

# **Centros de Integración Juvenil A.C.**

**ESPECIALIDAD EN EL TRATAMIENTO DE ADICCIONES**

**TITULO DE LA INVESTIGACIÓN**

**CONSUMO DE TABACO EN UN GRUPO DE ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS**

**AUTOR**

**FRANCO CARBAJAL IZTLAHUAC**

**2008**

## ÍNDICE

ANTECEDENTES.....	3
PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA.....	3
JUSTIFICACIÓN.....	4
MARCO TEÓRICO	
Tabaco.....	5
Alcohol.....	14
La hipótesis de la escalada: de las drogas legales a las ilegales.....	17
Grupos de Alcohólicos anónimos.....	19
OBJETIVOS.....	21
MÉTODO.....	21
RESULTADOS.....	23
CONCLUSIONES.....	26
SUGERENCIAS.....	28
BIBLIOGRAFÍA.....	29
ANEXOS.....	31

# **CONSUMO DE TABACO EN UN GRUPO DE ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS**

## **ANTECEDENTES**

Comúnmente se escribe al alcohol y al tabaco como drogas de inicio para drogas ilegales, no obstante estas, en si mismas constituyen un problema importante, es sabido que la proporción de consumidores monousuarios es en extremo pequeña en relación a los poliusuarios, es decir los consumidores de sustancias consumen por lo menos dos sustancias, lo que puede complicar el tratamiento, por un lado, en tanto que es sabido que en grupos de AA se inicia el consumo de tabaco y/o se incrementa el consumo a manera de sustitución de una droga por otra.

El alcohol y tabaco drogas responsables de un importante gasto social y de salud, drogas con alta permisividad, de alto consumo y baja percepción de riesgo. Es trascendental basado en lo anterior un estilo de vida saludable que permita eficientar por un lado la prevención así como el tratamiento.

La presente investigación pretende conocer el consumo de tabaco un grupo de AA, es sabido que los grupos de AA, tienden a promover el consumo de tabaco y café en sus sesiones a manera de sustitución de drogas que en sentido amplio no constituyen una opción de salud en el sentido estricto de la palabra.

## **PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA**

¿Cual es el consumo de tabaco en un grupo de alcoholicos anónimos?

Sin ninguna base científica, muchos profesionales han considerado que el tratamiento antitabáquico en alcoholicos recientemente desintoxicados provoca recaídas etílicas. Por ello, habitualmente se pospone o se ignora el tratamiento para dejar de fumar hasta el momento en que la abstinencia alcohólica está más consolidada. En nuestro país la droga que mas de consume es el alcohol, (ENA, 2002), y donde se atiende este padecimiento no es no son en hospitales ni en clínicas especializadas, se encuentran en los llamados, anexos y grupos que operan bajo la tradición de AA o variantes de ella. En grupos de AA se promueve el consumo de tabaco, como herramienta de sustitución de droga, como manejo síndrome de abstinencia y ha consideración de que el tabaco no perjudica, tanto como el alcohol o simplemente dar sensación de control sobre la otra sustancia adictiva, no hemos de olvidar que muchos de lo integrantes de estos grupos incrementan ahí su consumo o simplemente lo inician, pero muchos otros ya mantenían una conducta de consumo asociada con el tabaco, aún sin que ellos fumaran, es decir, el contexto de un bebedor y de cualquier otra droga se ve rodeada por fumadores, en otras palabras son fumadores pasivos. En este sentido de ahí la importancia de poder valorar en forma sistematizada el consumo de tabaco en grupos de AA, a los alcances de la presente investigación se plantea en dos tiempos, el primero, conocer el consumo de un grupo de AA. Segundo, plantear una estrategia de tratamiento al tabaco con el objetivo de crear grupos

abstinentes que prueban recursos de estilos de vida saludable, no se olvida que el tabaco forma parte de un sin fin de padecimientos cien por ciento prevenibles y que generan al gobierno importantes gastos. Se conoce del consumo de alcohol en estos grupos pero ni se aborda ni se conoce cual es su magnitud, de ahí la importancia y viabilidad de la presente investigación.

## **JUSTIFICACIÓN**

Alcohol y tabaco son, con gran diferencia, las drogas con el mayor número de adictos en el mundo y las responsables de muertes a nivel mundial. Son también las sustancias que comportan el mayor coste sanitario y social. Comparten legalidad y ello les permite estar omnipresentes en nuestra sociedad. A pesar de que la mayoría de fumadores siempre fuman cuando beben alcohol, o de que más de las tres cuartas partes de los alcohólicos sean también fumadores, poca ha sido la importancia que le ha dado el mundo científico al estudio de la interacción y comorbilidad de ambas sustancias. Se diría que la sociedad hace la vista gorda a las tremendas repercusiones sociales y sanitarias de esta verdadera permisividad de consumo institucionalizada, y que la comunidad científica no es ajena a esta inhibición.

Según investigaciones Las enfermedades derivadas del hábito tabáquico constituyen la primera causa de muerte en los alcohólicos abstinentes (Breslau, 1995).

En los alcohólicos que se plantean dejar de fumar, aunque cada vez son más las evidencias científicas que demuestran que la intervención de ambas dependencias en alcohólicos fumadores no supone un mayor riesgo de recaídas étlicas, es necesaria una mayor investigación acerca de los mecanismos de interacción para mejorar los resultados obtenidos en la abstinencia de fumar. En este sentido es viable y visualizar el consumo de tabaco en grupos de alcohólicos, de esta manera atacar el binomio que existe entre los que consumen y luchan por dejar de consumir alcohol si la promoción de la droga que mas gente mata en el mundo y la segunda de consumo a nivel mundial.

En el Programa Nacional de Salud 2001-2006, y en los programas de acción que de él se desprenden, se reconoce de manera explícita que las adicciones al tabaco y el alcohol son las principales causas de enfermedad y muerte que pueden prevenirse, y se apunta a la necesidad de la prevención y control de su consumo.

## MARCO TEÓRICO

A continuación se abordan conceptos relacionados con los aspectos relacionados con la investigación.

### Tabaco

#### Aspectos epidemiológicos del tabaco

A nivel mundial el consumo de tabaco representa un grave problema, sin duda es la droga que mas gente mata, según la OMS, 2006 a nivel mundial hay alrededor de 1,300 millones de fumadores, en México el consumo de tabaco no es menor, por el contrario día a día va incrementándose el consumo y cada vez a edades menores, se estima que el 28% de la población son fumadores activos, lo que representa casi 16 millones de personas. ENA, 2002.

167 personas mueren a consecuencia de este toxico y en gasto de salud para el gobierno es alrededor 31 mil millones de pesos. Según datos del Banco Mundial, 20% de la población de 13 a 15 años en el mundo fuma, casi 100 mil jóvenes inician a fumar cada día y 80 000 mil de estos jóvenes viven en países en vías de desarrollo (The World Bank, 1999).

En México, la edad de inicio se ha ido acortando, es decir la edad de inicio ha ido disminuyendo lo que implica la aparición de padecimientos relacionados a menor edad, se estima que la edad de inicio es entre los 13 y 14 años de edad (Berenzon, Medina-Mora y Villatoro, 2002), no obstante es sabido que a menor información y cuidado entre otras consideraciones la edad de inicio disminuye.

Para el 2020 se prevé que morirán 10 millones de personas por haber fumado en el mundo, siendo la mayor carga de mortalidad y enfermedad los países en vías de desarrollo (OMS, 2006). En México, diariamente mueren 167 personas, es decir al año ocurren más de 60 mil defunciones (Kuri-Morales, González-Roldan, Hoy y Cortes Ramírez, 2006). De las cuales se deben principalmente:

- 38% (22 778 defunciones) son a consecuencia de una enfermedad isquémica del corazón.
- 29% (17 390 muertes) de enfisema, bronquitis crónica y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).
- 23% (13 751 defunciones) enfermedad cerebro vascular.
- 10% (6 168 muertes) cáncer de pulmón, bronquios y tráquea.

En relación al consumo indica que el 26.4% de la población entre 12 y 65 años de edad de áreas urbanas, son fumadores activos, lo que representa casi 14 millones de personas, 55.4% son no fumadores y el 18.2% son exfumadores.

De la población general el 55% son fumadores involuntarios (18,144, 032 personas), lo que conlleva a señalar que, al menos 8 de cada 10 personas en las ciudades de nuestro país que tiene entre 12 y 65 años de edad se encuentran en mayor o menos grado expuestos a los daños que el tabaco ocasiona.

Al analizar la distribución por sexo, de los 14 millones de fumadores en áreas urbanas en el ENA para el 2002 se encontró que 9.2 millones son hombres fumadores y el 4.6 millones corresponden a mujeres fumadoras.

En cuanto a la distribución por edad la ENA 2002 señala que el 7.1 de fumadores son menores de 18 años, que la mayoría los encontramos entre 18 y 29 años (37.9%) y casi 7 de cada 10 de ellos es menor de 40 años (63.3%).

De acuerdo a la Encuesta Mundial sobre Tabaquismo y Juventud 2000, la mitad de adolescentes encuestados señalaron haber fumado alguna vez en su vida y 1 de cada 4 de ellos fumo su primer cigarrillo entre los 12 y 13 años de edad.

Un problema asociado consiste en que el tabaquismo actúa como principal puerta de entrada de los adolescentes al consumo de drogas. Se conoce que aquel que empieza a fumar a esa etapa de la vida tiene mayor riesgo, 14% de consumir marihuana o alcohol, además que el 97.2% de los fumadores consumen una segunda droga, principalmente alcohol de los cuales el 83% consumen una tercera droga principalmente marihuana.

En cuanto a lo relacionado con el consumo de alcohol los adolescentes que empezaron a fumar entre los 15 y 18 de edad tienen cinco veces más riesgo de consumir alcohol diariamente y este riesgo se incrementa en 7 personas que empezaron a fumar antes de cumplir 15 años de edad. Ver anexos características socio demográficas en consumidores de tabaco.

Estudios prospectivos de la Organización Mundial de la salud, que el consumo de tabaco ocasionaría, de continuar el consumo actual, para el año 2020 un total de 8.4 millones de muertes anuales por enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco. De los cuales 7 de cada 10 ocurrirán en países en vía de desarrollo.

Algunas otras consideraciones relacionadas con el consumo de tabaco se estima que alrededor de 38 millones de mexicanos se ven afectados por el humo de tabaco de segunda mano, es decir conocidos como fumadores pasivos, además de ampliar la perspectiva de consumo tiene efectos sobre condiciones ambientales que van desde tala de árboles para sembradíos y empaques de cigarrillos, quema de para siembras, uso de fertilizantes y pesticidas altamente contaminantes, que por un lado hacen a las plagas más resistentes y eliminan a fauna, afectando el equilibrio ambiental, se estima que la mano de obra para el cultivo de tabaco está integrada en su mayoría por menores de edad, que oscila entre 7 a 10 años principalmente donde se utilizan en su mayoría mujeres y familias de comunidades indígenas.

Algunos datos refieren que un cada fumador en promedio consume 12 cigarros al día y que cada colilla tarda en bio-degradarse alrededor de 100 años.

Cada día, la edad inicio ha ido disminuyendo, no obstante en probación joven según la ENA, 2002 el consumo es similar entre hombres y mujeres a proporción de 1 una mujer por 1.5 varón, sin duda alguna es un problema de grandes proporciones que va en aumento.

### **Componentes químicos de tabaco**

El tabaco tiene alrededor de 4 870 sustancias químicas, de las cuales más de 400 son toxicas y 40 de ellas son responsables de producir cáncer y otras enfermedades como el EPOC, sin embargo, sólo hay cuatro sustancias presentes en el tabaco con capacidad para generar adicción (alcaloides)

de las cuales tres son secundarias: *Nicotianina*, *Nicotinina*, *Nicotellina* y la cuarta de ellas y la más importante la nicotina (Bello, Michalland, Soto y cols. 2005).

Las principales sustancias presentes en el tabaco, que provocan un daño irreversible en la salud del que lo consume, se dividen en tres subtipos:

- a) Carcinógenos
- b) Irritantes y tóxicos
- c) Adictivos

El tabaquismo es considerado como la principal causa de muerte evitable en el mundo y de un gran abanico de problemas de salud ampliamente contrastados. Sin embargo, la lista de afecciones que causa el consumo de tabaco ha aumentado (OMS, 2004). En México el Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC) desde 1987 presentó los daños que causa el consumo de tabaco en enfermedades respiratorias, neoplásicas, cardiovasculares, gastrointestinales, perinatales y bucales.

Dentro de los daños que son causados por el tabaquismo se debe tomar en cuenta aquellos que aparecen en las personas alrededor del fumador, es decir, los fumadores pasivos. Este tipo de consumidores de HSM, también llamados involuntarios, son “todas aquellas personas que inhalan el humo producido por la combustión de producto del tabaco” (Tovar y López, 2000). Lo anterior es vitalmente importante en el sentido que si bien algunos no fuman, la imitación y en general la exposición al tabaco finalmente perjudica.

Desde la perspectiva Clínica, tanto el manual DSM-IV-TR de la Asociación de Psiquiatría Americana (APA) como la clasificación CIE-10 de Inglaterra coinciden en incluir los trastornos relacionados con el uso de nicotina en los trastornos relacionados con el uso de sustancias. La clasificación de los trastornos relacionados con la nicotina (APA, 2003) se dividen en dos áreas: Trastornos por consumo de nicotina y trastornos inducidos por nicotina.

En 1997, la Agencia de Protección al Medio Ambiente en los Estados Unidos (Environmental Protection Agency), publicó los resultados que confirman que sí existe una causalidad entre el cáncer pulmonar, las enfermedades respiratorias y el tabaquismo pasivo. Otros estudios demostraron el incremento del 27.5% en la tasa de admisión hospitalaria por neumonía y bronquitis en los niños con padres fumadores. En nuestro país, la ENA 2002, señala que el 36.1% de la población urbana se encuentra comprendida en la categoría de fumadores pasivos.

Indudablemente, el tabaquismo como problema de salud pública y de adicción individual, requiere de un conjunto estructurado de estrategias para su abordaje, así que es necesario desarrollar programas de prevención primaria dirigidos a la población en general y de manera específica, a la población de mayor riesgo. Por otro lado, se requiere diseñar e implementar alternativas de tratamiento para los dependientes de nicotina con el objeto de lograr la supresión y, por ende, incidir en la reducción del índice de morbi-mortalidad asociados.

### **Criterios diagnósticos para la adicción al tabaco**

Durante mucho tiempo se conoció al uso, abuso y dependencia (adicción) del tabaco como hábito, incluso se ha hecho una separación entre esta droga y las otras calificándola de droga suave o de “mal hábito”. Aclaremos que hábito es una conducta o serie de conductas que se establece a través de una serie de repeticiones que se ejecutan en un período de tiempo, y una vez establecida se mantiene a través de los años sin variaciones. En comparación el llamado “mal hábito tabáquico”, comienza con el experimento inicial de fumar un cigarrillo, luego de esto la persona empieza a fumar todos los días y hasta aquí todo coincidiría con el hábito; sin embargo, al cabo de un tiempo la persona aumenta el número de cigarrillos que consume por día, es decir; se ha desarrollado tolerancia al tabaco esto es; se necesita una cantidad mayor de tabaco para conseguir el efecto que se obtenía al principio. Esto no es único, el consumidor también experimenta una serie de síntomas por la falta de tabaco, cuando permanece tiempos prolongados sin fumar llamando a este proceso síndrome de abstinencia y decimos que ha desarrollado dependencia hacia el tabaco, pues ya no puede dejar de consumir.

Estos tres elementos antes mencionados (tolerancia, abstinencia y dependencia) son los que la OMS considera fundamentales para determinar si se considera el consumo de una sustancia como adicción, hemos visto que el consumo del tabaco cumple con los tres criterios básicos que diferencian a una “adicción de un mal hábito” Warburton (1989).

### **¿Qué causa la adicción?**

La nicotina es un estimulante del sistema nervioso central y responsable de la adicción, origina un sentido de alerta y en ocasiones puede percibirse un estado de relajación, esto es lo que se conoce como *efecto difásico* del tabaco (estimula o

relaja), provocando un efecto reforzante para el individuo y por consiguiente la adicción. El consumo de nicotina, al fumar provoca un aumento en la presión arterial, hay un aumento también en la frecuencia cardiaca, aumenta la concentración de ácidos grasos libres en sangre haciendo más propenso al organismo a un paro cardiaco, por otro lado la presencia de nicotina en el organismo ocasiona un descenso en los niveles de insulina lo que dañaría particularmente a una persona que ya padece diabetes y fuma (Solís, 2003).

El fumador debe mantener unos niveles de nicotina en la sangre (nicotinemia en plasma) de entre 10 y 35 nanogramos por decilitro (ng/dl). Esta cifra es independiente del tipo y la cantidad de tabaco que se fuma. “El fumador regula la velocidad y su forma de inhalar para adaptarse a esta pauta de nicotinemia”, es por ello que hay personas que fuman 20 cigarrillos en un día y otros que lo hacen en tres (Perancho, 2000).

### **¿Cómo llega la nicotina al cerebro y como produce adicción?**

Una vez que la persona le ha dado “el golpe” al cigarro, el humo ingresa por el sistema respiratorio hasta los pulmones donde se absorbe vía alveolar para pasar al torrente sanguíneo hasta el cerebro y traspasa lo que los especialistas llamamos *barrera hematoencefálica* que es el sistema de defensa que posee el cerebro para evitar contaminarse y enfermarse ya que es una parte muy importante y frágil de el cuerpo.

Todo este proceso tarda alrededor de siete segundos, que aquí se reparte a dos sistemas importantes del cerebro: el *sistema mesolímbico* y el mesocortical. Cuyos principales receptores se encuentran en el *núcleo accumbens* y el *locus coeruleus* la nicotina puede llegar a estos centros debido a que es muy similar a sustancias que se producen normalmente en el cerebro de nombre *Acetilcolina* y *Dopamina* (Ladero, 1998).

En el núcleo accumbens se produce la dopamina, sustancia química (neurotransmisor) que se encarga de las recompensas y de hacernos sentir placer con las cosas que cotidianamente llevamos a cabo como; comer, hacer ejercicio o el sexo, al llegar a este núcleo la nicotina, lo estimula y genera que la conducta de fumar se haga placentera, con lo que se establece que el fumar se vuelva a llevar a cabo lo que genera adicción al tabaco.

Por otro lado, cuando la nicotina llega al *locus coeruleus*, y al tener una estructura química muy similar a la de la noradrenalina y la acetilcolina que son las sustancias que se producen de forma natural en esta área del cerebro, y que controlan el movimiento y otras funciones como la atención, la vigilancia y el estrés da una sensación de mejora superficial, haciendo que el fumador sienta que está más atento, o más tolerante al estrés, es aquí también donde se originan los síntomas del síndrome de abstinencia que experimenta la persona al dejar de fumar.

Una vez que la nicotina ha llegado al cerebro entra en contacto con las células que lo componen, que llamamos *neuronas*, y es aquí donde la nicotina entra en acción alterando el proceso y estructura normal de nuestras células cerebrales.

Cuando la nicotina ha llegado a las neuronas se dirige al sitio de unión entre las neuronas, donde se lleva a cabo el intercambio de información, necesaria para que realicemos todas nuestras actividades como; hablar, comer, sentir, etc. Este sitio de unión se llama *sinapsis*, la comunicación de las neuronas se lleva a cabo por medio de sustancias que como ya mencionamos se llaman neurotransmisores, la nicotina se hace pasar por un neurotransmisor, entra por una especie de puertas en la neurona llamadas *receptores*, estos como toda puerta únicamente se abren con una llave específica, en este caso un neurotransmisor específico, la nicotina imita a uno de ellos pasa sin problemas (antagonista parcial). Las neuronas normalmente producen una determinada cantidad de neurotransmisor y tienen tantas puertas para recibir como lo que se produce, por eso cuando llega la nicotina hace creer al cerebro que está produciendo de más, es en este periodo cuando hay un reajuste y hay síntomas como mareo y náuseas; una vez que el cerebro recibe más nicotina abre nuevas puertas para que no haya sobrantes, los síntomas aparecen cuando no se fuma, pues el cerebro reclama toda la sustancia que se le había estado dando. A esto le llamamos síntomas de la abstinencia, es en este punto donde se ha desarrollado adicción a la nicotina, pues existe un cambio a nivel cerebral, que si se deja de fumar.

## **Clasificación de fumadores de acuerdo a su consumo**

Para la investigación es importante determinar mediante la prueba de tamizaje el nivel de dependencia, así como su clasificación de fumador por lo que se muestra la siguiente información.

### **Fumador tipo I**

Se encuentra en un consumo de baja cantidad de cigarrillos ya que esta población, en su mayoría, está en una etapa inicial de consumo; los niños y adolescentes entran en esta clasificación. Cabe mencionar que es difícil que permanezcan en esta, ya que si bien no existe un tiempo específico que marque la tolerancia, en diversos estudios (Porchet, 1988; Pekins, 1994) se ha demostrado que puede iniciarse en un periodo de tiempo muy rápido cuando se administra 2.5 microgramos por kilo cada minuto.

### **Fumador tipo II**

Hace referencia al consumo moderado habitual y explosivo de tabaco en reuniones o eventos significativos, es decir están abusando de la droga para su vida cotidiana, existe tolerancia pero no necesariamente síndrome de abstinencia, el cual en su mayoría se encuentra la población adulta joven. La ENA (2002), reporta que en la República Mexicana el mayor porcentaje de consumidores se

localiza en esta tipología, debido a que nuestra población está conformada por adultos jóvenes, es decir con una edad entre los 20 y 40 años.

### **Fumador tipo III**

Hace referencia a aquellos fumadores severos que además de presentar tolerancia ya presentan síndrome de abstinencia la nicotina es decir, tiene una dependencia fisiológica a la droga y generalmente este tipo de fumador ha mantenido su consumo durante un largo periodo de tiempo (más de 20 años), y manifiestan consecuencias orgánicas por su adicción.

Es necesario e importante señalar que el riesgo de fumar en cualquiera de las clasificaciones puede implicar enfermedad y muerte, esto depende de los siguientes factores: heredofamiliares de enfermedad y los estilos de vida inadecuados. De acuerdo a lo anterior es importante mencionar que regularmente la gente sabe lo perjudicial del consumo de tabaco u otras drogas, de esta manera se presentan las fases o etapas para el cambio de una conducta adictiva.

Si retomamos el “proceso de motivación al cambio” de Prochaska y Di Clemente (1992), podemos mencionar que el proceso de “fuerza de voluntad” consta de las siguientes etapas:

a) Precontemplación: donde el individuo observa que el fumar ya no es funcional y considera la idea de suspender el fumar. Aunque los autores mencionan que esta etapa alcanza un tiempo aproximado de seis meses, se ha podido observar que el fumador vive en esta etapa durante largos periodos y en momentos se evade, pero la idea es recurrente.

b) Contemplación: Cuando la persona inicia el proceso de toma de decisión y realiza acciones que lo lleven a alcanzar la meta. La disonancia cognitiva proceso autoreflexivo de ambivalencia se hace presente para encontrar las razones entre si quiere seguir fumando o debe abandonarlo.

c) Preparación: El fumador decide suspender el fumar y afrontar las consecuencias adversas de haberlo hecho; y se ve a sí mismo como un ser capaz de llevarlo a cabo. Probablemente en esta etapa cambia de marca, disminuye el consumo, inicia con terapias de reemplazo nicotínico.

d) Acción: el individuo deja de fumar e inicia un proceso de desintoxicación orgánica, síndrome de abstinencia y la elaboración del duelo como consecuencia del abandono de un estilo de vida. Esta etapa enfatiza la importancia de la diferenciación entre el síndrome de abstinencia, el duelo y la desintoxicación, el desconocimiento y la confusión entre estas le hace reincidir en su adicción, a fin de evitarla sensación displacentera.

e) Mantenimiento: el individuo confiado; ha pasado por varios ensayos y está sin fumar, se encuentra tranquilo y lleva a cabo sus recientes habilidades sociales aprendidas. En este periodo el sistema de recompensa cerebral (estimulado

anteriormente por la nicotina) *craving* (pensamiento recurrente de deseo) reinicia el deseo y lleva a realizar actos involuntarios, aparecen los sueños en los que se “coquetea” con el cigarro a fin de reavivar el fumar junto con las ganancias de la adicción. Puede venir un desliz o caída el cual se trata de un episodio en el que el sujeto da una fumada al cigarro al día después haber permanecido abstinente al menos 24 horas, sin embargo, no se mantiene en esta (Osipki-Klein, y cols.1986); o una recaída en la cual el paciente vuelve a adoptar niveles de consumo regulares o mayores de tabaco tras haber estado en un episodio de abstinencia.

f) **Recaída:** Para Marlatt y Gordon (1980) la recaída puede considerarse como un fallo en el enfrentamiento del exfumador a una situación de alto riesgo para fumar, fallo que da lugar a un descenso en la estimación de su nivel de autoeficacia y al posterior consumo de la sustancia adictiva. Es necesario señalar la importancia, de que si bien puede percibirse como un fracaso, la recaída es un estadio presente en la cesación del tabaco. Es en esta etapa, donde nuevamente, se toman en cuenta los factores biológicos (genética, dependencia y abstinencia), psicológicos (estilos de afrontamiento, habilidades sociales y manejo de emociones) y sociales (apoyo social, historia familiar de consumo y relaciones interpersonales) del paciente que están relacionados con el mantenimiento o no de la abstinencia, para desarrollar en el fumador nuevas estrategias de afrontamiento a las situaciones de riesgo y control de los cambios emocionales.

Por todo lo anterior el proceso de cambio es individual. Conociendo más de cerca esta circunstancia, el terapeuta tiene la gran ventaja de utilizar técnicas sencillas que lo empujan a la experimentación de éxitos inmediatos y cómodos. Esto significa que el contacto terapéutico es definitivo, si al paciente se le hace sentir en un ambiente comprensivo, de apoyo y sobre todo de autorreflexión positiva exterior→interior sus descargas emocionales, sensaciones sean vinculados con una serie de pensamientos para que elabore una meta. Luego entonces, desde las primeras formulaciones (análisis funcional) del fumador en que “quiere o debe dejar de fumar” (disonancia cognitiva) inicia con un proceso contundente para que tome la decisión de quedarse en el tratamiento que lo llevará de la mano para lograr su objetivo. Comprender esta adicción nos lleva a la dificultad que vive día con día el fumador; ya que la solidez social, le permite en todos sus ámbitos fumar, lo que constituye un gran obstáculo para él y el terapeuta que lo acompaña. Este se ve restringido en el proceso terapéutico; los expertos en adicciones mencionan que “*para erradicar el uso de drogas la premisa fundamental es cambiar de medio social para eliminar el consumo de la sustancia*” (Correia, Simons, Carey, y Borsari, 2002).

Sin embargo, el fumar se realiza en todos los contextos de vida, más aún en circunstancias meramente fisiológicas en donde el fumador se estimula en funciones vitales, aquí la pregunta es: “*¿si como terapeuta en tabaquismo debo sustraer al paciente que fuma de su medio?*” Como hacerlo, si la respuesta es: “*él fuma, en todos sus ambientes*” por lo que resulta sumamente complejo lograr alejarlo de su forma de vida.

Es aquí donde es necesario hacer un alto en el tratamiento actual para la cesación del tabaquismo, y dar otra opción implementando técnicas que se han encontrado, altamente eficaces, y seguir utilizando todo aquello que ha funcionado hasta este momento. Desde el gran paradigma de lo que representa el fumar, se debe contemplar y observar la implementación de técnicas conductuales más dirigidas a la inoculación de la conducta, expresamente en los ámbitos donde se consume. Y bajo esta circunstancia puntualizarlas siguientes premisas.

- Fumar es una herramienta errónea de control social externa, que vincula la interpretación de su medio, sus emociones y la descarga de nicotina en dosis exactas para realizar esa actividad.
- Además el fumador puede consumir en cualquier ámbito, sin que se le critique o señale como adicto. Por lo tanto sigue fumando. En nuestro caso hemos de observar que el fumador suele usar como método de sustitución al alcohol u otra droga bien como manejo de la ansiedad además de lo antes descrito.
- El tratamiento oportuno es la inoculación conductual, la cual extingue la intensidad de la carga emocional y genera herramientas de control social adecuadas ante los eventos situacionales que precipiten el fumar. Por todo lo anterior, podemos concluir que el tabaquismo es al igual que todas las adicciones, difícil de erradicar pero también es sabido que la amplia gama de abordajes hacen posible la abstinencia, mucho se ha discutido, si una u otra técnica es mejor o no, pero uno de los señalamientos más importantes que hay que reconocer, es que el terapeuta es el medio para llegar al objetivo del paciente y que la intervención oportuna hace posible que este se dirija al cambio.

Es así que el paciente es el actor principal que decide según en la etapa en que se encuentre, si la terapéutica funciona y es por esta razón que algunos abordajes poco lógicos tienen resultados apropiados. También es cierto que esta decisión no aparece de la nada si no que está vinculada a todo programa que con el solo hecho de difundir la salud va a hacer que se reflexione si se están llevando a cabo bien las cosas en cuanto a los estilos de vida saludables.

Es por esta razón que la lucha contra el tabaco al igual que en otras adicciones, no es aislada, por el contrario, involucra cada uno de los ámbitos donde el adicto y no adicto se desarrolla.

# Alcohol

## Epidemiología del consumo del alcohol

En nuestro país el alcoholismo representa el 11.3% de la carga total de enfermedades. (Belsasso, s/f). Así, 49 por ciento de los suicidios y 38 por ciento de los homicidios en el país se cometen bajo los efectos de las bebidas alcohólicas, además de que 38 por ciento de los casos de lesiones ocurren como resultado del consumo excesivo de bebidas embriagantes, particularmente entre jóvenes de 15 y 25 años de edad, etapa de la vida en la que los accidentes ocupan la primera causa de mortalidad. (Galán, 2001: 37). Conviene destacar que más del 13% de la población presenta síndrome de dependencia al alcohol, esto es, 12.5 por ciento de hombres y 0.6 de mujeres entre 18 y 65 años de edad. Los jóvenes entre 15 y 19 años de edad, sufren accidentes automovilísticos relacionados con el alcohol que constituyen la primera causa de defunción concentrando el 15% de las muertes, los homicidios el 14.6% y los suicidios el 6% de los fallecimientos. (Rosovsky, 2001: 49).

En la ciudad de México, al menos 700 mil menores de edad tienen problemas por consumo excesivo de alcohol y esta enfermedad se localiza en el cuarto lugar de las diez principales causas generadoras de discapacidad. Por otra parte, el 70 por ciento de los accidentes, 60 por ciento de los traumatismos causados en los mismos, 80 por ciento de los divorcios y 60 por ciento de los suicidios están vinculados con el alcoholismo. Se calcula que aproximadamente dos millones 600 mil personas entre los 12 y los 45 años de edad, no tienen acceso a tratamiento para el abuso o dependencia al alcohol y que el 64 por ciento de los homicidios están relacionados con el alcoholismo. Existen en México 12 mil grupos de alcohólicos anónimos y cerca de 1,500 de los llamados “anexos” para desintoxicación bajo reclusión temporal.

Según estudios del Instituto Nacional de Psiquiatría, 9 por ciento de las mujeres entre los 18 y los 65 años en zonas urbanas beben 5 copas o más en cada consumo y el 1% de ellas son dependientes al alcohol. Se calcula que el 10 por ciento de las bebidas alcohólicas que se venden en México es consumido por mujeres sobre todo en las ciudades y que 32 millones de mexicanos -esto es, una tercera parte de la población nacional-, son bebedores regulares. En cuanto a las mujeres, las mayores de 60 años de edad son el grupo más afectado y usualmente se trata de población que empezó a beber en la juventud y continúa haciéndolo ahora, lo cual se asocia a cambios importantes en la percepción hacia el alcohol y con cambios de roles, mayor disponibilidad de recursos económicos y acceso al empleo. Las normas socioculturales marcan diferencias en la conducta por sexo ya que ellas son más vulnerables al rechazo. La mujer abandona con menos frecuencia al varón alcohólico aún cuando la dependencia es muy similar en cuanto a su sintomatología. En resumen, las mujeres actualmente beben a la par que los hombres lo que las pone en desventaja en cuanto a los riesgos a su salud y dado que cuentan con más grasa corporal, ello impide que el alcohol se

pueda diluir por lo cual son más vulnerables, además de que los niveles hormonales relacionados con los ciclos menstruales, el embarazo y la menopausia, así como el hecho de tener una menor proporción de agua en el cuerpo femenino, se relacionan con niveles más altos de intoxicación con menores dosis de alcohol. (Medina-Mora, 2001).

En México el abuso de alcohol es un grave problema de salud pública, que representa el 9% del peso total de la enfermedad, al tiempo que se relaciona directamente con 5 de las 10 principales causas de defunción: enfermedades cardíacas, accidentes, problemas cerebrovasculares, cirrosis hepática y homicidios, así como lesiones en riña, amén de las producidas por accidentes de tránsito<sup>1</sup>, siendo más susceptible a éstos la población joven.

Los datos de la Encuesta Nacional de Adicciones realizada en 2002 destacan lo siguiente: existen en el país 32.3 millones de personas entre 12 y 65 años que consumen alcohol y casi 13 millones consumieron alcohol en el pasado, aunque no bebieron en los 12 meses previos a la encuesta. Esta población (12 a 65 años) reportó un consumo *per cápita* de 2.8 litros. Al estimar sólo a la población urbana entre 18 y 65 años, el consumo aumentó a 3.5 litros a 7.1 litros cuando sólo se refiere a los varones, de los cuales el grupo entre los 30 y 39 años alcanzó el mayor consumo (8.3 litros); en tanto que entre las mujeres que viven en ciudades, el mayor consumo fue reportado por el grupo entre 40 y 49 años. En la población rural de ambos sexos, el mayor consumo se observó también en este último grupo de edad.

## **ADOLESCENTES ENTRE 12 Y 17 AÑOS**

3.5 millones de adolescentes consumió una copa completa en el año previo al estudio (25.7% de la población de adolescentes). El consumo en la población urbana alcanzó 35% (1.7 millones) de la población masculina y 25% (1.2 millones) de la femenina, a razón de 1.4 varones por cada mujer. En la población rural el índice de consumo es menor 14.4% (543,197), 18.8% (357,775) en los varones y 9.9% (185,422) en las mujeres, a razón de 1 mujer por cada 1.8 hombres.

El patrón de consumo poco frecuente (menos de una vez al mes) caracterizó a este grupo de población, sin embargo 10.5% de los hombres urbanos y 4.7% de los rurales reportaron consumir altas cantidades de alcohol (5 ó más copas por ocasión de consumo), conducta también observada en el 3.4 % de mujeres urbanas y 0.9% de las rurales.

En total 281,907 adolescentes (2.1% de la población rural y urbana) cumplieron con el criterio de dependencia del DSM-IV, el mayor índice se observó entre los hombres rurales (4.1%).

Las tendencias de la población urbana de este grupo reportan un incremento en el índice de consumo de 27% en 1998 a 35% en 2002 entre los varones, y de 18% a 25% respectivamente entre las mujeres. Entre los varones aumentó el número de menores que reportaron beber mensualmente 5 copas ó más por ocasión de consumo de 6.3% a 7.8%

## **POBLACIÓN ADULTA (18 A 65 AÑOS)**

En la población urbana existen 13.5 millones de hombres (72% de la población Masculina) y 10.3 millones de mujeres (42.7%) que consumieron alcohol en los 12 meses previos al estudio. En la población rural hay 543,197 bebedores más, 357,775 (18.9%) varones y 185,422 (9.9%) mujeres.

La cantidad modal de consumo para las mujeres es de 1 a 2 copas por ocasión de consumo, en tanto que para los varones urbanos es de 3 a 4 copas y para los rurales 5 a 7 copas.

Los patrones de consumo más característicos para los varones urbanos son el moderado alto (consumo mensual de 5 copas o más por ocasión) (16.9% de esta población) y el consuetudinario que es 5 copas o más al menos una vez por semana (12.4%), en tanto que entre mujeres es más frecuente el consumo mensual con menos de 5 copas por ocasión (4.8%) y en segundo lugar el consumo moderado alto 2.7%. En las poblaciones urbanas se observa la misma preferencia por estos patrones de consumo.

La tendencia observada en la población adulta es que en general el número total de bebedores, bebedoras consuetudinarias y de mujeres que cumplieron con los criterios de dependencia del DSM-IV se mantuvo estable con 45% de la población en 1998 y 43% en 2002; 0.8% y 0.7% de bebedoras consuetudinarias, 1% y 0.7% con dependencia, pero se observó aumento en el número de bebedoras moderadas altas de 2.6% a 3.7% en 1998 y 2002 respectivamente. En la población masculina disminuyó un poco el índice de bebedores de 77% a 72%.

También se observa una disminución de 16% a 12.4% en el índice de bebedores consuetudinarios, manteniéndose estable en ambos estudios, el número de personas que cumplieron con criterios de dependencia: 9.6% y 9.3%, respectivamente.

En ambas encuestas (1998, 2002) se reportó el número de varones que nunca habían consumido alcohol (8.7% y 9.7%) pero se observó un incremento en el número de ex bebedores (14.4% a 18%).

Datos de diferentes encuestas levantadas en la población de enseñanza media y superior media, realizadas en la ciudad de México, reportan incrementos en el consumo de 15% en 19893 a 21% en 19914, a 24% en 19935 y a 25% en 19976. La proporción de consumo fuerte (cinco copas o más por ocasión de consumo al menos una vez al mes) cambió de 12% en 1991 a 23% en 1997. En información

epidemiológica de Centros de Integración Juvenil<sup>7</sup>, el 32.4% reporta al alcohol como droga de inicio, el 75.1% lo consumió alguna vez en la vida, el 55.8% lo hizo en el último año, en tanto que el 40.4% lo hizo en el mes previo a la solicitud de tratamiento, y el 12.5% lo reporta como la droga de mayor impacto<sup>8</sup>, amén de que su consumo frecuentemente se combina con otras sustancias (cocaína y alcohol, marihuana y alcohol, barbitúricos y alcohol, etc.).

Como hemos esbozado el consumo de estas drogas legales o permitidas, pero no saludables son una problemática por de mas mayor que afecta seriamente a la sociedad, que sin duda justifica e ilustra el actuar de la presente investigación así mismo el consumo de estas drogas legales permiten seguir con drogas ilegales.

### **LA HIPÓTESIS DE LA ESCALADA: de las drogas legales a las ilegales**

Un modelo que subyace a la prevención de la farmacodependencia es el de la escalada del consumo de drogas desde las drogas legales (tabaco y alcohol) a la marihuana y de ésta a la cocaína y heroína. A continuación vamos a revisar esta hipótesis y la evidencia empírica existente sobre la misma. Como es claro, éste es un elemento esencial en vista a los programas preventivos. Estos parten habitualmente de la idea de que si prevenimos las drogas de inicio, las legales, conseguimos retrasar o impedir el consumo de las drogas ilegales, en una cadena ascendente donde están la marihuana y la cocaína y heroína.

La hipótesis de la escalada se propone en los años 50. En su formulación inicial se afirmaba taxativamente y de modo claramente exagerado que el consumo de marihuana conducía al consumo de heroína. Como dicen O'Donnell y Clayton (1982) este tipo de afirmaciones eran imprecisas y exageradas, dado que quienes defendían y afirmaban esa causalidad no eran científicos, sino las personas encargadas de la represión del consumo y que no siempre seguían un criterio objetivo. Conforme se ha ido decantando el tiempo se pasó a hablar de "probabilidad" más que de "causalidad". Pero como un ejemplo, el artículo de O'Donnell y Clayton (1982), donde defiende la causalidad de esta hipótesis, fue duramente criticado por Baumrid (1983) precisamente basándose en el concepto de causalidad. Junto al hecho cierto de que tiene razón en la mayoría de las críticas que le hace a O'Donnell y Clayton (1982), otro valor de este artículo es que las limitaciones que va apuntando a lo largo del mismo se han ido solventando en estudios posteriores, especialmente sobre el papel del cannabis en la progresión hacia el consumo de otras drogas, a nivel metodológico, dado que sí se encuentra "relación" entre el consumo de cannabis y el posterior consumo de drogas ilegales como la heroína o la cocaína, aunque sin ser posible establecer que exista "causalidad".

Sí creemos totalmente cierta la afirmación de Baumrid (1983) de que se confundía en aquel momento, como aún le puede ocurrir a algunas personas hoy, la denominación de modelos estadísticos causales, con la "causalidad" entre dos hechos que es una cuestión totalmente distinta. Distintos modelos matemáticos

reciben la denominación de modelos causales, pero en la práctica no permiten poder llegar a la causalidad.

Esto ha sido una fuente importante de confusión al confundir el “método” (estadístico) con el resultado (probabilidad-causalidad).

Por ello, sabemos que si prevenimos y tratamos el consumo de tabaco y alcohol incrementamos la probabilidad de un menor consumo de cannabis y, al tiempo, la prevención del consumo de cannabis previene el consumo de heroína. Sin embargo, son también otras variables las que hay que tener en cuenta aparte de lo que es el propio consumo o la “sustancia” en sí. Por ello, y como un ejemplo reciente, Stevens, Freeman, Mott y Youesls (1996).

Se enlistan algunas consideraciones a tomar en función a la hipótesis de escalada en drogas.

1) existe una relación significativa entre el consumo de drogas legales (alcohol y tabaco) y el posterior consumo de cannabis, y entre el consumo de cannabis y el posterior consumo de heroína; 2) aunque existe relación no se puede confundir “relación” (estadística) con “causalidad”; 3) también existen otras variables relacionadas con el consumo de heroína, como del cannabis que, a su vez, en muchos casos están en la base del consumo previo de cannabis o de heroína que deben ser tenidas en cuenta, porque pueden ser las que explican el inicial consumo de cannabis, su mantenimiento y su progresión al consumo de heroína y a otras conductas asociadas con dicho consumo; 4) aún así, desde una perspectiva preventiva y de salud pública, hay que intervenir tanto sobre el tabaco, alcohol y cannabis, como sobre las otras variables que se relacionan con el consumo, tanto las sustancias previas en la cadena de consumo (ej., alcohol, tabaco), como en variables de tipo social (aceptación, disponibilidad), biológicas (predisposición) y psicológicas (ej., rasgos de personalidad, aprendizaje); y, 5) la prevención debe, por tanto, centrarse tanto en poner en marcha acciones para frenar el consumo de sustancias como igualmente para mejorar todas aquellas variables que se relacionan con el inicio, progresión y mantenimiento del consumo de las distintas sustancias centrándose en las variables del individuo (ej., incrementar sus estrategias de afrontamiento) y del sistema social (ej., que tenga oportunidades), así como en otras conductas relacionadas con el consumo de drogas (predisposición, conductas delictivas, baja autoestima, etc.).

De esta forma se hace notar la importancia en el abordaje de sustancias conocidas de inicio, cobra importancia en tratamiento en sujetos que sustituyen sustancia, vulnerables e inmersos a la adicción.

## ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS

La agrupación denominada **Alcohólicos Anónimos** fue fundada en los Estados Unidos de América (Akron, Ohio) en los años treinta: el 10 de junio de 1935 por (Bill W) y el médico Robert Smith (Dr. Bob). Ambos eran enfermos alcohólicos pero se dieron cuenta de que al compartir sus experiencias controlaban el impulso de beber. Cuenta con presencia en casi todos los países del mundo- la AA World Services de Estados Unidos y Canadá concentra el mayor números de grupos, seguida por la Central Mexicana -y cumple una importante labor social dado que generalmente los servicios públicos de sanidad destinan pocos fondos al tratamiento de estos enfermos.

Establecen una serie de 12 pasos que el enfermo ha de seguir para ser capaz de superar la adicción o la enfermedad. Su base de funcionamiento son las terapias de grupo y además utilizan la psicoterapia ocupacional, ya que son ellos mismos los que programan y llevan a cabo distintos eventos para informar al público en general. Su enunciado es su carta de presentación:

"Alcohólicos Anónimos es una comunidad de hombres y mujeres que comparten su mutua experiencia, fortaleza y esperanza para resolver su problema común y ayudar a otros a recuperarse del alcoholismo. El único requisito para ser miembro de A.A. es el deseo de dejar la bebida. Para ser miembro de A.A. no se pagan honorarios ni cuotas; nos mantenemos con nuestras propias contribuciones. A.A. no está afiliada a ninguna secta, religión, partido político, organización o institución alguna; no desea intervenir en controversias; no respalda ni se opone a ninguna causa. Nuestro objetivo primordial es mantenernos sobrios y ayudar a otros alcohólicos a alcanzar el estado de sobriedad." Sin embargo, es de hacer notar que al menos seis de los "Doce Pasos" originales, mencionan manifiestamente a Dios o a un Poder Superior al que el sujeto debe remitirse o someterse, con lo cual el contenido es innegablemente religioso, y muchas veces se los ha acusado de ser una secta.

A principios de 1945, en la ciudad de los Ángeles, Gilberto M. recibe el mensaje de Alcohólicos Anónimos, para fundar en colaboración con su esposa, Francisca González, en Monterrey, N.L., el primer grupo de A.A. Desafortunadamente a inicios de 1946, y debido a controversias con algunas compañías cerveceras, deja de funcionar en septiembre del mismo año. La Sra. Francisca González se da a la tarea de traducir varios folletos provenientes del extranjero, los cuales son publicados en los periódicos locales.

El 18 de septiembre de 1946 se llevó a cabo la Primer Junta de Información Pública en el Teatro del Pueblo de la Cd. De México, por el Co. Ricardo Pérez proveniente de Cleveland, Ohio y cónsul honorario de México en esta ciudad. El motivo era "trasmitir el mensaje de Alcohólicos Anónimos a la sociedad mexicana.

Fue el 25 de septiembre de 1946, en que nació el primer grupo de habla inglesa de A.A. en México el "Mexico City Group" fundado por Lexter Fox, Ramón C. y Daniel A., integrantes más tarde el Lic. Fernando I, y Pauline Doerr.

El año de 1956, nace el primer grupo de A.A. de habla hispana en la República Mexicana "Hospital Central Militar", como consecuencia de la junta de información pública que se llevó a cabo el 16 de septiembre del mismo año, con duración de una hora. Sus fundadores fueron el Dr. Gonzáles Varela y el mayor Joaquín Barrón con la colaboración de la Sra. Irma Reyes de Barrón. Dos años más tarde le es cambiado el nombre al grupo "Grupo Distrito Federal".

Con fecha 15 de marzo de 1957 en el estado de Yucatán surge el grupo de A.A. denominado "Panteón Florido", a él asistió el cofundador de A.A. Bill W., que en ese tiempo estaba de paso en Mérida con su esposa Lois.

Para el mes de marzo de 1961 se forma en Guadalajara, Jalisco, el "Grupo Tapatío" su fundador fue el Co. Harry Olmstead, de origen americano, y su hijo Estanislao F., después se unió Rubén V., siendo el primer grupo a quien el Cardenal Garbi Rivera le otorga una carta de recomendación para A.A. solicitada por Harry Olmstead.

A partir de la década de los sesentas el crecimiento de los grupos de A.A. fue notorio: en 1961 nacieron 4; en 1962, 3; en 1963, 7 en 1967, 9 y para la actualidad existen un número de 13 000 grupos distribuidos en 63 comités de área, distritos, oficinas de información e intergrupales.

Para 1964, se forman las primeras Oficinas Intergrupales en el Distrito Federal y en Guadalajara. También a partir de los días 29 y 30 de agosto de 1964, se llevó el Primer Congreso Nacional de A.A. en México. Más tarde, el 16 de septiembre de 1969 se lleva a cabo la Primera Asamblea Mexicana con la asistencia de 22 representantes de 21 estados de la República Mexicana, en la cual se asumió la responsabilidad del Tercer Legado en México y una de las primeras tareas fue la creación de la Oficina de Servicios Generales creada el 9 de diciembre de 1969.

Sin duda una de las instituciones que sin ser profesionales ha demostrado cierta efectividad en el tratamiento del alcohol y ahora en otras drogas, no obstante, como es sabido pero no sustentado y menos aun trabajado, el consumo de tabaco es una realidad.

Como hemos mencionado, el consumo de estas drogas legales representa verdaderamente un problema de salud pública y entre otros problemas. En si

mismas, ya tienen problema, no obstante también hay afectados de segunda mano. No esta demás mencionar que cual fuere la sustancia y bajo cualquier justificación afectan a la salud, en este sentido la idea es promover estilos de vida saludables. “Si solo por hoy puedo dejar de beber, solo por hoy puedo dejar de fumar”.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general**

- Identificar el nivel de dependencia al tabaco que presenta un grupo de alcohólicos anónimos mediante el cuestionario de **Fagerström** y proponer estrategias de intervención que apoyen un estilo de vida saludable.

### **Objetivos específicos**

- Explorar el consumo de tabaco en un grupo de A.A.
- Identificar el nivel de dependencia al tabaco en un grupo de A.A.
- Identificar necesidades de tratamiento en el consumo de tabaco.

## **MÉTODO**

Se realizó un estudio exploratorio en un grupo de alcohólicos anónimos, los que reciben ayuda para mantener la remisión total para el consumo de alcohol.

### **Población y Muestra**

Se trabajo con una muestra no probabilista, por conveniencia de un grupo de Alcohólicos Anónimos, de sesión tradicional hora y media, afiliados a la central mexicana situado en Cuajimalpa, Distrito Federal. La muestra estuvo determinada por 35 sujetos. Es destacable mencionar que alguno sujetos del grupo no participaron por dos razones: aluden falta de interés y por no cumplir con los criterios de inclusión que a continuación se describen.

### **Criterios de inclusión**

- Ser mayor de edad
- Ser consumidores de alcohol
- Acudir al grupo de AA voluntariamente
- En remisión total al consumo de alcohol no menor a seis meses
- Sesionen en el grupo
- Saber leer y escribir
- Deseo de participar en la investigación

## **Instrumento**

### **Fagerström**

Esta prueba tiene como finalidad evaluar el nivel de dependencia a la nicotina. Consta de 5 preguntas en su forma abreviada, con una asignación numérica que al ser sumada determina el nivel de dependencia a la nicotina, es una prueba de tamizaje que va de leve, moderada y grave. Además, se agregan dos preguntas que determinan las etapas de cambio que ayudan a determinar la opción a tratamiento así como intentos para abandonar el consumo de tabaco. La calificación e interpretación de instrumento es la siguiente, se hace una sumatoria acorde a los puntajes la cual determina la dependencia como a continuación se muestra.

1-5 dependencia leve  
6-7 dependencia moderada  
8-9 dependencia severa.

## **Procedimiento**

- Se contacto e informo sobre el propósito de la investigación.
- Se plantea y respeta el anonimato.
- Explicación de datos sobre el cuestionario.
- Aplicación el cuestionario.
- Una vez con la información se procedió a su análisis estadístico.

## **Consideraciones éticas**

- Anonimato de los participantes
- Uso exclusivo para fines de investigación
- Información de los resultados
- Propuesta de trabajo con los resultados obtenidos

## RESULTADOS

En esta sección se abordarán los datos obtenidos a partir de la muestra y del instrumento que se le aplico a la misma.

Se aplicaron un total de 35 cuestionarios a los integrantes al grupo de alcohólicos anónimos, de los cuales se obtiene que 33 son del sexo masculino, lo que representa un 94% de la muestra, en tanto que el 6% se obtuvo del sexo femenino, integrado por dos sujetos. El promedio de edad fue de 35 años, (DE=9). Con respecto a su estado civil, 35.5% viven en unión libre, 17.5% casados, 29.3% separados y 17.7% solteros.

**Tabla de distribución por sexo**

Sexo	Porcentaje
Masculino	94%
Femenino	6%
Total	100%

Como se observa entre separados y en unión libre conforman el 64.3% de la población. En tanto que solteros y casados guardan relativa similitud.

**Tabla del estado civil**

Estado civil	Porcentaje
Unión libre	35.5%
Casados	17.5%
Separados	29.3%
Solteros	17.7%
Total	100%

### De la aplicación

2.8% no consume tabaco, es importante observar en este rubro que del grupo de de Alcohólicos Anónimos Cuajimalpa, existen sujetos que no presentan consumo de tabaco no obstante, como es sabido y de acuerdo al marco teórico, también se ve afectado por el consumo de tabaco, y que conocido como exposición involuntaria al humo de tabaco.

2.8% muestra una dependencia severa, lo que indica que el consumo de tabaco hace en estos sujetos un riesgo importante, por su consumo en sí mismo, pero

además de la gente que convive y rodea.

11.4% dependencia moderada, representa un porcentaje elevado que incrementa incidencia a enfermedades y riesgo, además de subir de nivel de consumo.

**60% dependencia leve**, sin duda el grueso de los consumidores esta ubicado en este nivel de dependencia a la nicotina, lo que promueve la prevención a este grupo que probablemente incremente su consumo, acorde a lo revisado en el la bibliografía.

23% con consumo de tabaco y sin dependencia a la nicotina, con puntaje de cero en el instrumento. Son los sujetos que llaman la atención y que podríamos considerar como consumidores sociales u ocasionales, representan una parte importante en la población estudiada, por varios aspectos y uno de ellos es los daños que representa en el consumo y probabilidad de incrementarlo, además de la exposición al humo de tabaco de primera y segunda mano.

Cabe mencionar que el 2.8 de los sujetos no consume de tabaco. y 2.8 % de la es muestra es del sexo femenino y no le agradaría dejar el consumo de tabaco. Hemos de destacar el riesgo, se eleva para sufrir enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco en población femenina.

**Tabla de porcentajes**

<b>Nivel de Dependencia</b>	<b>Porcentajes</b>	<b>Deseo por dejar de fumar</b>
Dependencia leve	60%	81%
Dependencia Moderada	11.4%	11.4%
Dependencia Severa	2.8%	2.8%
Sin Dependencia	23%	75%
Sin consumo	2.8%	-----

El rubro de dependencia de leve a moderada representa el 71.5% de la población estudiada, no obstante el 23% de sujetos sin clasificar como dependientes a nicotina en el instrumento empleado, es alto y juntos daría un resultado de 94.4%

de consumo. Y un total de 97.2% consume de tabaco. Es decir que el 94.4% se consideraría es susceptible a recibir atención para lograr abstinencia o disminución del consumo de tabaco.

El 20.6% no le agradaría dejar de fumar, se argumenta que este grupo de sujetos no ve la negativa por abandonar el consumo aludiendo y reforzando la teoría de la sustitución de las drogas, además de notar al tabaco como un vehículo de afrontamiento de la ansiedad y reconocimiento.

79.4% le agradaría dejar de fumar, sin duda la ruptura de ciertos mitos, por lo menos en este grupo muestra disposición a recibir tratamiento, pues dan la opción de que les agradaría dejar el consumo de tabaco, lo que abre la oportunidad de brindar atención para dejar el consumo o bien disminución en los grupos de AA.

En cuanto a los sujetos ubicados con dependencia leve le agradaría dejar de fumar el 81%, en tanto que el 19% de los catalogados con dependencia a la nicotina como leve, no le agradaría dejar de fumar.

El 2.8% de dependencia severa le agradaría dejar de fumar, importante este dato en función de mejorar calidad de vida, observan un beneficio en abandonar el consumo de tabaco.

El 11.4% o el total de los consumidores marcados como dependencia moderada le agrada dejar de consumir.

Los sujetos que puntuaron con consumo pero sin dependencia a la nicotina y excluyendo al 2.8% que no fuma, el 75% le agradaría dejar de fumar y el resto 25% no ve como opción dejar el consumo de tabaco.

Otro dato importante es que el 95% de los casos han intentado dejar de consumir por lo menos en alguna ocasión, lo que también da la opción de sensibilizar a tratamiento para dejar el consumo de tabaco.

**Tabla agrado por dejar el consumo de tabaco**

<b>Agrado por el consumo</b>	<b>Porcentaje</b>
Le agradaría dejar de fumar	79.4
No le agradaría de dejar de fumar	20.6

## CONCLUSIONES

Hoy en día toma relevancia la necesidad de crear espacios libres del humo de tabaco, mejor aun es crear opciones de tratamiento y abstinencia total al consumo de sustancias adictivas para quien ya las consumen. En los grupos de AA existe el consumo de tabaco, mientras se trata de remitir el consumo de alcohol, lo que representa al final, un riesgo también importante a la salud, y otras implicaciones para quien fuma como para quien no lo hace.

A partir de los objetivos planteados y de los resultados obtenidos podemos hacer las siguientes conclusiones:

1. El consumo de tabaco en el grupo de Alcohólicos Anónimos, es alto y representa un riesgo en la salud de los sujetos consumidores de alcohol.
2. Elevado porcentaje en el consumo de nivel de dependencia severa en el consumo de tabaco.
3. El consumo de tabaco es alto en el grupo de AA, no obstante se notan opciones de cambio para abandonar el consumo de tabaco entre los miembros del grupo.
4. Se aprecia la relativa consciencia de enfermedad al consumo de tabaco que se traduce en intento por querer disminuir o abandonar el consumo.
5. El nivel de dependencia a la nicotina determinada por el instrumento se ubica en términos generales en una dependencia de leve a moderada.
6. El 97.2% del grupo consume tabaco lo que correlaciona con los descrito en la bibliografía.
7. Es de destacar que el consumo de tabaco, sin discriminación a la dependencia es importante y en general les agradaría dejar el consumo del mismo.
8. Sin duda alguna podríamos concluir que este grupo estudiado resultaría viable la aplicación del tratamiento mediante una estrategia bien definida y orientada.
9. En este grupo existe la opción de implementar acciones en contra del consumo de tabaco y que mejore su estilo de vida a mas saludable; que no se contraponen con lo referido en los grupos de AA cuya finalidad principal es lograr la abstinencia al consumo de alcohol.
10. En el grupo de no dependientes se puede instaurar tratamiento, en virtud

de apoyar su recuperación y evitar la dependencia moderada o severa al consumo de tabaco, o en todo caso su disminución, no solo en el grupo pues también en otros contextos.

11. La disposición y colaboración a la investigación realizada sin duda alguna abre las puertas a nuevas opciones terapéuticas y de investigación en los denominados grupos de autoayuda, que por algún tiempo se manejaban independientes de los profesionales de las adicciones y viceversa. Hoy en día se trabaja conjuntamente y en la medida de la contribución de trabajos como este abordaran de forma mas integral la problemática de las adicciones.

Hasta aquí algunas conclusiones de la presente investigación que sin duda por demás interesantes que sientan las bases de futuras investigaciones o bien intervención a nivel practico, es decir otorgar tratamiento en virtud de un estilo de vida saludable, para todos. Es importante destacar un argumento del marco teórico, si solo por hoy dejen de beber, solo por hoy dejen de fumar.

## SUGERENCIAS

Se presentan como opciones a considerar en investigaciones futuras.

- Implementar una clínica para dejar el consumo de tabaco en el grupo de AA y medir efectividad e impacto.
- Evaluar el consumo de tabaco como disparador del consumo de alcohol.
- Evaluar antecedentes del consumo.
- Consumo de tabaco por espacios o contextos relacionales.
- Convivencia con fumadores y daño de consumo de tabaco de segunda mano en los grupos de AA.
- Incremento de consumo de tabaco al ingresar a grupos de AA.
- Ubicar nivel de dependencia antes y después de ingresar al grupo
- Colaboración entre los grupos de ayudamutua y grupos de profesionales en las adicciones.

No esta por demás destacar la participación de los grupos de ayuda mutua en la atención de las adicciones, que en suma con los profesionales se llegara a mejores resultados.

## BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association. (1995). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson
- Berenzon S, Medina-Mora M.E., Villatoro J. *Encuestas en estudiantes*. En: ed. El consumo de tabaco en México y encuesta nacional de adicciones 1998 (Tabaco). México, D.F. Secretaría de Salud, 2000: 61-64
- Baumrind, D. (1983). Specious causal attributions in the social sciences: The reformulated stepping-stone theory of heroin use as exemplar. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 1289-1298.
- *Encuesta Nacional de Adicciones*. Secretaria de Salud, 2002; Dirección General de Epidemiología. México D.F. S.S.A 2006)
- The World Bank. *Curbing the Epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control*. Washington DC.: The World Bank; 1999.
- Tovar, G.V y López, A. F. (2000). *Fumadores involuntarios: Exposición pasiva al humo de tabaco en el ambiente*. Revistadel Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. Vol. 13 (4) México. P.p. 233-239
- 3 Medina-Mora, M. E., et al., *Consumo de sustancias con efectos psicotrópicos en la población estudiantil de enseñanza media y media superior de la República Mexicana*. Salud Mental, 16(3): 2-8, septiembre.
- 4 De la Serna, et. al., *Medición del uso de drogas en estudiantes de educación media y media superior del Distrito Federal y zona conurbada, 1989*. Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría. Reseña de la VI Reunión de Investigación, 2: 183-187.
- Juárez, F., et al., *Actos antisociales, su relación con algunas variables sociodemográficas, el consumo de alcohol y drogas en estudiantes de enseñanza media y media superior del Distrito Federal*. Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría. Reseña de la IX Reunión de Investigación. Editor: Héctor Pérez-Rincón., 1994.
- 6 Villatoro, J., et al., *La situación del consumo de sustancias entre estudiantes de la ciudad de México. Medición otoño de 1997*. Salud Mental, 22(2): 18-30.
- 7Centros de Integración Juvenil, A. C., *Estadísticas sociodemográficas y de consumo de drogas en pacientes de primer ingreso a tratamiento en Centros de Integración Juvenil en 2002*. México, 2003.

- <http://www.aamexico.org.mx/historia.html>
- Solís, L. y cols (2003). *Drogas, las 100 preguntas más frecuentes*. Centros de Integración Juvenil. México D.F.
- O'Donnell, J.A. y Clayton R.R. (1982). The stepping-stone hypothesis-Marijuana, heroin, and causality. *Chemical Dependencies: Behavioral and Biomedical Issues*, 4, 229-241.
- Perancho I. (2000) *¿Porqué se fuma?* [http:// usuarios. Lycos es/tabaco/tab2.html](http://usuarios.lycos.es/tabaco/tab2.html)
- Ladero, L. (1998) *Drogodependencias*. Ed. Panamericana. Barcelona España.
- Prochaska, J.O., y DiClemente, C.C.(1992). *Stages of change in the modification of problem behaviors (Etapas de cambio en la modificación de los problemas de comportamiento)*. En: Hersen, M.; Eisler, R.M.; y Miller, P.M., eds. *Progress in Behavior Modification (Progreso en la modificación de comportamiento)*. Sycamore, IL: Sycamore Publishing Company. págs. 184-214.
- OMS, (2006) *Tabaco: Mortífero en todas sus formas*. Reporte del 31 de mayo, Día Mundial sin fumar.
- Correia, C.J., Simons, J., Carey, K.B., & Borsari, B.E. (2002). "Predicting drug use: Application of behavioral theories of choice". *Addictive Behaviors*, 23, 705-709.

## Anexos

El presente cuestionario es para conocer el consumo de tabaco, conteste de la manera mas sincera, gracias.

Edad \_\_\_\_\_ sexo \_\_\_\_\_ estado civil \_\_\_\_\_

### CUESTIONARIO DE FAGERSTROM

1.- ¿Cuántos cigarros fuma usted al día?

31 o más

21 a 30

11 a 20

Menos de 10

2.- ¿Fuma usted mas cigarros durante la primera parte del dia, que durante el resto?

Si

No

3.- ¿Cuánto tiempo transcurre desde que usted despierta hasta que fuma el primer cigarrillo?

Menos de 5 minutos

6 a 30 minutos

31 a 60 minutos

Más de 60 minutos

4.- ¿Le es difícil dejar de fumar donde ello es prohibido?

Si

No

5.- ¿Fuma usted cuando se halla enfermo, incluso en cama?

Si

No

6.- ¿Ha intentado dejar de fumar?

Si

No

7.- ¿le gustaría dejar de fumar?

Si

No

**“Gracias por su participación**

**Tendencias del Sistema Nacional de  
Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones  
SISVEA 2001-2003**

<b>Características Sociodemográficas de pacientes según DROGA DE INICIO</b>						
<b>TABACO</b>						
	<b>CIJ (%)</b>			<b>Centros no Gubernamentales (%)</b>		
	<b>2001 N=1,893</b>	<b>2002 N=6,441</b>	<b>2003 N=8,403</b>	<b>2001 N=2,293</b>	<b>2002 N=5,459</b>	<b>2003 N=6,733</b>
<b>Sexo</b>						
Masculino	85.9	83.7	80.8	89.7	91.0	92.3
Femenino	14.1	16.3	19.2	10.3	9.0	7.7
<b>Edad</b>						
5 a 14 años	8.9	7.9	6.7	2.4	2.6	1.6
15 a 19	33.0	31.0	29.1	16.8	16.4	14.2
20 a 24	21.9	19.9	19.8	20.8	20.6	20.7
25 a 29	15.3	14.4	13.9	19.2	18.7	19.8
30 a 34	9.4	9.9	10.1	14.2	15.1	17.4
35 y más	11.6	16.9	20.4	26.5	26.5	26.2
<b>Escolaridad</b>						
Primaria	20.3	84.7	18.5	41.9	34.9	35.8
Secundaria	46.5	15.0	42.6	36.6	41.4	42.5
Preparatoria	21.1	0.3		11.9	17.2	15.7
Profesional	6.2	0.0	6.2	3.4	3.3	3.1
Educación no formal		0.0	9.0		3.0	
Otro	0.2	0.0	0.3		0.2	0.3
<b>Estado civil</b>						
Soltero	64.5	59.9	56.9	49.7	52.7	52.3
Casado	21.2	23.7	24.4	26.7	20.6	20.9
Divorciado	0.7	2.0	2.4	3.3	4.0	4.5
Viudo	0.1	0.4	0.9	1.0	0.8	0.9
Unión libre	10.0	9.7	10.2	13.6	14.5	15.0
Otro/separado	3.5	4.3	5.3		7.3	6.2
<b>Nivel socioeconómico</b>						
Alto y medio alto	18.4	16.0	16.8			
Medio bajo	58.9	54.7	55.2			
Bajo	16.5	20.8	20.9			
Medio	6.3	8.5	7.1			
<b>Edad de inicio</b>						
Menos de 10 años	7.0	5.4	5.5	8.8	9.0	9.7
10 a 14	56.8	55.0	55.0	48.7	55.0	51.0
15 a 19	33.8	36.0	35.2	36.9	32.3	34.7
20 a 24	2.0	2.5	3.0	4.3	2.7	3.3
25 a 29	0.2	0.5	0.8	0.8	0.7	1.1
30 a 34	0.0	0.2	0.3	0.2	0.1	0.2
35 o más	2.0	0.2	0.2	0.3	0.3	0.1
<b>Frecuencia</b>						
Diario	71.9	80.6	80.2	87.9	86.7	90.6
Una vez por semana	7.0	13.8	12.3	4.7	9.3	7.0
1-3 veces por mes	9.8	5.3	6.9	1.9	1.1	1.8
1-11 veces por año	0.5	0.3	0.6	1.0	1.0	0.6

Características Sociodemográficas de pacientes según DROGA DE IMPACTO						
TABACO						
	CIJ (%)			Centros no Gubernamentales (%)		
	2001 n=135	2002 n=1,216	2003 n=1,924	2001 n=498	2002 n=387	2003 n=368
<b>Sexo</b>						
Masculino	75.4	64.6	55.0	88.1	83.9	84.5
Femenino	24.6	35.4	41.0	11.9	16.1	15.5
<b>Edad</b>						
5 a 14 años	9.0	10.2	8.3	3.4	11.9	4.9
15 a 19	29.1	23.3	16.5	16.9	22.0	20.7
20 a 24	9.7	10.1	10.3	15.5	20.4	20.7
25 a 29	11.2	8.8	0.8	16.7	9.6	16.3
30 a 34	9.7	7.7	8.3	13.3	10.9	12.8
35 y más	31.3	40.0	47.7	34.7	25.3	24.7
<b>Escolaridad</b>						
Primaria	20.9	73.6	18.4	44.8	34.5	34.5
Secundaria	41.8	26.0	32.1	26.7	34.8	38.4
Preparatoria	21.6	0.4	20.5	11.5	13.2	12.1
Profesional	7.5	0.0	16.8	6.5	5.2	6.8
Educación no formal						
Otro	0.7	0.0	0.7			
<b>Estado civil</b>						
Soltero	54.9	48.5	42.0	41.9	59.2	54.1
Casado	30.1	34.2	35.7	42.9	20.8	26.6
Divorciado	1.5	3.8	5.7	1.4	2.9	1.9
Viudo	0.0	6.8	2.9	1.2	1.6	0.3
Unión libre	9.0	4.4	7.9	10.1	9.7	13.7
Otro/separado	4.5	1.7	5.7	2.5	5.8	3.3
<b>Nivel socioeconómico</b>						
Alto y medio alto	13.0	18.1	20.4			
Medio bajo	57.0	47.6	51.5			
Bajo	18.0	19.9	18.0			
Medio	12.0	14.4	10.1			
<b>Edad de inicio</b>						
0 a 9 años	3.8	4.8	4.6	2.4	6.0	4.2
10 a 14	42.1	42.8	42.4	36.0	47.5	37.4
15 a 19	46.6	42.2	41.4	50.1	38.8	45.5
20 a 24	5.3	6.3	7.4	8.6	4.5	8.9
25 a 29	0.8	1.8	2.3	1.6	1.0	2.8
30 a 34	0.0	1.1	1.0	0.0	0.5	0.0
35 o más	1.5	1.0	0.8	0.4	1.6	1.1
<b>Frecuencia</b>						
Diario	79.2	88.7	89.7	88.1	85.0	86.5
Una vez por semana	5.8	4.4	3.4	5.3	6.1	3.9
1-3 veces por mes	5.0	2.0	2.6	2.9	1.3	3.9
1-11 veces por año	0.0	0.2	0.2	0.8	1.8	0.6

Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones.  
<http://www.dgepi.salud.gob.mx/sis/descrip.htm>