

***ELEMENTOS QUE INCIDEN EN MENORES DE 11
AÑOS, CON PADRES FUMADORES, PARA
INICIARSE EN EL CONSUMO DE TABACO***

TRABAJO FINAL

***QUE PARA CONCLUIR LA ESPECIALIDAD PARA EL TRATAMIENTO DE
LAS ADICCIONES***

2004-2005

P R E S E N T A

MARÍA ROXANA NEGRETE LEPE

MEXICO, D. F.

ENERO DE 2006

JUSTIFICACIÓN

Es indudable que el consumo de drogas se ha incrementado, haciéndose patente en poblaciones con menor edad como es el caso de los adolescentes, ya que se ubican en situación de vulnerabilidad debido a los cambios profundos y acelerados propios del crecimiento y desarrollo de los niños y púberes-adolescentes que pueden incrementarse por su situación parental, la influencia familiar y los aspectos sociales.

Los efectos nocivos que sobre la salud tiene el cigarrillo, son conocidos por la población general debido a las campañas de prevención lideradas por organismos de salud; pese a esto, el hábito de fumar persiste y cada vez es menor la edad en que los niños lo adquieren, por lo que se calcula que hoy menores de 18 años, pueden llegar a morir en un futuro por enfermedades asociadas con el tabaquismo.

La evidencia médica sobre los riesgos asociados al consumo de cigarrillo crece cada día; el daño del humo y la nicotina (además de otros compuestos del cigarrillo) sobre los pulmones y el corazón, es algo reconocido por la mayoría de las personas, pero pocos tienen conocimiento del perjuicio de fumar sobre otros órganos, como nariz, senos paranasales y laringe. Según afirman especialistas, el humo del cigarrillo es una de las principales causas de enfermedad a nivel de los senos paranasales, ya que provoca inflamación constante en los tejidos al interior de la nariz.

Cuando esto ocurre, hay serias alteraciones con la respiración; en forma adicional, la nicotina es nociva para la membrana que recubre el interior nasal. El humo no afecta tan sólo a la persona fumadora, sino a niños y adultos alrededor ("fumadores pasivos").

El tabaco es una de las drogas más consumida por los escolares constituyendo, por tanto, uno de los problemas prioritarios de Salud Pública en la preadolescencia y adolescencia. En la práctica, el consumo entre los jóvenes sigue siendo muy elevado y la incorporación a este hábito se produce entre los 12 y los 14 años. Incluso algunos estudios señalan la edad de inicio alarmantemente entre los 9 y 11 años.

El consumo de tabaco durante la primera mitad del siglo XX no fue considerado como una adicción; por el contrario, llegó a formar parte de la vida social y se reconoció como una afición o hábito digno de emularse para llegar a ser "gente de prestigio, éxito o mejor apariencia"; por un lado, rito de iniciación a la adolescencia-adulthood y por el otro, como un estilo de vida necesario para deleitarse con los "placeres de la vida". (Guisa, Díaz-Barriga, Sánchez, Souza, 1998)

Estos datos indican que la educación para la salud es fundamental en el tratamiento de este problema. Además el objetivo final de alcanzar una mejor calidad de vida es hacer que la población, más específicamente, los jóvenes, participen activamente, modificando sus comportamientos insanos, eliminando factores de riesgo y procurando alternativas preventivas, como la realización de la práctica deportiva de forma habitual.

MARCO TEÓRICO

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS.

El panorama actual de la Salud Mental en México, invita a reflexionar sobre algunas implicaciones que pueden tener, tanto en términos de la calidad de vida de la población como en términos presupuestales, particularmente por la infraestructura sanitaria y recursos materiales y humanos que requiere su atención eficaz. En este contexto, llaman la atención los diversos trastornos psicológicos y afectivos que impactan negativamente la conducta y los vínculos familiares y sociales de quien los padece (por ejemplo: depresión, esquizofrenia, epilepsia, trastorno por déficit de atención e hiperactividad entre otros), puesto que limita y dificulta su capacidad de interacción social, además de que incrementa las posibilidades de llevarlos a presentar algún tipo de problemática asociada como el consumo de alcohol, tabaco y otras droga (Secretaría de Salud, 2001)

El tabaquismo es considerado el principal problema de salud pública debido a la gran cantidad de enfermedades crónicas, progresivas e incapacitantes que provoca. El consumo de tabaco ha alcanzado una proporción de una epidemia global: cada año causa 3.5 millones de muertes en el mundo, lo que significa que diariamente mueren 10 mil personas por enfermedades asociadas con él. Se calcula que las cifras aumentarán a 10 millones de muertes anuales entre los años 2020 y 2030 (Secretaría de Salud, 2001).

Para 2020 se predice que el tabaquismo será la causa de más del 12% de las muertes; originará más decesos que el VIH, la tuberculosis, las complicaciones del parto, los accidentes automovilísticos, el suicidio y el homicidio, combinados. De estas muertes, cerca de la mitad ocurrirá a una edad media, entre los 40 y los 60 años, con una pérdida de 20 años de la esperanza de vida normal (Encuesta Nacional de Adicciones 2002).

En México mueren diariamente 147 personas por enfermedades asociadas con el tabaquismo y se atribuyen a esta adicción, (Mujer y Drogas 2004):

1. 45% de las muertes por enfermedad isquémica del corazón
2. 51% de las muertes por enfermedad cerebrovascular
3. 84% de las muertes por enfisema y bronquitis crónica
4. 90% de las muertes por cáncer pulmonar

La Encuesta Nacional de Adicciones de 2002, reporta que de 16.4 millones de consumidores de tabaco, 1.2 millones son adolescentes entre 12 y 17 años en su mayoría varones, 1 de cada 10 de éstos se inicio en el uso del tabaco antes de los 11 años. Asimismo la encuesta realizada entre Estudiantes de enseñanza media básica y media

superior señala incremento en el consumo de tabaco, observándose que a mayor edad y consumo consitudinario se va perdiendo la diferencia entre varones y mujeres.

Por otra parte, los estudios de corte epidemiológico que realiza Centros de Integración Juvenil, A. C., con usuarios que solicitan su servicio, señalan al tabaco como la sustancia de inicio de preferencia y en la mayoría de los casos utilizada con alcohol, ambas constituyéndose en la puerta de entrada a otras sustancias, datos que son ratificados por diversos estudios (Gutiérrez, Castillo, Guerrero, 2003).

EL TABACO.

La planta del tabaco pertenece al género nicotina, familia botánica de las solanáceas; es la única en la naturaleza capaz de sintetizar el potente alcaloide nicotina, que conserva aún en sus hojas secas. Es originaria de América y conocida en Europa después del descubrimiento en 1492. Fueron Rodrigo de Jeréz y Luis de Torres los primeros en contar como los nativos de Cuba lo consumían, enrollando las hojas en forma de mosquete e inhalaban su humo.

El tabaco puede ser consumido de diferentes formas: en polvo, en cigarro puro, en pipa y para mascar. Inicialmente era usado con fines medicinales y fue introducido en Europa en 1570 por Jean Nicot (a quien debe su nombre la nicotina), que era embajador francés en Portugal.

La nicotina fue aislada por primera vez por Poselt y Reiman en el año 1828 y fue Orfila quien inició en 1843 las primeras descripciones de sus acciones sobre los ganglios autonómicos. (Guisa Cruz, Díaz Barriga Salgado, Sánchez Huesca, Souza y Machorro, 1998)

El uso del tabaco como placer comienza en Europa sólo a principio del siglo XVIII, e inicialmente se consumía en pipas y en forma de rapé.

La producción industrial del cigarro se inició a mediados del siglo XIX y la primera fábrica tuvo su origen en Sevilla, España.

Actualmente la producción industrial se hace cada vez más sofisticada, tratando de bajar los niveles de alquitrán y reducir el porcentaje de nicotina, sustituyendo su acción sobre el paladar con múltiples sustancias químicas (alrededor de 500) para conciliar las demandas de las productoras, la publicidad y los organismos internacionales de salud sobre la mención de advertencia de daño a la salud que deben llevar las cajetillas.

Hoy, es este un tema agudo y polémico, que llega hasta anunciar los llamados "cigarros sin humo" (smokeless), ya que como es conocido, es en el proceso de combustión que se produce la mayor cantidad de tóxicos al organismo. También son llamados "cigarrillos ecológicos" o "cigarrillos limpios" (incluye el tabaco mascado y el que se esnifa) y su consumo es cada vez mayor entre adolescentes en occidente, aunque dañan menos el ambiente, no dejan de ser igualmente dañinos a la salud; especialmente a la faringe. (<http://www.monografias.com/trabajos18/tabaquismo-y-deporte/tabaquismo-y-deporte.shtml>)

COMPONENTES DEL CIGARRILLO.

Hoy día el cigarrillo es el factor de riesgo a la salud más generalizado y con mayor suma de componentes irritantes tóxico y cancerígeno.

Los fumadores deben conocer que la *temperatura del tabaco* incandescente (quemándose) es de 300 grados centígrados y cuando se fuma alcanza de 900 a 1100 grados centígrados, mientras que la temperatura del humo que se respira es de 55 a 60 grados centígrados.

Las diferencias de la temperatura del humo respirado y del aire atmosférico actúan de modo destructivo sobre el organismo y ante todo, sobre el estado del esmalte dental, la mucosa, la cavidad bucal y nasofaringe, por lo que se crean así las llamadas "puertas de entrada" para innumerables microorganismos. Un cigarro encendido es una fábrica química única, que produce más de 4 mil compuestos diferentes, incluyendo **43** que causan cáncer, y en menor grado, 12 sustancias que posibilitan el surgimiento del cáncer en determinadas condiciones y muchos otros que son tóxicos, venenosos o dañan los genes. (<http://www.ash.org.uk/papers/additives.html>)

Recientemente se han publicado unos documentos de las industrias tabacaleras en donde se evidencia que dichas compañías utilizan cientos de aditivos sin mucha consideración por la seguridad de los fumadores. Estos aditivos se suman a la veintena de sustancias tóxicas y cancerígenas que se liberan de manera natural al encender el cigarrillo. Las siguientes sustancias son solo algunas. (<http://www.pmministries.com/ministeriosalud/tabaco/tabacoindex.htm>):

1. Isocianato metílico, que fue la causa de la muerte de 2.000 personas cuando se liberó en el aire en Bhopal, India, en 1984.
2. Acetona, removedor de pintura
3. Amoníaco
4. Arsénico, veneno
5. Benzeno, que forzó la remoción del agua Perrier del mercado.
6. Butano, líquido de encendedores.
7. Monóxido de carbono, gas tóxico del escape de los autos y de los braseros.
8. Cianuro, veneno
9. DDT, insecticida prohibido
10. Formaldehido, que se emplea para preservar los cadáveres.
11. Plomo
12. Metanol, combustible de aviones.
13. Naftaleno, ingrediente de las bolitas de naftalina.

Los más importantes son la nicotina, el alquitrán y el monóxido de carbono y en general las sustancias irritantes.

Hay muchas especies de las plantas de tabaco. Actualmente, la especie *tabacum* es la fuente principal de los productos de tabaco. Desde que la nicotina se identificó por primera vez a principios del siglo XIX, ha sido estudiada extensivamente y se ha demostrado que tiene numerosos efectos complejos y a veces impredecibles sobre el cerebro y el cuerpo.

La *nicotina* se trata de uno de los pocos alcaloides naturales líquidos libres en la naturaleza cuyas principales características son ser incoloro y volátil, altamente soluble en agua salina y no tener efecto terapéutico alguno (Guisa Cruz, Díaz Barriga Salgado, Sánchez Huesca, Souza y Machorro, 1998). Se torna marrón cuando se quema, adquiriendo el olor a tabaco cuando se expone al aire que al actuar sobre receptores específicos provoca a nivel de la médula suprarrenal secreción de catecolaminas con los consiguientes efectos deletéreos sobre el aparato cardiovascular como son: elevación transitoria de la presión arterial, vasoconstricción periférica, aumento del automatismo de la célula cardiaca, depresión de la conducción y disminución del umbral de fibrilación ventricular así como incremento de la agregación plaquetaria. (<http://www.monografias.com/trabajos18/tabaquismo-y-deporte/tabaquismo-y-deporte.shtml>)

La nicotina es el componente principal del tabaco que afecta al cerebro. Los productos de tabaco sin humo, como el tabaco en polvo o rapé y el tabaco de mascar, también contienen muchas toxinas así como altos niveles de nicotina. La nicotina, reconocida como una de las drogas adictivas más utilizadas, es un líquido incoloro que ocurre naturalmente y que se torna marrón cuando se quema, adquiriendo el olor a tabaco cuando se expone al aire. Hay muchas especies de las plantas de tabaco. Actualmente, la especie *tabacum* es la fuente principal de los productos de tabaco. Desde que la nicotina se identificó por primera vez a principios del siglo XIX, ha sido estudiada extensivamente y se ha demostrado que tiene numerosos efectos complejos y a veces impredecibles sobre el cerebro y el cuerpo.

Las acciones sobre el sistema parasimpático, fundamentalmente, determinan aumento de la secreción del ácido clorhídrico gástrico y disminución de la secreción pancreática de bicarbonato. Esta estimulación aumenta también la velocidad del tránsito intestinal, por lo que los alimentos están menos tiempo en el estómago y duodeno, provocando episodios diarreicos e incluso vómitos. (<http://www.monografias.com/trabajos18/tabaquismo-y-deporte/tabaquismo-y-deporte.shtml>)

Asimismo, la *nicotina* actúa sobre el Sistema Nervioso Central como estimulante transitorio, lo que algunos perciben como mayor capacidad de concentración, seguido de depresión del mismo.

La *nicotina* tiene efecto local irritante sobre las papilas gustativas y la mucosa bucal, con aumentos transitorios de la secreción salival seguida de inhibición, produce a la vez aumento temporal de la glucemia, inhibición de los centros del hambre y sed en el

hipotálamo. (<http://www.monografias.com/trabajos18/tabaquismo-y-deporte/tabaquismo-y-deporte.shtml>)

Estas acciones farmacológicas de la *nicotina* la hacen responsable de los síntomas desagradables de abstinencia observadas, lo que la convierte en la sustancia crítica, en la dependencia de esta droga socialmente aceptada: el cigarrillo.

El *alquitrán* es una sustancia untuosa, de color oscuro, olor fuerte y sabor amargo, componente del cigarrillo, que se desprende fundamentalmente de la combustión del papel del cigarrillo y en menor medida, del tabaco. En la composición del alquitrán del humo del tabaco intervienen 38 hidrocarburos aromáticos cíclicos que provocan cáncer, incluidas las nitrosaminas, alienos asomáticos, isoprenales, pisenos, benzopirenos, crisenos, antrasenos y otros. Además, contiene ácidos débiles, que actúan como cancerígenos, estimulando el crecimiento de los tumores a disímiles niveles. (<http://www.juntadeandalucia.es/salud/contenidos/lomasdestacado/tabaquismo.htm>)

Existen testimonios en cuanto a que en las condiciones de clima tropical el fumador consume más *alquitrán* del tabaco, es decir, por regla general, fumar cigarrillos más fuertes, con frecuencia sin filtros, y en grandes cantidades. Por ejemplo, Cuba ocupa el tercer lugar en el mundo en cuanto a consumo de cigarros per cápita por si clima cálido, además, de que los cigarrillos de mayor consumo son los de tabaco negro, precisamente los de más contenido de alquitrán, aumentando la potencialidad de riesgo para la salud del tabaquismo.

El *monóxido de carbono* es un gas incoloro, muy tóxico (Es el mismo gas de la combustión de la gasolina de los automóviles), que se produce en la combustión del tabaco y el papel del cigarrillo. El monóxido de carbono desplaza al oxígeno de la hemoglobina, formando un componente nocivo: la carboxi-hemoglobina. Como resultado de esto se impide un adecuado abastecimiento de oxígeno a células, tejidos y órganos. El *monóxido de carbono* aumenta el contenido total de colesterol así como su captación por el endotelio vascular a la vez que disminuye la concentración de lipoproteínas de alta densidad (LDH-C) de conocida acción cardioprotectora. La exposición al monóxido de carbono, la duración de la misma y los niveles de colesterol son factores interdependientes en el desarrollo de aterogénesis. Este gas incide de forma más ocusada en el feto, responsable de su bajo peso al nacer y de diversas lesiones en hijos de madres fumadoras. Igualmente, es el factor de mayor responsabilidad en producir enfermedades respiratorias crónicas. <http://www.juntadeandalucia.es/salud/contenidos/lomasdestacado/tabaquismo.htm>

Las *sustancias irritantes* son aquellas que directamente dañan las vías respiratorias (tráquea, bronquios, pulmones), provocando hiperplasia e hipertrofia de las glándulas mucosas (lo que explica la tos y esputos abundantes en los fumadores); la inflamación y

colapso de las vías aéreas, menores de 2 mm, y la destrucción de las paredes alveolares de la parte central del lóbulo pulmonar (enfisema centrolobulillar). Además alteran los procesos de purificación pulmonar, transforma el epitelio cilíndrico de los bronquios en planocelular, contribuye a la aparición de células bronquiales atípicas, elevada secreción de flema, inflamación, hipertrofia de la musculatura lisa y alteraciones inmunológicas que reducen las funciones defensivas del organismo. (<http://www.monografias.com/trabajos18/tabacismo-y-deporte/tabacismo-y-deporte.shtml>)

EL TABACO COMO DROGA.

De forma similar, esta sustancia cumple con la definición de "adicción" que emite la Organización Mundial de la Salud, OMS, ya que el componente adictivo es cualquier sustancia que produzca dependencia física o psíquica y genere síndrome de abstinencia al dejarla.

El consumo del cigarrillo está determinado por factores fisiológicos y psicológicos. Debido a que las sustancias que lo componen tienen acción adictiva los efectos de la retirada como irritabilidad, inhabilidad para concentrarse, e insomnio se observan con frecuencia después de suspender su consumo y duran algunas semanas.

Sin embargo, cuando los síntomas agudos de retirada son importantes, otros factores psicosociales surgen en el mantenimiento de la abstinencia. Por lo anterior, algunas estrategias actuales para la suspensión del tabaquismo incluyen Terapias de reemplazo de nicotina: Las más conocidas son la goma de mascar, el parche transdérmico, el spray nasal y el inhalador de vapor, Bupropión, Parches de Nicotina combinada con Mecamilamina, Clonidina, Desimipramina y la Venlafaxina, Hipnosis, Acupuntura, Imitaciones de tabaco. En México los más utilizados son la goma de Polacrilex (chicle) y el parche transdérmico. (<http://www.abc.es/especiales/index.asp?cid=16210>)

Chicle de nicotina: Cada tableta contiene 2 ó 4 mg de nicotina. La goma se mastica unos segundos hasta obtener la cantidad necesaria, como una inhalación de un cigarro, y se guarda entre las encías y los dientes hasta que la "necesidad" de nicotina vuelva a aparecer, (técnica de "masticar guardar").

Posteriormente, se repite el tiempo necesario para extraer el 90-100 % de la nicotina que se absorbe rápidamente a través de la mucosa oral. Por lo general, se utiliza un promedio de 6 chicles al día o menos.

Parche transdérmico: Existen dos o tres tipos de parches. Se recomienda la utilización de parches de reducción progresiva (21, 14 y 7 mg. de nicotina).

El tratamiento se inicia con un parche de 21 mg, en pacientes que fuman más de 10 cigarros al día, durante 6 semanas. Se continúa con un parche de 14 mg. Por 2 semanas y se concluye con el parche de 7 mg. durante otras 2 semanas.

Para aquellos que fuman menos de 10 cigarros al día se inicia con el parche de 14 mg. durante 6 semanas y se finaliza con el de 7 mg durante 2 semanas.

Bupropión: Es un inhibidor de la recaptura neuronal de catecolaminas, produce aumento de la concentración de noradrenalina (reduciendo los síntomas de ansiedad) y aumenta la concentración de dopamina, lo que activa los sistemas de recompensa y reduce la necesidad de la nicotina.

Bloquea en un 75% los receptores nicotínicos de las neuronas dopaminérgicas y reduce la transmisión gabaérgica hacia éstas neuronas.

Nombre comercial y genérico: Wellbutrin, Anfebutamona.

Presentación: Tabletas de liberación prolongada de 150 mg.

Dosis: 150 mg. dos veces al día. Debe existir un intervalo de al menos 8 horas entre cada dosis (no usar dosis mayores de 300 mg. al día) durante 7-12 semanas. No es necesario el retiro paulatino del fármaco en la discontinuación.

Tratamiento combinado Bupropión y Terapia de Sustitución de Nicotina (TSN): Se recomienda el monitoreo de estos pacientes para identificar a tiempo una hipertensión que amerite tratamiento.

Parches de Nicotina combinada con Mecamilamina (antagonista que bloquea el efecto reforzador positivo, mientras la nicotina aumenta los efectos negativos).

Clonidina: (sin nicotina) En pacientes con antecedentes de agitación y ansiedad al suspender el uso de tabaco.

Desimipramina y la Venlafaxina: Al igual que el Bupropión estos antidepresivos se usan de manera profiláctica en pacientes que cursan con adicción a nicotina y depresión o en pacientes sin éstos antecedentes, pero susceptibles a presentar cuadros depresivos cuando dejen de fumar.

Hipnosis: Puede ser útil para algunas personas.

Acupuntura: Se ha usado para dejar el tabaco, pero hay muy pocas pruebas que evidencien su eficacia. Para una lista de médicos acupunturistas locales contacte a la American Academy of Medical Acupuncture [<http://www.medicalacupuncture.org/>].

Imitaciones de tabaco: Los productos que simulan el rapé se venden en las tiendas de comestibles o por catálogo. Éstos vienen empacados en una lata, al igual que el rapé húmedo, y se consiguen en diferentes sabores. Están hechos de productos vegetales tales como clavos, hojas de menta y alfalfa con sabor añadido. Se pueden usar solos o mezclados con el rapé regular para dejar el tabaco gradualmente. Se consideran seguros en general, pero la FDA no los ha revisado. No se han realizado estudios para determinar su eficacia como ayuda para dejar el tabaco. (http://www.ligacancercolombia.org/notas_interes9.htm)

La idea es impedir el descenso brusco de los niveles de nicotina y la aparición de síndrome de abstinencia y reducir en forma considerable el número de cigarrillos diarios, más tarde se va "destetando" de la nicotina al paciente.

Es posible que el tabaquismo bajo la influencia de una amplia variedad de circunstancias y situaciones, que están relacionadas, con frecuencia lleve a reforzar el hábito de fumar. Esto se acentúa por la manipulación oral, manual y respiratoria involucrada en el encendido, bocanada, y manejo del cigarrillo. Lo anterior se asocia al placer y la relajación del uso concomitante del alcohol, el terminar una comida, tomar un café, o la disminución percibida de estados de ánimo no placenteros como la ansiedad, tensión, aburrimiento y fatiga. Romper con estos patrones no es fácil.

Fumar es determinado por dos momentos: iniciación y consolidación, determinados por diversos factores. (<http://www.revistaadicciones.com.mx>)

FACTORES QUE DETERMINAN LA INICIACIÓN.

1. SOCIALES.

1. Imitación de conductas de aceptación social.
2. Exigencias del grupo de pertenencia en la adolescencia.
3. Modelo Familiar (padres y abuelos).
4. Aceptación social del consumo.
5. Desarrollo de habilidades sociales de afrontamiento.
6. Disponibilidad.
7. Publicidad.

2. PERSONALES.

1. Sistema de necesidades, valores y actitudes.
2. Efectos psicológicos y fisiológicos de los primeros cigarrillos.
3. Extroversión.

4. Creencias tabaco-salud.
5. Edad.
6. Sexo.
7. Formación de la autoestima y el concepto de autoeficacia.

FACTORES IMPLICADOS EN EL MANTENIMIENTO Y CONSOLIDACIÓN DEL CONSUMO.

1. Efectos psicofarmacológicos de la nicotina.
2. Efectos bifásicos sobre el sistema nervioso central (sedante-estimulante).
3. Poder reforzante de la nicotina, para reducir efectos negativos de la abstinencia y para facilitar efectos placenteros y estados positivos.

POR QUÉ SE CONSUME EL TABACO.

El tabaco es consumido básicamente por un sistema de condicionamientos asociados a la conducta de fumar (<http://www.monografias.com/trabajos18/tabaquismo-y-deporte/tabaquismo-y-deporte.shtml>):

1. Por hábitos y costumbres, asociación a estímulos externos (café, alcohol, actividades sociales, fiestas, juegos, reuniones), asociación a estímulos internos (sistema de creencias, necesidad de repetir un ritual) y estilo de vida.
2. Por Aprendizaje Social: (Bandura, 1982) la dependencia psicológica y física se produce no sólo por el efecto químico directo, producido por la sustancia en el individuo, sino que tiene determinantes culturales y sociales, dadas en las creencias aprendidas socialmente y que devienen en reforzadores directos y el aprendizaje inicial socialmente deformado se mantiene posteriormente como problemática.

Esto explica la diferencia entre adicción y dependencia. La segunda responde al mecanismo descrito, es condicionamiento y la primera aparece cuando el organismo habiendo sufrido cambios fisiológicos a causa de la droga, tiene necesidad de su acción para continuar funcionando.

3. Por Factores personológicos: dificultades en el control de impulsos, baja tolerancia a la frustración, autorregulación determinantemente externa (deberías, tengo, culpabilidad contra responsabilidad), pobre desarrollo de la autoestima, necesidad infantil de placer y bienestar, pensamiento dicotómico (reconocimiento cognitivo

del daño a la salud) y necesidad de abandono contra privación incapacidad para lograrlo).

4. Por Fumar como herramienta psicológica: estrategia de afrontamiento de situaciones estresantes y resolución de problemas, pobre desarrollo de habilidades sociales y conductas asertivas, control del peso corporal.

AUTOMATIZACIÓN DE LA CONDUCTA.

La conducta resultante, independientemente de sus determinantes es automática y suele iniciarse en la adolescencia, así podríamos preguntarnos: si las primeras experiencias con el cigarro son generalmente desagradables, ¿cómo se automatiza esta conducta?

El malestar inicial es rápidamente superado si continua el uso de la sustancia productora de dependencia, por establecerse cambios fisiológicos en el organismo, todo lo cual se refuerza por su asociación a situaciones sociales agradables y gratificantes. El análisis conductual del hábito de fumar explica que el aprendizaje se produce por condicionamiento operante (Manual de estudio en tecnología educativa. 1993), esto significa en términos del paradigma conductual Skinneriano, que la repetición de consecuencias gratificantes (C) del estímulo, (E) que es fumar, se convierten, además en nuevos estímulos y reforzadores de la conducta de fumar, simplificando la cadena conductual, es decir, las consecuencias (C) pasan a ser estímulos discriminativos (ED). Así las consecuencias de una respuesta se constituyen en un estímulo que produce dicha respuesta: **E-----R-----C-----ED-----R-----C**

(E) = Significa estímulos antecedentes, que en el caso del fumador pueden ser los cigarrillos propiamente, ante cuya presencia existe una alta probabilidad de que el sujeto fume.

(R) = Es respuesta que se asocia al aprendizaje.

(C) = Efectos sedativos y estimulantes de la nicotina, valores asignados socialmente al cigarrillo. Siendo gratificantes esas consecuencias, como generalmente ocurre, se convierten en estímulos discriminativos (ED) y de esa forma el recuerdo de estas consecuencias (C) activa nuevamente la cadena conductual y el individuo vuelve a fumar (Aguilar, R. 1992).

La conducta de fumar está multideterminada y multimotivada. Russell, describe 7 tipos de motivos de fumar que tipifican estilos de fumar, que son:

1. Psicosocial: Predominio de factores psicológicos y sociales asociados al hábito de fumar. Ej.: búsqueda de aceptación. Anticipación de la adultez.
2. Sensorio-motriz: Predominan los rituales asociados al cigarro, tales como: la manipulación de la cajetilla, darle golpes, inhalar de una manera, pasarlo de mano, etc.
3. Indulgente o Esparcimiento: En este caso fumar se asocia a momentos agradables, sobremesa, después del café, etc. Se fuma muy poco, sólo en esos momentos.
4. Sedante: Fumar se emplea como mecanismo para la reducción de la tensión.
5. Estimulante: Fumar aporta mayor cantidad de energía cuando el sujeto está cansado o requiere concentrarse en algún trabajo.
6. Adictivo: Aquí se encuentran los fumadores moderados y grandes fumadores, hay dependencia de la nicotina, fuman cada 30 ó 45 minutos y en menos tiempo.
7. Automático: Se refiere a fumadores que lo hacen automáticamente, ante cualquier señal externa, a veces como imitación. Citada por Zaldívar, D. (1988).

Dentro de esta multicausalidad tiene un importante rol el pensamiento. Los estímulos discriminativos en la secuencia conductual devienen estímulos internos, dados por el pensamiento elicitor poderoso del deseo de fumar. Cuando le preguntamos al fumador ¿qué es el deseo?, ¿cómo es?, lo describen como una urgencia imperativa, incontrolable e inaplazable; de repetir esta conducta, ¿de dónde surge entonces el deseo? El deseo designa una necesidad de un objeto capaz de asociarla, pero la existencia de un deseo no lleva necesariamente ni obligatoriamente a la actuación de manera automática, ni mucho menos el deseo significa ya un acto volitivo.

El acto volitivo en sí mismo implica no sólo una intención, sino una finalidad y una ejecución, precisamente, entre estos dos aspectos, se debate un complicado proceso de lucha interna, de pugna de motivos, o de "deseos" diferentes en el fumador que quiere dejar de fumar, existe la intención de hacerlo, pero el obstáculo para la ejecución de la decisión está justamente en que el abandono no es "deseado", y sí lo es el objeto de gratificación, el cigarro.

El deseo muchas veces es fantaseado por la actividad imaginativa, y se le adjudican, cualidades inexistentes realmente en el objeto deseado. El deseo es un verdadero acto volitivo cuando se convierte en "querer" y cuando se tiene el conocimiento y el convencimiento de una postura respecto a la realización, la convicción de llegar a dominar los medios correspondientes que conducen a su realización. Justamente aquí se produce la disonancia en los fumadores, en que disminuye la autoimagen de eficacia y se crea una relación de ambivalencia respecto al objeto.

Cuando la decisión de dejar de fumar es una acción volitiva y no intencionada, es decir, construida a partir del reconocimiento cognitivo del daño a la salud o de problemas económicos, etc. No expresa una real intención de abandono porque excluye la

responsabilidad con la conducta conciente y esto obtura la ejecución. La intención no se convierte en actuación porque queda paralizada por la lucha de motivos en pugna -deseo de abandono- vs. experiencias placenteras-necesidad de continuar fumando. Por eso afirmamos que la decisión de la cesación es un acto conciente, responsable y que además de cualidades volitivas, necesita de una clara y argumentada motivación interna que le dé a la actuación real carácter de intención y permita elaborar la lucha motivacional entre deseos en pugna.

El trabajo con fumadores nos demuestra que el acto de fumar resulta de un ritual conductual aprendido, practicado, repetido y reforzante en sí mismo, y de una disposición actitudinal interna, resultado de una evaluación que despoja al pensamiento de su condición reflexiva, tornándolo deformado, automático e irracional.

El pensamiento adictivo está descrito como una creencia irracional (Ellis, 1988). Las creencias pueden ser cogniciones, valoraciones, evaluaciones o juicios y son los determinantes primarios de las emociones. No son los sucesos propiamente los que causan nuestras reacciones emocionales, sino, la manera en que los evaluamos y percibimos (como amenaza, demanda, agresión, etc.).

Este sistema de juicios y valores deformados se estabiliza en el desarrollo histórico del individuo durante el aprendizaje social y actúa como un sistema de condicionamientos que activa otro sistema de respuestas o conductas (fumar, beber en exceso, comer compulsivamente, reaccionar con ansiedad ante las demandas del medio, etc.) que se automatizan.

Las creencias son irracionales cuando son absolutistas y carentes de evidencias empíricas de apoyo o están en contradicción con los datos existentes.

En el caso del tabaquismo, el trabajo con fumadores nos ha permitido generalizar las siguientes creencias irracionales como las más frecuentes entre ellas:

1. Para poder dejar de fumar se necesita fuerza de voluntad o contar con algo más grande y más fuerte que uno mismo, que te ayude a controlarte.
2. El autocontrol se logra por la acción externa de sustancias químicas, medicamentos, agujas.
3. Es necesario que te den algo que te produzca rechazo al cigarro.
4. No puedo abstenerme de fumar porque es insoportable hacerlo.
5. No voy a tener suficiente voluntad para controlarme siempre.
6. Los deseos de fumar me dominan, no puedo hacer otra cosa que ceder, o creo que me vuelvo loco.
7. No sé enfrentarme a los problemas si antes no fumo para calmarme.

Albert Ellis establece categorías de creencias irracionales que nos explican estas ideas tan arraigadas entre los fumadores y que comentamos a continuación:

1. **Apremio de la Exigencia:** Se refiere a plantearse demandas rígidas, inaplazables y absolutistas respecto a sí mismo, los demás y el futuro. Presente en perfeccionistas y competitivos.
2. **Catastrofismo:** Tendencia a evaluar las demandas externas como insuperables, exageradas, como retos, ante los cuales se carece de recursos para cubrirlas.
3. **Baja tolerancia a la frustración:** Se desencadena ante la presencia de claves de estímulos que elicitán el deseo del comportamiento adictivo, generándose molestias emocionales y disminuyendo la autoimagen como abstinentes. La frustración se atribuye a insuficiencias internas que aplastan la autoestima, la cual es necesaria recuperarla y la manera más inmediata es retomar la adicción. Frecuente entre las personas con dificultades en el control de impulsos.
4. **Evaluaciones del "yo" y de los "otros":** Pensamiento autocensurante o autocompasivo en exceso, activador de la culpabilidad y la atribución de la causalidad de la conducta a las contingencias externas. Aparece la dicotomía autoevaluación-valoración de los demás. Frecuente entre personas con necesidad de autoafirmación y aprobación constante.
5. **Generalizaciones sobre el futuro:** Se refiere a generalizar fracasos del presente, generando incertidumbre e inseguridad en el futuro. Las necesidades y preocupaciones se piensan en futuro, escapando del momento actual, del aquí y ahora, y obstaculizando las decisiones en el presente, por temor al fracaso en el futuro.

Asimismo, el citado autor, utiliza el término "pensamiento adictivo", para referirse al sistema de creencias, autoafirmaciones y/o atribuciones que tiene el individuo dependiente, respecto a su problema de abuso del consumo de la sustancia con la cual tiene problemas, a las emociones perturbadoras que éste engendra y a las emociones resultantes del intento de cambio. Resumiendo las características del "pensamiento adictivo" afirmamos que son creencias emocionales automáticas, irreflexivas, rígidas, dicotómicas, compulsivas, generalizadas en exceso, absolutistas y elicitadoras directas de la llamada "ansiedad por el malestar".

La ansiedad por el malestar es la expresión emocional de la dinámica cognitiva de las adicciones. Es un estado emocional que se siente como resultado de la anticipación subjetiva de dolor, malestar o desagrado; cuando la ansiedad actual es producto de fantasías sobre molestias futuras percibidas como amenazantes, desestabilizadoras y como sufrimiento insoportable, que hacen mucho más doloroso y resistente el proceso de cambio, actuando en el caso de la adicción al tabaco como obstaculizadora del proceso de cambio porque eleva la resistencia y hace más doloroso el síndrome de retirada. Está

directamente relacionada con la generalización hacia el futuro como creencia irracional, es su traducción afectiva.

La ansiedad por el malestar, también descrita por Ellis actúa como coadyuvante directo de la recaída; cuando durante el proceso de abstinencia no puede ser elaborado debidamente y por lo tanto no puede ser contenida eficazmente, ya que ningún proceso de intervención cognitivo-conductual reduce tan rápidamente el malestar, ni con menos esfuerzo que las sustancias químicas. De ahí la importancia de trabajar el problema de la responsabilidad individual en la modificación conductual, cuando este problema es abordado terapéuticamente.

También en el orden afectivo los fumadores frecuentan la depresión que se convierte en duelo y fuerte sensación de pérdida durante la abstinencia y la ira que se comporta como hostilidad y agresividad verbal mediante la represión como intento fallido de elaboración.

En cuanto a los factores personales presentes en la adicción nicotínica, en la literatura en general, se destacan: Problemas en el autocontrol efectivo de la impulsividad como expresión de trastorno de la actuación volitiva que genera un bajo nivel de tolerancia al fracaso, dificultades en la subordinación y aceptación de la autoridad, y todo este malestar intenta ser reducido fumando como herramienta de afrontamiento, ya que el efecto farmacológico de la sustancia adictiva permite bajarlo a niveles "soportables", desbloquea emocionalmente al pensamiento y eleva las expectativas de autoeficacia percibida. Bandura (1987), define a ésta como "juicios de cada individuo sobre sus capacidades, en base a los cuales organizará y ejecutará sus actos, de modo que le permitan alcanzar el rendimiento deseado. Este juicio se forma también sobre la base de la autoestima, que disminuye paralelamente el descenso en la autoeficacia, mediada por sentimientos internos de minusvalía y culpabilidad, desplazando la responsabilidad personal en el éxito o fracaso de la conducta, al fatalismo de las circunstancias externas como responsable de nuestra conducta, la conducta es subordinada y se hace depender de lo exterior, se sustituye la autorregulación por "extra-regulación" o "regulación externa".

Finalmente, otro de los factores personales descrito como predisponente y reforzador de las adicciones en general llamadas socializadas (tabaco-alcohol-comida) es la extroversión como expresión del ejercicio de los vínculos sociales y la comunicación.

Cabe aclarar que no existen perfiles psicológicos únicos, ni definidos para los fumadores, sino toda una serie de elementos psicológicos, puede concluirse que las determinantes de la conducta de fumar son tres básicamente:

1. Los procesos farmacológicos y de condicionamiento (aprendizaje social).
2. Los procesos cognitivos-emocionales.
3. Los factores personales y de autorregulación.

El aprendizaje se realiza a través del proceso recompensa-castigo (teoría del conductismo: se apoya en la psicología fisiológica de Pavlov). El sujeto es pasivo y responde a las complejidades del medio.

Para las corrientes europeas, que están basadas en la acción y que tienen uno de sus apoyos en la teoría psicogenética de Piaget, el sujeto es activo. Los conceptos no se aprenden sino que se reconstruyen y se van internalizando. Lo importante es lo contextual, no lo social.

RIESGOS ASOCIADOS AL USO DE DROGAS.

Cabe llamar la atención que los riesgos que el consumo de sustancias adictivas ya no sólo se enfatiza en la capacidad para generar dependencia, para involucrarse en el metabolismo y en el funcionamiento psíquico de un sujeto y hacerse imprescindible en su vida, provocando, incluso, comportamientos antisociales; sino también en los efectos no esperados como las disfunciones y afecciones de los distintos sistemas orgánicos, que según el tipo de sustancia consumida se ven afectados, en muchos casos, de forma irreparable. No puede obviarse el riesgo provocado por las "sustancias de corte" o adulterantes con los que suelen mezclarse algunas drogas ilegales.

Otro de los riesgos asociados al consumo de drogas consiste en la adquisición de un esquema de funcionamiento conductual relacionado con la satisfacción inmediata de las necesidades percibidas. Dicho esquema es manifiestamente incompatible con la posibilidad de afrontar con garantías de éxito las situaciones y problemas de la vida cotidiana. Se trata de un modo de proceder que no considera comportamientos y actitudes que tienen que ver con la "tolerancia a la frustración", el aprendizaje de la "toma de decisiones de forma razonada", el ejercicio de la "responsabilidad" o la valoración del "esfuerzo personal" en la consecución de logros a mediano y largo plazo.

CAUSAS DEL CONSUMO DE DROGAS.

Se habla más de condiciones diversas y múltiples de inicio, tales como la presión de grupo, la disponibilidad de drogas, la publicidad, la exigencia irracional de resultados deportivos, o ciertas actitudes inherentes a un determinado proceso evolutivo, como la curiosidad, la experimentación, etc.; en resumen puede decirse que:

- *Es cada vez menos una cuestión marginal, aunque en condiciones sociales desfavorecidas puede adquirir unas connotaciones particulares.*
- *Conjuntos individualizados de causas, de redes, que en cada sujeto responden a una combinatoria singular.*

- Los consumos están relacionados con particulares estilos de vida (la fiesta como valor supremo, exigencias deportivas desmedidas, etc.), su relación con las drogas deriva en diversas alteraciones psicológicas y/o familiares y/o sociales.

EL TABACO Y LOS EFECTOS PARA LA SALUD.

1. TABACO Y ENFERMEDADES COLATERALES.

El uso del tabaco produce enfermedad y muerte. Este problema es difícil de resolver porque el tabaco es adictivo, porque la cultura y el ambiente social y económico animan a su consumo y porque existe un largo período de latencia desde el comienzo del uso del tabaco hasta la muerte por él originada.

El tabaco es la causa más importante de muerte en los adultos de 35 años o más años de edad y produce alrededor de tres millones de muertes al año. El consumo de tabaco es causa de, al menos, el 85% de los casos de cáncer de pulmón, bronquitis crónica y enfisema. El tabaquismo es también la principal causa de cáncer de los siguientes órganos: cavidad oral, riñón, vejiga y cervix uterino, así como de enfermedades cardiocirculatorias y cerebrovasculares. (Slama karen, 2000)

El humo proveniente de las otras personas que fuman, llamado tabaco ambiental, es peligroso para los recién nacidos, los niños y los adultos. (Slama karen, 2000)

El consumo de tabaco por la embarazada puede causar trastornos en el desarrollo físico del feto y parto prematuro; los recién nacidos expuestos al humo del tabaco ambiental tienen altas tasas de muerte súbita infantil; los niños sometidos a él desarrollan frecuentemente infecciones respiratorias agudas y a menudo requieren hospitalización. También los adultos que están expuestos tienen más infecciones respiratorias, más cáncer de pulmón y más enfermedades cardíacas que aquellos no expuestos. (Slama karen, 2000)

Cuando un fumador consume un cigarrillo se producen dos corrientes de humo: una, la principal, que es inhalada por el propio fumador y otra, la secundaria, que va a contaminar el medio ambiente que lo rodea. Esta corriente secundaria contiene las mismas sustancias químicas que la principal pero en proporciones diferentes, (algunas en mayor cantidad) y tienen la capacidad de producir daño a cualquiera que la respire: niños, adultos, no fumadores y otros fumadores. (Slama karen, 2000)

A pesar de estas advertencias, son innumerables las personas que continúan fumando. Sin embargo, en los últimos decenios se ha notado una marcada disminución de este hábito, producto de campañas muy intensas y nuevas políticas en los sistemas de salud alrededor del mundo.

Aunque la relación causal entre el cigarrillo y las enfermedades cardiopulmonares está muy sustentada, hay considerable variabilidad en la respuesta al cigarrillo. Se considera que solo un 10% de las personas que hoy en día fuman desarrollarán con el tiempo algunas de las enfermedades asociadas al tabaquismo.

Investigadores de los Centros Nacionales para Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos, informan en la edición del 9 de marzo de la Revista Médica de Nueva Inglaterra (*New England Journal of Medicine*) que los fumadores y aún las personas que no fuman, pero que pasan tiempo en lugares donde otras personas están fumando, presentan mayor tendencia a desarrollar infecciones invasivas por neumococo, la bacteria que causa neumonía.

El neumococo es una bacteria que habitualmente infecta las vías respiratorias o los pulmones pero que en forma ocasional puede invadir otros lugares como la sangre o provocar meningitis (inflamación de las membranas del cerebro), produciendo complicaciones graves. En el estudio, los científicos encontraron que más del 50% de los pacientes que presentaron la infección fueron fumadores.

Esto implica que el tabaquismo aumenta la posibilidad de que una persona sufra la enfermedad casi 5 veces en comparación con los no fumadores. Además, el riesgo de presentar la infección fue mayor en sujetos que habían fumado por mucho tiempo y en gran cantidad, viéndose que éste disminuía cuando el paciente dejaba de fumar, volviendo a sus valores normales 13 años después de abandonar el hábito.

No es clara la razón por la cual el tabaquismo aumenta la probabilidad de presentar la infección, pero puede ser porque produce deterioro de los mecanismos de limpieza de las vías respiratorias o por que daña el recubrimiento de las vías respiratorias, permitiendo que pueda entrar la bacteria (*Salud Hoy, Fumar sí cuesta*).

De cualquier manera es claro que el cigarrillo posee muchos efectos negativos, sumándose el ya mencionado a mayor riesgo de presentar varios tipos de cánceres (siendo más frecuente el de pulmón), infarto cardíaco, tensión arterial alta, entre otros, datos que han sido similares para los fumadores de cigarro o habano. De aquí la importancia de aumentar las medidas que prohíban fumar en espacios públicos y de la información dada por el médico al paciente del peligro potencial que conlleva el cigarrillo para motivarlo a dejar el hábito.

2. ENFERMEDADES EN QUE EL HÁBITO DE FUMAR AUMENTA LOS RIESGOS

1. Enfermedades cardiovasculares: coronopatía, enfermedad vascular periférica, enfermedad cerebrovascular, aneurisma de la aorta e hipertensión arterial.

2. Enfermedades pulmonares: enfisema pulmonar, bronquitis crónica, neumonía, insuficiencia respiratoria crónica
3. Cáncer: pulmón, tráquea, bronquios; labio, cavidad oral, laringe; esófago; vejiga, riñón y cérvix uterino
4. Enfermedades gastrointestinales: úlcera péptica, gastritis crónica, reflujo gastroesofágico
5. Afectaciones al embarazo: bajo peso al nacer, alta mortalidad perinatal, placenta previa, parto prematuro.

A pesar de conocer los efectos negativos que origina el tabaquismo, de las acciones emprendidas por los diferentes gobiernos con el Convenio Marco relativo al Tabaco donde se intenta contener esta industria, regulando su distribución, publicidad; tratando de informar a la población sobre los riesgos de su consumo, haciendo mas accesibles los tratamientos para disminuir o eliminar el consumo; las grandes tabacaleras han enfocado sus esfuerzos a la captación de la población de menor edad para compensar la pérdida de sus habituales consumidores, según datos del INER, la industria del tabaco "tiene que atraer diario a más de cinco mil nuevos adictos al tabaquismo, a fin de reemplazar a quienes ya dejaron de fumar sin importar la causa.

En este sentido se considera de importancia reorientar los esfuerzos hacia la población menor, se ha comentado que no existen factores de riesgo en general, sino están determinados en gran medida por las condiciones específicas de su ambiente parental, su familia y su ambiente social.

Es conocido que en un ámbito familiar la presencia de fumadores es riesgosa para todos los demás miembros que no fuman, pero sobre todo para los menores debido a que se sumarán a la larga lista de fumadores pasivos y quizá, más adelante, empiecen con el hábito simplemente por imitación.

El daño que sufren los fumadores pasivos es similar al de la gente que fuma de manera activa, aseguran los especialistas del INER. Los hijos de progenitores fumadores, aunque sólo sea uno de ellos, padecen con mayor frecuencia problemas de bronquitis, neumonías y otras enfermedades del aparato respiratorio en los primeros años de vida.

En edad adulta los fumadores tienen riesgo de padecer o acelerar enfermedades pulmonares, del corazón o cáncer; sin embargo, los padecimientos por fumar varían de una persona a otra según su edad, los cigarros consumidos, la forma en cómo fuma, el tipo de tabaco así como la susceptibilidad individual, destacan los médicos del INER.

La rapidez, la frecuencia y la profundidad de las inhalaciones aumentan las probabilidades de daños mayores. En el último tercio del cigarro, por ejemplo, se retiene una gran

cantidad de compuestos nocivos producidos en las primeras porciones; si se consume esta última parte, se inhalará mayor cantidad de estos compuestos.

Asimismo, se encontrarán en riesgos constantes, un menor en un hogar donde sus integrantes son fumadores o donde por lo menos una persona tiene ese hábito, está en riesgo permanente, el especialista del área de pediatría del Hospital Ángeles, doctor Sergio Graham Pontones, comenta que el infante está en constante riesgo de un accidente con los encendedores, los cerillos o con los mismos cigarrillos. "Si un menor ingiere cerillo o cigarrillos estará, potencialmente, en peligro de morir".

Los nuevos fumadores aprenderán a fumar desde la infancia o la adolescencia. Inclusive, tal vez, sin tomar un cigarrillo entre sus dedos ya fuman al absorber el humo de quienes están a su alrededor. A este tipo de fumadores se les llama pasivos.

Convertirse de fumador pasivo a activo es muy fácil. Generalmente las personas dan el paso por imitación; al ver a sus padres o hermanos fumando, siguen la misma conducta sin percatarse de lo dañino que es para su organismo.

Hay que tomar en cuenta que a los jóvenes les es más fácil iniciarse en el hábito si los cigarrillos están disponibles por todos los lugares de la casa.

En un grupo de amigos los adolescentes empezarán a fumar para sentirse mayores, para no ser excluidos del grupo o ganarse calificativos negativos. Al socializarse, el menor observará cada vez más que muchas personas fuman a su alrededor; en la escuela verá que algunos de sus maestros fuman y en su ámbito más cercano, a sus compañeros o amigos.

De acuerdo a lo anterior, si los sujetos se desarrollan en ambientes permisivos del uso de tabaco tienden a ser uso de él; sin embargo, ¿Es factible disminuir y/o eliminar el riesgo de iniciarse en el uso de tabaco en ambientes permisivos?

En diversos estudios se ha reportado que las personas son más vulnerables durante los periodos de transición de una etapa de la vida a otra, y que ésta suele relacionarse con situaciones de crisis o de manifiesta dificultad para enfrentar los cambios que conlleva. En tales momentos los niños y púberes son, particularmente, más susceptibles al uso de drogas, sobre todo si las condiciones sociofamiliares hacen atractivo el consumo. Las primeras motivaciones que son frecuentemente expresadas por los niños para consumir drogas, surgen de situaciones sociales que los presionan para "aparentar ser adulto", o "pasarla bien".

El consumo de drogas suele avanzar por etapas, desde el uso experimental u ocasional hasta el uso consuetudinario, pasando por el consumo de varias sustancias, hasta una etapa de marcada dependencia. En ésta última, el consumo se caracteriza por ser intenso y diversificado, y por sus efectos extenuantes. Sin embargo, generalmente lo hacen

después de haber usado cigarrillos y alcohol, para posteriormente utilizar distintas sustancias ilegales como solventes inhalables y marihuana.

En la actualidad es innegable el consumo de drogas entre los niños; más aún, en los años recientes pareciera haber aumentado el número de niños implicados en esta problemática, y por otra parte se han advertido cambios en el perfil de uso, involucrando ahora sustancias como: cocaína -crack y pasta base- y derivados anfetamínicos, que se suman al uso de solventes inhalables, tabaco, alcohol, marihuana y sustancias de uso médico. (Guisa Cruz, Díaz-Barriga, Fernández Caceres, y colaboradores, 2005)

DISEÑO METODOLÓGICO

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Se considera que:

1. El consumo de las drogas es significativo porque el porcentaje registrado en la descripción de las prácticas va en aumento. Existe una mayor variedad y facilidad de acceder a ellas, que se manifiesta con fuerza en las últimas décadas transformándose en un problema social que va en aumento, ya que cada vez hay más sujetos que consumen algún tipo de droga en mayor cantidad y a edad más temprana (niñez-púberes y adolescentes);
2. El individuo se encuentra en una etapa de cambios profundos y acelerados propios del desarrollo, transitando por una situación de vulnerabilidad
3. Los resultados obtenidos en las investigaciones pueden evidenciar el uso del tabaco como la sustancia de mayor predilección, seguida por el alcohol, constituyéndose ambas en la puerta para el uso de otro tipo de sustancias.
4. La importancia que tiene el que se desarrolle en un ámbito permisivo el uso de tabaco

Bajo estos parámetros, podría surgir el cuestionamiento siguiente:

¿Qué elementos influyen en los niños menores de 11 años para iniciarse en el consumo de tabaco cuando sus padres son fumadores?

OBJETIVO.

Enlistar los factores que determinan (sociodemográficos, culturales, familiares, psicopatologías, alteraciones conductuales) el consumo de tabaco en niños menores de 11 años que sus padres son fumadores; con la finalidad de ofrecer elementos de acciones preventivas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. Conocer los *elementos* que conllevan a que los niños menores de 11 años se inicien en el uso de tabaco cuando sus padres son fumadores
2. Determinar los *elementos* que pueden evitar que los niños menores de 11 años se inicien en el consumo de tabaco cuando sus padres son fumadores

3. Diseñar un *plan de intervención preventiva que reduzca la probabilidad* de que los niños menores de 11 años que sus padres fuman inicien en el consumo de tabaco, para retardar el inicio del consumo.

HIPÓTESIS:

- Nula: Los padres fumadores no tienen ninguna influencia en el consumo de tabaco de los hijos menores de 11 años
- Alternativa: La convivencia con padres fumadores determina el inicio del consumo de tabaco en los menores de 11 años

POBLACIÓN.

Se cubrirá una cuota de 15 sujetos menores de 11 años, de ambos sexos, que cursen el 5º año de primaria, de los cuales uno o ambos padres sean fumadores.

TIPO DE ESTUDIO:

Estudio cualitativo de corte transversal Exploratorio Ex Post Facto.

INSTRUMENTO:

Entrevista grupal semiestructurada (Anexo 1)

HERRAMIENTA:

Cuestionario (Anexo 2)

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN:

1. Que las autoridades, maestros y padres estén de acuerdo en la aplicación del cuestionario.
2. Que sean alumnos de quinto grado de primaria.
3. Que los alumnos estén informados del objetivo del cuestionario.
4. Que sepan leer y escribir.
5. Que alguno o ambos de sus padres consuma tabaco.

ASPECTOS ÉTICOS:

Se presentará una Guía de Entrevista a las autoridades escolares (Anexo 2), solicitando permiso a la escuela para poder acceder a la población y aplicarla, con el compromiso de entregar un informe por escrito que propicie el diseño de una propuesta de estrategias preventivas en el consumo de tabaco para ese tipo de población en particular.

PROCEDIMIENTO:

En un lapso de dos días se aplicó la Guía de Entrevista en una Primaria de la Delegación Xochimilco. El contenido de las preguntas se dividió en cuatro categorías (ver anexo 1): I. Identificación de aquellos que viven en su casa (de las preguntas 1 a 3); II. Determinar tipo de cigarros; magnitud, frecuencia y lugar (de las preguntas 4 a la 7); III. Percepción de Riesgo (de las preguntas 8 a 14); y IV. Propuesta para evitar el uso del Tabaco (de las preguntas 15 a 19). Tal categorización se aplicó a criterio personal, basándose en los intereses propios de la investigación, es decir, tomando en cuenta algunos aspectos del marco teórico.

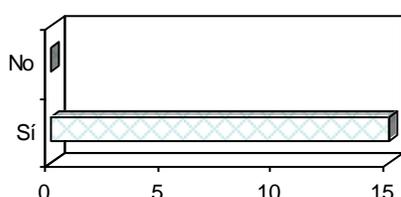
Una vez recopilados los datos de las entrevistas aplicadas por categorizaciones, se procedió a su análisis de manera descriptiva conforme a contenido. Se dividió el instrumento desde su realización, obteniendo los resultados de la aplicación que se mencionarán más adelante y que los sujetos reportaron, finalizando con las conclusiones a que se llegaron con todo el proceso de la investigación y la opinión de los entrevistados.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

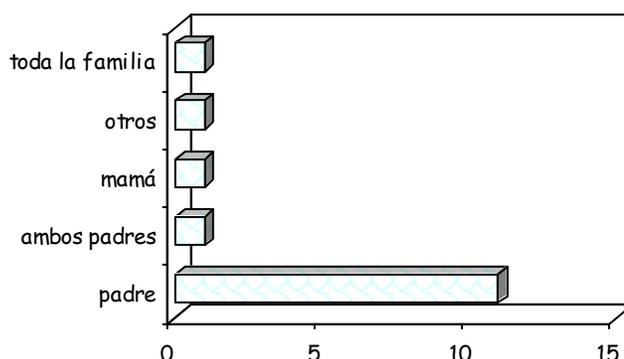
I. IDENTIFICACIÓN DE AQUELLOS QUE VIVEN EN SU CASA:

Los quince niños entrevistados mencionaron vivir con familiares que consumen tabaco, concentrándose el consumo en el padre, solo cuatro mencionaron que respectivamente consumen tabaco ambos padres, la madre, así como una tía y la familia en general.

□ ¿Alguna persona de las que viven en tu casa fuma?



□ ¿Quién?

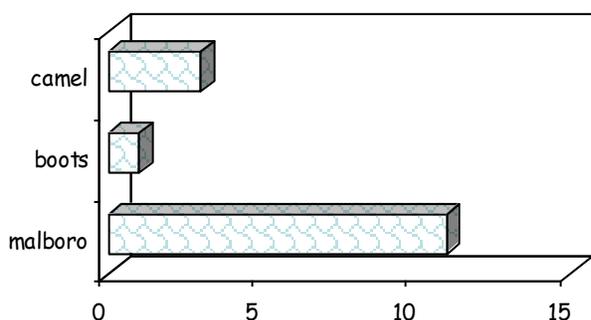


II. DETERMINAR TIPO DE CIGARRO, MAGNITUD, FRECUENCIA Y LUGAR:

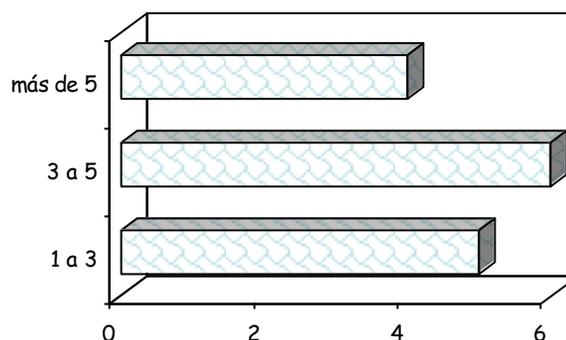
Once de los entrevistados reportaron que la marca de cigarros que sus padres fuman es Marlboro, cuatro de ellos mencionaron que en ciertas ocasiones fuman Camel o Boots.

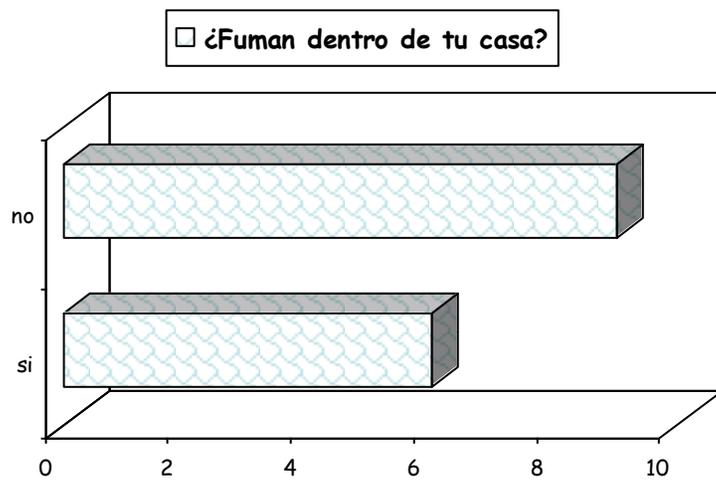
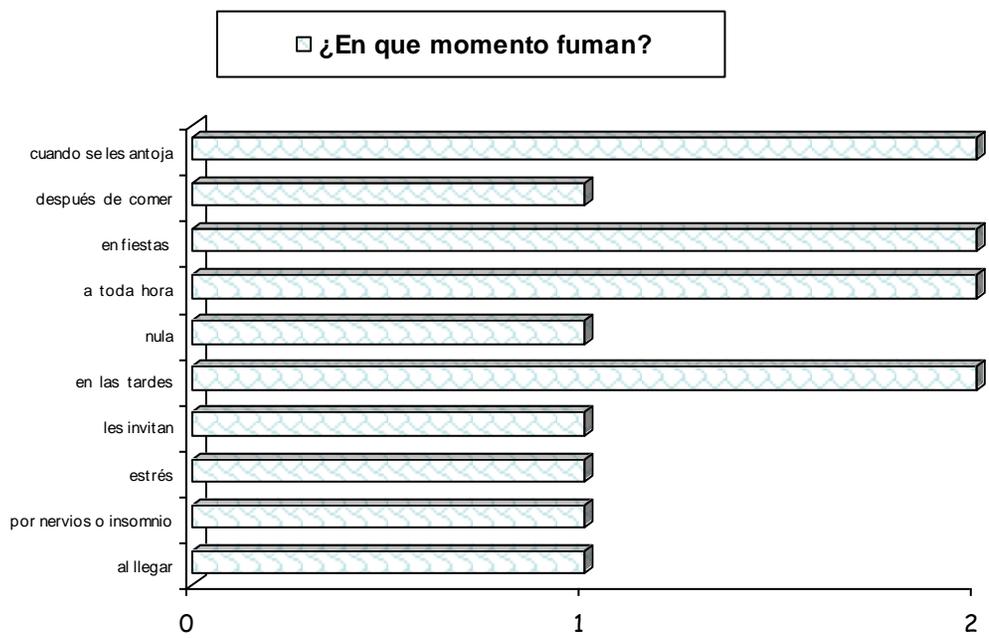
En cuanto a la magnitud y frecuencia, el consumo es diario y en promedio es de tres a cinco cigarros por día, haciéndolo en la presencia de los niños. El lugar donde fuman es principalmente dentro de la casa al llegar del trabajo, cuando están pensando, nerviosos, no pueden dormir, se encuentran estresados, enojados, desesperados, después de la comida, cuando se encuentran en una reunión familiar o en una fiesta durante el momento de estar conviviendo con otros familiares.

□ ¿Qué marca(s) de cigarro(s) fuma(n)?



□ ¿Cuántos cigarros fuman al día?





III. PERCEPCIÓN DE RIESGO:

Los entrevistados piensan que el consumo de tabaco ocasiona enfermedades y problemas como: cáncer en diferentes órganos, se debe de dejar porque envenena, es malo y afecta al pulmón.

Tienen una clara idea de por que las personas fuman, algunas de las razones son: por problemas familiares, de salud, para calmar los nervios, para sentirse bien e importantes, porque les gusta, piensan que les soluciona la vida y porque se va convirtiendo en una adicción.

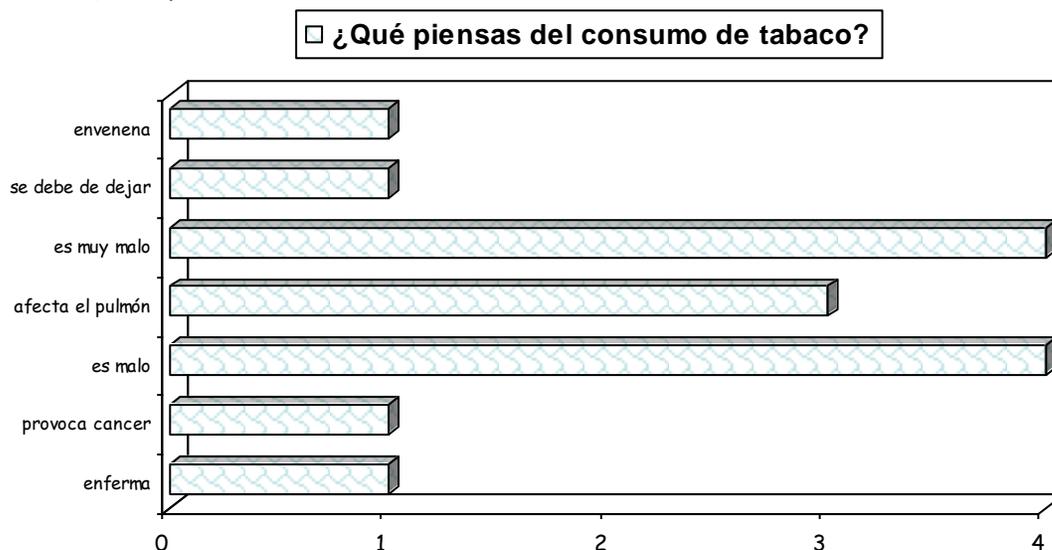
Respecto a que algún familiar que vive en la casa fume mencionan que es malo para ellos y para los que viven con ellos, porque pueden provocar enfermedades y llegar a ocasionar hasta la muerte.

De los quince niños entrevistados solamente uno de ellos conoce a personas de su misma edad que fuman, los demás nunca han visto a nadie.

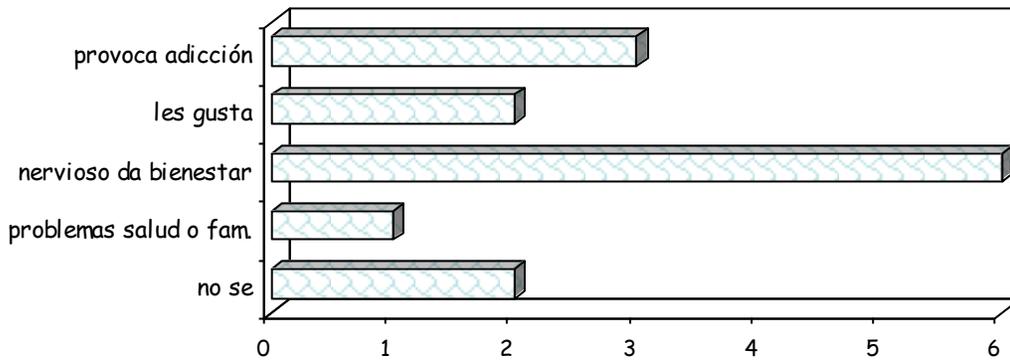
Ellos creen que las personas empiezan a fumar porque les invitaron, les gusto y lo siguen haciendo, o para sentirse más hombres o más grandes. Asimismo entienden que debe de tener algo que no permite que lo dejen, debido a que tuvieron alguna perdida de un familiar y encontraron en el cigarro una alternativa a su tristeza, y por último porque sus padres fumaban y ellos también lo van haciendo por imitación.

Todos los entrevistados mencionaron no haber fumado, ni hacerlo actualmente, y que mucho menos lo harían en un futuro, a excepción de uno que menciono que tal vez en un futuro fumaría.

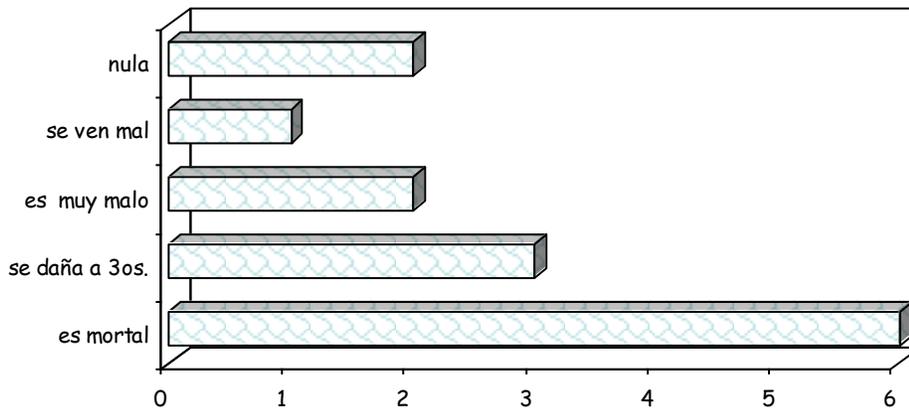
Existe una percepción de riesgo respecto al consumo de tabaco en la que se mencionan algunos daños orgánicos que ocasiona mencionando que: provoca resequedad en la piel, cáncer pulmonar, problemas respiratorios, violencia familiar, cáncer en diferentes órganos (Pulmón, boca, lengua, traquea, estomago, vejiga, riñón, cérvico-uterino, de mama, de próstata, etc.).



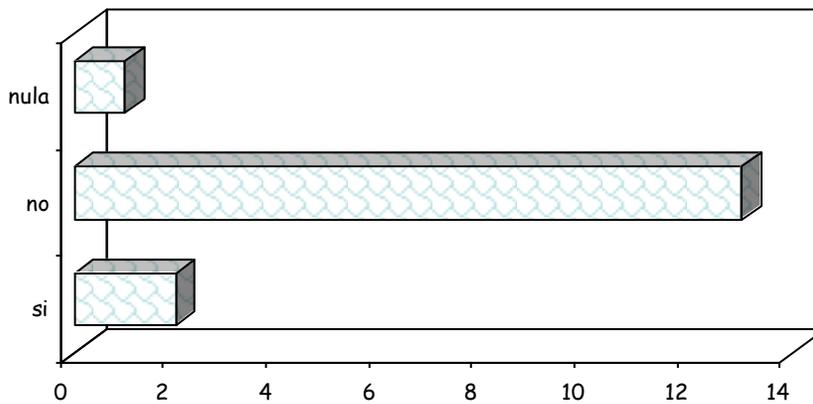
□ ¿Cuál(es) crees que sea(n) la(s) razón(es) por las que fuman?



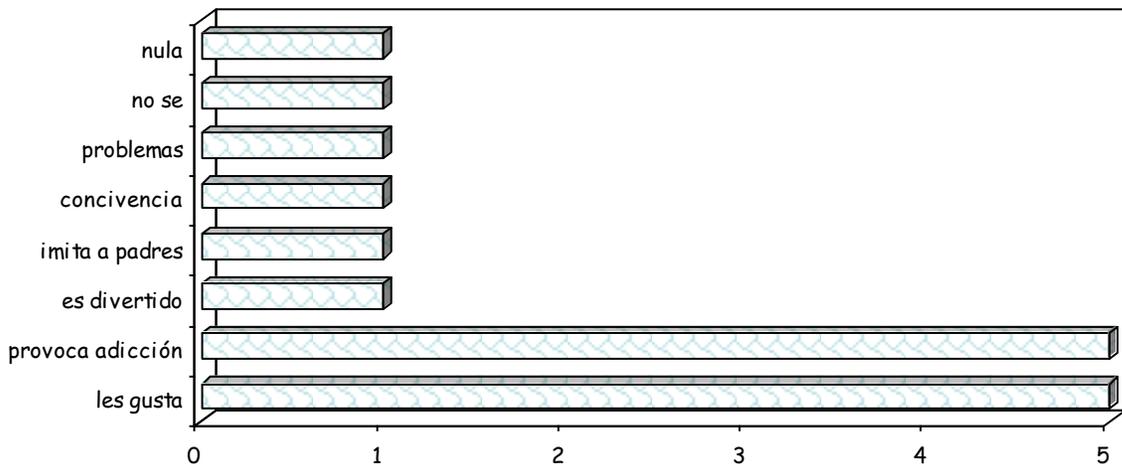
□ ¿Qué piensas de que algún familiar que vive contigo fume?



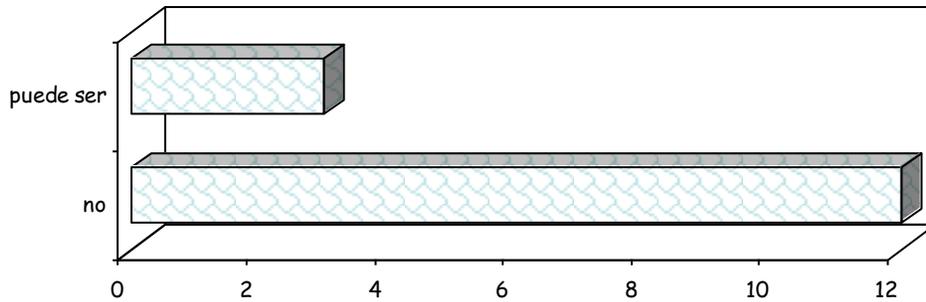
□ ¿Conoces a personas de tu edad que fumen?



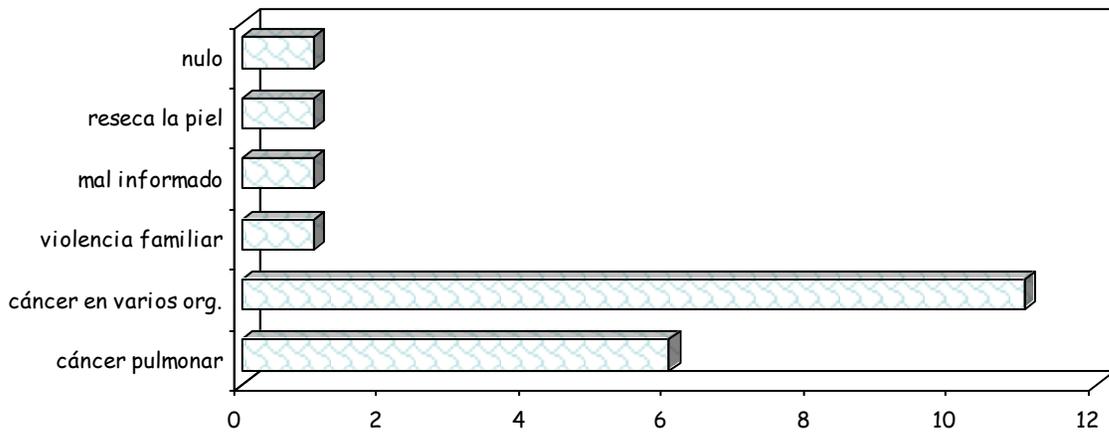
¿Por qué crees que las personas comenzaron a fumar y continúan haciéndolo?



Tu: ¿fumas, fumaste o fumarías?



¿Menciona los daños que crees que ocasiona el fumar?

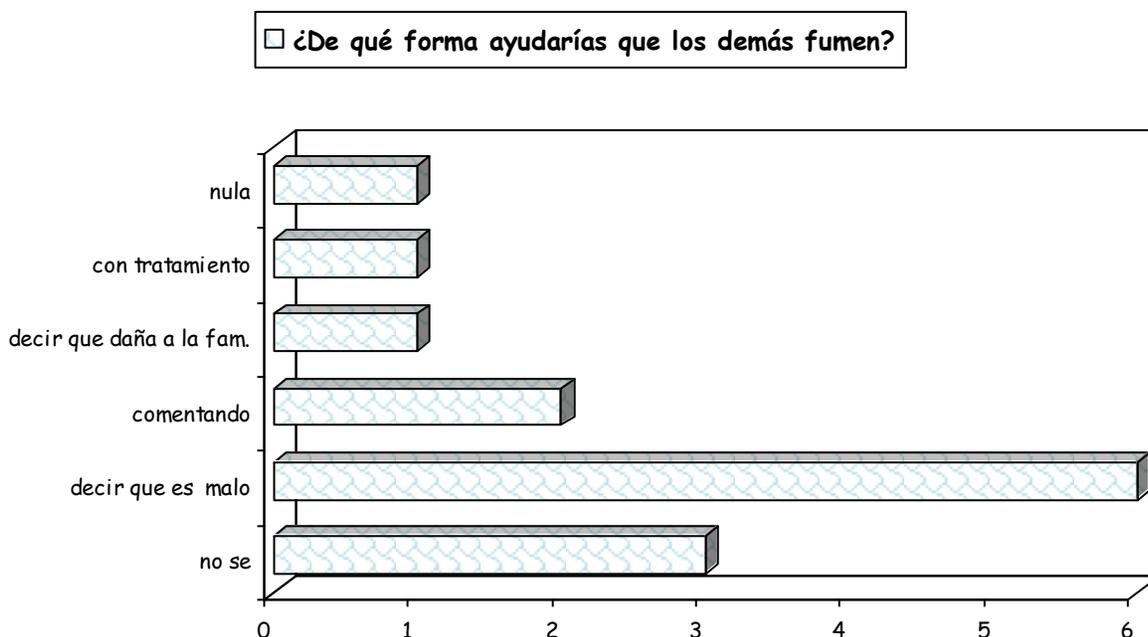
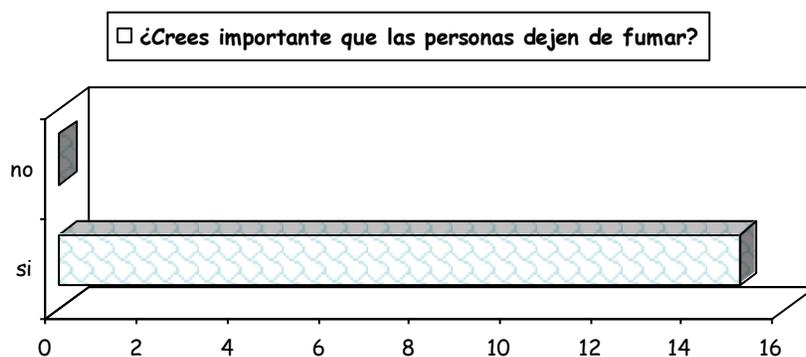


IV: PROPUESTAS PARA EVITAR EL USO DEL TABACO:

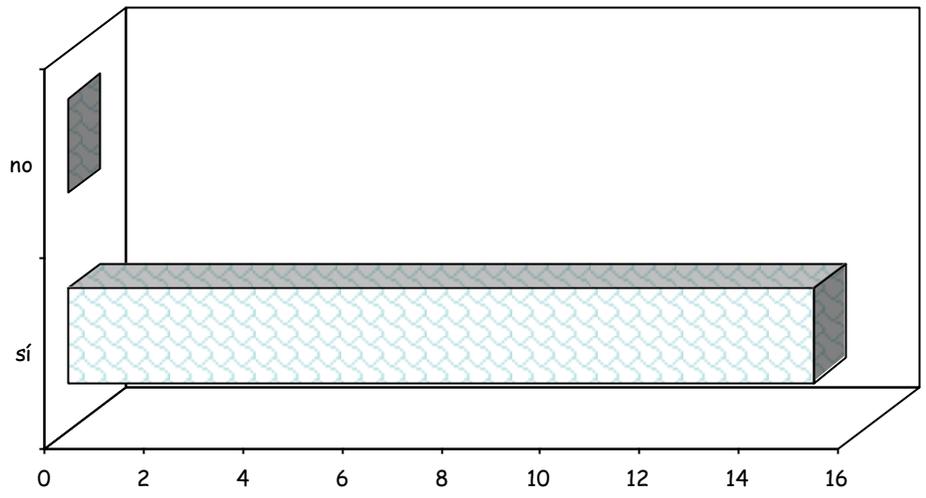
Los entrevistados opinan que es importante que las personas dejen de fumar para no dañarse ellos mismos y a los demás. De esta manera dejarían de provocarse enfermedades como el cáncer de pulmón y podrían permitirse ser personas más saludables.

Para ellos es importante que sus familiares dejen de fumar porque podrían salvar su vida y ya no dañarían su cuerpo ni a los demás.

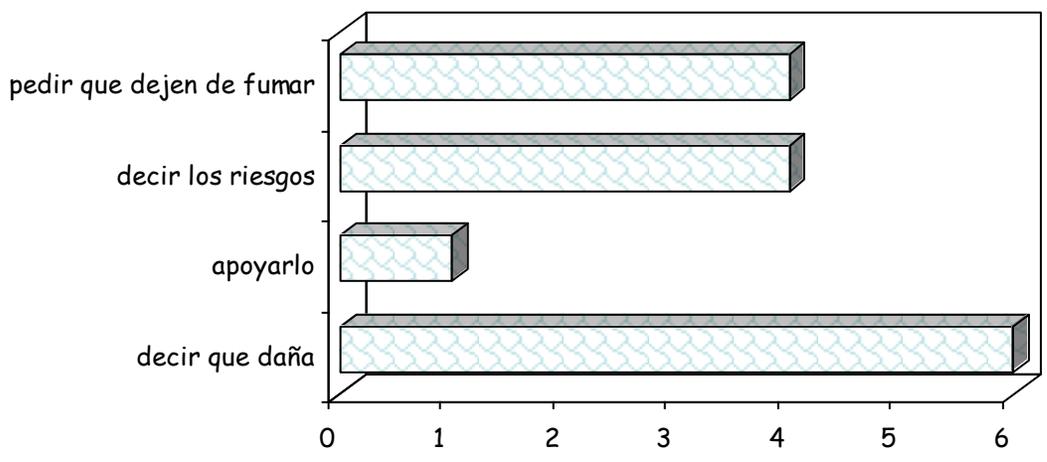
Lo que harían para evitar que un miembro de su familia u otras personas fumen es: informar sobre los daños al organismo con letreros y cartulinas, apoyar a sus familiares si es que deciden dejar de fumar diciéndoles que hay lugares donde los pueden ayudar con una terapia, por la salud de toda la familia; pidiéndoles que ya no los dañen a ellos porque el humo también les afecta y les provoca riesgos a la salud y están destruyendo a su familia



□ ¿Harías algo para evitar que alguien de tu casa dejara de fumar?



□ ¿Qué harías?



Cuando se les pregunto como les gustaría que se realizara una campaña para prevenir el consumo de tabaco algunas de las ideas que proporcionaron son como se observa a continuación:

PROPUESTA DE CAMPAÑA	FRECUENCIA
Con pláticas que los hagan reflexionar y tratamiento	5
Carteles con imágenes que muestren deterioro de la persona y por ende de su autoestima	2
Quitándoles el cigarro	1
Con anuncios que indiquen que es nocivo mostrando pulmones dañados	1
Tirándoles el cigarro	1
No saben como les gustaría que se realizara una campaña para prevenir el consumo de tabaco	3
Con multas	1
Escuchando pláticas que les permitan evitar la violencia intrafamiliar	1

CONCLUSIONES

En los resultados obtenidos, se corroboró que todos los menores entrevistados mencionaron vivir con por lo menos un miembro de su familia que fuma, de manera que se consideran fumadores pasivos, debido a que el padre o la madre fuma en su presencia. Esto es un factor de riesgo para que los menores se inicien en el consumo de tabaco, simplemente por imitación a sus padres.

"Las palabras convencen, pero el ejemplo arrastra". De este proverbio chino podemos aprender que aun cuando los padres fumadores obliguen a sus hijos a no consumir tabaco diciéndoles "tú no debes fumar", con simple hecho de observar lo que sus padres hacen, ellos tenderán a reproducir las conductas que ven y no lo que escuchan.

Los daños que sufren los fumadores pasivos (los menores en cuestión) son similares a los que se generan en el adulto, por lo tanto los hijos de fumadores están en riesgo de padecer daños como: dientes manchados, mal aliento, caries, pérdida de piezas dentales, resequedad en la piel y por lo tanto arrugas prematuras; tos, bajo rendimiento física, problemas gastrointestinales, bronquitis, bronquitis crónica, cáncer de boca, lengua, laringe, estomago, vejiga y riñón; mala circulación, problemas isquémicos del corazón, cerebrovasculares y osteoporosis, entre otros hasta ocasionar la muerte.

Los resultados de la investigación dejan ver que los entrevistados tienen un somero conocimiento de algunas de las enfermedades que genera el tabaco, tanto a corto como a largo plazo y menciona que el tabaco ocasiona adicción. Sin embargo, en este rubro siendo el más importante en preciso dar a conocer a detalle las sustancias que además de la nicotina contiene en tabaco y todas las enfermedades que ocasiona al introducirse al organismo a fin de contribuir a disminuir significativamente en la población infantil y adolescente los índices de consumo de tabaco evitando así su consumo y por consiguiente los daños y riesgos asociados con el mismo.

Como se menciona anteriormente los factores que influyen en el consumo de tabaco son los procesos farmacológicos y de condicionamiento, cognitivo-emocionales y los factores personales, así como los socializadores en los vínculos de la comunicación. En los resultados obtenidos los entrevistados coinciden en estos rubros listando que algunas de las razones por las que se empieza a fumar son: que las personas fuman más en eventos sociales donde se encuentran con otros familiares que fuman, este fenómeno se debe a la tendencia de que con ello generan una imagen de intelectualidad, de sensualidad o de sofisticación; aún sabiendo que esto no es real. De igual manera, hacerlo por estrés, ansiedad, depresión a fin de encontrar una salida o alternativa a la problemática familiar o social en la que se encuentran resulta una falacia que resulta en un daño orgánico.

Con la misma fuerza con la que los propósitos de la publicidad del tabaquismo se dirige especialmente a quienes no han cedido todavía a la tentación de fumar, a fin de reemplazar a quienes ya dejaron de fumar por algún motivo, es imperativo explotar las ideas que los entrevistados aportaron respecto a las campañas antitabaco las cuales deben ser dirigidas a la población en general, haciendo mención de los daños orgánicos que ocasiona a corto y largo plazo, dando información de los lugares a los que se puede acudir y obtener información, capacitar a los miembros de toda la familia y así lograr mejores resultados. De tal manera, esta será una herramienta para evitar el consumo de tabaco en un futuro.

Finalmente, es fundamental generar percepción de riesgo en los padres de familia de manera que eviten fumar o por lo menos no hacerlo en presencia de sus hijos, no solo para no exponerlos a los riesgos que ocasiona ser fumadores pasivos, sino también para que no sean partícipes de las conductas negativas que posiblemente se puedan imitar a tan temprana edad, ya que los encuestados están conscientes de que el hecho de tener un padre fumador es un factor de riesgo que provoca con seguridad la reproducción de dicha conducta.

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

¿QUE SE ENTIENDE POR PREVENCIÓN?

Se entiende por prevención al conjunto de estrategias (recursos, servicios, programas) que una comunidad ensaya para promover la salud de sus miembros y reducir a mínimos socialmente aceptables la probabilidad de que aparezcan problemas relacionados con los consumos de drogas.

Cabe aclarar que la prevención no es asunto que competa únicamente a especialistas, sino es una responsabilidad compartida por toda la comunidad en su quehacer cotidiano (alumnos, padres de familia, maestros, monitores deportivos, las asociaciones de padres, autoridades escolares, etc.). Canalizar el esfuerzo de todos en un proyecto común es el objetivo último de quienes dedican su tiempo (profesional y/o voluntario) a la tarea preventiva, con la doble estrategia de controlar la oferta y disponibilidad de drogas en el escenario social, y reducir la demanda que de las mismas realice la población.

En este sentido, de acuerdo a los resultados derivados de las entrevistas, se desarrollará un programa de intervención el cual en primera instancia tendrá como objetivo llegar a la población en general (prevención universal: perspectiva amplia, menos intensa y costosa). Con la finalidad de crear conciencia de la relevancia de prevenir el consumo de drogas.

Lo anterior se pretende abordar a través de la educación para la salud, estrategia educativa orientada a favorecer estilos de vida saludables, por medio de la promoción de actitudes y hábitos de responsabilidad con la salud propia y la de la comunidad en la que se vive. Constituye el marco idóneo para que desarrollen actitudes favorable hacia el cuidado de la salud, una actitud que les lleve a desentenderse de conductas de riesgo, y a tomar decisiones responsables ante las invitaciones a consumir unas u otras drogas.

Desde que comienza la escolarización hasta la entrada en la preadolescencia (en torno a los 11 ó 12 años), se instalan de una manera genérica las conductas y actitudes que conforman un estilo de vida saludable, y aquellas que lo amenazan, como por ejemplo el consumo de alcohol y tabaco. Es a partir de la adolescencia cuando, continuando con criterios amplios de promoción de la salud, se puede empezar a hacer un mayor énfasis en las demás drogas. Las drogas, en cualquier caso, como pretexto para entrenarnos en procesos de toma de decisiones racionales, resolución de problemas, habilidades sociales, etc.

Por otra parte, de acuerdo a la revisión bibliográfica, este tipo de poblaciones es altamente vulnerable encontrándose en situación de riesgo, sobre todo cuando existen:

1. Niños con padres alcohólicos y fumadores,
2. Hermanos usuarios

3. Adolescentes que fuman o abusan del alcohol y que además
4. Comunidades de alto riesgo
5. Usuarios experimentales de drogas ilícitas, o bien
6. La combinación de varios aspectos

Lo que obliga a ampliar la labor hacia una prevención selectiva y focalizada que permita una detección oportuna de los sujetos usuarios de sustancias, intervenir tempranamente y realizar derivación adecuada para su atención, con la finalidad de evitar la transición de la prueba de sustancias al abuso y a la dependencia de las mismas. Asimismo, disminuir las consecuencias negativas en las personas que consumen, abusan o dependen de las drogas.

De acuerdo con lo anterior, será importante considerar la prevención indicada, en casos particulares que permitan mantener al sujeto dentro de un ambiente protector, es decir, que ligado a acciones académicas y/o sociales que funjan como elementos de reinserción social; lo que apoyaría a disminuir la probabilidad de una recaída, o bien, si se presenta ser atendida con oportunidad.



BIBLIOGRAFÍA

1. Alcántara, Hugo. Ma. del Pilar Reyes y Silvia Cruz; Como proteger a tus hijos contra las drogas, -Guía práctica para padres de familia-, Centros de Integración Juvenil, A. C., México, 1999.
2. Alpizar, Graciela. Patricia Gómez, Luis Sandoval; Mujer y Drogas, Centros de Integración Juvenil, A. C., México, 2004.
3. Aguilar R.; Martínez G.; Gutiérrez C, Programa de capacitación para la creación de clínicas de tabaquismo y grupos de ayuda para el abandono del hábito tabáquico, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), México, y Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras". Manual. Ciudad de La Habana, 1992, p. 83.
4. Bandura A.: Pensamiento y Acción. Fundamentos Sociales libros Universitarios y Profesionales. 1987, p: 651.
5. Ellis A.; Mc Inerney J.F.: Terapia Racional Creativa con Alcohólicos y Toxicómanos. Editorial Desclee de Bronwer S.A, 1992, Bilbao, España, p: 175.
6. Guisa, Díaz-Barriga, Fernández,.....; Niños, adolescentes y adicciones, una mirada desde la prevención, Centros de Integración Juvenil, A. C., México, 2005.
7. Guisa, Díaz-Barriga, Sánchez, Souza; Farmacoterapia de los Síndromes de Intoxicación y abstinencia por psicotrópicos, Centros de Integración Juvenil, A. C., México, 1998.
8. Gutiérrez, Castillo, Guerrero,; Consumo de Drogas entre pacientes que ingresan a tratamiento en Centros de Integración Juvenil, en 2003, Informe de Investigación, Centros de Integración Juvenil, A. C., México, 2004.
9. Slama, Karen. Prevención y control del tabaquismo. Guía para países con escasos recursos económicos, México, 2000.
10. Secretaría de Salud y Consejo Nacional contra las Adicciones; Encuesta Nacional de Adicciones 2002, Tabaco, alcohol y otras drogas, Resumen Ejecutivo.
11. Secretaría de Salud (2001). Programa de Acción en Salud Mental, 2001-2006, México: SSA.
12. Revista Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 13(4), 2003, Pág. 253 y 254.

13. Zaldivar D.: Estrategias para el control, disminución y cesación del hábito tabáquico. Segunda Reunión de Intercambio de Experiencias. Instituto Cubano de Investigaciones y Orientación de la Demanda Interna. Noviembre 1988, p: 49.
14. Los Factores de riesgo y los Factores de Protección.,
www.revistaadicciones.com.mx
15. El tabaquismo: Teoría, repercusión para la salud y para el deportista fumador, Apuntes para su análisis.
<http://www.monografias.com/trabajos18/tabaquismo-y-deporte/tabaquismo-y-deporte.shtml>
16. Heredia, Bárbara. Los hijos de madres fumadoras.
<http://serpiente.dgsca.unam.mx/rompan/25/rf25rep.html>
17. Prevalencia del consumo de drogas en estudiantes de secundaria del municipio de Trujillo, Colon 2002-2003.
<http://www.monografias.com/trabajos13/monofiax/monofiax.shtml>
18. Epidemiología del tabaco.
<http://www.pmministries.com/ministeriosalud/tabaco/tabacoindex.htm>
19. Contenido y Diseño del Cigarrillo.
<http://www.ash.org.uk/papers/additives.html>
20. Los contaminantes del tabaco.
<http://www.sagan-gea.org/hojared/hoja10.htm>
21. Terapias sustitutivas de la nicotina
<http://www.abc.es/especiales/index.asp?cid=16210>
22. ¿Cómo dejar de fumar?
http://www.ligacancercolombia.org/notas_interes9.htm
23. El tabaquismo: Teoría, repercusión para la salud y para el deportista fumador. Apuntes para su análisis.
<http://www.monografias.com/trabajos18/tabaquismo-y-deporte/tabaquismo-y-deporte.shtml>

ANEXO 1

GUÍA DE ENTREVISTA

I. IDENTIFICACIÓN DE AQUELLOS QUE VIVEN EN SU CASA:

¿Alguna persona de las que viven en tu casa fuma? (si la respuesta es negativa continuar con el apartado III, si es afirmativa continuar).

¿Quién? (determinar la cercanía con el entrevistado)

Papá Mamá Otro _____ (especifique)

II. DETERMINAR TIPO DE CIGARRO, MAGNITUD, FRECUENCIA Y LUGAR:

¿Qué marca(s) de cigarrillos fuman?

¿Cuántos cigarrillos fuman al día?

1 a 3 4 a 5 más de 5 (tratar de determinar cantidad)

¿En qué momento fuman?

¿Fuma (n) en tu presente?

¿Fuma (n) dentro de tu casa?

III. PERCEPCIÓN DE RIESGO:

¿Qué piensas del consumo de tabaco?

¿Cuál(es) crees que sea(n) la(s) razón(es) por las que fuman?

¿Qué piensas de que algún familiar que vive contigo fume?

¿Conoces a personas de tu edad que fumen?

¿Por qué crees que las personas comenzaron a fumar y continúan haciéndolo?

¿Tú fumas, fumaste o fumarías?

Menciona los daños que crees que ocasiona el fumar

IV: PROPUESTAS PARA EVITAR EL USO DEL TABACO:

¿Crees importante que las personas dejen de fumar?

¿De que forma ayudarías a evitar que los demás fumen?

¿Harías algo para evitar que alguien de tu casa fumara?

¿Qué harías?

Si se realizara una campaña ¿como te gustaría que fuera?

ANEXO 2
CUESTIONARIO

INSTRUCCIONES: Según tu experiencia como miembro de una familia, por favor contesta claramente las preguntas siguientes. No hay respuestas correctas o incorrectas; sólo nos interesa que tu respuesta muestre con precisión lo que piensas respecto al consumo del tabaco.

Apartado I

1. ¿Alguna persona de las que viven en tu casa fuma?

- Sí No (continuar con el apartado III)

2. ¿Quién?

- Papá Mamá Otro _____ (especifique)

Apartado II

3. ¿Qué marca(s) de cigarros fuman?

4. ¿Cuántos cigarros fuman al día?

- 1 a 3 4 a 5 más de 5

5. ¿En qué momento fuman?

6. ¿Fuman en tu presencia?

- Sí No

7. ¿Fuman dentro de tu casa?

- Sí No

Apartado III

8. ¿Qué piensas del consumo del tabaco?

9. ¿Cuál(es) crees que sea(n) la(s) razón(es) por las que fuman?

10. ¿Qué piensas de que algún familiar que vive contigo fume?

11. ¿Conoces a personas de tu edad que fumen?

Sí

No

12. ¿Por qué crees que las personas comenzaron a fumar y continúan haciéndolo?

13. ¿Tú?

Fumaste

Fumas

Fumarías

14. Menciona los daños que crees que ocasiona el fumar:

Apartado IV

15. ¿Crees que es importante que las personas dejen de fumar?

Sí

No

16. ¿De que forma ayudarías a evitar que los demás fumen?

17. ¿Harías algo para evitar que alguien de tu casa fumara?

Sí

No (pasa a la pregunta 19)

18. ¿Qué harías?

19. Si se realizara una campaña ¿cómo te gustaría que fuera?

Gracias por tu colaboración.