adictiva a nivel mundial; la finalidad de esta investigación es identificar la participación de la conducta resiliente en el consumo de tabaco en adolescentes, para lo cual se realizó una serie de pruebas con el Cuestionario de Confianza Situacional Breve, el Cuestionario de Resiliencia y el Test de Fagerström en adolescentes hombres y mujeres estudiantes de bachillerato de 15 a 19 años de edad.

Los resultados de nuestro estudio muestran que en el Cuestionario Breve de Confianza Situacional no se encontraron diferencias significativas comparando entre hombres y mujeres; asimismo en el Test de Fagerström se encontró que las mujeres consumen más tabaco que los hombres tanto en el turno matutino como en el vespertino. Por otra parte en el Inventario para la Evaluación de la Resiliencia se encontró que 40 alumnos de los 53 encuestados sobresalen del estándar en la resiliencia.

Adicción

Definición de adicción

En el presente trabajo se revisa el fenómeno de la adicción, que se conoce como sumamente amplio y ambiguo en algunos conceptos, por lo que es necesario hacer algunas distinciones en cuanto a términos como salud, droga, hábito y adicción, para conocer más sobre el tema. Al respecto de lo anterior, la Organización Mundial de la Salud (OMS) los define como:

- *Salud*, es un estado completo de bienestar físico, mental y social, no simplemente la ausencia de enfermedad o afección. Por lo que un hombre sano es aquel que presenta un equilibrio entre su mente y cuerpo, de esta manera se encuentra bien adaptado a su entorno natural y social, como consecuencia se genera un ajuste idóneo ante los cambios ambientales y un aporte adecuado a la sociedad.
- *Droga*, como toda sustancia que una vez introducida al organismo por cualquier vía de administración produce una alteración sobre el natural funcionamiento del Sistema Nervioso Central (SNC) del sujeto, y que además es susceptible de crear dependencia física, psicológica o ambas. Asimismo, el *hábito* es un estado resultante del consumo reiterado de una droga (citado por Martínez Fábregas et al., 2005).
- *Adicción*, es considerada como una enfermedad cerebral que provoca la búsqueda compulsiva y el uso de la sustancia a pesar del conocimiento de las consecuencias negativas que ésta provoca. La

fisiopatología de la enfermedad indica la existencia de una interrelación entre el medio ambiente, cambios genéticos y mecanismos cerebrales (Méndez Díaz et al., 2010).

Por otra parte el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM-V), menciona que una adicción es una enfermedad recurrente y crónica cerebral caracterizada principalmente por el consumo compulsivo de la sustancia, así como su búsqueda permanente. Es considerada como una enfermedad del cerebro ya que dichas sustancias lo modifican de manera estructural y funcional. Los cambios que realiza la sustancia en el cerebro pueden ser duraderos y como consecuencia dirigen al sujeto a cambios comportamentales dañinos y peligrosos (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 2013).

Como se mencionó anteriormente, en la adicción se presenta un consumo crónico y compulsivo de la droga, por lo que es necesario hacer una distinción en relación al uso y abuso de esta sustancia. El uso de una droga se entiende como un consumo que no necesariamente produce consecuencias negativas apreciables en el sujeto. Este tipo de consumo se considera habitual al utilizar la droga de manera esporádica. Para que pueda ser considerado como abuso, el consumo de la droga debe ser de manera continua a pesar del conocimiento de las consecuencias negativas para el sujeto (Becoña & Cortés, 2010).

Asimismo otros autores consideran que el uso de una sustancia no tiene mayor significación clínica ni social, éste término solamente indica consumo, la utilización o gasto de una sustancia sin producir consecuencias médicas, sociales o familiares. En suma, el uso se entiende como un consumo aislado u ocasional sin tener la característica dependiente o la tolerancia a la sustancia (Lorenzo, Ladero, Leza, & Lizasoain, 2009).

Por otro lado Koob & Moal, (2005) lograron distinguir tres tipos de consumo:

- *El consumo ocasional* es considerado como infrecuente, con una serie de dosis moderadas, el sujeto busca el efecto de placer o la utilidad específica de la sustancia.
- *El abuso o consumo peligroso*, se caracteriza como un consumo de dosis elevadas que llegan a alterar el estado normal del sujeto, esto con la búsqueda de sensaciones de placer, potencia sexual o el alivio de estrés o problemas socioemocionales.
- *En estado de adicción* o dependencia de la sustancia se vincula a la necesidad constante por consumir la sustancia que se encuentra apartada de las normas sociales y legales (Koob & Moal, 2005).

Por tanto, por fines del presente trabajo se adopta la distinción que realizan (Koob & Moal, 2005) entre uso y abuso así como su transición a una adicción. Asimismo las definiciones de adicción conllevan a diferentes acepciones, por lo que en el presente trabajo se retoma la definición que el DSM-V propone, ya que considera a la adicción como una enfermedad crónica cerebral que se

caracteriza por la búsqueda y el abuso compulsivo de la sustancia, en la cual se generan cambios conductuales, psicológicos y estructurales, llegando a ser un hábito excesivo que desemboca en la disminución de la calidad de vida. A pesar de que el sujeto tiene conocimiento sobre las consecuencias dañinas de la sustancia, continúa con su consumo.

Por lo mencionado anteriormente se conoce que en el desarrollo de una adicción se presenta el abuso compulsivo de la droga, lo que genera una dependencia de la misma, lo cual estará en función de las cantidades ingeridas, la toxicidad de la sustancia y el efecto reforzante (Ghiardo, 2003). Asimismo es necesario conocer los factores epidemiológicos que giran en torno a la adicción, el contexto social y sus estadísticas poblacionales.

Clasificación de drogas

El término droga se utiliza, en la actualidad como un sinónimo de sustancia psicoactiva que tiene un efecto dañino para el sujeto que la consume (Ruiloba Vallejo, 2011). Asimismo el término en inglés *drug* considera a la sustancia con actividad terapéutica así como a la droga con características adictivas por el uso lúdico no usado terapéuticamente (Balada, Márquez, Nadal, Redolar, & Silvestre, 2012).

Por otra parte, otras acepciones señalan que el término sustancia psicoactiva o psicofármaco, es una sustancia que se administra de forma exógena produciendo efectos sobre el SNC y por lo tanto capaz de modificar el

comportamiento. Asimismo, no todas las sustancias que modifican el SNC son adictivas o tienen utilidad terapéutica, ya que otras tienen un uso experimental para conocer algunos mecanismos cerebrales que participan en determinadas patologías (Balada et al., 2012). Por tanto, una persona que consuma una sustancia psicoactiva es probable que presente una reducción en el control de sus facultades físicas y mentales, lo cual limita su adecuada interacción a su entorno así como su integración social. Esto se presenta para toda sustancia química ya sea natural o sintética que crea una modificación en el SNC (Martínez Fábregas et al., 2005). Por tanto, para efectos del presente trabajo nos vamos a referir como sustancia psicoactiva a toda droga que ingerida de manera exógena, genera un cambio en el SNC y en la conducta.

Se conoce que el abuso en el consumo de una sustancia psicoactiva se convierte en un factor crónico para el cerebro, modificando sus diferentes regiones como el tallo cerebral encargado de vigilar el sueño, el ritmo cardiaco, y la respiración así como la corteza cerebral que procesa la información sensorial y nos permite, planear, resolver problemas y tomar decisiones; asimismo el sistema límbico donde se encuentra el circuito de recompensa del cerebro liberando dopamina y oxitocina creando sensaciones placenteras como la alimentación, tener sexo o en algunos casos experiencias dolorosas (Guerrero & Loyola, 2015).

El abuso de las sustancias psicoactivas alteran y producen cambios en el comportamiento relacionados con la memoria y el aprendizaje, modificando las zonas cerebrales como son el hipocampo, el núcleo accumbens y la amígdala (Lorenzo et al., 2009). Asimismo los efectos son diferentes en cada sustancia

consumida, provocando placer al individuo incitando a repetir la acción perdiendo control en el uso de la misma (Castellanos, Escobar, & Gómez González, 2006).

Con respecto a la clasificación de sustancias psicoactivas es importante señalar sus efectos que producen dependencia, los cuales se definen en tres grupos.

- *Drogas depresoras* (psicolépticas) demoran la actividad nerviosa y reducen el ritmo de las funciones corporales; los agentes más visibles son el alcohol, la heroína, las benzodiazepinas, y los disolventes volátiles.
- *Drogas estimulantes* (psicoanalépticos) estimulan la actividad nerviosa y aumentan el ritmo de las funciones corporales; los agentes primordiales son la cocaína las anfetaminas las drogas de síntesis y el tabaco
- *Drogas alucinógenas* (psicodislépticos): producen un estado de conciencia alterado, distorsionan las cualidades perceptivas de los objetos (intensidad, tono y forma), recurriendo a imágenes sensoriales (alucinaciones); los agentes principales son el ácido lisérgico (LSD), el cannabis y las drogas de síntesis (Lorenzo et al., 2009).

Existen distintas clasificaciones de los fármacos que inducen dependencia, sin embargo en el presente trabajo se retoma la clasificación en función de sus acciones farmacológicas que a continuación se muestran en la Tabla 1.

Depresores del SNC	
Hipnóticos	Derivados de la Urea (Barbitúricos), Alcohol(Etanol),Benzodiacepinas (Nitracépan)
Hipnoanalgésicos	Naturales (Morfina), Semisintéticos (Heroína), Sintéticos (Metadona)
Anestésicos Generales	Éter etílico, cloroformo
Tranquilo – Relajantes	Diolsustituidos (mebutamato), Benzodiacepinas (diacepan)
Disolventes por inhalación	Acetona, tolueno
Estimulantes del SNC	
Anestésicos locales	Cocaína
Aminas Despertadoras	Metanfetamina
Metilxantinas	Cafeína
Tabaco	Nicotina
Alucinógenos y Psicotomiméticos	
Derivados del Ácido Lisérgico	LSD-25
Aminas Simpaticomiméticas	Mescalina
Derivados de la isoquinolina	Peyotina
Cánnabis Sativa (Tetrahidrocannabinol)	Myristica fragrans (miristicina), Amantadina y Ketamina

Tabla 1. Clasificación de los fármacos que inducen dependencia. Modificado de: Martín, A. V., & González, F. J. Á. (1988). *Compendio de psiconeurofarmacología*. Ediciones Díaz de Santos. 301-302.

La clasificación de las sustancias psicoactivas no siempre contienen una relación directa entre los efectos nocivos y la condición legal de la misma. Aunque a primera vista podría ser evidente que la legalidad debería estar en función de su nocividad para evitar conflictos de salud pública, esto no es así. Un ejemplo de esto es el consumo del tabaco, que es una conducta legal y cuyas presiones

sociales para dejar la adicción es menor en comparación con otras sustancias (Calleja, 2012).

A través de la historia del uso y abuso de las sustancias psicoactivas, se presentó una época de prohibicionismo por el uso excesivo y el descontrol social. De aquí que se tomaran medidas de control para limitar su uso y la amenaza que estas producen. Esto ocurre en el siglo XVIII donde se da la aparición de las nuevas drogas y su prohibición mediante un discurso moral religioso para intentar frenar y controlar a los adictos. En la actualidad no es muy distinto lo que ocurre cuando los sujetos implicados en mantener el orden se dan cuenta de los conflictos generados por el abuso de las sustancias y los problemas que se le asocian. De aquí que se haga lo posible por luchar en su contra, ya que se percibe como una amenaza para el orden social el abuso en el consumo de las sustancias (Ghiardo, 2003)

La presión social fue contundente y tuvo una respuesta concreta por parte del Estado, éste recurrió a la ley para hacerles frente como forma de regulación y control. Para esto, en 1961 la Organización de las Naciones Unidas (ONU) redacta un documento en donde dicta las pautas para los países que tratan con esas sustancias. Distingue dos tipos de sustancias según su legalidad e ilegalidad y que sin importar que tengan uso médico o de cualquier otro tipo (Ghiardo, 2003). El control del consumo trae consigo una serie de conflictos en cuanto a la legalidad e ilegalidad de esta actividad, ya que actualmente se debate el efecto de sustancias legales que son más dañinas que las propias ilegales, como es el caso del tabaco.

Epidemiología

Clasificación mundial

La prevalencia global apunta una problemática en el consumo de sustancias ilícitas entre los 15 y 65 años de edad, indicando que entre 162 y 324 millones de personas han consumido alguna droga ilícita primordialmente la marihuana, opioides, cocaína y estimulantes de tipo anfetamínico, siendo los hombres más propensos que las mujeres (Villatoro, Medina, Martín del campo, & Nanni, 2015).

Los factores epidemiológicos que se encuentran alrededor del consumidor de las sustancias psicoactivas son importantes para poder tener un contexto en el que un sujeto desarrolla una adicción. Al respecto se ha mostrado a lo largo del tiempo una serie de variaciones que complican y por lo tanto amplían su estudio epidemiológico. Por ejemplo, en Estados Unidos en el año 1890 se daba un alto consumo de opio, por lo que veinte años más tarde se inició con su limitación. La heroína y la codeína en el año de 1898 se introdujeron masivamente, las hojas de coca se hicieron populares a mediados del siglo pasado, y ya para 1880 la cocaína aislada se conseguía sin complicaciones. La marihuana, por otro lado, se vuelve común hasta principios de este siglo. En el año de 1917 nacen diversas iniciativas para una regulación de incluso los profesionales de la salud para el empleo de drogas y medicamentos (Villalobos, 2007).

Actualmente, la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD), reporta que cerca del 37% de los consumidores de cocaína en todo el

mundo se encuentran concentrados en América del Norte, sobresaliendo con el 1.9% entre la población de 15 a 64 años, siendo esta la prevalencia más alta por encima del promedio global (0.4%). Por otra parte, el uso de opiáceos, el consumo de anfetaminas y éxtasis se ha ido acrecentando con el 1.1% de la población, se define que el principal consumidor es Estados Unidos. Para el consumo de cocaína Escocia ocupa el primer lugar con el 3.9% estando México con un 0.4% por encima de Lituania con un 0.2%. En cuanto al consumo de anfetaminas México ocupa el penúltimo lugar con un 0.2% igualando a Portugal, mientras que República Checa tiene el mayor consumo con el 1,7%. Por último el mayor consumo de éxtasis lo ocupa Republica Checa con el 3.6% mientras México se sitúa en el último lugar con el 0.1%, Asimismo en cuanto al consumo de marihuana Estados Unidos ocupa el primer lugar con un consumo anual de 13.7%, y México el consumo es de 1% estando arriba de Ecuador con el 0.7% y Republica Dominicana con el 0.3%, tal como se muestra en la figura 1 (Medina Mora et al., 2011).

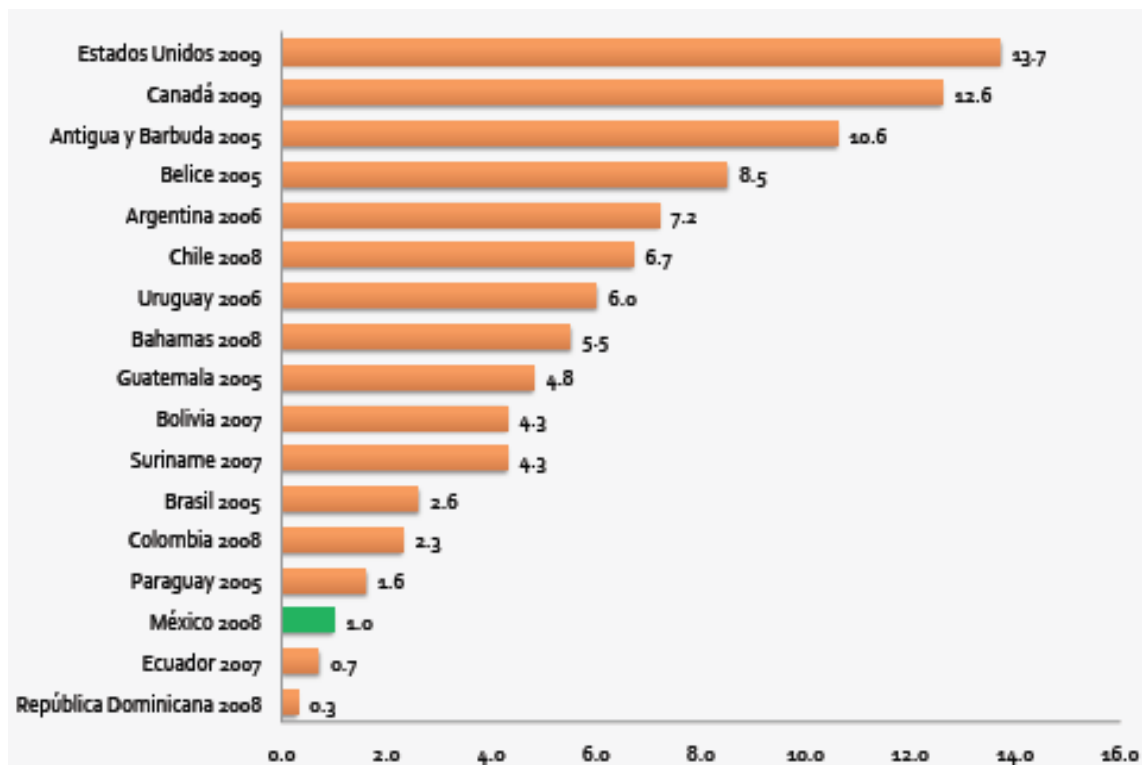


Figura 1. Prevalencia anual de consumo de marihuana población 15- 64 años en relación a México y a países americanos. Tomado de Medina Mora, Ávila Hernande, Tamayo, T., Olmos, T., Junco, M., Melsem, M., Chertorivki, W. (2011). Encuesta Nacional de Adicciones 2011, Programa epidemiológico del consumo de sustancias ilícitas. (Primera edición 2012, Vols. 1-1000 ejemplares). México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz / Secretaría de Salud.

Una comparación de datos en la comunidad Europea, la República Checa domina con un 15.2% de consumo de marihuana, mientras México con el 1%, (Ver figura 2), convirtiéndose así en uno de los países con menor prevalencia en el consumo de la misma.

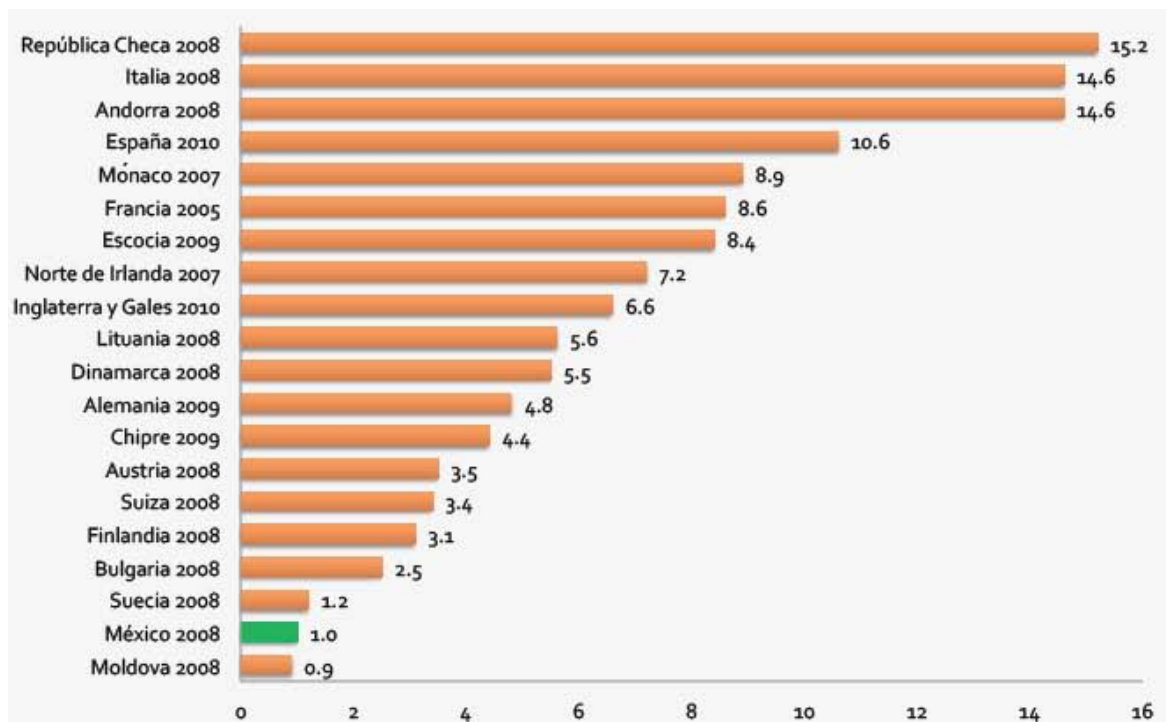


Figura 2. Prevalencia anual de consumo de marihuana población 15- 64 años en relación a México y la comunidad Europea. Tomado de Medina Mora, Ávila Hernande, Tamayo, T., Olmos, T., Junco, M., Melsem, M., Chertorivki, W. (2011). Encuesta Nacional de Adicciones 2011, Programa epidemiológico del consumo de sustancias ilícitas. (Primera edición 2012, Vols. 1–1000 ejemplares). México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz / Secretaría de Salud.

Los datos que han arrojado los múltiples estudios mencionados anteriormente a nivel global indican que el problema del abuso de sustancias ilegales ha ido en aumento en las últimas décadas, esto habla de las limitaciones en cuanto a la ejecución de la ley y las permisividades de la misma para enfrentar el conflicto que se presenta. Asimismo, el informe Mundial de Drogas realizado en el 2012, se encontraron varias explicaciones ante el incremento del total de consumidores en países en desarrollo como México, una apunta hacia un crecimiento demográfico, específicamente de su población joven y a una veloz tasa de urbanización. Sumado al panorama anterior, es la disminución de las

diferencias en el consumo entre hombres y mujeres en estas poblaciones, como probable consecuencia de la desaparición de las barreras socioculturales y del crecimiento en la igualdad de género (Villatoro et al., 2012).

Por otra parte, dentro de las drogas legales, el tabaquismo es la principal causa de muerte en el mundo, se considera que un 70 % de fallecimientos a causa del consumo de tabaco ocurren en países en desarrollo, se estima que en México tres de cada diez personas fuman ocasionando más de 44,000 muertes a causa de enfermedades relacionadas con el consumo del mismo (Tapia Conyer, 2000). Sumado a que el consumo de tabaco se inicia como un hábito que se adquiere comúnmente en la adolescencia, lo que ocasiona cierta vulnerabilidad para consumir algún otra droga (Galbe et al., 2007).

La muerte a causa de fumar es más alta que el total combinado de muertes por alcohol, uso ilegal de drogas, accidentes automovilísticos, SIDA, homicidios y suicidios en Estados Unidos, se estima que 25 millones de muertes son relacionadas con el hábito de fumar. Se relaciona el cáncer de pulmón como la principal causa de muerte con un 90% al uso excesivo de tabaco tanto en hombres como en mujeres. Asimismo el hábito de fumar causa enfermedades pulmonares tanto en niños y adultos como son bronquitis crónica y enfisema (Volkow, 2011).

La OMS indica que el tabaquismo es la segunda causa de muerte en el mundo, y para el año 2020 habrá más muertes a causa del consumo de tabaco. Actualmente se estima que hay 1000 millones de decesos en hombres y 250 millones en mujeres a nivel mundial por consumir esta droga (Kuri, González, Hoy, & Cortés, 2006). Estos datos mantienen al tabaquismo como una epidemia

prevenible que se ha logrado desplazar hacia países con ingresos altos, medios y bajos, estando en aumento estos dos últimos desde 1970, principalmente entre la población de bajos recursos económicos y de educación. Se estima un aumento en el consumo de tabaco de entre el 60 y el 100 por ciento en los países con niveles medios y bajos de desarrollo humano en los siguientes 25 años (Pichón et al., 2013). Las medidas que se han tomado para el control en el consumo del tabaco a nivel global no han sido suficientes como lo constatan los resultados actuales, el consumo de tabaco se encuentra en aumento y es un problema de salud pública mundial, que debe ser atendido lo antes posible.

Epidemiología Nacional

En México y el mundo la marihuana es la droga ilegal más consumida con más de 180 millones, de los cuales el 4.7 son mexicanos, esto indicado por el resumen 2014 del Informe Mundial sobre las Drogas. La Federación Mundial contra las Drogas (World Federation Against Drugs, WFAD por sus siglas en inglés), señaló que entre los pacientes de los centros de integración juvenil, el consumo de marihuana en 23 estados supera al del tabaco y en 10 estados de la república el consumo de alcohol como droga de inicio. Esto indica que la marihuana está siendo un reto para frenar su consumo, a la par de alcohol y tabaco (Mendoza & Fernández, 2015).

Los resultados epidemiológicos del consumo de drogas ilícitas en México, mostraron en el 2008 que la población de 12 a 65 años fue de 1.6% esto ubicaba a México como un país de bajo nivel de consumo, no obstante estudiando las

nuevas tendencias se reporta un incremento paulatino del problema (Villatoro et al., 2012).

Las estadísticas realizadas alrededor del consumo de drogas legales (tabaco y alcohol) e ilegales (marihuana, inhalables, cocaína, heroína, etc.) se muestran que la edad de inicio corresponde a los años en que los jóvenes pasan la secundaria y preparatoria, esto es de los 13 a los 18 años de edad aproximadamente. De acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) (1998) el consumo de drogas ilícitas entre los adolescentes de zonas urbanas en México aún no es muy elevado. Sin embargo las investigaciones indican que en este grupo de población el uso de sustancias ilegales va en aumento (Villalobos, 2007). Los resultados que proporciona la ENA evidencian que la prevalencia para alguna vez en la vida en cuanto al consumo de cualquier droga legal e ilegal tuvo un incremento estadísticamente significativo entre 2010 y 2011 (Villatoro et al., 2012) ver figura 3.

	Encuestas Nacionales de Adicciones			
	2002	2008	2011	
	%	%	%	IC 95%
Total				
Mariguana	3.5	4.2	6.0	5.367 - 6.570
Cocaína**	1.2	2.4	3.3	2.828 - 3.680
Crack	0.1	0.6	1.0	0.736 - 1.294
Alucinógenos	0.3	0.4	0.7	0.451 - 0.945
Inhalables	0.5	0.7	0.9	0.656 - 1.170
Estimulantes tipo anfetamínico	0.1	0.5	0.8	0.551 - 1.085
Cualquier droga ilegal	4.1	5.2	7.2	6.568 - 7.864
Cualquier droga	5.0	5.7	7.8	7.168 - 8.495
Hombres				
Mariguana	6.9	7.2	10.6	9.499 - 11.692
Cocaína**	2.2	4.1	5.9	5.111 - 6.774
Crack	0.2	1.0	2.0	1.390 - 2.521
Alucinógenos	0.5	0.6	1.1	0.671 - 1.589
Inhalables	0.9	1.3	1.5	1.040 - 2.053
Estimulantes tipo anfetamínico	0.1	0.8	1.3	0.781 - 1.726
Cualquier droga ilegal	8.0	8.8	12.5	11.308 - 13.720
Cualquier droga	8.6	9.1	13.0	11.793 - 14.215
Mujeres				
Mariguana	0.7	1.4	1.6	1.217 - 2.051
Cocaína**	0.4	0.7	0.7	0.489 - 0.981
Crack	0.0	0.2	0.1	0.025 - 0.244
Alucinógenos	0.1	0.1	0.3	0.072 - 0.515
Inhalables	0.1	0.2	0.3	0.168 - 0.472
Estimulantes tipo anfetamínico	0.0	0.2	0.4	0.124 - 0.697
Cualquier droga ilegal	1.0	1.9	2.3	1.760 - 2.747
Cualquier droga	2.1	2.6	3.0	2.459 - 3.513

Figura 3. Tendencia sobre el consumo de drogas alguna vez en la vida para población de 12 a 65 años. Tomado de: (Villatoro et al., 2012). El consumo de drogas en México: Resultados de la ENA, 2011. Salud Mental, 35(6), 447–457.

Para los resultados de los estudios de la Secretaría de Educación Pública (SEP) y el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRF), los estudiantes de secundaria y preparatoria del Distrito Federal reportan haber consumido marihuana al menos una vez en su vida, esto es el 5.8% en el año 2000. En relación a la cocaína fue del 5.2%. En cuanto a las drogas legales, los

jóvenes de secundaria y preparatoria que reportan haber fumado tabaco alguna vez en su vida, constituyen el 50.7% en el año 2000. Para el alcohol las cifras llegan al 61.4%. Estas cifras han ido en aumento desde 1991, cabe señalar que en ese estudio se realizó solamente en el Distrito Federal con una muestra de 10,578 alumnos, lo que indica que prevalece un mayor consumo en sustancias legales que ilegales (Villalobos, 2007).

Actualmente, en la última ENA (2011) se reitera la información del párrafo anterior de acuerdo al aumento en el consumo de drogas. El problema principal continúa siendo el consumo de alcohol, que a nivel nacional constituye el 71.3% de la población. El 32.8% de ese porcentaje equivale a una tercera parte de la población bebe en grandes cantidades, esto quiere decir que en cada familia mexicana hay un integrante o conocido que consume más de 4 o 5 copas por ocasión. A pesar de que el patrón de consumo en el país no es diario, 4.9 millones de personas en México ya tienen dependencia. El 47.2% de los hombres y el 19.3% de las mujeres presentaron un consumo alto. Para el caso de los adolescentes entre 12 y 17 años, el consumo en varones es de 17.3% y en mujeres de 11.7% (Mendoza & Fernández, 2015).

Perfil del consumidor

En términos del abuso de las sustancias psicoactivas, se ha podido determinar la existencia de muchos factores que promueven la aparición de una adicción y que son importantes tomar en cuenta. Dentro de estos factores está el

individual, el ambiente familiar, los que se encuentran en relación a lo contextual o social y por último el ámbito educativo. El que existan sujetos consumidores de sustancias psicoactivas, que se tolere o fomente su práctica dentro de la familia tiene como consecuencia la aparición de la conducta adictiva. El género es un factor importante en éste tema, ya que los hombres se encuentran expuestos al menos cuatro veces más, en comparación con las mujeres, a tener contacto con estas sustancias; en otras palabras, los hombres tienen mayor posibilidad de que les sean ofrecidas las sustancias que a las mujeres. En el factor educativo se reconocen como potenciadores de la adicción, la dificultad para entablar relaciones entre los compañeros, la inasistencia e incluso el abandono de la escuela. Cuando en el contexto inmediato de un sujeto, como son los amigos, existe el consumo de sustancias la probabilidad de la emergencia de la adicción aumenta (Bustos, 2012).

Por otro lado, existen diversos factores que intervienen en la creación del perfil de un adicto. Entre los cuales se encuentran los medios de comunicación que fomentan la imagen de un cuerpo casi perfecto provocando cuadros depresivos en los sujetos al no tenerlo, así como un perfil autodestructivo. Por último, el sujeto puede realizar conductas de riesgo y expresiones de violencia hacia sí mismo. Se presenta una necesidad de huir de su realidad, y el consumo de una sustancia lo permite, transitando del uso y abuso para impedir el enfrentamiento del sujeto con la realidad (Miccarelli, 2000). Al llevarse a cabo la iniciación en el consumo de sustancias en el contexto del grupo, es la pertenencia al mismo más fuerte que incluso la supervivencia. El sujeto se ve influenciado por el grupo y su baja autoestima, así como su asociación con la búsqueda del placer

que ha sido considerada como una característica permanente en la condición humana. Una vez que el sujeto ya se ha hecho adicto, abandona el consumo en grupo y comienza a realizarlo en solitario dejando a un lado la interacción y el deseo de compartir la sustancia, convirtiéndose así en una prioridad el obtener la cantidad suficiente para lograr el efecto deseado. Es por ello que en la actualidad se ven disponibles medios instantáneos y prácticos para la obtención del placer y por tanto, felicidad. La complejidad en el consumo de las sustancias no se puede explicar por una relación de causa-efecto, se debe considerar como una conjunción de factores: la subjetividad, las características de la sustancia y el contexto donde se desarrolla ésta (Basso Musso, 2011).

Por otra parte, las personas comienzan a consumir sustancias psicoactivas por diferentes justificaciones:

- Para sentirse bien: la sensación de placer que producen algunas sustancias al ser consumidas se experimentan sentimientos de poder, autoconfianza y energía.
- Para sentirse mejor: personas que padecen algún trastorno de estrés o ansiedad, abusan de las sustancias para disminuir el sentimiento de angustia.
- Para rendir mejor: el abuso de sustancias en algunas personas que sienten aumentar su desempeño o rendimiento en actividades ya sean atléticas o cognitivas.
- Por curiosidad o porque los demás lo hacen: se realiza la experimentación debido a la aceptación o influencia que llega a existir entre amigos donde

se realicen desafíos, generalmente sucede con adolescentes (Volkow, 2008).

Se conoce que el factor de riesgo genético en las adicciones o algún trastorno mental se explica de manera apropiada en el modelo multifactorial ya que es la interacción entre lo genético y lo ambiental se sabe que la vulnerabilidad para su desarrollo es de un 40 a 60% en un factor genético y el resto se expresa en el factor ambiental. En el modelo multifactorial se observa que los genes no son el origen de la adicción o un trastorno específico pero tienen susceptibilidad para el desarrollo de la misma desarrollando tres modelos:

- El primer modelo se apoya en el componente genético y ambiental, se explica el consumo de sustancias mediante la contribución de ambos.
- El segundo modelo postula que los genes dirigen el grado en que el individuo es sensible a algunos aspectos ambientales capaces de actuar como factor que aumentan o reducen el riesgo de la adicción, o alguna alteración en el mismo trastorno.
- El tercer modelo plantea que la influencia del genotipo es susceptible a desarrollar una adicción ya que es atribuido a la capacidad de alterar circunstancias ambientales disponibles (Cuadrado, 2008).

De esta manera, la socialización como factor ambiental tiene una gran importancia en el individuo y su abuso en el consumo de sustancias, así como en el entorno familiar y el tipo de relación que existe con el individuo que consume la sustancia como se muestra en la figura 4.

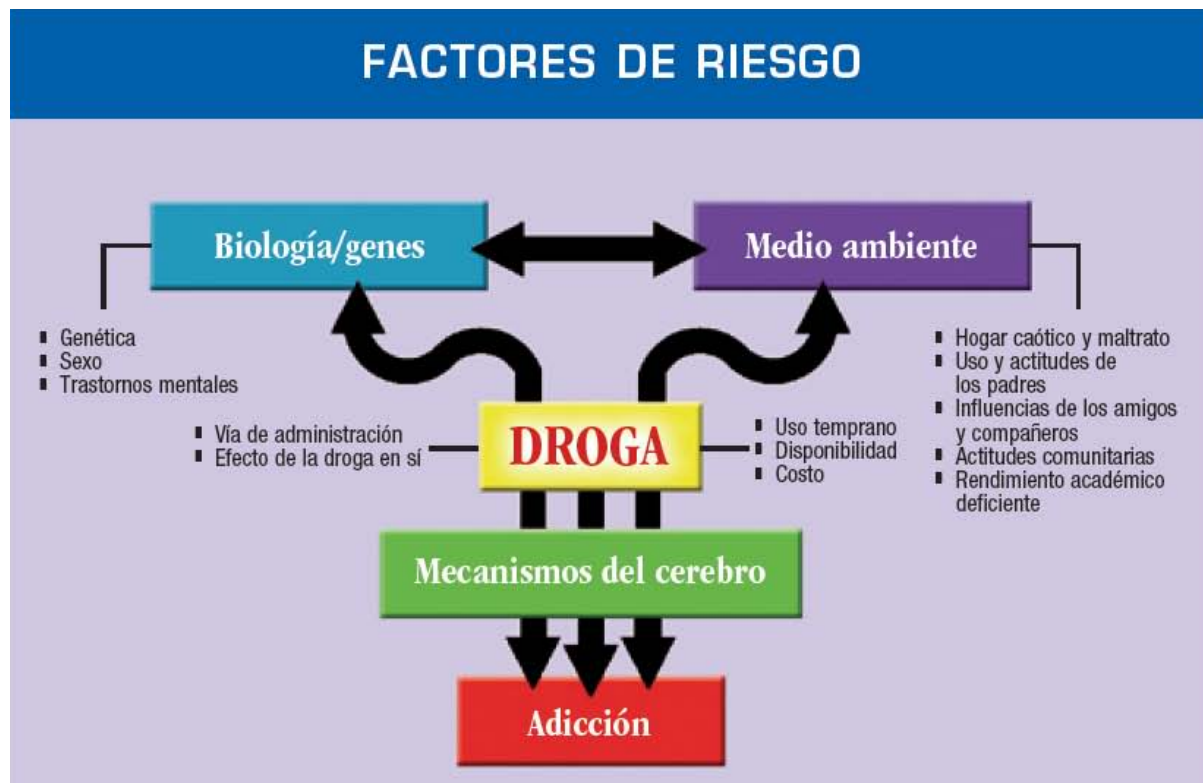


Figura 4. Factores de Riesgo en Adicciones. Tomado de: Volkow, N. D. (2011). Adicción al tabaco, ¿Cuál es el alcance y el impacto del uso del tabaco? Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, 11-4342(4), Pág.: 12.

Por otro lado, para determinar el efecto patológico sobre la descendencia en el consumo excesivo de algunas sustancias psicoactivas existen algunos marcadores genéticos que indican que la herencia no explica el abuso de las sustancias, sino que lo que se hereda son los rasgos de carácter que incitan al consumo como son el individuo que quiere evitar alguna situación incómoda previniendo volver a sentir el dolor y el que busca euforia al consumir alguna droga experimentar situaciones. Considerando que la herencia genética no explica por sí misma la adicción, los factores ambientales tampoco pueden predecirlo, ambos conceptos, tanto genéticos como ambientales obtienen resultados para detectar el factor de riesgo del consumo. Por otra parte en el ambiente familiar de una

persona que abusa de las sustancias se caracteriza por provocar alteraciones en las relaciones afectando la comunicación el crecimiento intelectual y emocional del individuo (Irlles Lloret, 2001).

En suma, en las adicciones existen múltiples componentes que ayudan a construir el perfil del adicto, donde el sujeto se encuentra en el centro de un masivo intercambio de información y el conjunto de eventos (estrés, conductas de riesgo, evasión) pueden propiciar que se desarrolle una conducta adictiva. En el siguiente apartado se desarrolla los efectos conductuales del consumo temprano de sustancias.

Consumo temprano

No es extraño que los jóvenes aparezcan entre las estadísticas en cuando a uso y abuso de sustancias, ya que son ellos quienes actualizan y mantienen la práctica del consumo de sustancias ilegales de las que hoy se notan como el problema social a tratar. De esta manera es la adolescencia una etapa crítica en donde el sujeto tiene que desarrollarse física, emocional social y académica, esto es favorecido tanto por su historia previa así como por el contexto próximo en el que se desenvuelve. Por tanto el desarrollo de una adicción no se puede explicar solo a partir de una condición, es necesario conocer factores como la sustancia, el sujeto y el contexto en el que se presenta (Alvarez Velez & Montalvo Jääskeläinen, 2010). Un ejemplo de esto es que los consumidores de cocaína, alucinógenos y éxtasis lo eran también del alcohol y tabaco. Esta dimensión de la conducta adictiva se conoce como policonsumo, que es común entre los consumidores de sustancias psicoactivas y que va de la mano de la progresión de

consumo, que es el cambio de una sustancia de menor impacto a otras más fuertes ya sea de ilegalidad o de daño (López, Vilariño, Linares, & González, 2014).

Las características o rasgos de personalidad con frecuencia son determinantes para que en una misma situación algunos sujetos consuman sustancias y otros no lo hagan. En la juventud se da una asociación casi natural entre diversión y consumo de sustancias, lo que se conoce como consumo recreativo, convirtiéndose así el ocio un factor que en el adolescente interviene para facilitar el consumo de sustancias, los horarios son amplios y los lugares a los que recurre el sujeto abren cuando otros cierran, de ahí que el objetivo sea soportar toda la noche y consumir determinadas sustancias cumplen ésta función. Otro de los objetivos del consumo es la desinhibición que el sujeto necesita para lograr divertirse como los otros consumidores de sustancias (Alvarez Velez & Montalvo Jääskeläinen, 2010).

Los niños y los jóvenes son los que mantienen el consumo más alto de sustancias, sin importar si tienen un bajo nivel socioeconómico, ya que el aumento es homogéneo, es decir, no respeta estratos sociales o niveles socioeconómicos. Pareciera que la juventud actual configura un mundo con sentidos propios, distintos a los del adulto, como una subcultura dentro de una cultura (Ghiardo, 2003). Estos hechos se encuentran, de alguna manera favorecidos por características que logran distinguirse en este periodo evolutivo, una búsqueda de identidad personal y autonomía, la necesidad de experimentar sensaciones nuevas, así como la importancia de la pertenencia a un grupo de iguales (Villatoro et al., 2015). El abuso de las sustancias en el adolescente provoca consecuencias

importantes a nivel salud, accidentes de tránsito y conductas sexuales de riesgo, con frecuencia, el adolescente no es consciente de ninguna de estas, que quizá son resultado de las características de su pensamiento; continuas críticas a la figura de autoridad, dificultad para tomar decisiones, egocentrismo, excesiva consciencia de sí mismo y una tendencia a discutir. Un elemento fundamental para el mantenimiento de una conducta de consumo con las consecuencias que se derivan del mismo, sobre el sujeto, la familia y los iguales. Si las consecuencias después del consumo son negativas es más probable que cese el consumo, sin embargo si las consecuencias son positivas en el uso de la sustancia para los objetivos del sujeto, la conducta va a continuar y alcanzar el abuso o dependencia (Alvarez Velez & Montalvo Jääskeläinen, 2010).

Asimismo el consumo temprano en alcohol y tabaco a los 14 años o el consumo de cannabis antes de los 15 años en adolescentes tienen una prevalencia más elevada al consumo diario o a la experimentación de alguna otra droga, siendo así que el uso de drogas tiene inicio en la adolescencia de los 12 a los 18 años, la exploración al consumo de alguna droga aumenta indicando que las drogas de inducción son las lícitas para después incluirse en el uso de drogas ilegales (Murillo Castro, 2013). Por otra parte el consumo temprano de alcohol tiene una prevalencia al uso anticipado de drogas desarrollando un abuso y dependencia del alcohol, así como el uso prematuro y constante de la marihuana durante la adolescencia se vincula con bajo rendimiento escolar, deterioro de la salud mental desarrollando síntomas psicóticos (Hernández López et al., 2009).

El consumo temprano de sustancias tiene un riesgo alto para los adolescentes y con las personas con las que normalmente se relacionan, ya que

por la edad y el momento en el que se encuentra, es vital que la conducta adictiva sea erradicada para evitar consecuencias irreparables, es en la adolescencia donde se dan los primeros acercamientos a las sustancias y el mantenimiento de patrones de consumo que van a consolidarse en la edad adulta (Alvarez Velez & Montalvo Jääskeläinen, 2010). Es necesario entender que entre los adolescentes existen nuevas formas de consumo y diversión nocturna, como la que sucede en la relación cultural de la música y el consumo, cada grupo o tribu urbana se identifica con un tipo de música, un estilo de vida y de consumo de sustancias. Las nuevas tendencias recreativas y de consumo de sustancias se han convertido en un factor central para la socialización entre los adolescentes en su camino a la integración y el éxito (Calafat Far & Juan Jerez, 2003).

Es el consumo de sustancias psicoactivas en México uno de los más graves problemas de salud pública entre adolescentes en la actualidad, a pesar de este hecho no se han estudiado todas las dimensiones de dicho fenómeno para lograr un control (López et al., 2014).

Por otra parte el consumo de tabaco a nivel nacional en diferentes niveles educativos ha tenido un incremento siendo el 30.4% de los estudiantes en secundaria y bachillerato que han iniciado el consumo de tabaco indicando el inicio del consumo a temprana edad entre los 13 y 14 años, siendo así que el 7.4 % de los estudiantes mencionan consumir tabaco diariamente siendo 3 el promedio de cigarros consumidos al día. Asimismo a nivel primaria el 6.5% han consumido tabaco alguna vez, indicando que el 2.5% han fumado en los últimos 30 días (Villatoro, Medina, Martín del campo, & Nanni, 2015).

Prevención

La estrategia de la prevención del abuso de sustancias psicoactivas nace como resultado de la incapacidad por controlar su consumo y las problemáticas sociales que se le asocian a las adicciones. Entre los adolescentes, la prevención es tomada como una reducción de los daños causados por la sustancia, reducir las posibilidades de crear relaciones problemáticas del abuso, para ellos la prevención no es una estrategia de control, es una integración del consumo de sustancias en las diversas áreas de sociabilidad y así eliminar la exclusión, de aquí que una política que intente eliminar por completo el consumo de sustancias les carece de sentido (Ghiardo, 2003). De esta manera el fenómeno de las adicciones y su prevención se vuelve complicado de intervenir, ya que es un comportamiento difícil de concretar y se encuentra redefinido según la cultura en donde se desenvuelve. Sumado a lo anterior, se vuelve aún más problemático cuando una gran parte de la población legitima la conducta de consumo y cada vez es más habitual la asociación con la diversión y el éxito social. Algunos de los modelos de prevención están basados en dos vertientes, por un lado la prevención escolar que se ha desarrollado en los últimos años, en la que se intervienen los factores de riesgo como son; baja autoestima, asertividad, marginación, etc. Por otro lado la prevención del uso recreativo entre profesionales, éste se basa en ofrecer información sobre distintas prácticas de consumo que son menos nocivas para su salud (Calafat Far & Juan Jerez, 2003).

Con respecto a algunos modelos de prevención que tienen como finalidad ayudar y a su vez comunicar las estrategias que existen para atender el abuso de

sustancias psicoactivas, sirve de ejemplo el Programa de Educación Preventiva Contra las Adicciones (PEPCA) que cuenta con planes dirigidos a la comunidad escolar en distintos niveles que integran la Educación Básica desarrollando programas dentro de los cuales se aborden problemas sociales que limiten su desarrollo sano del educando, logrando así la capacidad para tomar decisiones que rechacen el inicio en el consumo de sustancias psicoactivas. Por otra parte, se difunden campañas preventivas de comunicación social en escuelas que consiste en materiales audiovisuales, impresos y electrónicos con la finalidad de prevenir la adicción y conductas de riesgo. Más aun en el Centro de Integración Juvenil A.C.(CIJ), tiene como objetivo dentro de su modelo de prevención disminuir y retardar tanto el abuso de sustancias como el consumo excesivo, desarrollando estrategias para la prevención en alcohol, tabaco y otras sustancias ilícitas en la población entre los 10 y 54 años (Velez Barajas, Prado, & Sánchez Fragoso, 2012).

La Comisión Global de Política de Drogas (Global Commission on Drug Policy, GCDP por sus siglas en inglés) publicó una serie de recomendaciones en septiembre del 2014 para fortalecer las políticas contra las drogas como consecuencia de lo que ellos mismos llaman “el fracaso en la guerra contra las drogas”, entre las que se encuentra:

- Poner en primer lugar la salud y seguridad de la población.
- Garantizar el acceso a medicamentos esenciales y para el control del dolor.

- Poner fin a la criminalización y encarcelamiento de los consumidores de sustancias psicoactivas.
- Reorientar las medidas de represión hacia el narcotráfico y el crimen organizado.
- Regular los mercados de droga para que los gobiernos asuman el control (Annan et al., 2014).

De la misma forma que la GCDP, (OMS, 2010) propuso seis políticas para poner freno a la epidemia (MPOWER, por sus siglas en inglés)

- Monitoring: Vigilar el consumo y las políticas preventivas.
- Protecting: Proteger a la población expuesta al humo de tabaco.
- Offering: Ofrecer ayuda para eliminar el consumo.
- Warning: Advertir a la población de los peligros del consumo.
- Enforcing: Cumplir con las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio.
- Raising: Elevar los impuestos al tabaco.

Por otra parte la prevención de sustancias psicoactivas debe tener como finalidad impulsar factores de protección que fortalezcan la salud abarcando la abstinencia, la disminución del uso y abuso de drogas, teniendo como meta reducir o eliminar el factor de riesgo (Hawkings, Catalano, & Arthur, 2002). En México, a partir de Septiembre del 2010 se implementó un programa de prevención para el consumo de tabaco que consistía en la exhibición de advertencias sanitarias (texto y pictogramas) en las cajetillas de cigarros que

muestran el daño a la salud que ocasiona esta conducta. Con esta medida de prevención seis de cada diez fumadores han notado con frecuencia las advertencias y les ha hecho pensar en el daño a la salud que les ocasiona, cinco de cada diez piensa en dejar de fumar. Por otro lado la existencia de campañas en los medios masivos de comunicación, cinco de cada diez mexicanos refiere haber visto una en contra del consumo de tabaco, es preciso señalar que la mitad de la población en México no ha recibido información acerca de los daños que provoca el consumo de tabaco (Reynales et al., 2012); lo que muestra que estas medidas son poco suficientes para prevenir el consumo de tabaco, principalmente en adolescentes.

Asimismo la prevención del consumo temprano de sustancias psicoactivas marca una reducción de riesgo al causar problemas graves en el cerebro y la salud previniendo la drogadicción, algunos programas de prevención han demostrado resultados positivos, dichos programas están diseñados para diferentes edades, individuales o grupales y en contextos familiares, en la escuela y comunidades reduciendo el consumo temprano en alcohol, tabaco y sustancias ilegales (Volkow, 2008).

Cuando la prevención no es suficiente y el sujeto cae en el abuso de sustancias, éste debe pasar por un proceso de diagnóstico por dependencia a sustancias, el cual debe cumplir con ciertas características:

- Un intenso deseo o necesidad del consumo de la sustancia.
- Complicaciones para el control de dicho consumo.

- Cuando decide interrumpir o reducir el consumo se da el síndrome de abstinencia.
- Presentar tolerancia a sus efectos.
- El abandono progresivo de intereses que son ajenos a la sustancia por el mismo consumo o búsqueda.
- Ocupar mayor tiempo en conseguir y consumir la sustancia, persistir en el uso a pesar de una concepción clara por parte del sujeto sobre los efectos perjudiciales (Méndez Díaz et al., 2010).

Asimismo se considera que 4,200 000 de personas en México requieren un tratamiento para el consumo de sustancias (Rojas, Real, García-Silberman, & Medina-Mora, 2011), situación que refleja que las medidas de prevención no han logrado frenar el incremento de este fenómeno.

Por otra parte en el 2012, 48,378 personas asistieron a centros especializados para llevar a cabo un tratamiento en diferentes estados de México siendo los adolescentes quienes más acudían, primordialmente hombres con escolaridad de secundaria y bachillerato (Villatoro et al., 2015).

Tratamiento

La necesidad de diseñar e implementar tratamientos a nivel internacional en las adicciones es muy benéfica, ya que se considera como una enfermedad que afecta tanto al cerebro como al comportamiento. Es capaz de tratarse pero debe ser eficaz, específico y de fácil acceso, tomando en cuenta la necesidad, el

género, la edad y el tipo de sustancia que es consumida. Algunos modelos utilizados en la intervención de las adicciones son: estrategias para el afrontamiento, la prevención de recaídas, la desintoxicación, el seguimiento el apoyo familiar entre otros. De igual manera existen instituciones que brindan tratamientos profesionales de atención terapéutica o grupos de autoayuda como son, Centros de Integración Juvenil, Centros de Salud, Hospitales Psiquiátricos, Clínicas particulares o Centros de Tratamiento Profesional (Rojas et al., 2011). La implementación de un tratamiento depende del tipo de droga consumida, la necesidad de cada persona y una duración de por lo menos tres meses para reducir o detener el consumo de sustancias psicoactivas. Asimismo para tener mejores resultados por periodos más largos, durante el tratamiento el paciente debe ser supervisado para el control del impulso de consumir alguna droga puesto que es probable que se presenten recaídas y así poder dirigir el tratamiento de acuerdo a sus necesidades del consumidor (Volkow, 2001).

Por otro lado, Becoña (2003) menciona 5 tipos de tratamientos psicológicos para el tratamiento de las adicciones al tabaco:

1. Consejo mínimo y procedimientos de autoayuda: se transmite información fiable y receptiva capaz de producir cambios en la conducta del consumidor.
2. Tratamiento clínico o especializado: consiste en tres fases, preparación, abandono y mantenimiento. Se motiva al sujeto para que deje de fumar, se le ayuda para que consiga dejarlo y se le

entrena para que sea capaz de mantener la abstinencia y prevenir la recaída.

3. Tratamientos combinados: se emplea el tratamiento psicológico y farmacológico para una mayor efectividad.
4. Tratamiento de la comorbilidad: es un tratamiento psicológico que interviene al tabaquismo que interacciona con algún trastorno psiquiátrico en un mismo sujeto.
5. Programas comunitarios: se llevan a cabo en contextos naturales y suelen utilizar los medios de comunicación en masas (Becoña Iglesias, 2003).

Asimismo, se han desarrollado diferentes intervenciones en el tratamiento de la dependencia al tabaco y de otras sustancias psicoactivas, en el ámbito de la psicología se ha trabajado con una serie de técnicas y tratamientos, principalmente la terapia cognitivo conductual, siendo así una estrategia recomendada y generalmente utilizada para afrontar el abuso de la adicción en combinación con tratamientos farmacológicos obteniendo un mejor resultado (Bustamante, 2002). De esta manera la terapia cognitivo conductual es un tratamiento psicológico encargado de generar estrategias cognitivas en diferentes áreas como lo son principalmente el aprendizaje, la concentración, atención y memoria reforzando su funcionamiento. Asimismo se obtienen resultados favorables en el tratamiento por abuso de sustancias psicoactivas logrando una mayor adhesión y aumento en la abstinencia, correspondiendo a una rehabilitación favorable en actividades de la vida diaria (Pedrero, Rojo, Ruiz, Llanero, & Puerta,

2011). Además esta terapia auxilia a la persona para que modifique su comportamiento y actitud con el consumo de drogas con el propósito de controlar eventualidades estresantes que pueden desencadenar el abuso de drogas dando inicio a un consumo compulsivo (Volkow, 2008). La terapia cognitivo conductual junto con un tratamiento farmacológico es eficaz para tratar el síndrome de abstinencia a sustancias psicoactivas y el apego al tratamiento, puesto que existen medicamentos como la naltrexona, metadona y buprenorfina para la adicción a la heroína reduciendo la ansiedad, así como el bupropion, vareniclina para el reemplazo de la nicotina (Volkow, 2011). Algunos medicamentos apoyan al consumidor a adaptarse gradualmente a la ausencia de la droga en el cerebro para prevenir el deseo de consumirla obteniendo un efecto relajante sobre el cuerpo, ya que al suspender el consumo de la sustancia adictiva se experimentan síntomas físicos y emocionales como ansiedad u otros trastornos del estado de ánimo, el tratamiento se enfoca en el paciente a mantener una concentración en psicoterapias relacionadas con las sustancias psicoactivas logrando concluir su tratamiento evitando recaídas y manteniendo su recuperación (Volkow, 2008).

En el contexto internacional, el impacto que ha generado el consumo de tabaco a los presupuestos de salud ha traído como consecuencia que cuarenta estados de los Estados Unidos han demandado a las industrias productoras con la finalidad de recuperar una parte del gasto económico que es destinado al tratamiento de las enfermedades relacionadas con el tabaquismo (Orlich Carranza, 2004). Por tanto, es prioritario conocer las variables que giran en torno a la conducta adictiva para lograr tratamientos adecuados a las condiciones de cada

sujeto, un tratamiento combinado logra responder positivamente ante las adicciones.

Adicción al tabaco

Efectos del consumo de tabaco

El tabaquismo constituye la primera causa de mortalidad a nivel mundial y la mitad de los consumidores mueren por enfermedades asociadas al tabaquismo (Orlich Carranza, 2004). De esta manera, en esta enfermedad gran parte de los adultos son quienes empiezan el consumo en la adolescencia temprana. Es bien conocido que la exposición temprana al tabaco es un riesgo significativo para un sujeto, entre más temprano empieza el consumo de tabaco se incrementa el riesgo de convertirse en un fumador regular y desarrollar una dependencia, incluidas sus consecuencias (Medina, Peña, Cravioto, Villatoro, & Kuri, 2002). De esta manera es necesario resaltar el daño que provoca esta conducta a un elevado número de la población mediante la exposición pasiva de los sujetos no fumadores, ya que las consecuencias son similares a las de los sujetos que si consumen tabaco. Está demostrado que el tabaquismo produce adicción y dependencia por sus múltiples compuestos, entre ellos la nicotina, ya que cumple con los criterios establecidos: ocasiona tolerancia y dependencia física, cuando se deja de consumir se producen los síntomas de abstinencia que varían entre sujetos (Orlich Carranza, 2004).

De esta forma, al ser el tabaco una sustancia estimulante del SNC provoca un incremento en la tensión arterial, la frecuencia respiratoria y en la frecuencia cardíaca (García, Mosqueda, Sandobal, & Ponce de León, 2012). La nicotina tiene efectos devastadores, sin embargo ésta solo es 1 de los 4000 compuestos liberados en el humo del tabaco. La nicotina es responsable de los efectos farmacológicos agudos por fumar y la creadora de la dependencia al tabaco. Los efectos dañinos a mediano y largo plazo como los cardiovasculares, pulmonares y cancerígenos son provocados por otros compuestos que están presentes en el humo del tabaco (Martínez Ruiz, & Valladolid Rubio, 2002). La nicotina provoca una disminución en el calibre de los vasos sanguíneos y el monóxido de carbono que se produce durante la combustión del tabaco, provocando una baja sensible en el nivel de oxigenación necesaria en el cerebro (García et al., 2012).

Asimismo, la nicotina induce efectos en el comportamiento por ser un componente psicoactivo que genera cambios a corto plazo en el estado de ánimo, una reducción del estrés y mejora el rendimiento. Estos efectos asociados con la nicotina a corto plazo que se producen al momento de fumar incluyen la estimulación, atención y concentración, aumento en la capacidad de memoria así como una reducción de la ansiedad y eliminación del apetito. En el transcurso del día se desarrolla rápidamente la tolerancia a los efectos de la nicotina, los fumadores consideran el primer cigarro fumado por la mañana como el que provoca mayor placer, lo que se debe a la tolerancia o el alivio de la abstinencia que se fue generando en el transcurso de la noche (OMS, 2005).

Por otro lado, existen diferentes enfermedades a causa del abuso del tabaco como las cardiovasculares en las que se incorporan infartos de miocardio producidos por un bloqueo en las arterias coronarias, la aterosclerosis en la que consiste falta de oxígeno en los músculos originando daño en los tejidos; así como hemorragias en el cerebro o la muerte de tejido cerebral a causa de la falta de oxigenación. Otro rasgo es la enfermedad pulmonar crónica (EPOC) que es común entre fumadores y se caracteriza principalmente por el daño en la función pulmonar reduciendo la respiración deshaciendo los alvéolos del pulmón, más aún el cáncer laríngeo, el cáncer esofágico y el más conocido, el cáncer de pulmón, que se conforma por tumores malignos apareciendo en los alvéolos y vías respiratorias del pulmón siendo el depósito de los carcinógenos del humo inhalado (Samet, 2002).

Por otro lado, una vez que existe la dependencia al consumo de tabaco, su abstinencia genera consecuencias conductuales como irritabilidad, hostilidad, ansiedad, estado de ánimo disfórico y deprimido, así como un ritmo cardiaco bajo y un elevado apetito. La nicotina provoca efectos psicoactivos relacionados con la dosis que son similares a los que producen los estimulantes en humanos, el potencial de dependencia que crea el consumo del tabaco es igual o mayor que el de otras sustancias psicoactivas (OMS, 2005).

A continuación en la tabla 2 se presentan de manera general algunas de las múltiples consecuencias del tabaquismo:

Enfermedades asociadas al tabaquismo	
Enfermedad	Afirmación
Arteriosclerosis o aneurisma de la aorta	El tabaquismo constituye el factor de riesgo más poderoso predisponente de la enfermedad vascular periférica arteriosclerótica
Cáncer de vejiga	Fumar es causa del cáncer de vejiga; la interrupción del hábito reduce el riesgo en casi un 50% luego de unos cuantos años, si se compara con los que siguen fumando.
Enfermedad cerebrovascular	El tabaquismo es la causa principal de la enfermedad cerebrovascular (embolia), la tercera causa de muerte en los Estados Unidos (EU).
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	El tabaquismo es la más importante de las causas de la bronquitis crónica en los EU y aumenta el riesgo de muerte por esa enfermedad. Es también la más importante de las causas de las enfermedades broncopulmonares no neoplásicas crónicas en EU. Aumenta el riesgo de muerte no solo por bronquitis crónica sino también por enfisema pulmonar.
Enfermedades coronarias	Los consumidores de tabaco tienen tasas de muerte más altas por enfermedades coronarias. Hay una convergencia creciente de evidencias relativas al tabaquismo que sugieren que es posible que el tabaquismo provoque la muerte por enfermedad coronaria.
Cáncer esofágico	El tabaquismo constituye una causa mayor de cáncer esofágico en EU.
Cáncer de riñón	La ocurrencia de tumores malignos de la pelvis renal se relaciona causalmente con el hábito del tabaco.
Cáncer de laringe	El tabaquismo se asocia con los cánceres de pulmón, laringe, cavidad oral y esófago, tanto en mujeres como en hombres.
Cáncer de pulmón	El tabaquismo se relaciona con el cáncer de pulmón en hombres y mujeres; la magnitud del efecto de fumar sobrepasa a los demás factores. Los datos epidemiológicos, patológicos y experimentales adicionales lo confirman.

Cáncer oral	Los estudios epidemiológicos indican que fumar es un factor causal importante en el desarrollo del cáncer oral. Fumar es una causa mayor de cáncer en la cavidad oral en EU.
Cáncer pancreático	Fumar es un factor contribuyente en el desarrollo del cáncer pancreático en EU. El "factor contribuyente" de ningún modo excluye la posibilidad de un papel causal del tabaquismo en tumores malignos de este órgano.
Úlcera péptica	Se confirma la relación entre el consumo de tabaco y las tasas de muerte por úlcera péptica, en especial la úlcera gástrica. Además los datos de morbilidad sugieren una relación similar con la prevalencia de enfermedades registradas a partir de esta causa. El hallazgo de un importante exceso de mortalidad relacionado con la dosis-respuesta de úlceras gástricas en japoneses fumadores, tanto en hombres como en mujeres.
Morbilidad respiratoria	Las relaciones entre tabaquismo y la tos o las flemas son intensas y consistentes, se han documentado ampliamente y se dictaminan como causales. La consideración de las evidencias de muchos estudios diferentes ha llevado a la conclusión de que fumar es de manera arrolladora la causa más importante de tos, expectoración, bronquitis crónica e hipersecreción de moco.

Tabla 2. Enfermedades asociadas al consumo de tabaco. Modificado de: Samet, J. M. (2002). Los riesgos del tabaquismo activo y pasivo. *Salud Pública de México*, 44, 17.

Una de las actitudes de la actividad en contra del consumo de tabaco es responsabilizar al propio consumidor, pero reflexionando dicha responsabilidad, ésta se comparte por toda una sociedad, el consumidor juega un papel central, pero también es un elemento de la población. Es víctima y culpable a la vez, la diferencia radica en la manera de apreciarlo. Al identificar los dos factores: el consumidor y el no consumidor, quienes se encuentran en un juego de oposición (Dominguez et al., 2004), es importante analizar el fenómeno también desde el

punto de vista social y no solamente individual para lograr conocer los efectos tanto de la salud del sujeto como de la salud pública.

Epidemiología nacional del consumo de tabaco

México se encuentra focalizada la información alrededor del tabaco con objeto de dar cuenta del problema del país mediante el Observatorio Mexicano de Tabaco, Alcohol y Otras Drogas (OMEXTAD), por otro lado se tienen Observatorios Continentales como el Observatorio Europeo de Drogas y el Observatorio Interamericano de Drogas. En el último año las sustancias psicoactivas han tenido un aumento significativo siendo el alcohol el primero con un 46.5% seguida del tabaco con un 30.7% como drogas legales más consumidas; la marihuana ocupa el tercer lugar con un 12.7% como droga de inicio entre los 14 y 15 años de edad, así como los inhalables teniendo el cuarto lugar con un 5.4% presentando mayores porcentajes en edad de inicio antes de los 14 años (Villatoro et al., 2015).

Se han llevado a cabo encuestas en diferentes estados del país de forma independiente por parte de los gobiernos de cada entidad con respecto al consumo de tabaco. En Jalisco 2009 se encontró que el consumo prevalece en un 34.9% para los estudiantes de secundaria y bachillerato, en 2012 se redujo a 27.3%. En la ciudad de México el consumo fue de 44.3% en 2009, para 2012 disminuyó a 41%. En el estado de Tijuana el consumo es de 4.7% en estudiantes de quinto y sexto de primaria. En la medición de 2006 del estado de Nuevo León

se encontró una prevalencia de 32.3% en estudiantes de secundaria. Por otro lado en el estado de Colima se dio una prevalencia de 25.3%. La encuesta en 2006 para Campeche mostro que el 27.5% de los estudiantes había consumido tabaco alguna vez, en 2009 en el Estado de México se reportó que el 49.4% de los estudiantes lo consumió alguna vez, a diferencia de los anteriores estados, es aquí donde se presentaron los datos más elevados de consumo de manera general en estudiantes. Es importante señalar que en estos estudios el consumo es más elevado en varones que en mujeres, de la misma forma se eleva el porcentaje de consumo en el bachillerato y se inicia alrededor de los 12 años en los estados ya señalados (Villatoro et al., 2015).

El consumo de tabaco en países en desarrollo, tienen una prevalencia alta y significativa en cuanto al nivel educativo, familiar y el nivel socioeconómico. En México, el inicio en el consumo de tabaco en jóvenes ha reducido de los 21 años a los 13 años, en comparación a estudios realizados en Estados Unidos que han registrado que el consumo de tabaco en adolescentes es de mayor probabilidad cuando algún familiar directo como los padres fuman, o con un nivel educativo y socioeconómico bajo (Jacobs, Téllez, Meneses, Campuzano, & Hernández, 2006). Por otra parte se han encontrado factores con el tabaquismo en adolescentes de México los cuales son:

- *Individuales*: género masculino, ser menor de edad, bajo nivel educativo, cambios en sus condiciones de vida.
- *Socioeconómicos*: desigualdad económica, disponibilidad de dinero.

- *Familiares*: presencia de un familiar fumador, alteraciones emocionales adversas, como rupturas familiares, y falta de apoyo de los padres.
- *Condiciones sociales*: regulación, promoción e influencia de medios masivos de comunicación (Jacobs et al., 2006)..

De igual modo en México los jóvenes entre los 12 y 15 años que viven en zonas marginadas, la decisión de consumir tabaco o alcohol aumenta la probabilidad si conviven con jóvenes mayores de edad que las consuman, siendo alarmante el rápido incremento en las prevalencias del consumo (Urquieta, Hernández, & Hernández, 2006).

El consumo de sustancias psicoactivas es un problema grave a nivel nacional y mundial, asimismo la adicción es un fenómeno multifactorial ya que supera las barreras de género, edad y estratos socioeconómicos, es por ello la necesidad que hablar sobre el tema para abrir las posibilidades de acción.

Efectos Neurobiológicos del consumo de tabaco

La adicción es una enfermedad grave cuyo desarrollo interviene en el SNC así como en los factores psicológicos, ambientales y genéticos; el estado adictivo del consumidor tiene cambios intensos cerebrales así como la estimulación de receptores que se duplican con cada administración de la sustancia que se ingiere. La nicotina es un alcaloide natural que se deriva de la hoja del tabaco *nicotiana tabacum* la cual modula la actividad en el SNC activando vías

dopaminérgicas las cuales son encargadas de los mecanismo de respuesta y recompensa así como la adaptación en el comportamiento del consumidor adictivo (Escobar, Pérez, Ramírez, & Sansores, 2007). Asimismo la nicotina actúa tanto en el SNC como en el Sistema Nervioso Periférico (SNP) activando receptores acetil colinérgicos-nicotínicos cerebrales, produciendo en el consumidor sensaciones de alerta y relajación; el neurotransmisor más comprometido en la adicción a la nicotina es la dopamina cuando la nicotina llega al torrente sanguíneo estimulando las glándulas suprarrenales liberando la hormona adrenalina acentuando la frecuencia cardiaca y la presión sanguínea (Cruz, Cruz, & Manchón, 2007).

El efecto a corto plazo al fumar es que el 25% de la nicotina llega al cerebro entre los 8 y 10 segundos, si ésta es administrada por vía endovenosa llega al SNC entre los 12 y 15 segundos donde se libera dopamina en el espacio extra sináptico activando los receptores colinérgicos de tipo nicotínico, principalmente el área tegmental ventral (ATV), llegando a la corteza prefrontal, estriada e hipocampo en el sistema dopaminérgico mesolímbico provocando aumento de energía, placer, motivación y sensaciones en el núcleo accumbens parecidas por el consumo de sustancias psicoactivas como la cocaína y la heroína (Cruz et al., 2007).

Se producen alteraciones en el SNC también a corto plazo producidas por el consumo de nicotina, uno de los efectos en la adicción se debe al aumento de la dopamina en el núcleo accumbens, uniéndose principalmente a los receptores del área tegmental ventral (ATV) liberando así dopamina en el espacio extra sináptico estableciendo el sistema dopaminérgico mesolímbico, que tiene aferencia hacia el

hipocampo, corteza frontal y estriada, las cuales corresponden al circuito de recompensa del cerebro. La nicotina conecta células nerviosas de la dopamina para la activación de las neuronas conduciendo la sensación de placer y de recompensa hasta llegar a la adicción, estudios revelan que la dopamina primero sensibiliza a las neuronas para después desensibilizarlas; provocando en el consumidor tolerancia a los efectos de fumar en el día y desapareciendo esa tolerancia por la noche, sirva de ejemplo que para los consumidores el primer cigarro de la mañana sea el más placentero, aumentando los niveles de dopamina y afectando los circuitos de placer y gratificación del cerebro siendo la dopamina una participación importante en el abuso y el consumo de tabaco (Bello, Flores, & Bello, 2008; Volkow, 2015).

Asimismo la dopamina se forma en varias secciones La dopamina es un neurotransmisor que se forma en las vías mesolímbica y mesocortical las cuales se encuentran en el área tegmental ventral liberando dopamina en el núcleo accumbens, provocando así el deseo de placer al consumir nicotina o alguna otra sustancia, la cual se muestra en la figura 5 (Stoehr, 2006).

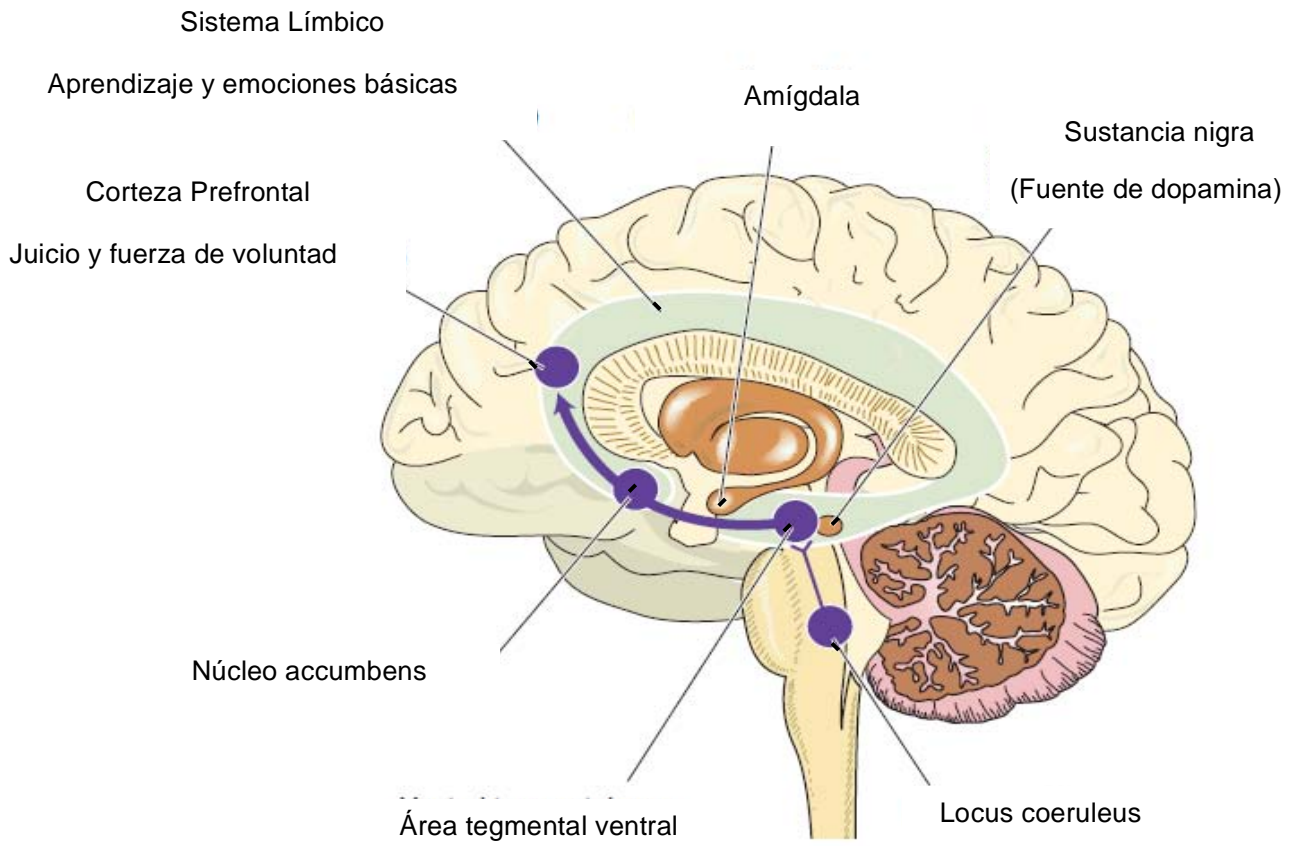


Figura 5. Regiones cerebrales que participan en la Adicción. Tomado de Stoehr, J. D. (2006). *The Neurobiology of Addiction*. United States of America. Gray matter.

□

Por otra parte, el craving es la motivación de autoadministrarse una sustancia psicoactiva previamente consumida, se le ha considerado como responsable del consumo de manera compulsiva de una sustancia, de igual forma del nivel alto de recaídas posteriores al periodo de abstinencia. En el craving se han identificado regiones cerebrales, estudios neuropsicológicos y de imágenes cerebrales que intervienen en éste fenómeno. En el consumo de nicotina se ha encontrado una extensa red neuronal tanto en estructuras corticales como subcorticales relacionando tres sistemas (Muñoz, Sanjuan, Fernández, Vila, & Montoya, 2011).

□

) B□

- Sistema de recompensa, encargado de la dependencia en el área tegmental ventral (ATV) y el núcleo accumbens (NAC).
- Sistema emocional asociativo, encargado del condicionamiento en la amígdala.
- Sistema de toma de decisiones, encargado en deficiencia para mantenerse en la abstinencia en la corteza prefrontal (CPF) (Muñoz et al., 2011).

Como se sabe, los efectos a largo plazo del consumo de tabaco van desde el incremento en la frecuencia cardíaca y presión sanguínea, hasta distintos tipos de cáncer (Newhouse et al., 1990). Estos efectos de la nicotina sobre el SNC también incluyen la desincronización del electroencefalograma e incremento de metabolismo de la glucosa cerebral por la estimulación de los receptores nicotínicos en el cerebro anterior basal (Pickworth, Herning, & Henningfield, 1988).

Asimismo el deseo de consumir tabaco inicia con estímulos externos al consumidor tales como un cenicero, un encendedor, amigos que fuman, tomar café el presentar ira, tristeza etc., desencadenando probabilidades de recaída llevando a deseos intensos de consumir tabaco (craving) (Cruz et al., 2007). La adicción a la nicotina se encuentra presente en un gran número de consumidores, ésta enfermedad tiene una elevada tendencia a la recaída y es necesario de varios intentos para lograr la abstinencia mantenida, se conocen sus efectos sobre el SNC a corto y largo plazo, es necesario actualizar constantemente los conocimientos sobre éste fenómeno para lograr un abordaje efectivo y reducir los efectos a nivel cerebral (Roballo et al., 2011).

Efectos conductuales del consumo de tabaco

El tabaquismo se ha convertido en un fenómeno cerebral bioquímico y que se desarrolla mediante la mercadotecnia entre otros factores. Es por esto la necesidad de tomar en cuenta a diversos especialistas de distintas áreas para su análisis, desde las ciencias medico biológicas hasta las sociales y económicas (Sansores, Pérez, & Ramírez, 2010). La nicotina que contienen los cigarros es utilizada como un reductor de la ansiedad, para mantener controlado el peso, mejorar la concentración, o para algunos sujetos, les facilita la interacción social. El consumo de tabaco sigue siendo un hábito tolerable de manera social, prácticamente se puede realizar cualquier actividad a la par que se fuma un cigarrillo, es compatible con cualquier actividad o tarea (Arnedillo, 2003).

Por otra parte, el consumo de tabaco deja un desequilibrio emocional por el descenso de nicotina, en un inicio se consume por regular los estados emocionales que se asocian a estímulos externos, después para controlar el estrés emocional que se produce por el descenso de nicotina (Arnedillo, 2003).

De igual forma el tabaquismo deja secuelas en la sexualidad, en diversos estudios relacionados se ha encontrado que los grandes fumadores tienen problemas que van desde poca actividad sexual, miedo a la relación sexual hasta la eyaculación precoz en varones. Para las mujeres las consecuencias no son menos, se ve afectada su fertilidad, así como en el inicio más temprano de la menopausia (Abel, 1986). En este sentido, el consumo de tabaco se conoce como una conducta poco femenina, lo que pone al varón ligeramente por encima en

cuanto a su consumo, lo que eleva la tendencia al uso de tabaco, alcohol y otras sustancias psicoactivas. Éstas se convierten en factores importantes que se desarrollan en la conducta suicida, los datos indican que las mujeres tienen mayor frecuencia en cuanto a ideación e intento suicida, aunque son los varones quienes logran culminar el acto con mayor frecuencia (Espinoza-Gómez et al., 2010).

Los efectos del tabaquismo en la conducta no solamente daña a quien la consume, sino también las personas a su alrededor se ven afectadas por esta situación de la misma manera al estar expuestos al humo de tabaco. Se sabe que más del 40% de niños del total tienen al menos un progenitor que fuma lo que afecta su desarrollo y comportamiento, 700 millones, casi la mitad de los que viven hoy en día, respiran el humo del tabaco (Quinzán Luna, Solano Quinzán, López Vantour, Pérez Prada, & Ramón Jiménez, 2015; Samet, 2002).

Efectos sociales del consumo de tabaco

El fenómeno del tabaquismo contiene una amplia variedad de consecuencias adversas para toda sociedad, esto debido a los daños en la salud, los gastos para la atención médica, pérdidas en la productividad y la muerte prematura tanto del consumidor como los expuestos al humo del tabaco (Reynales-Shigematsu et al., 2006) Así como avanza el conocimiento para la disminución del consumo de tabaco y la adicción del mismo, se conoce que se transforma constantemente este proceso pasa por fases de maduración social. En un inicio se puede apreciar como un hábito, se convierte en vicio y posteriormente

a causa de enfermedades, finalmente se le percibe como una adicción relacionada con daños hacia el individuo y la sociedad en la que se desarrolla (Domínguez et al., 2004).

Por otro lado, en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), cerca de 12 millones de pesos al año son los costos directos de la atención médica, se le pueden atribuir al tabaco 7 mil millones, es decir, 4.3 % del gasto total del IMSS a nivel nacional en el año 2004 (Reynales-Shigematsu et al., 2006). El consumo del tabaco se encuentra ligado con sintomatología depresiva en varones, sobre todo cuando el consumo es elevado, una cajetilla o más. Se ha identificado que esta relación del consumo de tabaco y depresión guarda una relación directa con la gravedad de la dependencia a la nicotina (Machain et al., 2008).

Asimismo, en algunas comunidades de bajos recursos socioeconómicos, los consumidores de tabaco consideran como artículos de lujo a los alimentos como huevo, leche y carne, pero al tabaco como si fuese un artículo de primera necesidad. El consumo de tabaco los está orillando a la desnutrición, cuando los ingresos deberían funcionar para alimentarse. Por ejemplo en Bangladesh, 10.5 millones de personas carecen de alimentos y mueren 350 niños al día, esto es atribuido al desvío económico por el consumo tabaco. Los gastos que se generan de la atención médica derivada del tabaco empobrecen a la familia y más aún cuando muere el proveedor principal, los costos comienzan al inicio del consumo de tabaco mas no con la enfermedad como puede llegar a considerarse; es aquí, en el primer cigarrillo cuando comienzan a desviarse tales recursos (Domínguez et al., 2004).

Por otra parte el consumo de tabaco se ha convertido en un enemigo a eliminar, para evitar que el consumidor contraiga alguna enfermedad provocando daños nocivos en la salud para el consumidor y los fumadores pasivos, asimismo se ha buscado una separación en los fumadores y los no fumadores evitando que se ocupen espacios públicos cerrados y algunos al aire libre logrando tener espacios libres de humo de tabaco. El fumador es considerado en algo molesto, anormal y mal considerado en el aspecto social llegando a ser una amenaza en el sector salud (Díaz, 2011). En el ámbito laboral no se queda atrás en cuanto a los contextos sociales que se ven afectados por el consumo de tabaco, en Estados Unidos la prevalencia de trabajadores fumadores era de 16% en 2005. No existe una regulación del consumo de tabaco en áreas de trabajo, las empresas deben implementar medidas para reducir al mínimo la exposición pasiva en los comedores, salas de reunión, así como destinar áreas específicas para el consumo de tabaco (Sandí Arias, 2015).

El consumo de tabaco no solamente es referido como un peligro para la salud, desde el punto de vista económico, se vuelve un riesgo a largo plazo a causa de los costos sociales y sanitarios para los presupuestos nacionales e internacionales. A pesar del conocimiento sobre los daños del consumo de tabaco, éste tiene gran importancia socioeconómica en los países en vías de desarrollo, un gran número de personas en diversos países dependen del cultivo de tabaco (Nations, 1990). El tabaquismo se encuentra avanzando de manera veloz y se estima que en las próximas décadas se producirá más del 80% de muertes relacionadas con esta actividad. Es por esto que los peligrosos efectos del tabaco

se hacen visibles en el consumidor muchos años después (OMS, 2010). De aquí la importancia de conocer a fondo el fenómeno del tabaquismo y sus variables, estas incluyen al sujeto mismo y su capacidad para hacer frente a este tipo de situaciones.

EFFECTOS DEL CONSUMO DE TABACO		
	A Corto Plazo	A Largo Plazo
Neurobiológicos	Aumento de energía, placer y en la dopamina. Reducción del estrés y mejora en el rendimiento.	Adicción, dependencia, cáncer, enfermedades cardiovasculares y daño pulmonar.
Conductuales	Reduce la ansiedad, controla el peso, y mejora la interacción social.	Desequilibrio emocional, eyaculación precoz, afectación en la fertilidad y acelera la llegada de la menopausia.
Sociales	Daños a fumadores pasivos, problemas laborales. Mejora la interacción con otros consumidores.	Perdida de la productividad, aumento de los costos en el sector salud, depresión, desnutrición y desvío económico por el consumo.

Figura 6. Efectos del consumo de tabaco a corto y largo plazo. Se muestran los efectos neurobiológicos, conductuales y sociales del consumo de tabaco.

Resiliencia

Definición

Desde siempre los sujetos han hecho frente a las adversidades de la vida, a través de desplegar estrategias conductuales de adaptación. Actualmente a estas estrategias están referidas en el término resiliencia que ya historiadores han documentado sobre como las culturas progresan a pesar de los conflictos que se generan dentro, profesionales de la salud se sorprenden constantemente al corroborar como sujetos que viven en condiciones extremas tienen la capacidad de sobreponerse y llevar una vida normal o que con su actitud y mentalidad hayan sido capaces de superar positivamente los límites que se les pronosticaba (Arciniega, 2005). Los conceptos que se han desarrollado con el tiempo sobre la resiliencia se enfocan principalmente en cuatro características; primero las que se encuentran relacionadas con la adaptabilidad, segundo las que incluyen el concepto de habilidad o capacidad, tercero las que consideran la conjunción de factores internos y externos, por último las que definen a la resiliencia como adaptación y proceso (García-Vesga & Ossa, 2013).

El término resiliencia proviene del latín *resilio* que significa volver atrás o volver de un salto, su uso se desarrolla en diversas áreas del conocimiento. Las disciplinas que estudian la resiliencia buscan un concepto transdisciplinario que unifique diversas acepciones ya sea en Psicología, Antropología, Sociología, Física, Sector Salud, Economía, Trabajo social, Derecho y Ciencias de la Comunicación. Por ejemplo, en la Física donde se da su origen, se refiere a la

cualidad de los materiales para recobrar su forma inicial, doblarse con flexibilidad, resistir presión, no deformarse ante presiones y fuerzas externas así como la capacidad de resistencia al impacto (Garrido & Sotelo, 2005; Piaggio, 2009).

Por otro lado, resiliencia es una castellanización del término en inglés *resilience* o *resiliency*, en las ciencias biológicas se le conoce como la capacidad de un ecosistema u organismo para regresar a la estabilidad después de haber sufrido una alteración. Es indispensable que el sujeto se vea expuesto en una situación de estrés y en donde su esfuerzo por luchar termina, logrando así una adaptación positiva a pesar de las agresiones generadas a lo largo del desarrollo para que el proceso de resiliencia suceda. También se puede presentar la conducta resiliente en el individuo expuesto al evento traumático mostrando una mejor evolución a la esperada, que se mantenga positiva su adaptación a pesar de cualquier experiencia estresante, o bien que se obtenga una favorable recuperación después del trauma (Cortés, Gissel, & Palacios Cruz, 2011).

En psiquiatría, este concepto y el estudio de la resiliencia surge del desarrollo de una psicopatología principalmente en niños, los cuales pueden desarrollar enfermedades mentales heredadas por los padres como problemas perinatales y conflictos interpersonales, esto ha venido a reforzar una perspectiva más actual, contextual y sistémica sobre el desarrollo humano al afirmar que una niñez de condiciones adversas y conflictivas no determina necesariamente ni conlleva de manera inevitable hacia la desadaptación o un trastorno futuro pronosticado (Arciniega, 2005). Cuando la resiliencia da el salto de las ciencias duras a las ciencias sociales se le identificó como la capacidad para desarrollarse

de forma positiva y salir fortalecido para vivir de una manera socialmente aceptada, esto a pesar de los problemas que puedan presentarse y que se convierten en un riesgo de desenlace negativo (Piaggio, 2009).

De esta manera podemos entender el fenómeno de la resiliencia como un concepto evolutivo y de la salud que caracteriza los procesos dinámicos que facilitan la organización e integración de las experiencias en formas de funcionamiento adaptativos. Este concepto viene a reafirmar la capacidad del sujeto para superar situaciones potencialmente traumáticas transponiendo el determinismo y abriendo la posibilidad de esperanza en el desarrollo de la adaptación, inclusive en situaciones y escenarios marcadamente problemáticos (Junqueira & Deslandes, 2003). Antes de dar paso a las variables que giran en torno a la resiliencia es necesario subrayar que técnicamente considerar a un sujeto resiliente es inadecuado de la terminología diagnóstica, porque resiliencia es parte de la descripción de un modelo general, sería más propio decir que ese sujeto posee las características de la resiliencia, las cuales pueden ser transitorias o específicas hacia algunos contextos (Castro & Moreno, 2007).

Características

Los sujetos con poca conducta resiliente tienen la característica de sufrir episodios de pensamientos compulsivos e intrusivos, así como los individuos con un alto nivel de resiliencia que tienen la particularidad de sobreponerse y superar las experiencias negativas y así mantener firmeza en el estado de ánimo, logrando

salir ante cualquier adversidad. Las bases neurobiológicas que subyacen a cambios cognitivos que se asocian a una conducta resiliente se encuentran en diferentes regiones cerebrales; la neocorteza cerebral y subcortical, amígdala, hipocampo y el locus coeruleus, así como las bases neuroquímicas que intervienen en la resiliencia como son la hormona testosterona y el neurotransmisor noradrenalina (Naranjo Álvarez, 2010).

De esta manera, los autores integran en sus conceptos la variable de adaptación positiva como un sinónimo de resiliencia, se ha considerado que existe una diferencia, la cual radica en que para que la resiliencia se desarrolle, deben aparecer el factor de riesgo y protección. Por otro lado, se logra identificar que un sujeto que se comporta resiliente, se encuentra en una búsqueda por sobrepasar la adversidad e ir más allá de donde estaba al momento del problema, asimismo la adaptación positiva se refiere principalmente al afrontamiento de una situación en particular sin la necesidad de prever las consecuencias a futuro (García-Vesga & Ossa, 2013).

Por otro lado, Kumpfer y Hopkins en 1993 (citado por (Becoña et al., 2007) mencionan que son siete los principales componentes de la resiliencia en los jóvenes, las cuales se tienen que ir adquiriendo desde la niñez, en la interacción con el ambiente, la familia y la educación, llevando al adolescente a adquirir las habilidades de afrontamiento y solución de problemas como:

1. Optimismo: tener alternativas y ver el lado bueno de las cosas a pesar de la dificultad que hay para lograrlo.

2. Empatía: comprender las ideas o pensamientos de una tercera persona y responder de manera adecuada.
3. Insight: (capacidad de darse cuenta) entender y comprender de una manera interna lo que se percibe en el ambiente.
4. Competencia intelectual: fomentar la innovación, flexibilidad y la creatividad de tener nuevas alternativas para resolver situaciones estresantes.
5. Autoestima: valoración y aceptación de uno mismo para el desarrollo personal.
6. Dirección o misión: enfocar nuestros objetivos a lo que queremos llegar, tener y resolver
7. Determinismo y perseverancia: persistir en la realización o conclusión de alguna situación o problema sin rendirse a pesar de la dificultad que presente (Becoña et al., 2007).

De la misma manera hay fuentes en la resiliencia que promueven actitudes favoreciendo el desarrollo de habilidades en el sujeto que le permitirían afrontar cualquier adversidad, posibilitando a los sujetos a salir fortalecidos, la disponibilidad de redes de apoyo externas que de alguna manera refuercen los intentos del sujeto por adaptarse, los medios familiares y sociales, así como las características de la personalidad (Kalbermatter, Goyeneche, & Heredia, 2006).

Desarrollo de la Conducta resiliente

Para conocer los detalles del desarrollo de la resiliencia es necesario hacer una distinción entre éste tema y la autoeficacia. Como hemos visto en la definición de resiliencia, ésta se identifica como la capacidad que tiene un sujeto para desarrollarse de manera positiva y salir fortalecido a pesar de los problemas que se puedan presentar a lo largo de la vida (Piaggio, 2009). Por otro lado, la autoeficacia está enfocada hacia las habilidades que tiene un sujeto para lograr una tarea específica con éxito, se refiere a los juicios que se hacen sobre la propia capacidad para resolver problemas (Woolfolk, 2006).

Debemos tomar en cuenta que son múltiples las variables que se deben analizar para el desarrollo de una conducta resiliente, en particular se conoce que es un proceso que implica el impulso de factores resilientes, los cuales requieren de un comportamiento que se caracteriza con el darse cuenta o insight de la adversidad. Posteriormente se evalúa la respuesta más indicada, logrando así un aprendizaje sobre la experiencia, se valora el impacto ejercido sobre otros sujetos para no perjudicarlos y finalmente se reconoce un bienestar y el mejoramiento en la calidad de vida, es decir, la meta de la resiliencia es la salud mental y emocional de los sujetos (Kalbermatter et al., 2006).

Asimismo existen características personales que permiten al sujeto a superar los cambios por los que está pasando como son la autoestima y la autonomía. Al respecto se conoce que existen factores para el estudio de la resiliencia que conforman el modelo tríadico los cuales son: características

genéticas las cuales actúan en los factores ambientales y sociales en un ambiente favorable, una fortaleza intrapsíquica así como las habilidades adquiridas y orientadas a la acción son las habilidades sociales que va experimentando el sujeto así como la atención emocional, la expresión creativa y la resolución de problemas logrando promover la resiliencia si se aumentan esas situaciones desde la infancia como se muestra en la figura 7 (Piaggio, 2009).

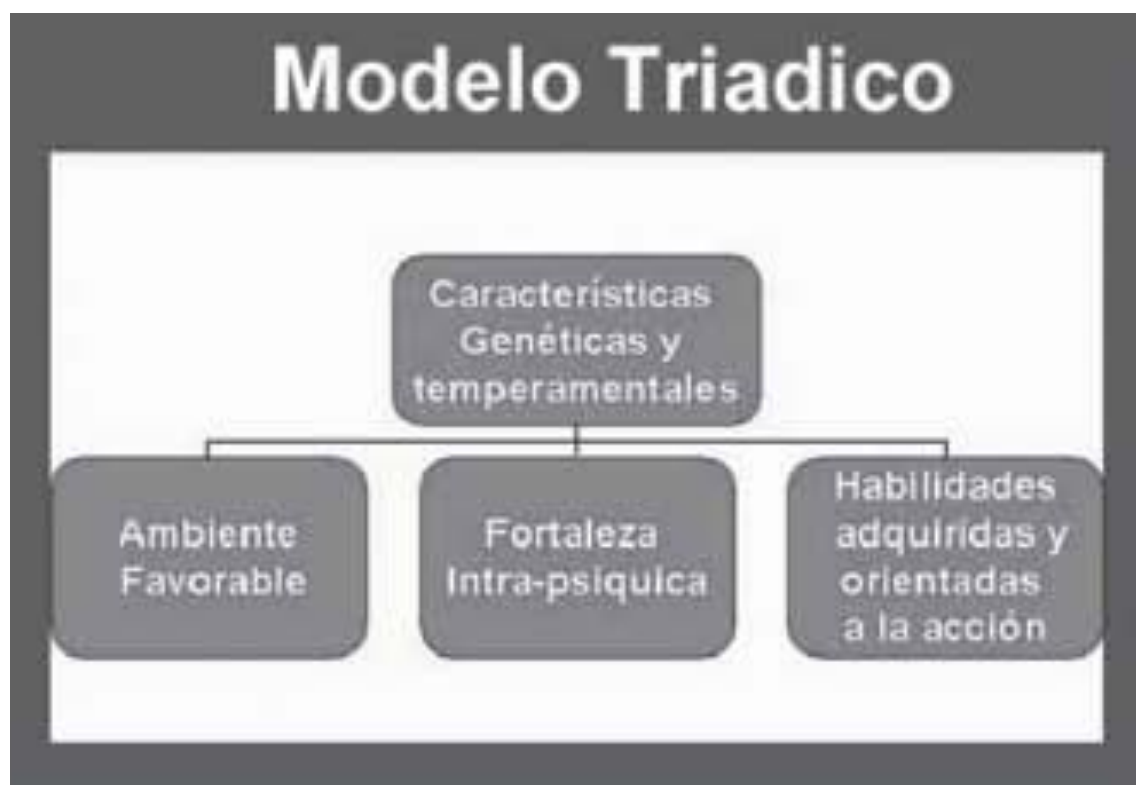


Figura 7. .Modelo triádico Características de la resiliencia. Tomado de Piaggio, A. M. R. (2009). Resiliencia. *Revista Psicopedagogia*, 26(80): 291–302.

Los procesos de desarrollo son en sí mismos un modelo de adaptación en la continuidad del tiempo, es por ello que los niveles anteriores de adaptación son

meramente de probabilidad y no determinantes del funcionamiento posterior. En una etapa de la evolución la competencia ofrece al niño fundamentos para continuar con su desarrollo en las siguientes etapas. Del mismo modo, la inadaptación dentro de un periodo evolutivo llega a comprometer la capacidad del niño para su desarrollo posterior. No obstante, la naturaleza probabilística de las asociaciones entre continuos niveles de adaptación lleva a la heterogeneidad en los modelos evolutivos, por consiguiente el proceso de adaptación del niño nos lleva al concepto de resiliencia (Castro & Moreno, 2007).

La resiliencia en la adolescencia se considera como la capacidad que tienen para resolver el problema de identidad que están atravesando, se va desarrollando la madurez para dar sentido a su autonomía y obtienen la capacidad de ser responsables en sus proyectos a lograr. Al respecto, los resultados que muestra una prueba chilena que describe y compara los factores de resiliencia entre hombres y mujeres de diferentes edades muestran puntajes más altos de resiliencia en jóvenes de 19 a 24 años, mientras se observaron puntajes bajos en adultos entre 46 y 55 años de edad. Igualmente no existen diferencias significativas entre los niveles de resiliencia entre hombres y mujeres (Saavedra Guajardo & Villalta Paucar, 2008). Asimismo, la resiliencia puede ser un factor de protección en el adolescente ya que ante la falta de ella, puede consumir cualquier sustancia psicoactiva como el tabaco y evadir su estado de ánimo bajo o los problemas en los que se encuentre. Además puede recurrir a esta sustancia para aliviar heridas emocionales y psicológicas causadas por experiencias traumáticas,

por el contrario las personas con una mayor resiliencia consumen menos tabaco teniendo un mejor nivel de adaptación (Becoña et al., 2007).

Por otro lado, el adolescente tiene que ir construyendo conscientemente sus características resilientes, potenciar sus posibilidades y recursos existentes para dirigir alternativas de solución de problemas, pero sobre todo desarrollar factores resilientes que superen las situaciones desfavorables en su devenir cotidiano. El sujeto debe ser más un protagonista que un receptor para lograr el conocimiento y asimilación de sus capacidades y limitaciones, poder desarrollar la creatividad, y así ejercer una independencia responsable que le pueda permitir tener al alcance las habilidades necesarias para enfrentar eficientemente situaciones específicas, con objeto de proyectarse hacia el futuro y fortalecer los vínculos con sus redes de apoyo (Melillo, Suárez, & Rodríguez, 2004). Son ellos, los adolescentes quienes tienen mayor riesgo de presentar crisis de distinto orden a causa de su exposición a conductas de riesgo como sexuales, de maduración, socioeconómicas, así como algunas patologías (Maddaleno, Morello, & Infante, 2003).

Existen innumerables reportes en la literatura que ponen de manifiesto la importancia de una conducta resiliente, por ejemplo: presos políticos que logran salir fortalecidos de sus conflictos y continuaron con sus vidas como el caso de Nelson Mandela o Ana Frank, los millones de inmigrantes que año con año abandonan sus países, familias y vidas atrás para poder ofrecerles una mejor calidad de vida después de haber vivido en muy malas condiciones. De forma similar los sobrevivientes de enfermedades a los que se les pronostica poco

tiempo de vida como el caso del físico teórico británico Stephen Hawking que a la edad de 20 años se le diagnosticó esclerosis lateral amiotrófica (ELA), un trastorno degenerativo neuromuscular. En 1988 publicó su libro *Historia del tiempo: del big bang a los agujeros negros* que ha sido traducido a 37 idiomas y ha vendido más de 20 millones de ejemplares. Las limitaciones físicas de Hawking no interrumpieron su capacidad intelectual y pronóstico de vida, salió fortalecido de una serie de problemas (Turienzo & Sala, 2011).

En otro sentido Krauskopf propuso en 1995 que la adversidad fortalece más que la no exposición al peligro como se podría llegar a pensar, él asevera que una sobreprotección hacia el sujeto evita que éste desarrolle su capacidad de respuesta frente a la adversidad. Hacer frente a los problemas permite que el sujeto obtenga niveles altos de competencia y salud, en otras palabras, es necesario tener oportunidades para generar respuestas resilientes (Prado Álvarez & Águila Chávez, 2003).

Es la adolescencia donde la resiliencia juega un papel relevante, para presentar los ajustes pertinentes interna y externamente para formar su personalidad, el adolescente asume una conducta orientada a metas y desarrolla su rol para la vida adulta. Ante estos cambios, se conoce que existen diferencias por género, se destaca que son las mujeres quienes perciben un mayor apoyo por parte de su entorno familiar y social, por lo que se ve reflejado en una mayor conducta resiliente cuando existe apoyo significativo de amigos y familia, así el hombre va a representar una mayor vulnerabilidad al riesgo, pero sin mayor apoyo social o familiar, lo que reduce su nivel de resiliencia como lo muestra la tabla 3.

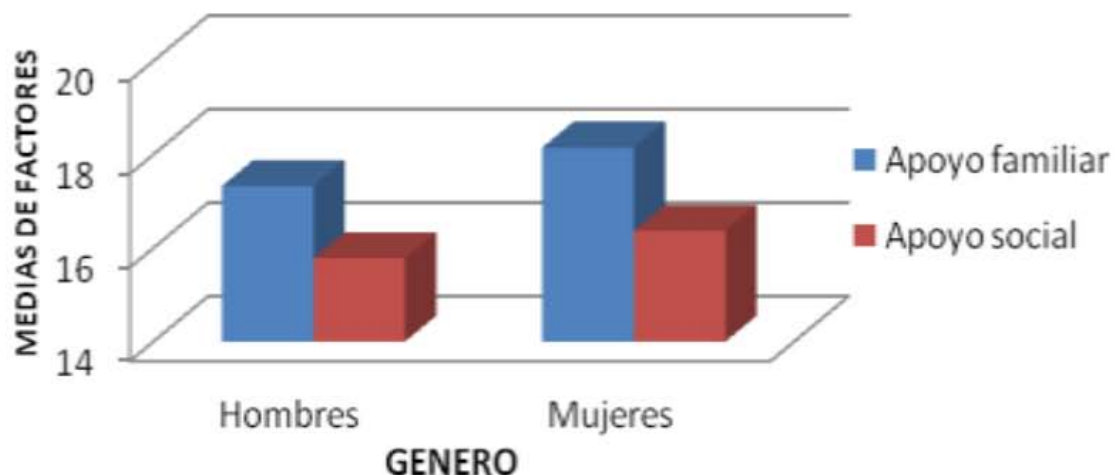


Tabla 3. Diferencias con base en el género de los participantes en los factores Apoyo familiar y Apoyo social Prado, R., & Águila, M. (2003). Diferencia en la resiliencia según género y nivel socioeconómico en adolescentes. *Persona*, (6).

La resiliencia puede variar a lo largo del tiempo y depende de las circunstancias por las que haya pasado el sujeto, lo cual esos cambios son importantes desde una separación familiar o un cambio de escuela, los cuales varían un estudio realizado en 2013 aplicando el cuestionario de resiliencia de González Arratia (2011) a 607 participantes hombres y mujeres de la ciudad de Toluca México, separando en cuatro grupos de edad, niños, adolescentes, adultos jóvenes y adultez media; mostrando que los niños y los adultos jóvenes presentan mayores factores protectores internos mientras que los adolescentes y el grupo de adultez media establecen más de factores protectores externos, respecto a las características resilientes.(González & Valdez, 2013).

Otro ejemplo esta en los estudiantes que presentan un nivel educativo bajo, al no obtener buenas calificaciones, al no participar en la clase, al no responder de

manera correcta; se comienza a generar una baja autoestima u obtener un nivel de resiliencia bajo; el profesor al otorgar calificaciones negativas a los alumnos, las llamadas de atención al alumno ofrecen educación carente de afecto y por último la escuela la cual ofrece la elección de tomar talleres que ayuden a desempeñar diferentes habilidades para fomentar la destreza y la iniciativa al alumno (Jadue, Galindo, & Navarro, 2005).

Para definir a un niño o adolescente con resiliencia son los que tienen más contacto con otras personas, pueden generar respuestas positivas en una tercera persona con actitud activa, alto nivel de adaptación, flexible a los cambios; las principales cualidades de tener un alto nivel de resiliencia es estar preparado para responder a cualquier impulso negativo o situación de riesgo por la que esté pasando desde la pérdida de un familiar como una separación por parte de los padres o bajo nivel académico (Munist, Santos, Kotliarenco, Suárez, & Grotberg, 1998).

Cuando un niño se encuentra en una situación de conflicto en donde su compañero de la escuela lo golpea, para promover la conducta resiliente la madre debe escucharlo y buscar una solución en donde su hijo salga beneficiado del problema en el que se encuentre, el niño debe mostrarse con la libertad de volver a contar lo que sucede en la escuela, aprender a buscar y obtener otras soluciones en cual sea la situación en la que se encuentre (Munist et al., 1998).

Factores de protección

Una vez que se conocen las características que se enmarcan alrededor de la resiliencia, debemos adentrarnos en uno de los factores más importantes de dicho tema, como son los factores de protección y riesgo. El modelo de resiliencia describe la existencia de escudos protectores o factores de resiliencia que van a hacer que las fuerzas negativas no actúen linealmente, disminuyendo sus efectos para transformarlos en elementos que ayudarán a superar una situación difícil (Piaggio, 2009).

De esta manera, los factores de protección que se presentan en los adolescentes para desarrollar la resiliencia son; la familia ya que por medio del apoyo, la comprensión, estabilidad emocional y un buen ambiente en su casa hacen del adolescente un sujeto con alta autoestima es capaz de sobreponerse a diferentes obstáculos. Por otra parte, si el ambiente es diferente, es decir, carente de afecto y seguridad por parte de la familia, el adolescente es poco probable que desarrolle resiliencia (Jadue et al., 2005).

Asimismo, los factores de riesgo aumentan la posibilidad de desarrollar algún problema psicológico o conductual provocado por algún evento traumático, esto es debido a factores como lo son el bajo nivel socioeconómico, enfermedades, pérdidas, bajo nivel académico, carencia emocional, en cuanto a los factores protectores son las cualidades de las personas así como los eventos y el ambiente que ayudan a disminuir los factores de riesgo (Pereira, 1997).

El modelo de resiliencia describe la existencia de escudos protectores o factores de resiliencia que van a hacer que las fuerzas negativas no actúen linealmente, disminuyendo sus efectos para transformarlos en elementos que ayudarán a superar una situación difícil (Piaggio, 2009).

RESILIENCIA			
Definiciones	Proviene del latín <i>resilio</i> que significa volver atrás o volver de un salto.	<i>Resilience</i> o <i>resiliency</i> , capacidad de un organismo para regresar a la estabilidad después de una alteración.	Capacidad del sujeto para superar situaciones traumáticas, es poseer características de la resiliencia.
Características	Sujetos con bajo nivel de resiliencia tienen eventos de pensamientos compulsivos e intrusivos.	Sujetos con un alto nivel de resiliencia superan las experiencias negativas manteniendo firmeza en el estado de ánimo	Componentes de la resiliencia: optimismo, empatía, insight, autoestima, misión y perseverancia.
Bases neurobiológicas	Los cambios cognitivos en una conducta resiliente se encuentran en diferentes regiones cerebrales.	Neocorteza cerebral y subcortical, amígdala, hipocampo y locus coeruleus.	La hormona testosterona y el neurotransmisor noradrenalina intervienen en la resiliencia
Factores de protección	La familia, por medio del apoyo, comprensión, estabilidad emocional hacen un sujeto con alta autoestima.	Buen ambiente social, educativo, familiar, que genere confianza y no carezca de afecto	Hacen que las fuerzas negativas no actúen linealmente, disminuye sus efectos y los transforma en elementos que ayudan a superar un problema.
Factores de riesgo	Aumentan la posibilidad de desarrollar algún problema psicológico o conductual provocado por un evento traumático.	El bajo nivel socioeconómico, enfermedades, pérdidas, bajo nivel académico, carencia emocional.	No tener las habilidades necesarias para enfrentar satisfactoriamente situaciones específicas, sin fortalecer sus redes de apoyo.

Figura 8. Características de la Resiliencia. Se muestra las diferentes definiciones que existen respecto a ellas sus características, sus bases neurobiológicas así como los factores de riesgo y protección que se pueden presentar.

Planteamiento del problema

En las últimas décadas se ha incrementado notablemente el número de investigaciones acerca del consumo de sustancias y sus efectos en la salud, indicando que entre 162 y 324 millones de personas por todo el mundo, han consumido alguna droga ilícita, sin tomar en cuenta los problemas secundarios que se generan en los sujetos y sus interacciones (Villatoro, Medina, Martín del campo, & Nanni, 2015). Se considera a la adicción como una enfermedad crónica cerebral que se caracteriza por la búsqueda y el abuso compulsivo de la sustancia, en la cual se generan cambios conductuales, psicológicos y estructurales (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 2013). La situación actual de las adicciones han evidenciado que los modelos que controlan su uso y la falta de acción por parte de las políticas gubernamentales no han logrado contenerlo, ya que se ha registrado el creciente grado de consumo en todos los niveles socioeconómicos (Villatoro et al., 2012).

El consumo de tabaco es un problema de salud pública que se ha convertido en la primera causa de mortalidad a nivel mundial, debido en parte a que es la sustancia psicoactiva de mayor consumo legal que genera adicción y distintos tipos de enfermedades como el cáncer. Asimismo el tabaco se ha convertido en la principal sustancia consumida por los adolescentes por su fácil acceso; en particular se conoce que en México se redujo la edad de inicio de esta sustancia pasando de los 21 a los 13 años (Jacobs et al., 2006). Además que su abuso de esta sustancia tiene consecuencias en lo social, familiar, individual y genético en el adolescente que recurre a su consumo para salir de cualquier

conflicto. Al respecto, un reporte de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes presentó los resultados del uso de sustancias que incluyen alcohol y tabaco en los cuales se evidencia un aumento del 53.2% en el consumo de tabaco en hombres y mujeres por lo menos una vez en la vida (Villatoro et al., 2015).

Por otro lado, los sujetos se han enfrentado a diversos conflictos de la vida desde siempre, se han desarrollado estrategias conductuales para una mejor adaptación al ambiente, éstas estrategias actualmente se conocen con el término de resiliencia (Arciniega, 2005), el cual se identifica como la capacidad para desarrollarse de forma positiva y salir fortalecido (Piaggio, 2009). En este orden de ideas, se conoce que el adolescente se encuentre expuesto en una situación estresante para poder lograr una adaptación positiva a pesar de los conflictos generados en el desarrollo para que el proceso de resiliencia suceda y el sujeto se vea fortalecido al obtener las características resilientes (Cortés et al., 2011). El hecho de que el sujeto genere o no características resilientes es consecuencia del apareamiento entre los factores de riesgo (la exposición al problema) y los factores de protección (apoyo familiar y social).

El daño que genera a nivel global y nacional el consumo a tabaco, nos obliga a estudiar los factores que inciden en este fenómeno. Al respecto la resiliencia puede explicar en parte como se desarrolla una conducta adictiva al tabaco, en la población adolescente, ya que el aumento en el consumo es homogéneo, no respeta género, edad ni estrato socioeconómico. La OMS señala que el tabaquismo es la segunda causa de muerte en el mundo, para el año 2020

habrá más muertes por el consumo de tabaco, actualmente se estiman 1000 millones de decesos en hombres y 250 millones en mujeres a nivel mundial (Ghiardo, 2003; Kuri et al., 2006). En México, estados como Baja California, Nayarit, Nuevo León, Sinaloa y Sonora reportaron al tabaco como la sustancia de inicio al consumo de otras drogas (Villatoro et al., 2015). El tabaquismo contiene en sí mismo una gran variedad de consecuencias para la sociedad, esto se debe en gran medida a los daños que provoca en la salud, los gastos para la atención médica, pérdidas en la productividad y la muerte prematura tanto del consumidor como los expuestos al humo del tabaco (Reynales-Shigematsu et al., 2006). La nicotina, uno de los múltiples compuestos del tabaco, se considera responsable de los efectos farmacológicos agudos por su consumo, es también la creadora de la dependencia al tabaco. Los efectos dañinos van desde los cardiovasculares, pulmonares y hasta cancerígenos (Martínez Ruiz, & Valladolid Rubio, 2002).

En suma, el tabaquismo se encuentra en crecimiento a nivel global y se estima que en las próximas décadas provocará más del 80% de muertes relacionadas con esta actividad. De aquí que los peligrosos efectos del tabaco se hagan visibles en el consumidor muchos años después, por lo que su consumo de hoy será el problema de mañana (OMS, 2010). Se han estudiado diferentes variables asociadas al consumo de tabaco y sus consecuencias a la salud pública, sin embargo no se ha revisado el papel de la resiliencia al respecto, ya que son limitados los estudios por ser una aproximación novedosa en psicología. Por tanto, en el presente estudio se analiza la relación entre la resiliencia y el consumo de tabaco en adolescentes.

Objetivos

General

Identificar la participación de la resiliencia en el consumo de tabaco.

Particulares

1. Identificar si existe resiliencia por parte de los adolescentes al consumir tabaco en hombres y mujeres.
2. Analizar si existe relación entre resiliencia y autoeficacia en el consumo de tabaco.

Método

Participantes

Hombres y mujeres estudiantes de preparatoria de la Universidad Latina Campus Sur; en turno vespertino y matutino entre 15 y 19 años de edad.

Criterios de inclusión

Hombres y mujeres de 13 a 19 años de edad, estudiantes de preparatoria de la Universidad Latina del turno matutino y vespertino que cuenten con el consentimiento firmado por parte del padre o tutor.

Criterios de exclusión

Adolescentes sin consentimiento firmado por el padre o tutor.

Lugar de aplicación

Laboratorio 1 de Psicofisiología y cámara de Gesell de la Universidad Latina
Campus Sur.

Materiales

Muestra impresa en hojas tamaño carta y engrapadas con los tres instrumentos a evaluar, pluma de tinta negra para cada uno de los participantes.

Instrumentos

Para el cálculo de la muestra se tomaron los siguientes cuestionarios:

- Cuestionario de confianza Situacional versión breve (Annis & Martín, 1985; Traducción y Adaptación Echeverría & Ayala, 1997).

Este cuestionario cuenta con 8 reactivos que miden el concepto de autoeficacia con la finalidad de conocer la habilidad del participante para afrontar sus situaciones de consumo.

- Cuestionario de Resiliencia (Rodríguez- Kuri, y Pérez, 2002).

Cuenta con 70 reactivos que identifica características de resiliencia así como Control de impulsos, Actitud Pro- Social Asertividad, Expresión de Sentimientos y Autoestima.

- Test de Fagerström de dependencia a la nicotina. (Karl Fagerström 1978)

El test cuenta con 6 ítems clasificando la dependencia a la nicotina en leve, moderada o severa, consiste en conocer la cantidad de cigarrillos fumados al día así como el tiempo que transcurre desde que la persona se levanta y fuma el primer cigarrillo.

Procedimiento de la recolección de datos

Se entregaron 90 consentimientos informados a los alumnos de preparatoria de la Universidad Latina en el turno matutino y 90 en el turno vespertino, invitándolos a participar en la encuesta llevada a cabo por tesistas de la carrera de Psicología de la Universidad Latina para conocer el porcentaje de resiliencia y la adicción al consumo de tabaco de los adolescentes de dicha Universidad. Una vez recogido los consentimientos firmados y autorizados por el padre o tutor se realizó una lista con el número de participantes de ambos turnos teniendo un total de 53 alumnos de preparatoria.

Con un total de 29 alumnos de preparatoria en el turno matutino se llevó a cabo la aplicación de la muestra en la cámara de Gesell de la Universidad Latina con duración de 20 minutos por cada grupo formado de 12 alumnos; entregando la muestra y una pluma de tinta negra, pidiéndoles llenar en la parte superior de la hoja con su edad, sexo, escolaridad y turno. Asimismo en el turno vespertino con

un total de 24 alumnos se realizó la aplicación en el laboratorio 1 de Psicofisiología en la Universidad Latina con una duración de 20 minutos aproximadamente.

Hombres		Mujeres		Total
Matutino	14 alumnos	Matutino	15 alumnas	29 alumnos
Vespertino	10 alumnos	Vespertino	14 alumnas	24 alumnos

Figura 9. Total de participantes que realizaron la muestra de la investigación.

Resultados

Los resultados del cuestionario breve de confianza situacional, se analizaron por medio de una prueba t, por género y turno en cada reactivo. No se encontraron diferencias significativas entre género tanto en hombres como en mujeres (figura 10 y 11). Sin embargo se encontraron diferencias significativas en el reactivo 6 entre hombres y mujeres del turno matutino (figura 12). Asimismo, se encontraron diferencias significativas en el reactivo 1 en hombres y mujeres del turno vespertino (figura 13).

Tanto los resultados del Test de Fagerström de dependencia al tabaco, como del inventario para la evaluación de la resiliencia, no se encontraron diferencias significativas (figura 14 y 15). Sin embargo, se observa una tendencia de mayor consumo de tabaco en mujeres tanto del turno matutino como vespertino.

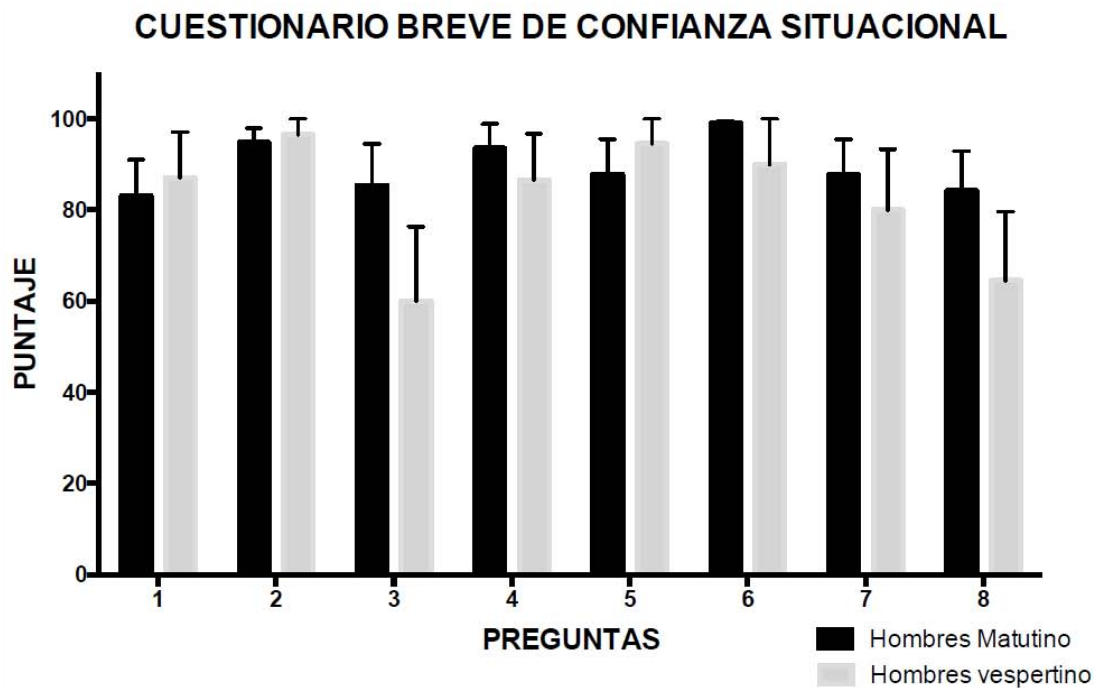


Figura 10. Cuestionario breve de confianza situacional. En la siguiente figura podemos observar que no se encontraron diferencias significativas.

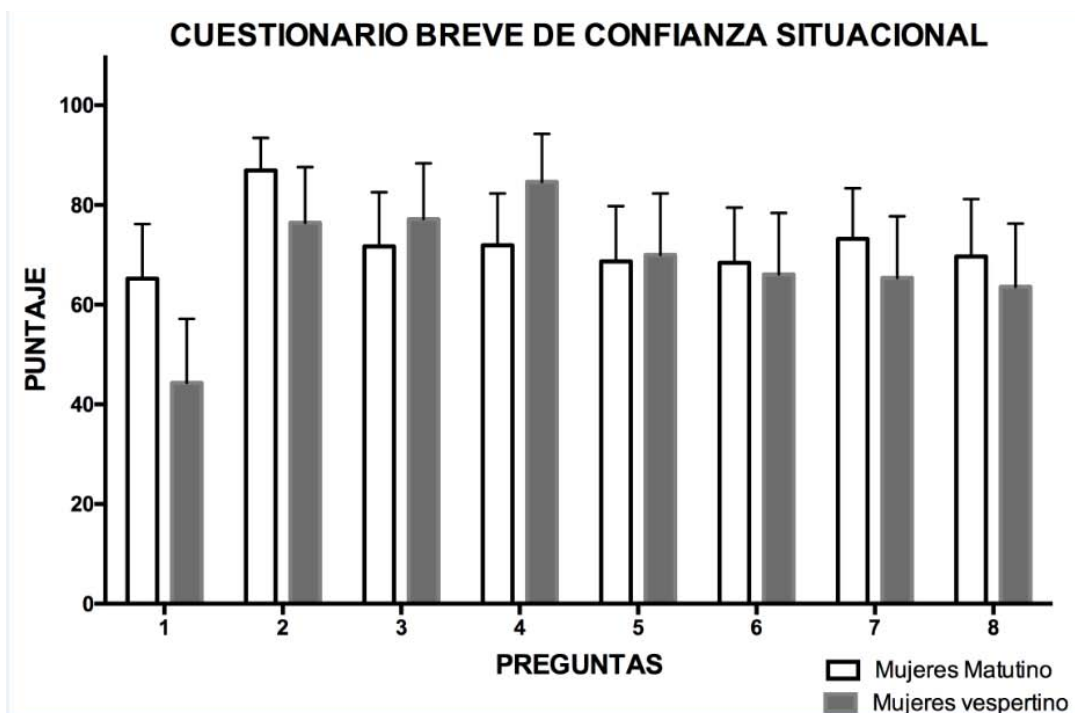


Figura 11. Cuestionario breve de confianza situacional. En la siguiente figura podemos observar que no se encontraron diferencias significativas.

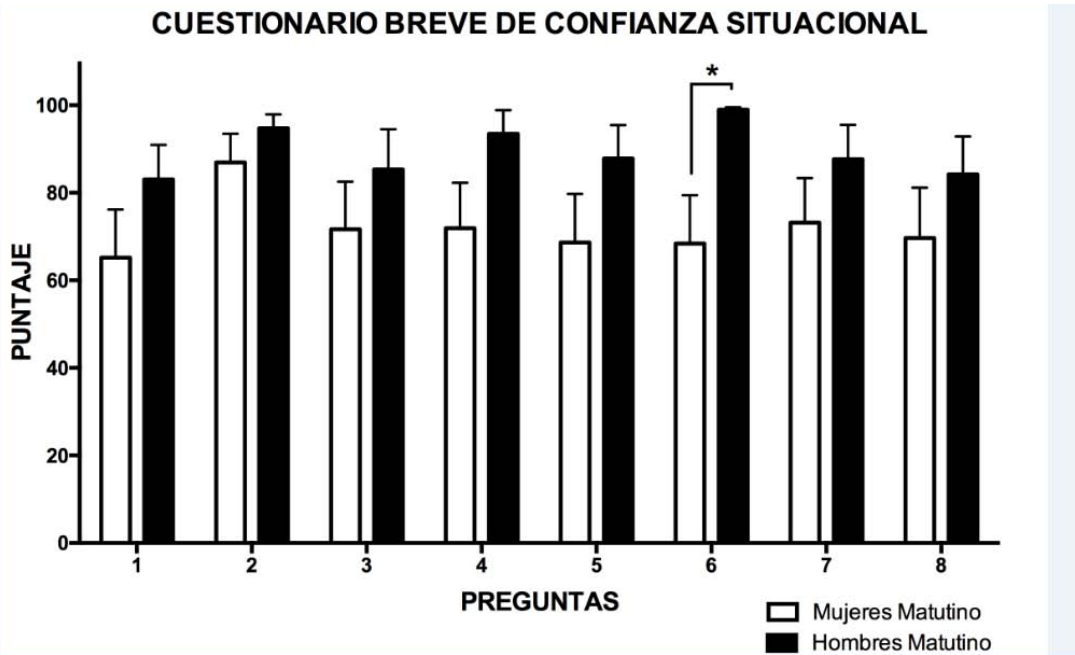


Figura 12. Cuestionario breve de confianza situacional. En esta figura podemos observar que existe una diferencia significativa en el reactivo 6.

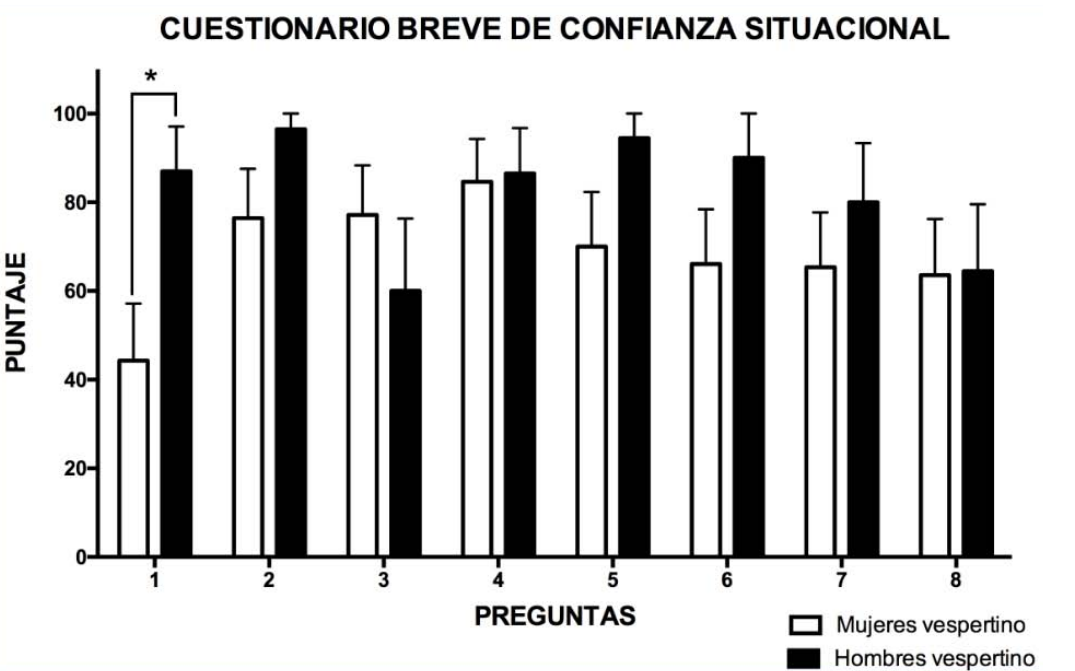


Figura 13. Cuestionario breve de confianza situacional. En la figura podemos observar que existe una diferencia significativa en el reactivo 1.

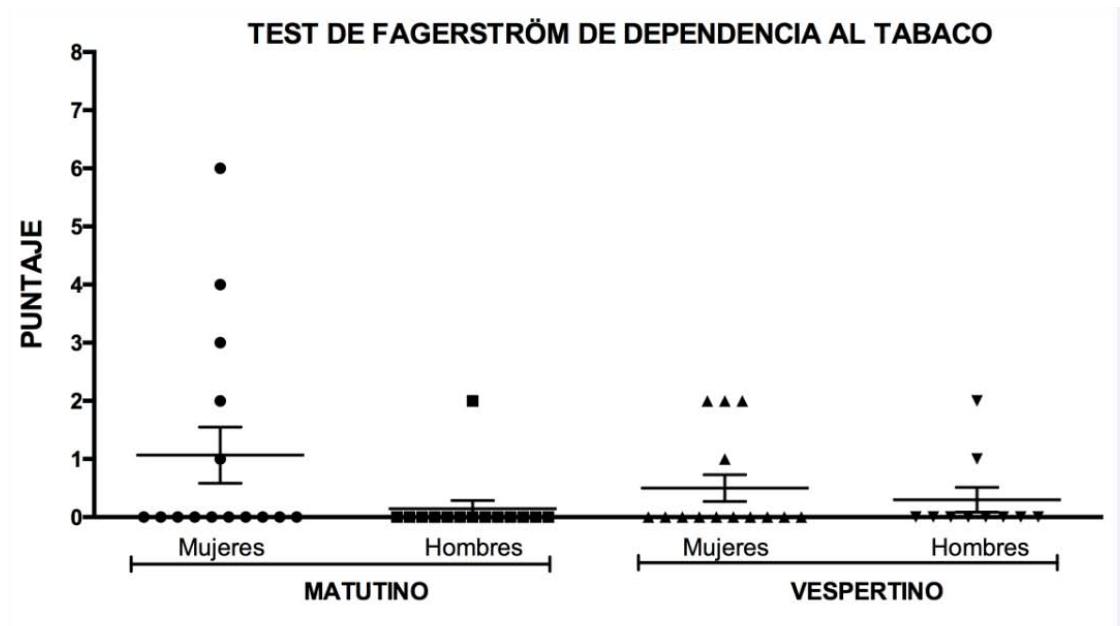


Figura 14. Test de Fagerström de dependencia al tabaco. En esta figura cada sujeto es un punto, podemos observar que la mayoría se encuentra en 0 y las mujeres en cada turno tienden a consumir más tabaco.

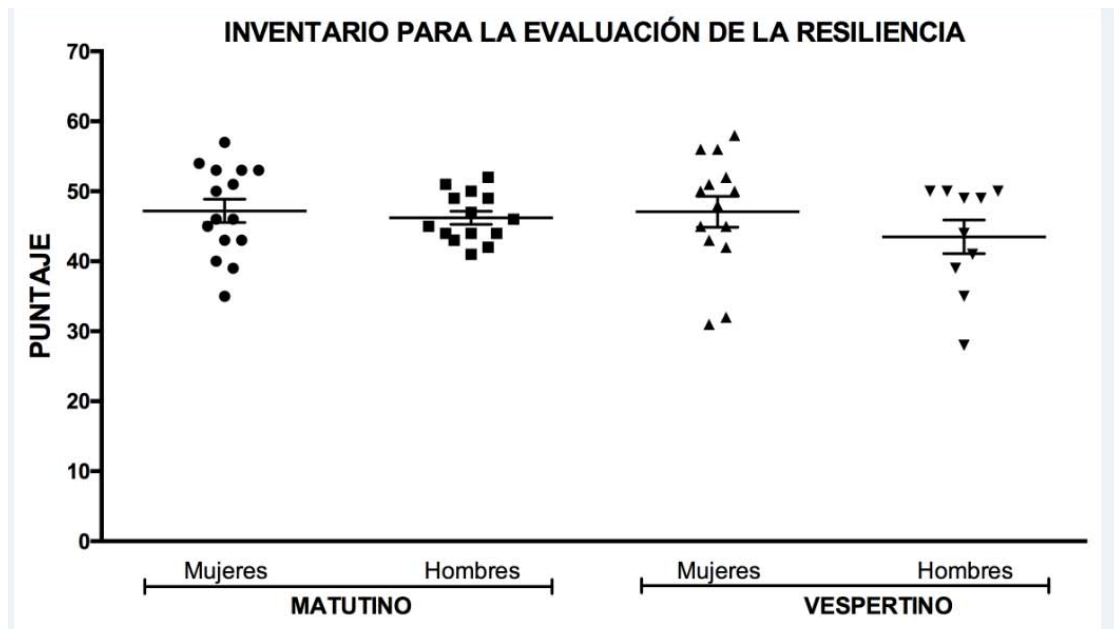


Figura 15. Inventario para la evaluación de la resiliencia. En esta figura podemos observar como cada sujeto se sale de la media, marcada por las líneas.

Discusión

La participación de la resiliencia sobre el consumo de tabaco en adolescentes interactúan diversas variables como la edad, escolaridad, género, la familia e incluso el país en el que vive, éstos factores epidemiológicos se encuentran alrededor del consumo de las sustancias y son importantes para poder tener un contexto en el que un sujeto desarrolla una adicción (Villalobos, 2007).

El consumo de tabaco constituye la primera causa de mortalidad a nivel mundial y la mitad de los consumidores mueren por enfermedades asociadas al tabaquismo (Carranza, 2004). Asimismo se conoce que cuando los adultos comienzan su consumo de tabaco en la adolescencia temprana se incrementa aún más el riesgo de convertirse en un fumador regular y desarrollar una dependencia, (Medina, Peña, Cravioto, Villatoro, & Kuri, 2002). Es importante señalar desde una perspectiva sistémica actual a cerca del desarrollo humano que una niñez rodeada de condiciones adversas y de conflicto no determina necesariamente una desadaptación o un trastorno traumático de manera inevitable o irreversible (Arciniega, 2005).

Diversos conceptos se han desarrollado a través del tiempo sobre la conducta resiliente, estos se encuentran enfocados principalmente en cuatro características; primero las que se encuentran en relación con la adaptación, segundo las que incluyen el concepto de habilidad o capacidad, tercero las que consideran la conjunción de factores internos y externos, por último las que definen a la resiliencia como adaptación y proceso (García-Vesga & Ossa, 2013).

Una conducta resiliente no es igual a una conducta adaptativa, el sujeto con características resilientes no solamente es capaz de desarrollarse de manera adecuada a su entorno, también se beneficia del conflicto que puede llegar a ser la adaptación, siempre logrará solucionar el problema de manera tal que no le afecte y salir siempre con ventaja.

La adolescencia se ha convertido en una etapa crítica en donde el sujeto tiene que desarrollarse física, emocional, social y académicamente, por tanto el desarrollo de una adicción no se puede explicar solo a partir de una condición, (Vélez, 2010). Es importante que ellos puedan dar cuenta de sus conflictos y que tienen la capacidad de desarrollar conductas que les permitan solucionarlos y salir beneficiados de ellos, es por ello la importancia del entendimiento, investigación y análisis de la conducta resiliente. Enfrentarse a los conflictos del día a día permite que cualquier sujeto obtenga niveles altos de competencia y salud, en otras palabras, es primordial tener oportunidades para generar respuestas resilientes (Prado & Águila, 2003). El presente estudio tuvo el objetivo de identificar la participación de la resiliencia en el consumo de tabaco. Se presentaron diversas barreras que limitaron el estudio, por un lado la muestra esperábamos que fuera mucho mayor, nos fueron otorgados menos de la mitad del 100% de los grupos de preparatoria para la aplicación, de igual forma la falta de participación de los estudiantes a los que tuvimos acceso limitó el estudio.

Se encontró que no existen diferencias significativas entre las respuestas de los estudiantes en cuanto al Cuestionario Breve de Confianza Situacional comparando los turnos y dividiendo a hombres y mujeres (Figuras 10 y 11). Por

otro lado, en la pregunta 6 (¿Qué tan seguro (a) te sientes de poder resistir la necesidad de beber en exceso o consumir alguna droga al estar en conflicto con otros?) del mismo cuestionario se encontró una diferencia significativa en donde los varones respondieron que definitivamente no consumirían una sustancia al encontrarse en conflicto con otros, por el contrario, las mujeres respondieron en menor medida que sí consumirían si se encontraran en la misma situación. Cuando se comparó las respuestas por género y turno si se encontró una diferencia significativa en la respuesta de la pregunta 1 (¿Qué tan seguro (a) te sientes de poder resistir la necesidad de beber en exceso o consumir alguna droga al sentir emociones desagradables?), es decir, los varones respondieron en mayor medida que no consumirían alguna droga al momento de encontrarse en una situación emocional desagradable, y por el contrario, las mujeres en menor medida respondieron que sí consumirían alguna sustancia en la misma situación, como se mostraron en las figuras 12 y 13 respectivamente.

En el test de Fagerström de dependencia al tabaco encontramos que únicamente 11 sujetos sobresalían del estándar cuando se hizo la comparación por turnos, 4 mujeres 1 varón en el turno matutino y 4 mujeres 2 varones en el turno vespertino, es decir, las mujeres consumen tabaco en mayor medida que los varones.

En cuanto al Inventario para la Evaluación de la Resiliencia se encontró que 40 alumnos sobresalen del estándar cuando se hizo la comparación entre turnos, 23 del turno matutino (13 varones y 11 mujeres) y 17 de turno vespertino (9 varones y 8 mujeres).

Los resultados del presente estudio demuestran que los alumnos tanto hombres como mujeres de preparatoria de la Universidad Latina presentan una conducta resiliente ante el consumo de tabaco.

Referencias

- Abel, E. L. (1986). *Marihuana, tabaco, alcohol y reproducción*. Ediciones Díaz de Santos.
- Álvarez Velez, M. I. Á., & Montalvo Jääskeläinen, F. (2010). *La familia ante la enfermedad* (Vol. 4). Madrid: Universidad Pontificia Comillas.
- Annan, K., Arbour, L., Bém, P., Branson, R., Henrique, F., Cattai, M., Kazatchkine, M. (2014). *Asumiendo el Control: Caminos Hacia Políticas de Drogas Eficaces*. Global Commission On Drug Policy.
- Arciniega, J. de D. U. (2005). La resiliencia. Una nueva perspectiva en psicopatología del desarrollo. *Revista de Psicodidáctica*, 10, 61–79.
- Arnedillo, J. J. M. (2003). *Tabaquismo. Programa para dejar de fumar*. Díaz de Santos: Ediciones Díaz de Santos.
- Balada, F., Márquez, C., Nadal, R., Redolar, D., & Silvestre, J. (2012). *Farmacología y endocrinología del comportamiento*. Editorial UOC.
- Basso Musso, L. (2011). La vivencia de la dependencia en un consumidor de drogas psicoactivas. *Index de Enfermería*, 20(1-2), 61–65.

- Becoña E., & Cortés M. (2010). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Barcelona: Socidrogalcohol.
- Becoña, E., Miguez, M. C., López, A., Vázquez, M. J., & Pontevedra, M. C. (2007). Resiliencia y consumo de tabaco en jóvenes, *16*, 89–101.
- Becoña Iglesias, E. (2003). El tratamiento psicológico de la adicción a la nicotina. *Papeles del psicólogo*, (85), 6.
- Bello, S., Flores, A., & Bello, M. (2008). Tratamiento farmacológico del tabaquismo. *Revista chilena de enfermedades respiratorias*, *24*(2), 127–137.
- Bustamante, R. (2002). El tratamiento psicológico de la adicción al tabaco en España. Una revisión. *Salud y drogas*, *2*(1), 11–13.
- Bustos, O. E. A. (2012). Algunos factores relacionados con las adicciones. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, *17*(2), 69–70.
- Calafat Far, A., & Juan Jerez, M. (2003). De la etiología a la prevención del uso y abuso de drogas recreativas. *Adicciones: Revista de socidrogalcohol*, *15*(2), 261–287.
- Calleja, N. (2012). Medidas Para El Control Del Tabaco En México Y En El Mundo. *Enseñanza e Investigación en Psicología*. Retrieved February 24, 2017, from
- Castellanos, G., Escobar, A., & Gómez González, B. (2006). Estrés y Conducta Adictiva, *7*, 21–29.
- Castro, E., & Moreno, B. (2007). Resilience in children with physical chronic illness: theoretical aspects. *Psicología em Estudo*, *12*(1), 81–86.

- Cortés, M., Gissel, B., & Palacios Cruz, L. (2011). Resiliencia: ¿Es posible medirla e influir en ella? *Salud mental*, 34(3), 237–246.
- Cruz, N. P., Cruz, H. P., & Manchón, E. J. F. (2007). Nicotina Y Adicción. Un Enfoque Molecular Del Tabaquismo. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 6(1). Retrieved from.
- Cuadrado, Á. I. (2008). Genética de las adicciones. *Adicciones*, 20(2), 103–109.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Dsm-5*. (2013) (5th ed.). Amer Psychiatric Pub Incorporated.
- Díaz, S. R. (2011). Tabaco y cambio social: la construcción del tabaquismo como conducta desviada. *EMPIRIA. Revista de Metodología de las Ciencias Sociales*, 21, 121–142.
- Domínguez, C., César, R., Antuñano, L., J. F., Regalado Pineda, J., & Espinosa Martínez, M. (2004). Consumo de tabaco, una enfermedad social. *Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias*, 17(3), 204–214.
- Escobar, E., Pérez, O., Ramírez, A., & Sansores, R. H. (2007). Efecto del daño de vías dopaminérgicas mesencefálicas en la conducta adictiva al tabaco: Revisión generadora de una hipótesis. *Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias*, 20(1), 56–63.
- Espinoza-Gómez, F., Zepeda-Pamplona, V., Bautista-Hernández, V., Hernández-Suárez, C. M., Newton-Sánchez, O. A., & Plasencia-García, G. R. (2010). Violencia doméstica y riesgo de conducta suicida en universitarios adolescentes. *Salud Pública de México*, 52(3), 213–219.
- Galbe, J., Magallón, R., Clemente, M., Oliván, B., Galve, Z., Aliaga, Y., Traver, P. (2007). Estudio epidemiológico sobre el consumo de tabaco en

- adolescentes de 2.º y 3.º de ESO en Zaragoza. *Pediatría Atención Primaria*, 9(36), 29– 39.
- García, J., Mosqueda, M., Sandobal, I., & Ponce de león, E. (2012). Información y Técnicas para el Trabajo Juvenil de Prevención de Adicciones. Consejo nacional contra las adicciones.
- García-Vesga, M. C., & Ossa, E. D. la. (2013). Desarrollo teórico de la Resiliencia y su aplicación en situaciones adversas: Una revisión analítica. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*. Retrieved March 18, 2016.
- Garrido, V., & Sotelo, P. (2005). Educar para la resiliencia. Un cambio de mirada en la prevención de situaciones de riesgo social. *Revista Complutense de Educación*, 16(1), 107– 124.
- Ghiardo, F. (2003). Acercándonos al sentido del uso de drogas y la prevención desde los jóvenes. *Última década*, 11(18), 123–151.
- González, N. I., & Valdez, J. L. (2013). Resiliencia: Diferencias por Edad en Hombres y Mujeres Mexicanos. *Acta de Investigación Psicológica*, 3(1), 941–955. doi:10.1016/S2007-4719(13)70944.
- Guerrero, M. V., & Loyola, R. B. (2015). El cerebro Adicto. *¿Como ves? Las drogas*, (177), 10–14.
- Hawkins, D. J., Catalano, R. F., & Arthur, M. W. (2002). Promoting science-based prevention in communities. *Addictive Behaviors*, 951– 976.
- Hernández Lopez, T., Roldán Fernández, J., Jiménez Frutos, A., Mora Rodríguez, C., Escarpa Sánchez-Garnica, D., & Pérez Álvarez, M. T. (2009). La Edad

- de Inicio en el Consumo de Drogas, un Indicador de Consumo Problemático. *Psychosocial Intervention*, 18(3), 199–212.
- Irlles Lloret, D. (2001). Alcoholismo: Una visión familiar. *Salud y drogas*, 1, 113–128.
- Jacobs, C., Téllez, M. M., Meneses, F., Campuzano, J., & Hernández, M. (2006). Pobreza, jóvenes y consumo de tabaco en México. *Salud Pública de México*, 48, 83–90.
- Jadue, G., Galindo, A., & Navarro. (2005). Factores Protectores Y Factores De Riesgo Para El Desarrollo De La Resiliencia Encontrados En Una Comunidad Educativa En Riesgo Social. *Estudios Pedagógicos*, 31(2), 43–54.
- Junqueira, M. de F. P. da S., & Deslandes, S. F. (2003). Resilience and child abuse. *Cadernos de Saúde Pública*, 19, 227–235.
- Kalbermatter, M. C., Goyeneche, S., & Heredia, R. (2006). *Resiliente. Se nace, se hace, se rehace*. Editorial, Brujas.
- Koob, G. F., & Moal, M. L. (2005). *Neurobiology of Addiction*. Academic Press.
- Kuri, P. A., González, J. F., Hoy, M. J., & Cortés, M. (2006). Epidemiología del tabaquismo en México. *Salud Pública de México*, 48, 91–98.
- López, M. J. L., Vilariño, C. S., Linares, E. T., & González, J. M. R. (2014). Consumo de sustancias psicoactivas en una muestra de jóvenes universitarios. *Psicología y Salud*, 13(1), 5–17.
- Lorenzo, P., Ladero, J. M., Leza, J. C., & Lizasoain, I. (2009). *Drogodependencias* (3rd ed.). Madrid: Ed. Médica Panamericana.

- Machain, A. C. R., Vélez, N. A. M., García, F. J., Lugo, E. K. L., García, S. C., & Mora, M. E. M. (2008). Relación entre el consumo de tabaco, salud mental y malestares físicos en hombres trabajadores de una empresa textil mexicana. *Salud Mental, 31*, 291–297.
- Maddaleno, M., Morello, P., & Infante, F. (2003). Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y El Caribe: desafíos para la próxima década. *Salud Pública de México, 45*, 132–139.
- Martínez Fábregas, L., Ortega, D. M., Díaz Martínez, S., Benítez Martínez, R., & Martínez Fábregas, A. (2005). Efectos psicosociales de las drogas de tipo legal. Prevención y educación. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río, 9*, 10–18.
- Martínez Ruiz, M., & Valladolid Rubio, G. (2002). *Manual de drogodependencias para enfermería* (Ilustrada.). Ediciones Díaz de Santos.
- Medina, M. E., Peña, M. P., Cravioto, P., Villatoro, J., & Kuri, P. (2002). Del tabaco al uso de otras drogas: ¿el uso temprano de tabaco aumenta la probabilidad de usar otras drogas? *Salud Pública de México, 44*, 109–115.
- Medina Mora, Ávila Hernández, Tamayo, T., Olmos, T., Junco, M., Melsem, M., Chertorivki, W. (2011). *Encuesta Nacional de Adicciones 2011, Programa epidemiológico del consumo de sustancias ilícitas*. (Primera edición 2012., Vols. 1-1000 ejemplares). México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz / Secretaría de Salud.
- Melillo, A., Suárez, E., & Rodríguez, D. (2004). *Resiliencia y subjetividad: los ciclos de la vida*. Paidós.

- Méndez Díaz, M., Contreras, R., E, A., Prieto Gómez, B., Romano, A., Caynas, S., & Prospero García, O. (2010). El cerebro y las drogas, sus mecanismos neurobiológicos. *Salud mental*, 33(5), 451–456.
- Mendoza, M., & Fernández, C. (2015). Epidemiología del Consumo de Drogas. México.
- Miccarelli, M. E. (2000). *Drogadependencia: viaje de vuelta : perfil psicológico del adicto*. Argentina: Ediciones Jurídicas Cuyo.
- Munist, M., Santos, H., Kotliarenco, M. A., Suárez, E. N., & Grotberg, E. (1998). *Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes*. Organización Panamericana de la Salud.
- Muñoz, M. A., Sanjuan, R., Fernández, M. C., Vila, J., & Montoya, P. (2011). Aspectos neuropsicológicos del craving por la nicotina. *Adicciones*, 23, 111–123.
- Murillo Castro, L. (2013, Septiembre). El policonsumo de las drogas ilícitas en los adolescentes de Hogares Crea de Barba de Heredia y Cartago. *Enfermería Actual en Costa Rica*, 14.
- Naranjo Álvarez, R. J. (2010). Neurología de la resiliencia y desastres. *Revista Cubana de Salud Pública*, 36, 270–274.
- Nations, F. and A. O. of the U. (1990). *La importancia económica del tabaco* (Vol. 85). Food & Agriculture Org.
- Newhouse, P. A., Sunderland, T., Narang, P. K., Mellow, A. M., Fertig, J. B., Lawlor, B. A., & Murphy, D. L. (1990). Neuroendocrine, physiologic, and behavioral responses following intravenous nicotine in nonsmoking healthy

- volunteers and in patients with Alzheimer's disease. *Psychoneuroendocrinology*, 15(5–6), 471–484.
- OMS. (2005). Neurociencia del Consumo y Dependencia de Sustancias Psicoactivas. *Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud - Organización de los Estados Americanos - Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas CICAD*, (92 75 32579 0), 286.
- OMS. (2010). Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo.
- Orlich Carranza, C. (2004). El tabaquismo: primera causa prevenible de muerte en el mundo. *Acta Médica Costarricense*, 46(4), 170–170.
- Pedrero, E. J., Rojo, G., Ruiz, J. M., Llanero, M., & Puerta, C. (2011). Rehabilitación cognitiva en el tratamiento de las adicciones. *Revista de Neurología*, 52, 163–172.
- Pereira, M. T. (1997). *Entre pícaros y bobos: crónicas*. EUNED.
- Piaggio, A. M. R. (2009). Resiliencia. *Revista Psicopedagogia*, 26(80), 291–302.
- Pichón, A., Bardach, A., Caporale, J., Alcaraz, A., Augustovski, F., Caccavo, F., Hernández, E. (2013). Carga de enfermedad atribuible al tabaquismo en México. *Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria*, 10, 1–52.
- Pickworth, W. B., Herning, R. I., & Henningfield, J. E. (1988). Mecamylamine reduces some EEG effects of nicotine chewing gum in humans. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 30(1), 149–153.
- Prado Álvarez, R., & Águila Chávez, M. (2003). Diferencia en la resiliencia según género y nivel socioeconómico en adolescentes. *Persona*, (6), 179–196.

- Quinzán Luna, A. M., Solano Quinzán, Y., López Vantour, A. C., Pérez Prada, L. A., & Ramón Jiménez, R. (2015). Prevalencia del tabaquismo en adolescentes de la Secundaria Básica "Argenis Burgos". *MEDISAN*, 19(10), 1232–1237.
- Reynales, L. M., Guerrero, C. M., Lazcano, E. C., Villatoro, J. A., Medina, M. E., Fleiz, C., ... Guisa, V. M. (2012). Encuesta Nacional de Adicciones 2011 Tabaco. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz / Secretaría de Salud.
- Reynales-Shigematsu, L. M., Rodríguez-Bolaños, R. de los Á., Jiménez, J. A., Juárez-Márquez, S. A., Castro-Ríos, A., & Hernández-Ávila, M. (2006). Costos de la atención médica atribuibles al consumo de tabaco en el Instituto Mexicano del Seguro Social. *Salud Pública de México*, 48, 48–64.
- Roballo, L., Valentini, G., Rodríguez, A., Camps, X., Davyt, O., & Bianco, E. (2011). Abordaje del tabaquismo por el cardiólogo: cómo realizar una intervención efectiva. *Revista Uruguaya de Cardiología*, 26, 237–243.
- Rojas, E., Real, T., García-Silberman, S., & Medina-Mora, M. E. (2011). Revisión sistemática sobre tratamiento de adicciones en México. *Salud mental*, 34, 351–365.
- Ruiloba Vallejo, J. (2011). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría + StudentConsult en español* (7th ed.). Elsevier España.
- Saavedra Guajardo, E., & Villalta Paucar, M. (2008). Medición de las características resilientes: un estudio comparativo en personas entre 15 y 65 años. *Liberabit*, 14(14), 32–40.

- Samet, J. M. (2002a). Los riesgos del tabaquismo activo y pasivo. *Salud Pública de México*, 44, 44–160.
- Samet, J. M. (2002b). Los riesgos del tabaquismo activo y pasivo. *salud pública de méxico*, 44, 17.
- Sandí Arias, M. (2015). Tobacco Consumption an Workplace Safety and Health. *Revista Costarricense de Salud Pública*, 24, 58–62.
- Sansores, R. H., Pérez, O., & Ramírez, A. (2010). Guías de atención médica para dejar de fumar. Una propuesta para Latinoamérica. *Salud Pública de México*, 52, S355–S365.
- Stoehr, J. D. (2006). *The Neurobiology of Addiction*. United States of America.: Gray matter).
- Tapia Conyer, R. (2000). Prevención y control de la epidemia mundial del tabaquismo: una estrategia integral. *Salud Pública de México*, 42(1), 6–7.
- Turienzo, R., & Sala, P. (2011). *Gana la resiliencia*. LID Editorial.
- Urquieta, J. E., Hernández, M., & Hernández, B. (2006). El consumo de tabaco y alcohol en jóvenes de zonas urbanas marginadas de México: un análisis de decisiones relacionadas. *Salud Pública de México*, 48, 30–40.
- Vélez Barajas, A., Prado, Á., & Sánchez Fragoso, M. T. (2012). *Modelos Preventivos* (Consejo Nacional contra las Adicciones /Secretaría de Salud.). México: Consejo Nacional Contra las Adicciones.
- Villalobos, L. B. (2007). El consumo de drogas en la ciudad de México. *El Cotidiano*, 22(145), 105–113.

- Villatoro, J., Medina, M. E., Martín del campo, R., & Nanni, R. I. (2015a). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes 2014: Reporte de Tabaco* (2015th ed., Vols. 1-2200). México: Secretaría de Salud.
- Villatoro, J., Medina, M. E., Martín del campo, R., & Nanni, R. I. (2015b). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes 2014: Reporte de Drogas*. México: Secretaría de Salud.
- Villatoro, J., Medina-Mora, M. E., Fleiz Bautista, C., Moreno López, M., Oliva Robles, N., Bustos Gamiño, M., Amador Buenabad, N. (2012). El consumo de drogas en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones, 2011. *Salud Mental*, 35(6), 447–457.
- Volkow, N. D. (2001). Principios de Tratamientos para la Drogadicción. Una guía basada en las investigaciones (segunda., Vol. 10–4180, p. 88). Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas Institutos Nacionales de la Salud Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU.
- Volkow, N. D. (2008). Las Drogas el cerebro y el comportamiento: La ciencia de la Adicción. *Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas*, 08-5605, 36.
- Volkow, N. D. (2011a). Adicción al tabaco, ¿Cuál es el alcance y el impacto del uso del tabaco? *Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas*, 11-4342, 10.
- Volkow, N. D. (2011b). Los medicamentos de prescripción: Abuso y adicción. 12-4881, 16.
- Volkow, N. D. (2015). Los cigarrillos y otros productos que contienen tabaco, 7.
- Woolfolk, A. (2006). *Psicología educativa*. Pearson Educación.

Anexos

Cuestionario breve de confianza situacional

Edad:

Sexo:

Escolaridad:

Turno:

Instrucciones

A continuación se presentan 8 diferentes situaciones o eventos ante los que algunas personas tienen problemas por su forma de beber o consumir alguna droga.

Imagínate que estás en este momento en cada una de estas situaciones e indica con tinta negra en la escala que tan seguro (a) te sientes de poder resistir la necesidad de beber en exceso o consumir alguna droga, marcando con una X a lo largo de la línea 0% si “DEFINITIVAMENTE CONSUMIRÍA” ante esta situación o 100% si “DEFINITIVAMENTE NO CONSUMIRÍA” en esa situación.

1. Emociones desagradables:

*

0% _____ 100%

Definitivamente consumiría

Definitivamente no consumiría

2. Malestar físico:

*

0% _____ 100%

Definitivamente consumiría

Definitivamente no consumiría

3. Emociones agradables:

*

0% _____ 100%

Definitivamente consumiría

Definitivamente no consumiría

4. Probando mi control sobre el consumo de alcohol o drogas:

*

0% _____ 100%

Definitivamente consumiría

Definitivamente no consumiría

5. Necesidad física:

*

0% _____ 100%

Definitivamente consumiría

Definitivamente no consumiría

6. Conflicto con otros:

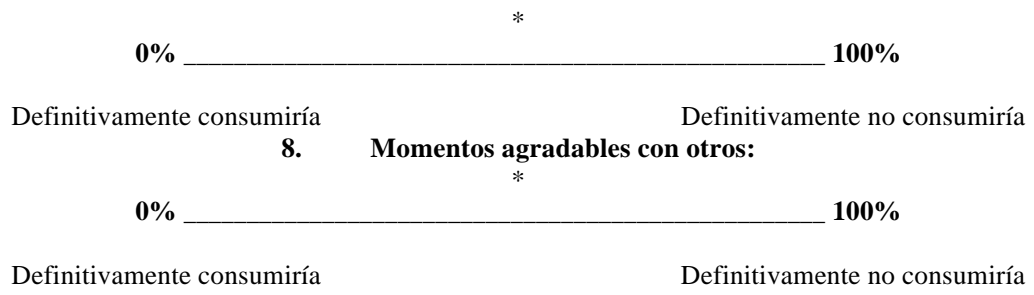
*

0% _____ 100%

Definitivamente consumiría

Definitivamente no consumiría

7. Presión social:



Inventario para la evaluación de la resiliencia

Instrucciones

A continuación se te plantean una serie de preguntas en las que deberás responder con tinta negra marcando con una **X** el recuadro que corresponda.

1.	¿Te ha desesperado no poder hacer lo que quieres?	SI	NO
2.	¿Te has sentido capaz de tolerar la frustración?	SI	NO
3.	¿Te ha irritado no poder conseguir lo que deseas?	SI	NO
4.	¿Te ha deprimido no poder hacer lo que quieres?	SI	NO
5.	¿Te has desesperado fácilmente al sentirte presionado?	SI	NO
6.	¿Has llorado con facilidad?	SI	NO
7.	¿Has perdido el control fácilmente?	SI	NO
8.	¿Has mantenido la calma al tener problemas con los demás?	SI	NO
9.	Cuándo te has sentido molesto (a) ¿Lo has podido expresar sin ser agresivo (a)?	SI	NO
10.	¿Has explotado con facilidad?	SI	NO
11.	¿Te has peleado fácilmente con los demás?	SI	NO
12.	¿Te has dejado llevar fácilmente por tus impulsos?	SI	NO
13.	¿Has cometido alguna falta en la escuela por la influencia de tus amigos?	SI	NO
14.	¿Te ha sido difícil aceptar ante los demás que no sabes algo?	SI	NO
15.	¿Has hecho cosas que te hayan causado temor, por quedar bien con tus amigos?	SI	NO
16.	¿Te has sentido orillado a hacer cosas con las que no estabas de acuerdo?	SI	NO
17.	¿Te ha dado pena pedir ayuda a otras personas?	SI	NO
18.	¿Has tenido problemas para decir no a la gente?	SI	NO
19.	¿Te ha dado pena defender tus derechos o tus opiniones?	SI	NO
20.	¿Te has callado tus opiniones cuando sabes que los demás no las van a aprobar?	SI	NO
21.	¿Te has sentido ansioso al expresar opiniones distintas de la de los demás?	SI	NO
22.	¿Te has sentido incómodo cuando alguien te felicita o elogia?	SI	NO
23.	¿Te has sentido satisfecho (a) contigo mismo (a)?	SI	NO

24.	¿Has tenido confianza en ti mismo (a)?	SI	NO
25.	¿Te has sentido satisfecho (a) con tu manera de ser?	SI	NO
26.	¿Te has sentido seguro (a) de ti mismo (a)?	SI	NO
27.	¿Te has sentido orgulloso (a) de ti mismo (a)?	SI	NO
28.	¿Te has sentido apreciado (a) por los demás?	SI	NO
29.	¿Has sentido que la gente tiene una imagen positiva de ti?	SI	NO
30.	¿Has sentido que tienes más defectos que los demás?	SI	NO
31.	¿Te ha sido fácil aceptar tus defectos o debilidades?	SI	NO
32.	¿Has sentido que eres una persona poco valiosa?	SI	NO
33.	¿Has sentido que los demás ignoran tus cualidades?	SI	NO
34.	¿Te ha sido difícil hacer amigos?	SI	NO
35.	¿Has tratado de ser consecuente con quien has tenido problemas?	SI	NO
36.	¿Has sido leal con tus amigos?	SI	NO
37.	¿Has sido sociable?	SI	NO
38.	¿Has sido respetuoso con los demás?	SI	NO
39.	¿Te ha preocupado como tus acciones pueden afectar a los demás?	SI	NO
40.	¿Has hecho caso de los consejos de tus padres o maestros?	SI	NO
41.	¿Has evitado hacer cosas que afecten o perjudiquen a los demás?	SI	NO
42.	¿Has sido respetuoso con los demás?	SI	NO
43.	¿Has sido sensible a las preocupaciones de los demás?	SI	NO
44.	¿Has sido comprensivo con los problemas de los demás?	SI	NO
45.	¿Has ayudado a los demás si estaba en tus manos hacerlo?	SI	NO
46.	¿Has estado dispuesto (a) a apoyar a los demás?	SI	NO
47.	¿Has sido acomedido con los demás?	SI	NO
48.	¿Te has llevado bien con tus compañeros?	SI	NO
49.	¿Has mantenido amistades duraderas?	SI	NO
50.	¿Has tenido verdaderos amigos?	SI	NO
51.	¿Has tenido amigos en quienes puedes confiar totalmente?	SI	NO
52.	¿Has sido capaz de resolver los conflictos con los demás manteniendo una buena relación?	SI	NO
53.	¿Te ha sido fácil hablar de tus sentimientos con los demás?	SI	NO
54.	¿Le has dicho a la gente lo que te molesta?	SI	NO
55.	¿Te ha sido fácil expresar tus sentimientos?	SI	NO
56.	¿Cuándo te has sentido triste has hablado con otras personas?	SI	NO

57.	¿Te ha sido fácil sobreponerte a la tristeza?	SI	NO
58.	¿Te ha sido fácil detectar cuando estás triste?	SI	NO
59.	¿Has sabido con claridad que cosas te hacen sentir triste?	SI	NO
60.	¿Has sabido que hacer cuando te sientes triste?	SI	NO
61.	¿Has sentido que nada puede quitarte la tristeza?	SI	NO
62.	¿Has sabido organizarte para cumplir tus propósitos?	SI	NO
63.	¿Tienes algún proyecto que quieras cumplir en los próximos meses?	SI	NO
64.	¿Has planeado como alcanzar tus metas?	SI	NO
65.	¿Te has planteado propósitos o metas definidos?	SI	NO
66.	¿Has pensado en lo que te gustaría estudiar cuando termines la preparatoria?	SI	NO
67.	¿Has pensado en lo que vas a hacer al terminar la preparatoria?	SI	NO
68.	¿Has imaginado como quieres que sea tu vida en el futuro?	SI	NO
69.	¿Has pensado en lo que vas a hacer cuando seas adulto?	SI	NO
70.	¿Has planeado tu vida pensando en el futuro?	SI	NO

Test de Fagerström de dependencia al tabaco

Instrucciones

A continuación se te presentan una serie de preguntas las cuales deberás marcar con un círculo en el puntaje que corresponda a tu respuesta y para el final sumar el total.

	Pregunta	Respuesta	Puntaje
1.	¿Cuántos cigarrillos fumas al día?	10 o menos 11 a 20 21 a 30 31 o más	0 1 2 3
2.	¿Cuánto tiempo pasa, desde que te levantas hasta que fumas tu primer cigarrillo?	Menos de 5 minutos 6 a 30 minutos 31 a 60 minutos Más de 60 minutos	3 2 1 0
3.	¿Fumas más en la mañana?	Sí No	1 0
4.	¿Tienes dificultad para no fumar en lugares donde está prohibido?	Sí No	1 0
5.	¿A qué cigarrillo te costaría más renunciar?	El primero del día Cualquier otro	1 0
6.	¿Fumas cuando no te encuentras bien o cuando estás enfermo en cama?	Sí No	1 0
		PUNTAJE TOTAL	

Puntaje: 0 - 3 Dependencia baja
4 - 6 Dependencia moderada.
7 - 10 Dependencia alta.

Muchas gracias por su cooperación