



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE  
HIDALGO**

---

**INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ÁREA ACADÉMICA DE PSICOLOGÍA**

Prevención del Tabaquismo en Alumnos de Nivel Medio Superior,  
Enero-Abril 2005.

**TESIS**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADAS EN PSICOLOGÍA

PRESENTAN:

**Benítez Anaya Iris Elena  
González Córdova Karla Monserrat**

DIRECTOR: Mtro. Alfonso Atilán Gil

## **AGRADECIMIENTO**

Agradecemos al Mtro. Alfonso Atilán Gil y a la Psic. Gabriela Revueltas Valle por el apoyo brindado para la culminación de este proyecto, motivándonos para la obtención de nuevos logros sin importar las adversidades que la vida nos da.

## DEDICATORIAS

*Esta tesis la dedico a Dios, quien me guió con la conciencia para culminar una vez más un ciclo en la vida.*

*A ti papá, quien con el amor para aconsejar y la alegría para impulsar enorgullezca la integridad de un padre.*

*A ti mamá, quien con paciencia, dedicación y cuidados demuestra la preocupación y ocupación de cada una de tus hijas.*

*A mis hermanas, a quienes tuve que robarles horas de convivencia y juegos.*

*A Fabián, quien con sonrisas y besos demuestra su cariño y apoyo.*

*A mi tía Margarita quien con cada uno de sus consejos manifestó el deseo y el orgullo que tiene para sus sobrinas.*

GONZÁLEZ CÓRDOVA KARLA MONSERRAT

*Darles las gracias no seria suficiente para poder pagar su incondicional apoyo. Ustedes me dieron la oportunidad de elegir mi camino, me enseñaron, con su esfuerzo y sacrificio, que para lograr algo en la vida se debe luchar; se que nunca me dejaron sola, a pesar de estar lejos.*

*Papá, valió la pena tu lejanía, por que a pesar de no estar aquí, tus palabras me dieron fuerza para seguir adelante y culminar uno de mis mas anhelados sueños.*

*Mamá, porque tu siempre estuviste pendiente de mi, respetaste mis desiciones y creaste en mi ilusiones, compartimos días de tristeza y felicidad, y sobre todo tu inmenso amor me permitió llegar hasta aquí, dejando el camino abierto para seguir.*

*A mi abuela, porque con tu ejemplo me enseñaste que nada en la vida es imposible, solo basta dedicarnos y nunca darnos por vencidos a pesar de las adversidades.*

*A mis hermanos, también les dedico este triunfo, porque con ustedes he aprendido que no todo en la vida es fácil, que podemos caer, pero si queremos nos podemos levantar y avanzar.*

*Tía, de ti aprendí que no importa cuán difíciles sean las situaciones, siempre podemos darle una sonrisa a la vida, mirando el futuro, pero luchando en el presente.*

*Marisol, me enseñaste el don de la paciencia, contigo aprendí que los obstáculos no son suficientes para desistir.*

*Oscar, gracias por ponerme de ejemplo que no todo en la vida es rígido, existen momentos impredecibles.*

*Todo esto se lo agradezco a Dios, por la vida que me has dado y la familia en la que me has permitido crecer.*

*BENÍTEZ ANAYA IRIS ELENA*

## **EPIGRAFE**

*“El mejor método para combatir el tabaquismo es convencer a las personas de que no empiecen a fumar”.*

George Alleyne 1999

## ÍNDICE

Agradecimientos	1
Dedicatorias	2
Epígrafe	4
Resumen	10
Abstract	12
Introducción	14
<b>CAP. I METODOLOGÍA</b>	
1.1 Justificación	16
1.2 Objetivo General	18
1.2.1Objerivos Específicos	18
1.2 2 Objetivos Secundarios	18
1.3 Planteamiento del Problema	19
1.4 Pregunta de Investigación	21
1.5. Hipótesis	21
1.6. Variables	21
1.6.1 Variable Dependiente	21
1.6.2 Variable Independiente	21
1.6.3 Variables asociadas a las variables principales	22
1.7 Sujetos	22
1.8 Tipo de Estudio	22
1.9 Diseño de Investigación	23
1.10 Instrumentos y materiales	23
1.11 Criterios de Inclusión	24
1.12Criterios de Exclusión	24
1.13 Criterios de Eliminación	24
1.14 Ubicación Espacio Temporal	24
1.15 Intervención Aplicada	25
1.16 Modelo de Intervención	25

## **CAP. II PSICOLOGÍA DE LA SALUD**

2.1 Definición	27
2.2 Promoción de la salud	27
2.2.1 Promoción de la Salud y Educación para la salud	29
2.2.1.1 Educación para la Salud	30
2.2.2 Promoción de la salud y Prevención de la Salud	32
2.2.2.1 Prevención Primaria	33
2.2.2.2 Prevención Secundaria	33
2.2.2.3 Prevención Terciaria	33
2.3 Enfoque cognitivo-conductual de los cambios de conducta de la salud	35
2.4 Conductas de salud	36

## **CAP. III TABAQUISMO**

3.1 Historia del tabaco	37
3.2 Prevalencia internacional	39
3.2.1 Tabaquismo en Europa	40
3.2.2 Tabaquismo en América	41
3.3 Tabaquismo en México	42
3.4 ¿Qué se hace en México para evitar el tabaquismo entre adolescentes y jóvenes?	43
3.5 Investigación en torno a la prevención	45
3.6 México: tabaquismo en estudiantes	48
3.7 Componentes del tabaco	53
3.8 Consecuencias en la salud	54
3.8.1 Panorama epidemiológico	55
3.8.1.1 Cáncer	56
3.8.1.2 Enfermedad pulmonar	56
3.8.1.3 Enfermedad cardiovascular	56
3.8.1.4 Piel	56
3.8.1.5 Infertilidad e impotencia sexual	57
3.8.1.6 Sistema osteomuscular	57
3.8.1.7 Efecto en los ojos	57

## **CAP. IV ¿POR QUÉ SE FUMA?**

4.1 Psicología del tabaquismo	58
4.1.1 Infancia	60
4.2 Iniciación al tabaquismo	61
4.2.1 Adolescencia	62
4.3 Personalidad y motivaciones de la conducta	63
4.4 Fumador	66
4.5 Fumador leve	66
4.6 Fumador moderado	66
4.7 Fumador severo dependiente	66
4.8 No fumador	67
4.9 Fumador pasivo	67
4.10 Factores protectores	67
4.11 Factor de riesgo	67
4.12 Grupo de ayuda mutua	67
4.13 Grupo de alto riesgo	67
4.14 Participación mutua	67

## **CAP. V TABAQUISMO Y CÓMO SE HA TRATADO**

5.1 Psicología de las intervenciones preventivas en tabaquismo	69
5.1.1 Intervenciones Informativas	70
5.1.2 Intervenciones Motivacionales	70
5.1.3 Intervenciones Obligatorias	71
5.2 Prevención de tabaquismo	72

## **CAP. VI PRESENTACIÓN DEL PROGRAMA CHIMALLI**

6.1 ¿Cómo se diseña un programa preventivo de riesgos psicosociales con CHIMALLI?	75
6.2 ¿Cómo se diagnostican los riesgos psicosociales?	75
6.2.1 Investigación	75
6.3 ¿Qué hacer después de conocer el riesgo?	76
6.3.1 Planeación	76



6.4 ¿Qué hacer después de elaborar el programa?	77
6.4.1 Ejecución	77
6.5 ¿Cómo saber si el grupo modificó sus actitudes después de la aplicación de CHIMALLI?	77
6.5.1 Evaluación	77
6.6 Algunos puntos importantes para mejorar los resultados	78
6.6.1 Consistencia	78
6.6.2 Libre participación	78
6.6.3 Apego a las instrucciones	79
6.7 Los siete pasos básicos para aplicar el programa CHIMALLI	79
6.8 Proceso de comunicación y de relación interpersonal con el grupo al aplicar el programa CHIMALLI	82
6.8.1 El conductor, pieza clave	83
6.8.2 Buena comunicación, elemento esencial	83
6.8.3 Un resumen de las funciones del conductor	85
6.8.4 Pasos y procedimientos básicos	85
6.9 Normas y parámetros para el trabajo grupal	88
6.10 Escala de actitud hacia los mensajes protectores CHIMALLI	89
6.10.1 Descripción	89
6.10.2 Empleo	90
6.10.3 Aplicación	90
Procedimiento	91
Resultados	95
Conclusiones	143
Sugerencias	146
Referencias	148

Anexos	160
1. Escala de Actitud hacia los mensajes protectores CHIMALLI	160
2. Calificación e interpretación de la escala	167
3. Hoja de calificación	169
4. Tabla de clasificación de las lecciones y ejercicios	172
5. Hoja de diseños del programa preventivo CHIMALLI	177
6. Cuestionario Tabaquismo	178
7. Reglamento sobre el consumo de tabaco	183
8. Aspectos Éticos	186
9. Limitantes del Estudio	188

## RESUMEN

El tabaquismo constituye la enfermedad prevenible que se relaciona con más problemas de salud y causas de muerte en el mundo.

El presente estudio se realizó con alumnos de nuevo ingreso a una Institución de Educación Media Superior Pública de la UAEAH, Pachuca Hidalgo, en un lapso de tres meses, iniciando en el mes de Enero y finalizando en Abril de 2005.

El objetivo de tal estudio es reducir los riesgos psicosociales, favoreciendo la prevención del tabaquismo en estudiantes de nuevo ingreso de Nivel Medio Superior de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, a través del desarrollo de habilidades conductuales.

Para combatir la prevalencia del tabaquismo, se aplicó el programa CHIMALLI, es una intervención para la prevención de riesgos psicosociales y tiene como una de sus principales características, brindar un instrumento que permite evaluar los riesgos psicosociales a los que está expuesto el adolescente,

Este modelo permitió establecer un enfoque integral –ecológico, donde está inmerso el individuo, destacando el aspecto participativo-comunitario, proactivo. (Margain, M., 2002)

Dicho estudio se realizó a través de una invitación a los 5 grupos de primer semestre, siendo un total de 150 alumnos, mismos que contestaron el cuestionario de CHIMALLI, antes de la intervención. De los cuales únicamente asistieron y concluyeron 60 alumnos, ya que el programa CHIMALLI indica la libre participación como una de sus bases para obtener resultados favorables.

De los 60 participantes, 32 (53.3%) fueron hombres y 28 (46.7%) mujeres. La edad más frecuente fue de 15 años (63.3%). Un porcentaje representativo de participantes abandonaron el hábito de fumar al finalizar la intervención (34.8% Vs 6.7%), siendo que el hábito de fumar prevalecía entre los hombres antes de la intervención (22%) y al finalizar el 3.3% de las mujeres continuaban con el hábito, el 1.7% de los hombres lo seguía manifestando.

Con esto se atendió la resiliencia<sup>ΨΨ</sup> cuya finalidad fue descubrir el riesgo psicosocial al que se enfrentaba el grupo de individuos intervenido, analizar los mecanismos de protección que en forma natural había desarrollado y aquellos que podían aprender con la finalidad de desarrollar una comunidad protegida. De esta forma se genera un mecanismo preventivo, que proporciona soluciones que servirán al grupo intervenido, frente a los problemas que pudiera enfrentar. Se trata de atender los problemas desde un enfoque proactivo, ya no reactivo, fortalecer ante los riesgos al adolescente a través de información y posteriormente generar una protección a través de la orientación sostenida.

Podemos concluir que la intervención, mediante el modelo de detección y atención de riesgos psicosociales, permite que estos sean reducidos, favoreciendo así la prevención del tabaquismo.

Palabras clave: Prevención, Tabaquismo, Adolescencia, CHIMALLI

---

<sup>ΨΨ</sup> Resiliencia: Binomio riesgo-protección- La resiliencia distingue dos componentes: la resistencia frente a la destrucción; es decir, la capacidad de proteger la propia integridad bajo presión; por otra parte, más allá de la resistencia, es la capacidad de forjar un comportamiento vital positivo pese a circunstancias difíciles (Vanistendael, 1994).

## ABSTRACT

The tabaquismo constitutes the anticipateible disease that is related to more problems of health and causes of death in the world. The present study was made with students again enter an Institution of Public Average Education Superior of the UAEAH, Pachuca Hidalgo, in a lapse of three months, initiating in the month of January and finalizing in April of 2005. The objective of such study is to reduce the psycho-social risks, favoring the prevention of the tabaquismo in students again entrance of Superior Mean level of the Independent University of the State of Hidalgo, through the development of conductuales abilities. In order to fight the prevalence of the tabaquismo, program CHIMALLI was applied, is an intervention for the prevention of psycho-social risks and has like one of its main characteristics, to offer an instrument that allows to evaluate the psycho-social risks to which the adolescent is exposed, This model allowed to establish an integral approach - ecological, where the individual is immersed, emphasizing the participativo-communitarian, proactive aspect. (Margain, M., 2002) This study was made through an invitation to the 5 groups of first semester, being a total of 150 students, same who answered the CHIMALLI questionnaire, before the intervention. Of which they attended and they concluded 60 students solely, since program CHIMALLI indicates free participation as one of its bases to obtain favorable results. Of the 60 participants, 32 (53.3%) were men and 28 (46.7%) women. The most frequent age was of 15 years (63.3%). A representative percentage of participants left the habit to smoke when finalizing the intervention (34,8% versus 6,7%), being that the habit to smoke prevailed between the men before the intervention (22%) and when finalizing the 3,3% of the women continued with the habit, the 1,7% of the men continued it declaring. With this was taken care of the resilience? whose purpose was to discover the psycho-social risk which the group of individuals faced taken part, to analyze the mechanisms of protection that in natural form it had developed and those that could learn with the purpose of developing a protected community. Of this form generates mechanism preventive, which it provides solutions that will serve the taken part group, as opposed to the problems that could face. One is to take care of the problems from a proactive, no

longer reactive approach, to fortify before the risks to the adolescent through information and later of generating a protection through the maintained direction. We can conclude that the intervention, by means of the model of detection and attention of psycho-social risks, allows that these are reduced, favoring therefore the prevention of the tabaquismo.

Key words: Prevention, Tabaquismo, Adolescence, CHIMALLI

## INTRODUCCIÓN

El tabaquismo es una adicción, considerado un problema de salud pública. Actualmente mueren 13,500 personas por día en el mundo y casi cinco millones al año por enfermedades relacionadas con el tabaco, mientras que en América ocurre más de un millón de muertes anuales por la misma causa. (Maya Mondragón, J. 2004)

En México, en el 2002, el 26.4% de la población mayor de 12 años fumaba y más de 14 millones estaban expuestos involuntariamente al humo del tabaco. El inicio de consumo de tabaco ocurre generalmente al final de la infancia o en la adolescencia y forma parte del proceso de experimentación y búsqueda de nuevas sensaciones en esa etapa del aprendizaje.

Dicha investigación da a conocer el trabajo directo que existió con los adolescentes de la Preparatoria No. 1 ya que, la adolescencia es una etapa en la que se tiende a imitar comportamientos modélicos, en este caso hablamos de los padres y profesores, quienes son los principales responsables de la educación de los adolescentes. Siendo los docentes el grupo profesional que más fuma. (Ballestín M., Lief Y., 1991)

El fácil acceso al tabaco de los adolescentes, pese a la prohibición de su venta a menores de 16 años es fundamental para favorecer el consumo habitual.

Actualmente existe una disciplina que nos brinda la oportunidad de promover la salud, a partir de la modificación de estilos de vida, cuyo objetivo principal es la prevención de la enfermedad. Nos referimos a la Psicología de la Salud, la cual en conjunto con el programa Preventivo de Riesgos Psicosociales CHIMALLI, nos permitirán generar habilidades conductuales, logrando así reducir las influencias psicosociales y favoreciendo la prevención del tabaquismo.

En la presente investigación se utiliza la metodología cuantitativa con mayor relevancia que la cualitativa. Se ofrece un panorama general acerca de lo que es Psicología de la Salud, posteriormente se realiza un breve recorrido por la historia del tabaco, su repercusión a nivel mundial y nacional específicamente. Se consideran aspectos implicados en el inicio de consumo de tabaco, así como la explicación de lo que es el programa CHIMALLI y su empleo.



## I. METODOLOGÍA

### 1.1 JUSTIFICACIÓN

El tabaco se erige como uno de los problemas complejos de la salud pública mundial, como una de las causas de la configuración disfuncional de la conducta de los consumidores que se reflejan en la presente época. (CONADIC INFORMA, 2001).

La presencia del tabaco en el entorno personal de los adolescentes genera los episodios de experimentación previos al consumo habitual; con frecuencia, las primeras ofertas las genera un compañero o amigo. Pese al conocimiento del carácter nocivo del tabaco, la percepción del hecho de fumar como algo habitual en el entorno y la falta de habilidades sociales para rechazar la oferta llevan a muchos adolescentes a la experimentación. El paso de la experimentación al consumo regular posterior es frecuente.

La presión es clave para reforzar la percepción que tienen los adolescentes de que fumar es lo habitual entre los adultos jóvenes, particularmente en relación con determinados ambientes sociales, como los deportes de riesgo o el mundo del espectáculo, entre otros. En un informe emitido por la Organización Panamericana de la Salud se dio a conocer que “actualmente, la industria está generando también prendas de ropa y complementos con su marca, que contribuyen a mantener su presencia en los entornos juveniles, con frecuencia obtenibles de forma gratuita o a precio de coste con cupones procedentes de las cajetillas de tabaco. Aunque hoy fuma menos de un tercio de la población adulta, la percepción de los adolescentes es que fumar es lo habitual. La estrategia de promoción de la industria va dirigida en esta dirección. Otras acciones de promoción van dirigidas a generar episodios de experimentación, regalando muestras de tabaco en entornos festivos y de diversión”. (Silber, Tomás., y otros, 1992, p. 430).

“El amplio acceso al tabaco de los adolescentes, pese a la prohibición de su venta a menores y prohibición de la publicidad, es fundamental para favorecer el consumo habitual. (Ley General de Salud, 2003). Este acceso es mayor en los adolescentes que viven en hogares donde otras personas fuman, pero también se ve favorecido por los bajos precios de algunas marcas, por la venta ilegal de cigarrillos por unidades, y por la generalización de máquinas expendedoras sin control”. (Kuri, Morales, P., 1999, p. 394-398).

Por tal motivo trabajar con modelos de prevención, es la principal estrategia, para atenuar, modificar y/o eliminar factores de riesgo que conducen al inicio del consumo del tabaco. El mecanismo fundamental de esta estrategia consiste en la coordinación de acciones educativas y la promoción de la salud, incorporando en diferentes niveles la participación de la comunidad.

## 1.2 OBJETIVO GENERAL

Reducir los riesgos psicosociales, favoreciendo la prevención del tabaco, en estudiantes de nuevo ingreso de nivel medio superior de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, mediante el desarrollo de habilidades conductuales.

### 1.2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- φ Identificar factores asociados al inicio del tabaquismo en los adolescentes, entre los alumnos de nuevo ingreso al nivel educativo medio superior.
- φ Identificar riesgos psicosociales a los que el adolescente está expuesto, antes y después de la intervención
- φ Ejecutar un modelo de intervención para la atención de riesgos psicosociales
- φ Indicar la prevalencia del tabaquismo antes y después de la intervención
- φ Indicar la incidencia del tabaquismo después de la intervención
- φ Determinar el impacto de la intervención como modelo para disminuir el uso del tabaco en alumnos de nuevo ingreso al nivel educativo medio superior.

### 1.2.2 OBJETIVOS SECUNDARIOS

- φ Fomentar la Educación para la salud entre los adolescentes de educación media superior. Y desarrollar una cultura del autocuidado de la salud, a través de acciones educativas, con la participación individual y comunitaria.
- φ Propiciar el desarrollo de una actitud reflexiva que coadyuve a disminuir los riesgos psicosociales negativos que conllevan a adoptar estilos de vida orientados al consumo del tabaco.
- φ Orientar hacia el desarrollo de hábitos y estilos de vida que protejan y promuevan la salud.

### 1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El tabaquismo es una adicción, considerada como un problema de salud pública que requiere de acciones amplias y organizadas que den la oportunidad de construir la prevención de esta enfermedad que se relaciona con más problemas de salud y causas de muerte en el mundo, al igual que la invalidez de la población productiva y el deterioro de la calidad de vida (Programa contra el tabaquismo, CONADIC, 2000).

El consumo de tabaco produce alrededor de 2 millones de muertes cada año en los países industrializados (lo que representa un 23% del total de la población), un millón de las cuales se producen en personas de mediana edad (35-69 años). Si las tendencias actuales en relación a su consumo continúan -incorporación masiva de los países no industrializados a su uso, alto porcentaje de adolescentes y jóvenes que comienzan a fumar, tasas bajas de abandono del cigarrillo, etc.-, se estima que en el año 2025 serán 10 millones de personas las que morirán anualmente a causa de su consumo. (Peto, R., López, AD., Boreham, J., Thun, M. & Health, C., 1994, p. 38-52).

El tabaquismo es uno de los problemas de salud más frecuente. Según datos de la Encuesta Nacional de Salud de 1995, un 36, 9% de la población mayor de 15 años es fumadora. Este porcentaje, que se mantiene prácticamente estable en los últimos años, esconde un descenso en el consumo en varones, y un aumento progresivo en mujeres. (CONADIC).

Por otro lado la industria recluta sin cesar adolescentes para sustituir a los fumadores que fallecen o que abandonan el consumo. Los factores condicionantes del inicio del tabaquismo en los adolescentes tienen que ver con la presencia del tabaco en su entorno familiar, personal y el amplio acceso al mismo, que facilita el paso del uso ocasional y experimental al uso habitual. (Industria del Tabaco, 2000).

Esta adicción afecta incluso a la población no fumadora; se calcula que en Estados Unidos de América ocurren cerca de 53 000 fallecimientos secundarios a la exposición involuntaria al humo del tabaco. En un comunicado de prensa no. 074 del Diario Oficial de la Federación, el 30 de mayo del 2001 se dio a conocer que más de 30 millones de mexicanos sufren daños a causa de fumadores. 45 mil muertes al año en el país relacionadas con el consumo del tabaco. (Diario Oficial de la Federación, 2001).

Lo anterior refuerza la posición de las instituciones públicas de Salud en el combate contra esta adicción. El doctor Rafael Camacho Solís, vocal ejecutivo adjunto del Programa contra el Tabaquismo de CONADIC, destacó que México realiza intensas campañas de prevención e información, con el fin de reducir este problema de salud, que se estima será para el año 2030 la principal causa de muerte en el mundo. (Diario Oficial de la Federación, 2003).

Se requiere tomar medidas necesarias, para prevenir y/o controlar esta enfermedad. Este trabajo pretende ofrecer alternativas accesibles, con el propósito de contribuir a conservar y mejorar el estado de salud de la población, particularmente en las Instituciones de Educación Media Superior.

Ante este problema social que enfrentamos para el funcionamiento de llevar una mejor prevención, se requiere de la participación de la sociedad en su conjunto para hacerle frente con acciones no sólo integrales sino también conscientes y coordinadas.

El programa de prevención del tabaquismo, CHIMALLI, presenta una guía y un compromiso para cada individuo, presentando estrategias y acciones planteadas, así como mecanismos a realizar.

## 1.4 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿La aplicación de un modelo de prevención, permite que los adolescentes resistan las influencias psicosociales disminuyendo los riesgos para adquirir el tabaquismo?

## 1.5 HIPÓTESIS

El desarrollo de habilidades conductuales mediante un modelo de detección y atención de riesgos psicosociales, nos permitirán que estos sean reducidos, favoreciendo así la prevención del tabaquismo.

## 1.6 VARIABLES.

### 1.6.1 VARIABLE DEPENDIENTE<sup>1</sup>

La variable dependiente es el tabaquismo, la cual, se someterá a un enfoque preventivo que se orienta a la promoción de estilos de vida más sanos y positivos, en los que el individuo y los grupos desarrollen actitudes y conductas que reflejen decisiones para el autocuidado de la integridad personal y la participación social, el cual permite que los ambientes y comunidades sean más seguros y saludables.

### 1.6.2 VARIABLE INDEPENDIENTE<sup>2</sup>

En esta metodología, la variable independiente es el modelo de prevención, que es la principal estrategia para atenuar, modificar o eliminar los factores de riesgo que conducen al inicio del consumo del tabaco, mediante el desarrollo de actitudes y conductas que permitió empoderar al grupo intervenido para enfrentarse a los riesgos psicosociales a los que estaba expuesto.

---

<sup>1</sup> Esta no se manipula, sino que se mide para ver el efecto que la manipulación de la variable independiente tiene en ella.

<sup>2</sup> Es aquella variable que está en constante manipulación o variación para lograr una acción.

### 1.6.3 VARIABLES ASOCIADAS A LAS VARIABLES PRINCIPALES.

Edad

Género

Ingreso personal

Ingreso familiar

Ocupación del padre

Ocupación de la madre

Condiciones de la vivienda

Tabaquismo en padres y pares

Alcoholismo

Drogadicción

Tabaquismo actual

Fumador establecido

Experimentador

Antecedentes de adicciones

Intervención

### 1.7 Sujetos

La investigación empezó con 69 sujetos antes de la intervención (36 correspondientes al sexo masculino y 33 al sexo femenino), finalizando con 60 sujetos (32 hombres y 28 mujeres), la edad de los participantes oscilaba entre los 14 y 17 años, quienes cursaban el primer semestre de nivel medio superior de una institución pública.

### 1.8 Tipo de estudio

Cuasi-experimental

Ya que la investigación implica la manipulación de una variable independiente, es decir, la introducción de un tratamiento pre-experimental. Constituye un plan de

investigación que permite introducir algunos controles para las variables en ausencia de un control experimental completo. Así se realizó el diseño con un solo grupo con pretests y postests.

### 1.9 Diseño de investigación

Se trabajó con un grupo conformado por 60 sujetos, los cuales fueron elegidos aleatoriamente, puesto que se realizó la invitación a todos los grupos de primer semestre de la preparatoria no. 1, siendo un total de 150 alumnos, de los cuales 69 decidieron de manera voluntaria participar en la intervención, sin embargo en el proceso desertaron 9 participantes, quedando así un total de 60 alumnos (40%) de la población.

### 1.10 Instrumentos y materiales

En esta investigación se manejaron 2 cuestionarios.

El primer cuestionario, propuesto por el programa CHIMALLI, denominado Escala de Actitud Hacia los Mensajes Protectores CHIMALLI, nos ayudó a identificar cuáles eran los riesgos a los que estaba expuesto el alumno. Esta escala clasifica por áreas los ítems, las cuales son: estado general de salud, sexualidad, alcohol, tabaco y drogas, conductas compulsivas (consumismo), actos antisociales y eventos negativos de la vida. La forma de calificación se explica en anexos detalladamente.

El segundo cuestionario nos ayudó a identificar características particulares de los participantes y de su medio en el que se desenvuelven, tales como: edad, sexo, nivel socioeconómico, si él o la gente que lo rodea fuma o tiene alguna adicción.

Dicho cuestionario se aplicó en el mes de noviembre de 2002 en el “Centro Universitario Continental”, una institución de educación superior privada. Se analizó la confiabilidad y la validez del instrumento, debido a que se incluyeron algunos ítems, lográndose precisar la claridad y adecuación de estos. Posteriormente se aplicó en dos instituciones más, siendo el Instituto Latinoamericano (ITLA) y Universidad Siglo XXI.



Para la utilización en esta investigación, se realizaron cambios en algunos ítems, referentes a la identificación del alumno (se cambió carrera por grupo en e que se encontraba inscrito el alumno)

#### 1.11 Criterios de Inclusión

- a) Ser alumno de nuevo ingreso de la Preparatoria No. 1
- b) Tener edad entre 14 y 17 años
- c) Sexo indistinto
- d) Estado Civil, Nivel Socioeconómico, Religión, indistinto
- e) Tener o no el hábito del tabaquismo
- f) Comprometerse libre y voluntariamente a participar durante el tiempo indicado

#### 1.12 Criterios de Exclusión

- a) Alumnos que recursan materias de primer semestre
- b) No estar inscrito como alumno en la Preparatoria No. 1
- c) Edad fuera de los límites establecidos
- d) No desear participar en el programa

#### 1.13 Criterios de Eliminación

- a) Ser dado de baja de la Preparatoria No. 1 por cualquier circunstancia antes de obtener datos, incluso los sociodemográficos
- b) Se eliminarán encuestas que no se hayan contestado más del 90% de los ítems.

#### 1.14 Ubicación espacio temporal

El estudio se realizó con alumnos de nuevo ingreso a una Institución de educación media superior pública de la UAEH, en la Ciudad de Pachuca. Se intervino en la

Preparatoria No. 1, en un lapso de 3 meses, iniciando en el mes de enero y concluyendo en abril del 2005. Siendo obtenidos los datos de un cuestionario auto aplicado, resuelto por los estudiantes de nuevo ingreso de la Preparatoria.

#### 1.15 INTERVENCIÓN APLICADA

A partir del diagnóstico de los riesgos psicosociales obtenidos mediante el cuestionario “Escala de Actitud hacia los Mensajes Protectores de CHIMALLI “, se diseñó un programa de charlas y ejercicios junto con los grupos intervenidos. Destacando el aspecto participativo proactivo y de desarrollo de soluciones.

#### 1.16 Modelo de Intervención

En el Instituto de Educación Preventiva y Atención de Riesgos (INEPAR), se maneja el Modelo Preventivo de Riesgos Psicosociales, CHIMALLI. (CHIMALLI. Modelo Preventivo de Riesgos Psicosociales en la Adolescencia, 1997). Ha sido aplicado desde 1999 entre los adolescentes de 12 a 19 años de edad, en los niveles de educación básica, media y media superior. El diagnóstico realizado fue analizado en conjunto con los grupos intervenidos, jerarquizando acciones, que permitieron la selección de la temática que los grupos esperaban tratar, tomando como base el material diseñado por INEPAR, se iniciaron las acciones propuestas en la educación para la salud, buscando propiciar el cambio de cultura y el fortalecimiento de habilidades conductuales benefactoras para la salud, y así evitar o postergar que los estudiantes de nuevo ingreso se inicien en el tabaquismo.

Es importante hacer mención que aunque se imparten materias como “Orientación Educativa”, no existen temáticas relacionadas a la prevención de riesgos psicosociales que favorezcan el mantenimiento de la salud en alumnos de educación media superior.

El programa CHIMALLI, voz náhuatl que significa escudo o protección, es el resultado de la concurrencia de varios factores, un material creado por un equipo multidisciplinario de expertos en el trato del adolescente en áreas de la psicología y sociología, así como expertos en las ciencias y técnicas de la comunicación y del diseño gráfico y la pedagogía, así también en el área de adicciones.

CHIMALLI, es un material didáctico que consta de 93 lecciones y ejercicios vivenciales para aplicar un programa de educación preventiva a grupos de jóvenes que están expuestos a riesgos psicosociales que cuenta con instrumento de investigación para evaluar o diagnosticar el riesgo al que está expuesto el grupo de adolescentes con el cual se trabaja. Las 93 lecciones y los ejercicios se agrupan en el Libro del Joven. El instrumento de investigación se incluye como parte de este Libro del Conductor, en el cual se especifican las instrucciones para realizar la intervención y entre otros aspectos se habla de la identificación de líderes y la formación de redes de apoyo. Así mismo se habla de que el abordaje de las lecciones y ejercicios es de acuerdo al diagnóstico realizado y la selección del grupo, así se aborda la participación activa del grupo a intervenir, según se encontró en otros estudios que los programas impuestos fracasan o generan resistencia, provocando actitudes contrarias al espíritu proactivo y positivo que se pretende lograr. Por otro lado se menciona que la duración mínima de la intervención es de tres meses, tiempo en que se realizó el presente estudio.

## II. PSICOLOGÍA DE LA SALUD

### 2.1 *Definición*

La Psicología de la salud se define como el aporte profesional de diferentes áreas de la ciencia psicológica a la promoción, fortalecimiento y mantenimiento de la salud integral, así como el diagnóstico, prevención y tratamiento de la enfermedad. Tiene como objetivo principal la prevención, y en este sentido, la modificación de los patrones de comportamiento y estilos de vida inadecuados para la salud de las personas (Oblitas Guadalupe, L.A . & Becoña Iglesias, E., 2000).

Bajo esta visión el programa CHIMALLI se ajusta porque uno de sus objetivos principales es promover la salud entre los adolescentes, a partir de la aplicación de un instrumento de investigación para evaluar y diagnosticar el riesgo al que está expuesto el adolescente, permitiendo, mediante la intervención, la modificación de conductas que exponen al adolescente a los riesgos psicosociales, originando una prevención hacia los factores de riesgo.

La Psicología de la salud incluye un rango amplio de conductas humanas y estados psicológicos, los cuales influyen la salud física y son afectados por la misma. En general, está interesada en el sistema de cuidados de la salud y en la formulación de la política de cuidados de la salud.

### 2.2 *Promoción de la salud*

En 1987, la OMS (Organización Mundial de la Salud) definió la promoción de la salud como “el proceso de capacitar a la población para que aumente el control sobre su propia salud y la mejore”.

En este sentido, podríamos señalar, de acuerdo con Turabián (1993), los siguientes objetivos específicos que se propone cualquier proceso de promoción de la salud:

- \*Cambiar conocimientos y creencias
- \*Modificar actitudes y valores
- \*Aumentar la capacidad para tomar decisiones
- \*Cambiar comportamientos
- \*Conseguir cambios sociales hacia la salud
- \*Favorecer la capacidad y el poder de individuos, grupos y comunidades

En la actualidad, el paradigma hegemónico que considera la salud como ausencia de enfermedad se confronta con uno nuevo, que la entiende como el goce de un alto nivel de bienestar físico, mental y social. Este nuevo modelo implica una perspectiva positiva de la salud, que comprende, el bienestar y el desarrollo humano y la dimensión de calidad de vida. Se considera, además, que los seres humanos no pueden clasificarse simplemente como sanos y enfermos, pues no se trata de un asunto dicotómico, sino que el estado de salud es un proceso continuo, que va desde un estado mínimo hasta uno óptimo.

Oblitas (2000), retomando a Reynaga (2000) define, también desde un punto de vista positivo, la salud psicológica considerando que debe conceptualizarse integralmente o multidimensionalmente la salud, como un proceso complejo y dinámico, ligada a factores biopsicosociales, económicos, culturales, etc. En coherencia con este concepto de salud integral, entendemos la salud psicológica o mental como el estado psicológico de bienestar percibido (Sánchez, 1996), acompañado por una sensación subjetiva de bienestar general y de satisfacción con la vida.

Con base en estos conceptos, promoción de la salud es toda acción orientada a impulsar a un individuo o a una comunidad hacia un alto nivel de bienestar, una mejor calidad de vida, el disfrute de la plena expresión de su desarrollo humano y el más alto nivel de salud posible. Ello implica controlar los determinantes externos del bienestar, que satisfacen las necesidades básicas de los seres humanos, (empleo, ingreso económico estable, alimentación, vivienda, recreación, capacitación, justicia etc.) y los determinantes internos (creencias, convicciones,

atribuciones, expectativas y emociones). De tal manera, podemos decir que la promoción de la salud involucra fundamentalmente, una acción educativa, persuasiva y motivacional orientada a alentar el conocimiento y la preferencia por los comportamientos saludables.

### *2.2.1 Promoción de la Salud y Educación para la Salud*

Costa y López (1996), retomados por Oblitas (2000), consideran que la educación para la salud constituye un instrumento más para lograr los objetivos de su promoción y que no es posible definir en qué consiste esta última, si previamente no tenemos una idea clara de lo que significa aquella a la que conceptualizan como “un proceso planificado y sistemático de comunicación y de enseñanza-aprendizaje orientado a hacer fácil la adquisición, elección y mantenimiento de las prácticas saludables y hacer difíciles las prácticas de riesgo”. Por su parte, la promoción de la salud es considerada “como cualquier combinación de educación para la salud y apoyos de tipo organizativo, legislativo o normativo, económico y ambiental que faciliten las prácticas saludables”, es decir, un proceso amplio por medio del cual los individuos, los grupos y las comunidades mejoran su control sobre los determinantes personales y ambientales de la salud.

Stokols (1992), hace hincapié no tanto en programas centrados en las personas o en grupos, sino en estrategias de carácter ambiental que proporcionen los recursos necesarios para promover la salud y el bienestar de la población. En la actualidad son evidentes los efectos que sobre la salud ejercen determinados factores ambientales. La salud ambiental se fundamenta en la identificación, evaluación, gestión, comunicación y eliminación de los riesgos ambiente, con base en la promoción de entornos y conductas saludables que permitan la disminución de riesgos evitables. (Citado en Oblitas, 2000).

### 2.2.1.1 *Educación para la Salud*

El proceso enseñanza aprendizaje y la modificación de conductas de riesgo en el proceso de aprendizaje como factor fundamental de la socialización de un grupo de individuos en quienes se pretende modificar dicho proceso, no se puede omitir al proceso de enseñanza, pues juntos integran el Proceso Enseñanza-Aprendizaje (PEA). El PEA (López-Calva, M., 2000) es un proceso dinámico en el que se realizan actividades pertinentes que, con los medios adecuados, suscitan que los alumnos vayan aprendiendo a resolver eficientemente los problemas relativos al contenido de una materia. Así, considerando a los individuos que se sometieron a la intervención como parte de un programa educativo, debidamente estructurado que pretende generar aprendizajes para modificar su conducta, es pertinente considerar lo referente a PEA para la adopción de nuevos hábitos comportamentales.

Se debe entender como un proceso social cuyo objetivo es generar una conciencia crítica (en el presente estudio en torno al tabaquismo y al autocuidado de la salud) para formar agentes de cambio que busquen la transformación de la sociedad (libre de tabaco). Es un proceso centrado en el individuo en formación cuyo fin es perseguir, mediante experiencias significativas, el desarrollo de todas las potencialidades humanas de dicho individuo, agente de su propio desarrollo. No se puede separar la enseñanza del aprendizaje; por lo que en el PEA se aprende y se enseña en diferentes medidas y momentos los agentes de educación para la salud y los alumnos aprenden y enseñan al mismo tiempo.

La educación es un proceso humano fundamental mediante el cual va construyéndose cada hombre, por tanto donde quiera que exista interacción humana puede haber educación, ya sea dentro del ámbito escolar o fuera de él. Todo proceso educativo se trata, ante todo, de un proceso de intencionalidad y concienticidad (comprensión, afirmación y transformación del mundo y del propio sujeto).

La OMS define la educación para la salud como el conocimiento e interés por todas aquellas experiencias del individuo, el grupo o la comunidad, que influyen en las creencias, actitudes y conducta respecto a la salud, así como a los procesos y esfuerzos para producir cambios a fin de lograr un nivel óptimo en ella.

La educación se basa en la relación que existe entre la conducta humana y la salud. Por tanto, las metas de la educación son la comprensión de las características de la conducta en relación con los problemas de salud, y la posibilidad de influir en ella con el propósito de promover, mantener y restaurar la salud.

En la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y la prolongación de la vida, intervienen factores directamente relacionados tanto con el ambiente físico y biológico, como con las creencias y formas de conducta del individuo en la comunidad. Los esfuerzos encaminados al saneamiento del medio, deben complementarse con el establecimiento de patrones de conducta, actitudes y conocimientos que permitan al individuo mantener su salud.

La educación para la salud es una actividad que debe iniciarse desde los primeros años de vida con el establecimiento de hábitos favorables para el desarrollo del individuo. Dichos hábitos se fomentan desde la familia, la escuela y dependen en gran medida de la decisión del individuo, lo cual dependerá de su información sobre el problema de salud, las actitudes que mantiene hacia el mismo, y las motivaciones o barreras que percibe para tomar la acción indicada.

La educación para la salud es un proceso planificado y sistemático de comunicación y de enseñanza-aprendizaje orientado a hacer fácil la adquisición, elección y mantenimiento de las prácticas saludables y hacer difíciles las prácticas de riesgo.



### *2.2.2 Promoción de la Salud y Prevención de la Salud*

Es frecuente hablar de promoción y prevención como si fueran una misma cosa, pero razones de tipo operacional, administrativo y sobre todo financiero, justifican una diferenciación.

Prevenir se considera exitosa la gestión en tanto logren que los individuos estén exentos de los factores de riesgo psicosociales. Sin embargo, sabemos que, además, dichas personas pueden progresar hacia estados de mayor fortaleza estructural, mayor capacidad funcional y mayores sensaciones subjetivas de bienestar. Éste es, en esencia, el verdadero sentido de la promoción de la salud, es decir, tratar de que ésta alcance un nivel óptimo.

Gil (1996), señala que los conceptos de promoción de la salud y prevención de la salud se presentan como dos caras de una misma moneda. Especialmente, en prevención primaria (prevención de la enfermedad en personas sanas), resultaría difícil encontrar que una determinada estrategia no favoreciese, al mismo tiempo, la promoción de la salud y, por otra parte, que cualquier intervención destinada a favorecer ésta no sirviese para prevenir. (Citado en Oblitas 2000), Por otra parte, Amigo y Fernández (1998) consideran que la prevención consiste en aquellas intervenciones dirigidas a reducir o eliminar los comportamientos riesgosos para el desarrollo de algún tipo de enfermedad, mientras que las intervenciones referidas a la promoción tienen como objetivo adquirir y mantener comportamientos saludables y, por consiguiente, mejorar la calidad de vida.

En resumen, en materia de promoción de la salud pueden emprenderse acciones en dos grandes áreas:

A) Actividad sociopolítica para la defensa de la salud-ambiente. En este sentido se toman medidas orientadas hacia el mejoramiento de las condiciones de vida de todos los individuos de una comunidad.

B) Educación en salud-estilo de vida. Comprende acciones reeducativas del comportamiento de los individuos, destinadas a evitar el consumo de sustancias tóxicas como el cigarrillo y las drogas.

Cabe mencionar que CHIMALLI tiene como fin educar a los adolescentes dentro de hábitos y estilos de vida que protejan y promuevan la salud.

#### *2.2.2.1 Prevención Primaria*

Está dirigida al individuo sano o aparentemente sano. Sus objetivos particulares son: la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades; para conseguirlos se dispone de la educación para la salud y de la prevención específica.

Por el contrario, la actividad tendente a remediar la posible amenaza o daño que se avecina y del que se tiene “información” lo llamaríamos prevención secundaria.

#### *2.2.2.2 Prevención Secundaria*

Tiene como objetivos especiales: evitar que las enfermedades progresen y limitar la invalidez; estos objetivos se alcanzan mediante el diagnóstico correcto y el tratamiento adecuado, actividades que tradicionalmente corresponden al clínico. En este nivel de prevención, las acciones se dirigen ya al enfermo.

Entre la prevención primaria y la secundaria puede considerarse una acción intermedia: es la detección, que no es precisamente diagnóstico oportuno, sino la búsqueda intencionada de padecimientos, antes de que presenten la sintomatología correspondiente. La detección es particularmente útil para el descubrimiento de padecimientos de evolución prolongada.

### 2.2.2.3 Prevención Terciaria

Corresponde a la rehabilitación, tanto en lo físico, como en lo social. La terapia física, la ocupacional y la psicológica, tratan de conseguir que los individuos se adapten a su situación y puedan ser útiles a sí mismos y a la sociedad.

Los niveles mencionados coinciden con los descritos por Leavell y Clark retomados por Rafael Álvarez Alba (1991). Para estos autores-y éste es un concepto de particular importancia-, se hace medicina preventiva promoviendo y mejorando la salud; pero también al diagnosticar y tratar oportunamente y al realizar actividades de rehabilitación, evitando así complicaciones o secuelas del padecimiento; y se trata de evitar la invalidez o la incapacidad de los individuos, readaptándolos a su medio social (Álvarez Alba, R. 1991).

CUADRO No. 1 NIVELES DE LA MEDICINA PREVENTIVA

Medicina Preventiva – Medicina Integral			
Prevención	Objetivos	Actividades	Niveles de prevención (Leavell y Clark)
Primaria	Promover la salud Evitar la aparición de las enfermedades	Educación para la salud. Prevención específica. Detección.	Promoción de salud. Prevención específica.
Secundaria	Evitar que las enfermedades progresen. Limitar la invalidez	Diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado.	Diagnóstico temprano y Tratamiento inmediato.
Terciaria	Rehabilitar al enfermo	Rehabilitación.	Limitación de invalidez. Rehabilitación.

De acuerdo a lo anterior, se identifica que el programa CHIMALLI trabaja con los niveles de prevención primaria y secundaria, puesto que se inicia con el diagnóstico del nivel de riesgo al que está expuesto el adolescente, posteriormente se interviene mediante una serie de charlas que proporcionan al adolescente una actitud orientada hacia la protección de riesgos psicosociales, promocionando estilos de vida saludables que les permitan evitar y/o modificar la incidencia a los factores de riesgo.

### 2.3 Enfoque Cognitivo-Conductual de los Cambios de Conducta de la Salud

En los últimos años, en el ámbito de la Psicología de la salud se han propuesto distintos modelos cognitivo-conductuales para explicar el comportamiento de salud de las personas. Estos enfoques, desde el punto de vista de Fiorentino María Teresa (2002) tienen su origen en teorías conductuales, y que parten del supuesto de que las personas son agentes que activamente procesan información, se caracterizan por considerar: 1) que los trastornos emocionales y de la conducta son, en parte, una función de los trastornos de los procesos cognitivos, 2) una relación de colaboración entre terapeuta y consultante, 3) el foco radica en cambiar cogniciones para producir los cambios deseados en el efecto y la conducta y 4) son formas de intervención de tiempo limitado y educativas que se centran en problemas-meta específicos.

La Psicología de la Salud es el estudio del comportamiento precursor de la salud, en su rama aplicada, la intervención preventiva. El término prevención es de origen latino y hace alusión a la acción y efecto de prevenir. Relaciona dos conceptos previos: de una parte hace referencia a la preparación o a la acción anticipada; y de otra, tiene como objetivo el evitar males o daños inminentes. Está relacionado también con términos como prever, avisar, advertir y precaver.

La primera acepción hace referencia a *avisar*. Así hablamos de un sujeto "prevenido" como de una persona avisada, que conoce con antelación el curso de los acontecimientos. La segunda acepción tiene que ver con *actuar* llevar a cabo una serie de acciones que impidan el daño del que previamente estamos informados, que ocurrirá a menos que actuemos. Así en los casos catástrofes conocer con antelación permite prepararse en cierto modo para el evento. Conocer la evolución epidemiológica permite ciertas posibilidades de actuación.

Entendemos que toda aquella actividad: disposiciones, instrumentos, etc., tendentes a informar del estado de la situación, con pretensiones de informar lo antes posible, o con la intención de informar para que se puedan llevar a cabo

actuaciones que reduzcan el posible daño que se avecina, sería lo que llamaríamos prevención primaria.

#### 2.4 Conductas de Salud

Estas son definidas como “aquellas que las personas manifiestan mientras se encuentran sanas, con la finalidad de prevenir la enfermedad”. Según Amigo y Fernández (1998), distintos tipos de variables determinan las conductas de salud, a saber:

1. La clase y el entorno sociales: pueden ejercer una notable influencia sobre los hábitos de salud de una persona. Por ejemplo, el grupo de iguales puede ser un notable condicionante para que los adolescentes comiencen a fumar.
2. La percepción del síntoma: influye para que las personas decidan realizar un cambio en sus conductas de salud, aunque estas modificaciones suelen ser transitorias. Sin embargo, cuando dichos síntomas se repiten, implementan estrategias de modificación definitivas.
3. Los estados emocionales: (ansiedad, aburrimiento...) suelen desencadenar conductas perjudiciales para la salud (fumar, comer en exceso, sedentarismo, etc.)
4. Las creencias sobre la salud influyen marcadamente sobre los hábitos de las personas. Cada cual construye un modelo explicativo acerca de la salud, de las causas de las enfermedades, el significado que le otorga a la misma, así como el concepto acerca de la forma en que se deben implementar los cambios.

Por lo tanto la integridad de cada una de estas variables manifiestan una conducta saludable del individuo, las cuales se ven reflejadas en la intervención del programa CHIMALLI, ya que, se basa en áreas específicas como salud, sexualidad, drogas, consumismo, actos antisociales y eventos negativos; dichas variables constituyen la salud del individuo desde un enfoque biopsicosocial.

### III. ANTECEDENTES DEL TABAQUISMO

#### 3.1 *Historia del tabaco*

A continuación se describe el origen del tabaco y cómo ha tomado importancia en el transcurso de los años y en varios países, la descripción se realiza a partir de la obra de Rico Méndez, F., Ruiz Flores, L. (1990). Indudablemente y para sorpresa de muchos, el tabaco tiene su origen en las tierras de la cultura maya. Observamos que ellos existen desde el año 2000 A.C. Hasta el 987 D.C. y abarcaron los estados de Chiapas, Campeche, Yucatán, Guatemala y Honduras; eran excelentes marinos, ya que comerciaban por todo el Golfo de México, incluyendo las islas del Caribe, como lo son Cuba, República Dominicana, Jamaica etc. llevando entre otros productos, Cacao, Henequén y Tabaco, el cual fumaban, y gracias a ellos, todas éstas islas tienen en común el tabaco de México, lo que denominaban los mayas como "CIKAR" que en maya significa FUMAR. Debido a que los Mayas también comerciaban con los olmecas, el tabaco fue difundido a todo el norte de América hasta Canadá.

De las islas del Caribe, la Española fue la primera en recibir semillas de una variedad Mexicana (*Nicotiana Tabacum*), originaria de Yucatán, con un aroma y suavidad muy superiores a los de la rústica que hasta entonces se cultivaba en las islas; Cuba esperaría 40 años mas para ser adoptada.



*Figura No. 1* Semillas de *Nicotiana Tabacum*

Con el paso del tiempo, y con la llegada de los españoles a las islas en 1492, y luego al continente en 1517 por las costas de Champotón (tierras Mayas), fue cuando el tabaco llamó la atención de España y de toda Europa, aceptando el "CIKAR" o cigarro con bastante agrado. Este hábito, señal de riqueza, cundió por Francia gracias al embajador francés en Portugal, Jean Nicot (que acabara dándole el nombre a la Nicotina), en Inglaterra lo introdujo Sir. Walter Raleigh, y en EUA la costumbre empezó después de la guerra civil en 1765.

Tanto fue el auge por fumar que en los trenes se establecieron vagones especiales para fumadores, en clubes y hoteles se creó también el salón de fumadores; el hábito influyó incluso sobre la ropa, con la introducción del saco para fumar (Smoking).

El entonces monopolio del tabaco, que era representado por la corona española, crea uno de los primeros estancos de toda América en la región de Orizaba, en el Estado de Veracruz, México, prohibiendo por medio del Sr. José Gálvez su cultivo en cualquier otra parte del nuevo mundo.

El tabaco había sido pues, el detonador del crecimiento y la prosperidad orizabeñas durante la segunda mitad del siglo XVI, a tal grado que a la ciudad de Orizaba se le llamó la alhaja de la corona, por la cantidad de dinero que su tabaco aportaba a la corona española.

Cuando Morelos ocupó Orizaba en tiempo de la independencia, en el año de 1812, requisó todo el tabaco que pudo, vendió buena parte y quemó el resto con el propósito de privar al gobierno virreinal de su principal ingreso, su preciado Tabaco. Y con esto termina en Orizaba una de las principales fábricas reales que hubo en la Nueva España. Pero con ésta medida causaron grandes estragos a la vida económica de los orizabeños, se había iniciado la destrucción de un monopolio que por otra parte podía resultar un recurso importante para solucionar los gravísimos problemas que enfrentaba el tesoro público de la nueva nación, así que buena parte del siglo, las luchas por el control del tabaco se convirtieron en una fuente de conflictos políticos constantes.

Posteriormente España, al perder la Nueva España (México) se refugia en las islas del Caribe para la producción del tabaco y el 4 de abril de 1817 el rey Fernando VII derogó la ley de libertad de cultivo en Cuba; al pasar de los años y con la independencia de Cuba (1898-1901) la guerra atrajo consigo escasez de semillas, por lo cual fue preciso nuevamente importarlas de México.

Pero no por todos éstos sucesos las tierras mexicanas dejan de ser la cuna del tabaco en el mundo, independientemente que el tabaco mexicano se siguió cultivando en otras regiones, y ejemplo de ello lo vemos en el Valle Nacional en Oaxaca, Álamo, San Andrés Tuxtla, Veracruz, y parte de Jalisco, Nayarit y Colima. En tierras Yucatecas el cultivo es escaso (Rico Méndez, F., Ruiz Flores, L., 1990)



*Figura No. 2 Tabaco Mexicano*

### *3.2 Prevalencia Internacional*

Actualmente, según datos de la revista A tu Salud (noviembre, 2004) mueren 13,500 personas por día en el mundo y casi cinco millones al año por enfermedades relacionadas con el tabaco, mientras que en América ocurre más de un millón de muertes anuales por la misma causa. Esta mortalidad se incrementa de manera acelerada en los países en desarrollo, donde el consumo de tabaco tiende a crecer. (Maya Mondragón, J, 2004. p. 44).



### 3.2.1 *Tabaquismo en Europa.*

España pone de relieve la prevención entre jóvenes. Se menciona la imitación del comportamiento, pues los jóvenes pueden estar comportándose como sus profesores, o sus padres, por tener éstos una importante función modélica y educadora. En España se considera que los docentes son el grupo profesional que más fuma. Por otro lado la publicidad atractiva, el placer inmediato y el no observarse deterioro de la salud en el corto plazo, así como la aceptación social y el acceso fácil al tabaco, han acrecentado el tabaquismo entre los jóvenes. Por lo que los españoles proponen crear campañas informativas, reducir el número de jóvenes que empiezan a fumar y retardar el momento del inicio, aconsejando y apoyando al mayor número posible que desee dejarlo, y tratando de crear un ambiente social de rechazo hacia el hábito tabáquico.

El tabaco es la principal causa de muertes evitables en la Unión Europea, responsable de más de medio millón de fallecimientos por año y más de un millón de muertes en Europa en conjunto. Se calcula que el 25 % de todas las muertes por cáncer y el 15 % de todas las muertes en la Unión Europea son atribuibles al tabaquismo. Para poner freno a esta epidemia, la Comunidad Europea está desarrollando activamente una política global de control del tabaco que se caracteriza por un enfoque en cuatro fases:

- La adopción de medidas legislativas, que constituyen la espina dorsal de las actividades comunitarias actuales y futuras de control de tabaco.
- Otro elemento importante en la estrategia de control del tabaco es el apoyo a las actividades de prevención y cese del tabaquismo en toda Europa.
- Es esencial integrar el control del tabaco en una serie de políticas comunitarias (por ejemplo, políticas agrícola, fiscal y de desarrollo) para garantizar que los principios del control del tabaco forman parte de todos los ámbitos relacionados.

- Garantizar que el papel pionero de la Comunidad Europea en muchos ámbitos de control del tabaco repercute más allá de las fronteras de la Unión Europea y que la Comunidad se erige en principal defensora del control del tabaco a nivel mundial

### 3.2.2 *Tabaquismo en América.*

Se considera uno de los retos más importantes de salud pública, pues causaba para 1992, 845 000 defunciones al año (Organización Panamericana de la Salud, 1992). A esa velocidad de exposición, que va en aumento, se considera que la mitad de todos los fumadores crónicos morirán prematuramente y perderán 20 a 25 años de vida, e impondrán un importante costo social y económico a sus familias y a los sistemas médicos gubernamentales. (Sepúlveda, J., 2002). Cerca de la tercera parte de la población informa consumo cotidiano de tabaco. (Organización Panamericana de la Salud, 1992). A principios de ésta década y desde la pasada las mujeres y los jóvenes han sido blanco de las campañas de promoción, los jóvenes inician a edades más tempranas el consumo, aproximadamente 75% de los fumadores iniciaron antes de alcanzar los 19 años. Así mismo la exposición al humo ambiental del tabaco es también un problema importante. (California Environmental Protection Agency, 1999), Y existe falta de información sobre los daños que ocasiona el tabaquismo en la economía de los países (Meneses –González, F., Márquez-Serrano, M., Sepúlveda-Amor, J. & Hernández-Ávila, 1998). En países de ingreso alto la atención de salud relacionada con el tabaco representa entre 6 y 15% del total de los gastos anuales en salud (Center for Disease Control and Prevention, 1994, p.469-472 y U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, 2000).

### 3.3 *Tabaquismo en México*

En México, en el año 2000 fallecieron 122 personas por día por enfermedades relacionadas con el tabaco y más de 44,000 al año. Actualmente, según datos publicados por Maya et al., 2004, mueren diariamente 147 personas y casi 53,000 al año. En el 2002, el 26.4% de la población mayor de 12 años fumaba (casi 14 millones de personas), y más de 14 millones estaban expuestos involuntariamente al humo del tabaco (cuya salud corre mayor riesgo que la de los fumadores). De 1988 a 2002 el tabaquismo entre las mujeres aumentó al pasar del 14.2% al 16.1%. Por grupo de edad, el que más tabaco consume es el de 18 a 29 años con el 38.1%, después el de 30 a 39 años con el 11.6% y los menores de 18 años con el 8.7%. Por sexo, el 49.2% de los varones y el 16.3% de las mujeres fuma. (Maya, 2004).

Para reducirlo se han seguido muchas de las pautas citadas, pero a pesar de ello los índices de consumo han aumentado, especialmente entre adolescentes y mujeres, quienes fuman como símbolo de rebeldía, afirmación de personalidad, libertad o integración social. (Secretaría de Salud, 2001).

Las tendencias del tabaquismo entre los universitarios referidas por estudios en la Universidad Nacional Autónoma de México, refiere el inicio del tabaquismo al ingresar al nivel educativo medio superior y superior. (Valdés-Salgado, Micher, Hernández, Hernández, Hernández-Ávila, 2002, p. 44-53). Al respecto se sabe que entre los factores sociales que más frecuentemente aparecen asociados con el inicio del tabaquismo en la adolescencia está la presión psicosocial de los amigos. (Evans, Farkas, Gilpin, Berry, Pierce, 1995, p.1538-1545 y French, Perry, Leon, Fulkerson, 1994, p.1818-1820). En el caso de las mujeres, además de lo anterior, el consumo de cigarrillos también puede ser visto como un medio para bajar de peso y como una conducta glamorosa. Algunos adolescentes fuman para reafirmar el paso de la niñez a la adultez. (United Status Department of Health and Humand Services, 1994 y Brownson, Jackson-Thompson, Wilkerson, Davis, Owens, Fischer, 1992, p. 99-103). En los EUA y España se ha reportado que tener ambos padres que fuman aumenta el riesgo de que el adolescente fume, así como

la pertenencia a hogares de bajos ingresos o bajo nivel educativo (Center for Disease Control and Prevention, 1994, p. 469-472 y Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, 2000).

Por otro lado las Encuestas Nacionales de Adicciones en los últimos años (ENA, ENA 1998 y Kuri, 1998), refieren que el 57.4% no fumaban y el 14.8% eran ex fumadores. El 42.9% de los hombres eran fumadores y 16.3% de las mujeres. El grupo de edad con mayor prevalencia de tabaquismo fue el de 18 a 29 años. Desde 1993, se puede apreciar el aumento de los no fumadores pero, a la par de ello, también se observa el aumento de los fumadores establecidos y la disminución de los ex fumadores, dato que pudiese estar reflejando la mortalidad de estos últimos o la estabilidad como fumador establecido.

Según la Encuesta Nacional de Adicciones (2004), el 26.4% de la población entre 12 y 65 años son fumadores, de tal forma que el total de individuos que fuman es de 14 millones, siendo el 39% correspondiente al sexo masculino, mientras que el 16% al sexo femenino.

### *3.4 ¿Qué se hace en México para evitar el tabaquismo entre adolescentes y jóvenes?*

En 1991 entre los estudiantes de secundaria y de nivel medio superior un 30% refirió haber fumado alguna vez; el 17% durante el último año; un 10% en el último mes y el 3% dijo fumar a diario o casi a diario. El rango de edad que se reportó como más crítico para iniciar el consumo fue de 11 a 14 años de edad. En 1998, alrededor de un 10% de los adolescentes eran fumadores, en una relación de 3:1 hombre-mujer. Un 61.4% de los fumadores reportó haberse iniciado en el consumo antes de los 18 años de edad, 39.7% entre los 15 y 17 años; 19.6% entre los 11 y 14 años y un 2.1% a los 10 años o antes (Encuesta Nacional de Adicciones, 1999).

La prevención a edades tempranas es fundamental, por lo que el Programa de Acción Adicciones, sobre tabaquismo, del Plan Nacional de Salud (PNS 2001-2006), dicta las líneas a seguir. (Secretaría de Salud, 2001). 1) Coordinación y colaboración: A través de la educación y sensibilización de grupos vulnerables; Modelo de Prevención de los Centros de Integración Juvenil; Modelo de Prevención para los Trabajadores y sus Familias; Modelo Construye tu vida sin adicciones (CONADIC)<sup>ΨΨΨΨ</sup>; Modelo Preventivo de Riesgos Psicosociales, Chimalli (INEPAR)<sup>ΨΨΨΨ</sup>, que aplica el DIF, con adolescentes, a nivel nacional.

2) Acciones de prevención y cobertura. 3) Acciones en otras Instituciones del sector: IMSS<sup>^</sup>, ISSSTE,<sup>^^</sup> SEDENA,<sup>^^^</sup> PEMEX<sup>^^^^</sup>, SEMARNAC<sup>^^^^^</sup>.

4) Prevención en el ámbito educativo: Programa de salud-escolar (Educación básica); En 1994 se incluyó contenido sobre tabaquismo en los libros de texto para 4° 5° y 6° grado de primaria. En 1998 se incorpora la materia de Orientación Educativa en secundaria, conteniendo en su programa algunas horas dedicadas a las adicciones; Programa de Educación Preventiva contra las adicciones (PEPCA) aplicado por la SEP, Modelo Preventivo Construye tu vida sin adicciones (CONADIC), cuyo piloto se aplicó en Pachuca, Hermosillo y Querétaro, dando como resultado que el modelo fuera aceptado por la SEP, se aplica en primarias y secundarias; Instituto Mexicano de la Juventud. Educación Superior: Instituto Politécnico Nacional, se imparte un diplomado en desarrollo humano, en el cual se atiende de manera prioritaria la prevención de adicciones, cuenta con una clínica para el abandono del tabaquismo, promueve espacios libres del humo de tabaco. Tecnológico de Monterrey, ambientes libres de humo de tabaco, prohibición del consumo de cigarrillos, programa de prevención de adicciones. Universidad

---

<sup>ΨΨΨΨ</sup> Consejo Nacional contra las Adicciones

<sup>ΨΨΨΨ</sup> INEPAR (

<sup>^</sup> Instituto Mexicano del Seguro Social

<sup>^^</sup> ISSSTE (

<sup>^^^</sup> Secretaría de la Defensa Nacional

<sup>^^^^</sup> Petróleos Mexicanos

<sup>^^^^^</sup> Secretaría de Marina Nacional

Nacional Autónoma de México (UNAM), implementó el Programa de Habilidades para Vivir y una clínica para el abandono del tabaquismo, promueve espacios libres de humo de tabaco.

### *3.5 Investigación en torno a la prevención*

En Francia, de 1992 a 1995, un estudio con alumnos de 5° grado de primaria, demostró el papel pronóstico de sus iguales y del entorno familiar sobre el consumo de tabaco, éste último disminuyó después de tres años de intervención. (Séquier, A., Stoebner, A., Gourgou, S., Lence, JJ., Bonifaci, C., & Sancho-Garnier, H., 2002, p.93-100).

En 1997 la Organización Mundial de la Salud convocó a las escuelas para el desarrollo de líderes en conductas de promoción de la salud, a través de la motivación y reclutamiento de estudiantes populares entre sus compañeros. (World Health Organization, 1997, p. 24-27). Los esfuerzos se han enfocado a la educación en salud de los estudiantes de escuelas secundarias. (Pérez, M., Pinzón-Pérez, H., 2000, p. 377-380). En los EUA los estudios en escolares analizan diversas estrategias, destacando la iniciación de pequeños consejeros entre estudiantes más jóvenes o de recién ingreso a las secundarias (Corcoran, G., Startng, Small., 2002, p.57-59), y la generación de servicios facilitadores para la cesación del tabaquismo entre los alumnos del campus que desean abandonar el tabaquismo, (Mooney, D., 2001, p.141-142) el establecimiento de políticas restrictivas o prohibitivas (Martín, M., Levin, S. Saunders, R. 2000. p. 205-212), manejadas con cuidado para evitar la deserción escolar y el inicio de otras adicciones, análisis de las conductas de riesgo entre los jóvenes y el desarrollo de adicciones,(Martín, M., Levin, S., Saunders, R. 2000. p. 327-330), análisis de las conductas de riesgo entre los jóvenes y el desarrollo de programas para reorientar sus conductas. (Kann, L., Kinchen, S., Williams, B., Ross, J., lowry, R., Grunbaum, A., & Kolbe, J., 2000. p. 271-285). Por otro lado se ha encontrado al tabaquismo en relación con la disminución de la capacidad del aprendizaje y por lo tanto como una conducta de riesgo para el abandono de los estudios. (Colleman, D., Lee, J.,

Montgomery, S., Bix, G., & Wang, D., 1999. p. 314-319). Se evalúa también la efectividad de las acciones puntuales. Se considera importante la presencia de un profesional de la salud en las escuelas para el desarrollo de programas en coordinación con los docentes a quienes se les tiene que capacitar. (Office on Smoking and Health Division of Adolescent and School Health Centes for Disease Control and Prevention, 1998, p. 202-204, Fullwood, H., 1998, p. 77, Black, D., Tobler, N., Sciacca, J., Peer; 1998. p. 87-93 y Corbin, D., 2000, p. 55-58).

El estudio Programs-That-Work, en EUA, ha evaluado la efectividad de algunos programas para la prevención del tabaquismo en el nivel educativo medio superior y destaca 2 programas enfocados al desarrollo de habilidades conductuales entre los jóvenes, que les permitieron adaptarse al ambiente escolar y desenvolverse en él sin riesgos. (Collins, J., Robin, L., Wooley, S., Fenley, D., Hunt, P., Taylor, J. & Haber, D., 2002, p. 93-99). Otro proyecto revisó la Efectividad del Control del Tabaco en las Escuelas de California, (Disefan, J., Filpin, E. & Pierce, J., 2000, p. 28-32) que junto con otros estudios realizados en Florida hacen una compilación de las estrategias aplicadas desde 1990. (Bauer, U.y Centres for Disease Control and Prevention, 1999, p. 248-253). Estos estudios refieren que involucrar a los pares en la conducción de los estudiantes de nuevo ingreso resultó muy favorable para generar conductas de cuidado de la salud y para propiciar un ambiente facilitador, libre de tabaco.

Fundamentación Teórica: de acuerdo con las conclusiones de California (Disefan, J., Filpin & E., Pierce, J., 2000. p. 28-32) y Florida. (Florida Dept. of Health, 1999, Bauer, U., 1999 y Centres for Disease Control and Prevention, 1999, p. 248-253), destaca la importancia del desarrollo de conductas saludables entre los estudiantes, invitándoles a participar en el cambio de conductas de riesgo por conductas favorables de la salud. Es necesaria la participación de los profesionales en el cuidado de la salud para lograr una mayor efectividad en el desarrollo de estos programas, además de involucrar a los estudiantes en el autocuidado de su salud y la participación de los docentes. En contra punto, muchos docentes no se comprometen en los programas por desconocimiento o

por no considerar como una prioridad la educación antitabaco, otros consideran que deben ser capacitados y la capacitación que reciben resulta deficiente porque muchas veces no tienen tiempo para darle seguimiento o no cuentan con recursos para capacitarse, y cuando hay recursos no tienen tiempo o no quieren participar. Por lo anterior se destaca que los esfuerzos en educación sobre el tabaco, que involucran directamente a los estudiantes, pueden encontrarse con más éxito en cambios de actitudes hacia el fumar y la conducta del fumador.

Un programa piloto en Florida, (Centers for Disease Control and Prevention, 1999, p. 248-253), en 1998, aplicó todas estas conclusiones. La prevalencia del estudiante fumador cayó significativamente de 18.5% a 15% en 1999 entre los estudiantes de escolaridad media, y se incrementó de manera importante la proporción de nunca fumadores en los grados 6° a 12°, con un incremento significativo de 31.1% a 36%. El éxito del programa se ha atribuido al involucramiento de la juventud en la planeación y la implementación de éste.

En Colombia (Pérez, M., Pinzón-Pérez, H., 2000, p. 377-380), y en Argentina, en donde la prevención se enfoca a evitar la iniciación en tabaquismo de niños, jóvenes y mujeres, (Organización Panamericana de la Salud OPS, 1992) la Protección en defensa de los que no fuman, (Regulación de espacios sin humo Salud Pública, 1999) la cesación para que los fumadores puedan dejar el cigarrillo, han actuado principalmente sobre los grupos vistos como “modelos” en conductas y comportamientos saludables, como médicos, enfermeras, docentes, religiosos y deportistas. La desnormalización trata de cambiar las conductas frente al fumar como cualidad normal o aceptable. (Simpson D., 1999).

En México, en 1993 en un estudio en escolares de Tijuana, cuyo objetivo fue determinar la efectividad de un programa diseñado para desarrollar habilidades conductuales entre los adolescentes en 6° grado de primaria (Laniado, R., Molgard, C. & Elder, J., 1993, p. 403-408), una proporción significativa menor de sujetos del grupo tratado experimentaron con tabaco durante el periodo de seguimiento, en comparación con los sujetos del grupo control. Asimismo un porcentaje más alto de adolescentes en el grupo de intervención abandonaron el



hábito de fumar, en comparación con el grupo control. En este estudio se utilizó la metodología de California (Disefan, J., Filpin, E., & Pierce, J., 2000, p. 28-32), y Florida (Florida Dept. of Health, 1999, Bauer U., 1999 y Centres for Disease Control and Prevention, 1999, p. 248-253), y los lineamientos de la OMS (Organización Mundial de la Salud) dictados en 1997. (World Health Organization, 1997, p. 24-27).

### 3.6 México. *Tabaquismo en Estudiantes*

En México no hay referentes de estudios similares en el nivel educativo superior, pero existe una trayectoria cronológica de la presencia del tabaquismo entre estudiantes del nivel medio superior y los del superior que puede ayudar a comprender las acciones que se adoptaron y las teorías que dan fundamento a éstas. Los trabajos que se han realizado desde la década de los ochenta son estudios transversales, la mayoría realizados en el Distrito Federal, aunque en 1991 se realizó una encuesta Nacional. (Encuesta Nacional sobre el uso de Drogas en la Comunidad Escolar, 1992).

En 1980 un estudio, realizado entre adolescentes de secundaria y del nivel medio superior, reportó que el consumo de tabaco *alguna vez en la vida* entre la población estudiantil de 14 a 18 años fue de 55.8% para los varones, mientras que para las mujeres de 37.9%.

En el mismo año, ya en los universitarios, otro estudio realizado entre alumnos de nuevo ingreso a algunas facultades de la UNAM y La Escuela Nacional de Estudios Profesionales de Cuautitlán reportan una prevalencia de *fumadores habituales* de 36.3%. Para los estudiantes de la UNAM la prevalencia de consumo de tabaco en hombres fue de 40.0% y en mujeres 30.1%. En 1988 se reporta una prevalencia de consumo de tabaco de 13.1% entre alumnos de nuevo ingreso en la UNAM. De los fumadores identificados 40% se inició antes de los 15 años. (Valdés-Salgado, R., Micher, JM., Hernández, L., Hernández, M. & Hernández-Ávila, M., 2002, p. 44-53).

La edad de inicio al consumo de tabaco comienza de los 15 a 17 años de edad, según datos de la Encuesta Nacional de Adicciones (2004).

La Encuesta Nacional sobre el Uso de Drogas en la Comunidad Escolar (1992) a nivel medio y medio superior, reportó una prevalencia de 29.4% estudiantes que *han fumado o masticado tabaco alguna vez en su vida*. En 1993 y 1997 se realizaron encuestas parecidas, pero sólo en el Distrito Federal. (Berenson, S., Medina-Mora, ME., Carreño, F., Juárez, F., Villatoro, J. & Rojas, E., 1996, p. 1-5 y Villatoro, JA., Medicina-Mora, ME., Cardiel, H., Fleiz, C., Alcantara, E. & Hernández, S., 1999, p. 18-30). En la primera se reportó consumo de tabaco *alguna vez* en 48% de estudiantes de nivel medio y medio superior. En la segunda, la prevalencia se elevó hasta 55.4%. En 1989 la Encuesta Nacional de Salud refirió una prevalencia de *fumadores actuales* de 6.8% en el grupo de 18 a 20 años.

Al inicio de cada curso escolar la UNAM aplica, a los alumnos de nuevo ingreso, un cuestionario en el que se recoge información sobre consumo de tabaco. (Valdés-Salgado, R., Micher, JM., Hernández, L., Hernández, M. & Hernández-Ávila, M., 2002, p. 44-53). En este estudio se ha observado un incremento en el consumo en edades inferiores al mínimo legalmente establecido para poder adquirir tabaco en México, 18 años y un aumento de la prevalencia entre las mujeres, además de un incremento brusco del consumo a partir de 1993, año en que la inversión en publicidad de las compañías tabacaleras en México se duplicó respecto de 1989; los estudiantes de mejor situación económica muestran una mayor incidencia de inicio del consumo; a mayor edad, ser varón y al final del periodo la probabilidad de fumar aumenta; también se observó un incremento en el consumo de tabaco en el grupo de 18 a 25 años.

En lo que respecta al incremento del consumo entre las mujeres y al causado por el aumento de la publicidad, (Pierce, JP., Lee, L. & Gilpin, EA., 1994, p. 608-611), cuando se emplean mensajes de salud para confrontar la promoción del tabaco, esto tiene desde el principio algún efecto entre las mujeres adultas jóvenes, pero

no tanto entre las adolescentes. El aumento del consumo observado antes de los 18 años y así mismo en el grupo de 18 a 25, se puede entender mediante el análisis de los predictores de consumo en la adolescencia, como el nivel socioeconómico bajo, factores facilitadores del medio ambiente, especialmente la familia y los amigos, así como la disponibilidad y el acceso al tabaco, además de factores conductuales y personales. (Conrad, KM., Flay, BR. & Hill, D., 1992, p. 697-706). También aparecen diferenciales sociales, por ejemplo en los EUA se reporta que el consumo de tabaco en la adolescencia está asociado fuertemente con los adolescentes procedentes de hogares de poca instrucción, con bajo rendimiento escolar y también con bajas aspiraciones académicas.

Algunos autores han mencionado la posibilidad de la incompatibilidad de fumar con ciertos roles educacionales, ocupacionales y maritales. De acuerdo con otros estudios no existe tal incompatibilidad, pero sí cierta inmadurez asociada con el fumador adolescente al que se le dificultará desempeñarse con éxito en esos roles. Cualquiera de las dos interpretaciones apunta a que el consumo de cigarros en la adolescencia puede conducir a consecuencias no deseadas en la vida adulta, más allá de lo referido estrictamente a la salud (Chassin, L., Presson, CC., Cherman, SJ. & Edwards, DA., 1992, p. 328-347). En algunos estudios se ha encontrado, que se relaciona con el atraso escolar, lo cual repercutirá en el futuro. (Valdés-Salgado, R., Micher, JM., Hernández, L., Hernández, M. & Hernández-Ávila, M., 2002, p. 44-53).

En el Estado de Morelos (2002) se realizó un estudio sobre prevalencia del tabaquismo y bajo desempeño escolar de estudiantes de entre 11 a 24 años. (Arillo-Santillán, E., Fernández, E., Hernández-Ávila, M., Tapia-Uribe, M., Cruz-Valdés, A. & Lazcano-Ponce, EC., 2002, p.54-56),

Estilos de vida, cultura y tabaquismo. Diversos autores coinciden en explicar la asociación entre comportamientos de riesgo como parte de ciertos estilos de vida. (Wickkama, K., Conder, R., Wallace, L. & Elder, G., 1999, p. 258-272). La teoría de estilo de vida establece que las decisiones y las oportunidades de vida

interactúan unas con otras. Poniendo énfasis en el rol de las alternativas, las oportunidades de la vida son una condición estructural. (Cockerham, W., 2000, p. 1313-1324). Los estilos de vida, son las prácticas cotidianas de un sujeto, que reflejan los hábitos basados en las experiencias, socialización y realidad de clase social. (Bourdieu P., 1998, p. 169-222).

Las condiciones de vida son el entorno cotidiano de las personas, donde estas viven, actúan y trabajan. Son el producto de circunstancias sociales, económicas y del entorno físico, lo cual ejerce un impacto en la salud, estando en gran medida fuera del control inmediato del individuo. (Organización Mundial de la Salud Glosario de Términos, 1998).

En algunos casos, la aplicación biomédica utilizó el concepto de estilo de vida para describir rasgos específicos de comportamientos relacionados con un principio de enfermedades crónicas y más tarde con adicciones y violencias. Implícitamente podría estar la noción de que el propio sujeto puede elegir y actuar, intencional y responsablemente, pero existe una influencia social sobre él. (Wickkama, K., Conder, R., Wallace, L. & Elder, G., 1999, p. 258-272).

El estilo de vida debe ser abordado con una visión holística, dentro de cada grupo, estrato o clase social, existen variables en el sujeto y micro grupo. (Menéndez, E., 1998, p. 37-67). La cultura es el conjunto de aspectos de comportamiento que se aprenden y transmiten generacionalmente mediante sistemas simbólicos arbitrarios que permiten las descripciones de objetos, conceptos y sentimientos comunicables de forma inteligible a otros seres humanos. La cultura es adquirida; obedece a modelos específicos de comportamiento que se denominan normas; es transmisible por enseñanza (imitación y aprendizaje); es una adaptación extrasomática a un medio ambiente específico; cada cultura puede constituir un medio ambiente particular. A pesar de su naturaleza esencialmente conservadora, cambia de tiempo en tiempo y de sitio a sitio.

No se puede pasar por alto que las condiciones sociales y geográficas no fueron un obstáculo para marcar diferencias entre la cultura de los visitantes del viejo mundo (Europa) y la de los habitantes del nuevo mundo (América) al llevarse uno las hojas humeantes (de tabaco) para modificarlas y luego regresarlas (como cigarrillos), (De Micheli-Serra, A., 2000, p. 273-279), y ambas culturas adaptarse al uso de éstas de una u otra manera, generándose actitudes, hábitos y, así, estilos de vida como producto acumulativo en el aprendizaje del uso del tabaco. Hasta hace 65 años se había visto al tabaco como algo placentero, e incluso curativo (De Micheli-Serra, A., 2000, p. 273-279 y Famet, JM., 2002, p. 144-170), y hace muy poco se ha demostrado que no es cierto y, más aún, que puede ser sumamente dañino.

Esto se debe a que las acciones que implica la cultura, se enfrentan con el éxito o el fracaso. Con el fracaso, especialmente cuando lo acompaña el dolor o el castigo, una acción tiende a ser reemplazada por otra conducta, y disminuye su probabilidad de recurrir en condiciones similares. Con la repetición del éxito, las respuestas se estabilizan como hábitos, y se adaptan progresivamente a las situaciones en que son apropiadas. Y así ha prevalecido el tabaquismo, es evidente que goza de ese principio de éxito. Cuando la conducta social se desvía persistentemente de los hábitos culturales establecidos, el resultado son modificaciones que ocurren primero en las expectativas sociales, y después en las costumbres, creencias y reglas. De este modo, gradualmente se alteran los hábitos colectivos y la cultura concuerda mejor con las nuevas normas de conducta efectiva. Este mismo principio, la alteración gradual de los hábitos colectivos, puede emplearse en la generación de aprendizajes que lleven a los estudiantes a adoptar estilos de vida saludables. Para ello hay que aplicar los procesos dentro de las sociedades por medio de los cuales tienen lugar todos los cambios; estos son “innovación”, “aceptación social”, “eliminación selectiva” e “integración”.

En cualquier grupo humano organizado, la preservación y la comunicación de las formas de vida propias de dicha sociedad son una tarea esencial, en la cual

participan padres, docentes, adultos y menores; cada nueva generación adquiere en esta forma los conceptos, ideas y patrones de conducta probados y comprobados por sus antecesores. El tabaquismo se ha convertido en una práctica socialmente aceptada, cuando debería de ser lo contrario. Y es que la cultura se trata de una abstracción conceptual que nos permite “observar regularidades en la conducta de un grupo humano que participa de una tradición común...La cultura es una forma de pensar, de sentir, de creer. Es el conjunto de conocimientos del grupo, almacenado para uso futuro”. Es “...el diseño de un grupo para vivir, un sistema de premisas transmitidas socialmente acerca de la naturaleza del mundo físico y social, las metas de la vida, y los medios aceptables para lograrlas”. Debemos impedir que el tabaquismo se siga considerando como algo socialmente aceptable y que los adolescentes y jóvenes, se fijan como meta no adquirirlo o abandonarlo y busquen los medios aceptables para lograrlo.

### *3.7 Componentes del Tabaco*

Un cigarro produce 250 centímetros cúbicos de humo, contiene más de 4,000 sustancias químicas y entre 6 y 11 mg de nicotina, de los cuales se absorben entre 1 y 3 mg al fumar, y sólo se necesitan de 10 a 19 segundos para que se encuentre en todo el organismo con un tiempo de acción de dos horas (Maya Mondragón, Jesús., 2004, p. 43-44). A continuación se describen las principales sustancias:

1. Nicotina: es un alcaloide tóxico que se mezcla con partículas de alquitrán; se absorbe en la boca, las fosas nasales, la faringe, los bronquios y el estómago. En el sistema nervioso actúa en los receptores nicotínicos del área mesolímbica y del locus ceruleus, liberando una sustancia llamada dopamina que produce placer, alegría, un mayor estado de alerta y de los latidos cardiacos, a la vez que provoca la contracción de los vasos sanguíneos (disminuyendo la circulación), la acidez estomacal, el incremento de la glucosa sanguínea, el colesterol y los triglicéridos, además de reducir el apetito.

2. Monóxido de carbono: gas que se desprende de la combustión del tabaco y del papel del cigarro, y que al unirse a los glóbulos rojos desplaza la hemoglobina que transporta el oxígeno. Las concentraciones de monóxido de carbono en la sangre en las personas que no fuman son del 2%, y en las que fuman, entre el 8 y el 14%.
3. Cancerígenos: son sustancias químicas como los alquitranes que contienen iones metálicos, compuestos radiactivos e hidrocarburos que favorecen el desarrollo de diversos tipos de cáncer.
4. Químicos irritantes: sustancias compuestas por ácidos, fenoles y acroleínas que se liberan en la combustión del tabaco; alteran las defensas contra las enfermedades de las vías respiratorias y obstaculizan la limpieza de las partículas y microorganismos que penetran en el cuerpo con el aire que respiramos.

### *3.8 Consecuencias del Tabaquismo en la Salud*

Las evidencias de los efectos sobre la salud por el tabaquismo, tanto activo como pasivo, han sido fundamentales para el uso de las iniciativas para controlar su consumo. Hay riesgos para los fumadores activos, niños y adultos. Todas las personas preocupadas por el control del tabaco necesitan entender estas evidencias, pues representan el empuje principal para emprender medidas para el control del tabaco.

Las enfermedades relacionadas con el tabaquismo como las cardiovasculares, respiratorias y el cáncer aparecen en la vida adulta, después de 10 o más años de fumar, es por ello que los adolescentes no se identifican con ellas. (Maya et al., 2004).

### 3.8.1 *Panorama Epidemiológico.*

Las evidencias que integran los fundamentos de la comprensión actual del tabaco como causa de enfermedad, se remota a la parte media del siglo XX. (Samet, JM., 2002, p. 144-160), valoraron el hábito de fumar como causa de cáncer pulmonar y en 1954, en el desarrollo de cáncer, enfermedad coronaria, infarto, enfermedad obstructiva crónica del pulmón y enfisema. Estudios que han seguido confirmando casos (Doll, R., Peto, R., Wheatley, K., Gray, R. & Sutherland, I., 1994, p. 901-911). Por otro lado, hacia finales de los años cincuenta y principios de los sesenta, comités gubernamentales revisaron y evaluaron formalmente la evidencia acumulada, es el caso de Inglaterra, Estados Unidos de Norte América. Mediante el informe de inspección sanitaria de los EUA se llegó a nuevas conclusiones con respecto a las enfermedades provocadas por el tabaquismo, tales como: arteroesclerosis, cáncer de vejiga, enfermedad cerebrovascular, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedades coronarias, cáncer esofágico, cáncer de riñón, cáncer de la laringe, cáncer de pulmón, cáncer oral, cáncer pancreático, úlcera péptica, estado de salud disminuido /morbilidad respiratoria.

En los Estados Unidos de América (EUA) el tabaquismo origina una de cada cinco defunciones (Guideline on smoking cessation). Los fumadores presentan un riesgo mayor de cardiopatía mortal, cáncer pulmonar y cáncer en boca, garganta, esófago, páncreas, riñón, vejiga, cuello del útero; evento vascular cerebral, úlcera péptica; fracturas de cadera, muñeca y vértebras; y en el desarrollo de cataratas, así como arteroesclerosis de la arteria carótida.

Los fumadores fallecen 5 a 8 años antes que quienes nunca fuman. (Mc, Phee, S., Schoeder, S., 2000). En contra punto, la interrupción del tabaquismo incrementa la esperanza de vida incluso a quienes lo hacen después de los 65 años de edad. De las aproximadamente 480 000 defunciones vinculadas con el tabaquismo en los EUA, 53 000 son atribuidas al tabaquismo pasivo. (Werner, R., Pearson, T., 1998, p. 157).



Otros informes recientes proporcionan recopilaciones valiosas de datos epidemiológicos. (Nacional Cancer Institute, 1996, p. 7-9). Se habla sobre la acción de los médicos para disminuir la prevalencia del tabaquismo. Sobre la nicotina en parches o goma de mascar para dejar de fumar.

#### 3.8.1.1 *Cáncer*

Nueve de cada diez enfermos de cáncer de pulmón se relacionan con el tabaquismo. También aumentan las probabilidades de sufrir cáncer de boca, labios, lengua, laringe y faringe, así como de estómago, páncreas, próstata, vejiga y ciertas formas de leucemia.

#### 3.8.1.2 *Enfermedad Pulmonar*

El humo del cigarro produce irritación e inflamación de los bronquios, aumenta la producción de moco y favorece el desarrollo de infecciones; el alquitrán del humo es causa de destrucción pulmonar y enfisema.

#### 3.8.1.3 *Enfermedad Cardiovascular*

Por cada diez cigarros diarios que fuma un varón, el riesgo de muerte por infarto cardiaco aumenta en un 18% y en las mujeres en un 31%. Además la nicotina favorece la acumulación de grasa en las arterias y venas, con el consiguiente incremento de la presión sanguínea.

#### 3.8.1.4 *Piel*

En la piel la nicotina ocasiona disminución de la circulación sanguínea a nivel de capilares, acelera el envejecimiento de la cara y la formación de arrugas.

#### 3.8.1.5 *Infertilidad e Impotencia Sexual*

Las mujeres fumadoras tienen tres veces más riesgo de ser infértiles que las que no fuman; en promedio, la nicotina adelanta la menopausia hasta en dos años, se relaciona con el 40% de los partos prematuros e incrementa entre un 30 y un 70% el riesgo de aborto espontáneo; los bebés de las madres fumadoras pesan menos al nacer (2 kilos y medio), y la combinación de anticonceptivos y tabaco incrementa las embolias. En los hombres la nicotina provoca una disminución de un 50% en la movilidad de los espermatozoides y también es causa de impotencia por dañar las arterias del pene.

#### 3.8.1.6 *Sistema Osteomuscular*

La nicotina aumenta el riesgo de fracturas óseas, esguinces de tobillo y en las mujeres menopáusicas acelera la osteoporosis y el peligro de fracturarse la cadera.

#### 3.8.1.7 *Efecto en los Ojos*

El riesgo de desarrollar cataratas aumenta en un 60% en los fumadores, mientras el 20% de los que ya la desarrollaron consumen tabaco.

Hasta aquí se mencionaron sólo algunos de los efectos del tabaco, sin embargo, existe una gran gama de consecuencias tanto para quien fuma, como para quien está cercad el fumador, nos referimos al fumador pasivo.

Es por esto, la necesidad de luchar efectivamente en contra de un mal que en la actualidad causa la muerte de cerca de 150 personas diariamente y de casi 53,000 en un año tan sólo en nuestro país (Maya Mondragón, J, 2004).

#### IV. ¿POR QUÉ SE FUMA?

El inicio de consumo de tabaco ocurre generalmente al final de la infancia o en la adolescencia, y forma parte del proceso de experimentación y búsqueda de nuevas sensaciones en esa etapa del aprendizaje.

Para que una persona fume se requiere de la combinación de los siguientes factores:

1. Biológicos, como el sexo y la edad, ya que es más frecuente que los varones fumen, sobre todo en la etapa de la adolescencia.
2. Sociales, como la influencia de amigos y familiares fumadores, de la publicidad, así como el fácil acceso al cigarro y la tolerancia social.
3. Personales, como baja autoestima, inseguridad, falta de confianza en uno mismo, estrés, depresión, rebeldía y dependencia oral (necesidad de tener algo en la boca).
4. Familiares, si hay fumadores en la familia es más probable que los jóvenes fumen; lo mismo ocurre cuando los profesores o educadores lo hacen, ya que se trata de figuras que los niños y adolescentes imitan o con quienes se identifican.
5. Susceptibilidad genética, lo que explicaría la dificultad para dejarlo y las frecuentes recaídas de quienes consiguen la abstinencia.

##### 4.1 *Psicología del Tabaquismo*

Se puede afirmar que desde el punto de vista psicológico el tabaquismo es una conducta de riesgo con rasgos infantiles asociados a un instinto oral, motivaciones internas y actitudes agresivas inconscientes, que tienen origen en experiencias gratificantes y hostiles (Catalán, José Luis, 2000).

La conducta de fumar se basa en experiencias y causalidades que cada ser trae desde la infancia, con una tendencia que se encuentra ligada al desarrollo de la personalidad. Experiencias que, en diversos momentos de la vida dejan huellas

psicológicas que pueden provocar, consciente o inconscientemente, estados emocionales capaces de generar conductas de amor y odio (Catalán, 2000).

Las vivencias hostiles y gratificantes son comunes a todas las personas, nadie escapa a ellas, y corresponde a cada individuo encontrar un equilibrio entre ambas para tener una personalidad madura, que le permita expresar sus emociones sin violar los derechos de los demás, respetar la vida del otro y a manifestarse como sujeto merecedor de aprecio y valoración (Catalán, 2000).

En el tabaquismo aparecen las vivencias gratificantes y hostiles como una ambivalencia del sujeto fumador, manifestando una falta de madurez de la personalidad, que antepone su vivencia gratificante oral al fumar sin respetar la salud de los demás, como una actitud de malestar - hostilidad hacia quienes lo rodean.

El fumar se transforma en algo tan normal para un fumador que le resulta extraño que pudiera molestar a alguien. El fumador necesita sentirse "normal" e integrado en la sociedad, sin que su hábito sea contemplado en absoluto como una adicción. Por eso mismo, porque parece normal, no considera mal fumar en grupo delante de personas que no fuman y le parece improbable que pueda molestar el humo o el olor, que es tan agradable para su sensación. (Martínez, A, 2003).

El proceso psicológico de proyección y ambivalencia en el fumador es inducido por una sociedad donde el cigarrillo es un producto que se compra en los comercios, y que siendo publicitado y aceptado es difícil concebir que pueda producir daños, como lo demuestra el hecho de que todo el mundo fuma, tanto y más quienes desempeñan el rol de modelos que se valoran, como docentes, deportistas, médicos, políticos, jueces, artistas, etc. (Catalán, et al., 2000).

#### 4.1.1 *Infancia*

En los primeros 18 meses de vida los labios y la boca tienen un papel preponderante, ligado a la satisfacción del acto de comer al comienzo, en la fase oral del desarrollo. Y los labios y la boca se transforman en una vía de comunicación para el niño y su familia en una relación de dependencia, con un aprendizaje para el niño que tendrá significado toda su vida.

La necesidad de depender se presenta de diversas maneras de acuerdo a la edad y a la maduración de la personalidad.

En una segunda etapa de la fase oral está la fase oral-sádica, coincidente con la aparición de la dentición y, por tanto, ligada al acto de morder. Esta nueva adquisición del niño tiene un sentido "destrutivo" y da lugar al concepto de ambivalencia, es decir, relación de amor-odio respecto a un mismo objeto. Así las actitudes de placer y bienestar se expresan en forma bucal y de dependencia, con besos, caricias, abrazos, etc. Pero también hay actitudes de hostilidad y malestar que se expresan mordiendo o agrediendo como manifestación de defensa.

Cuando nace un ser su repertorio de conductas es limitado, pero va adquiriendo normas de conducta debido al aprendizaje, condicionamiento y desarrollo motor. Elaborado proceso que culminará en la maduración adulta, y en la cual tiene un papel importante el ambiente social.

Así se forma la personalidad, entendida como el conjunto de atributos psíquicos, heredados (temperamento), o adquiridos (carácter) que un individuo posee y que forman un "sistema de respuestas conductuales, como la suma total de las reacciones y tendencias a la reacción de un sujeto. Con la posibilidad y el papel moderador de los nuevos aprendizajes.

En esta personalidad influye primero la familia y luego los modelos sociales como docentes, médicos y deportistas, que inducen conductas incorrectas y enfermas que adoptan los niños, ya que la familia y la sociedad son las que enseñan al

individuo a ser adicto al tabaco. Las conductas de los padres son especialmente importantes, pues los hijos captan el acto de ver a sus padres fumar como un hábito positivo, al considerar que el cigarrillo es una de las formas de enfrentarse a las tensiones de la vida, obteniendo placer y éxito.

#### *4.2 Iniciación del Tabaquismo*

La iniciación al tabaquismo se produce cada vez a menos edad, actualmente en la pubertad alrededor de los 10 años y está relacionada con el entorno de compañeros y grupo familiar, interviniendo la publicidad, la imitación, la curiosidad, rebeldía contra prohibiciones, resaltar feminidad o masculinidad, para sentirse grande y por la necesidad de lograr aceptación en su grupo. La particularidad psicológica del adolescente de explorar, experimentar, identificación con hábitos de adultos y la influencia de sus pares, explican el porqué la edad de inicio de fumar se produce precozmente. (Silber, Tomás, 1992).

La percepción del niño-adolescente de la sensación de disfrutar del humo del cigarrillo, que observa sobre todo en padres y maestros crea imágenes manifiestas y positivas del tabaquismo. Con el desarrollo serán futuros fumadores por estar en un medio donde el cigarrillo es visto positivamente y forma parte de la vida cotidiana, siendo tolerado por el mismo núcleo familiar. Agregándose el permanente reforzamiento social del fumar, ya que estas actitudes y el modo distorsionado de pensar acerca del tabaco, serán fomentadas por compañeros y por los medios publicitarios que inducen al tabaquismo.<sup>3</sup> (Catalán, et al., 2000).

Y se afianza con la adicción a la nicotina por la estimulación psíquica que produce, por el mantenimiento de las relaciones de grupo, la búsqueda de placer y disminución de tensiones nerviosas. Y continúa respondiendo al estímulo publicitario falso y engañoso que es básico en el tabaquismo.

---

<sup>3</sup> Cabe desatacar que la publicidad ha sido prohibida desde Enero de 2003.

Es fundamental comprender que una conducta juvenil aislada, como fumar, suele ser el preanuncio de otras conductas de alto riesgo a breve plazo. Y en general la secuencia es Tabaco > Alcohol > Marihuana. (Bleger, J, 1998).

#### 4.2.1 *Adolescencia*

Hay particularidades psicológicas propias del proceso de la adolescencia, porque por los cambios normales del desarrollo el joven se encuentra lleno de ansiedades que no alcanza a comprender y fácilmente busca un atenuador de su angustia e intenta equivocadamente acelerar su cambio de niño a adulto, a través de la identificación con ciertos "hábitos" y actitudes catalogadas como de "adultos", como sería el fumar, tomar bebidas con alcohol, mostrarse agresivo, etc. Aquí puede destacarse la actitud del niño - joven que quiere sentirse "grande" con el cigarrillo en la mano y poses estereotipadas para mostrarse fumando; lo cual es utilizado para la promoción del tabaco en Estados Unidos y Europa, donde las empresas del tabaco simulan una disuasión de los jóvenes al difundir que "Fumar es cosa de adultos". (La actitud modélica en la adquisición del tabaquismo, 2000).

En la psicología del adolescente prima la tendencia característica de experimentar con conductas y buscar nuevas experiencias. Sus cambios biopsicosociales lo llevan a explorar y experimentar, sin saber medir las consecuencias y a veces se encuentra envuelto en conductas de alto riesgo.

En la motivación para fumar influyen factores personales, sociales y ambientales. Y dado que el tabaco es una droga permitida y socialmente promocionada, el fumar se convierte en un mecanismo de integración con el grupo de amigos, puesto que, al buscar su independencia y rechazar la dependencia infantil, los adolescentes buscan refugio en el apoyo de sus pares, siendo por esto extremadamente susceptibles a las presiones del grupo.

En la mujer joven la relación tabaco-independencia de la adolescencia está siendo sustituida por una relación más perversa, que es la relación tabaco-control de peso, mecanismo índice de intoxicación tabáquica. Por esto el consumo de tabaco se promueve con más facilidad entre las mujeres si su acción se relaciona con el control del peso corporal.

Una característica psicológica propia del adolescente es el sentimiento de "invulnerabilidad" asociado a una fase egocéntrica del desarrollo, y la "fábula personal" asociada a características histriónicas.

Los pares del adolescente cumplen un papel crítico en la iniciación de conductas riesgosas como es el tabaquismo. Conducta que a menudo representa un intento de responder a necesidades evolutivas, como el desarrollo de la autonomía y el aprendizaje de roles nuevos.

#### *4.3 Personalidad y motivaciones de la conducta*

La personalidad es el conjunto de rasgos que definen la manera habitual de comportarse de un individuo en ciertos tipos de situaciones o con relación a ciertos objetos (Bleger, et al1998).

En los fumadores se dan las distintas personalidades pero con algunas características que predominan en la generalidad de los casos. Presentan cierta hipersensibilidad que los lleva a tener una actitud defensiva, que puede impulsar a mostrarse fuertemente agresivo, con rasgos de ambivalencia y una conducta disocial con respecto a normas de convivencia, para el problema específico del humo ambiental del tabaco.

Una de las características de la Psicología moderna es la de ser dinámica e indagar en las motivaciones de la conducta y básicamente en su "por qué". En general todo responde a una causalidad, que puede ser más o menos compleja y



con distintos condicionamientos, considerándose equivalentes motivación y causalidad.

En la formulación de la causalidad no sólo se admite la existencia de múltiples causas, sino que además se tiene en cuenta que el efecto producido reaccúa sobre las causas, en un condicionamiento recíproco. Y se consideran tres series de causas en las cuales la resultante de su interacción es la que actúa.

Estas series intervienen también en las motivaciones o causalidades del tabaquismo y se pueden considerar las siguientes:

La primera serie la forman los factores hereditarios y congénitos entre las cuales está la predisposición para ser fumador de acuerdo a particularidades de su personalidad, y el factor genético que regula la producción de la enzima CYP2A6 que interviene en el metabolismo de la nicotina. Los genes que controlan esta enzima pueden hacer que su producción sea insuficiente, en algunas personas, y la nicotina no se metaboliza adecuadamente, siendo así menos probable que la persona se haga adicta.

Factores congénitos y hereditarios:

- >Personalidad
- >Metabolismo de la nicotina

La segunda serie está constituida por las experiencias infantiles, que ocurren en la época de formación de la personalidad. Interviene la aceptación y el fumar en los padres como modelos de conducta, o el rechazo de estos al cigarrillo.

Experiencias infantiles:

- >Publicidad
- >Padres fumadores o no
- >Distinción social
- >Imagen sofisticada o intelectual

La tercera serie está constituida por los factores desencadenantes o actuales del inicio del tabaquismo: Influencia de los amigos, publicidad. Estos factores actúan sobre el resultado de la interacción entre la primera y segunda serie, que es la disposición.

Factores actuales o desencadenantes:

- >Publicidad
- >Influencia de los amigos
- >Independencia
- >Huir de la timidez
- >Actos sociales
- >Expresión de fortaleza
- >Situaciones de estrés

La disposición daría la decisión de adoptar la conducta de fumar, y puede interactuar con los factores desencadenantes acentuando o promoviendo la actuación de ciertas causas desencadenantes, y estas a su vez pueden modificar la disposición.

Disposición

- >Valores familiares y de salud
- >Dominio personal
- >Amistades

Los efectos pueden reaccionar modificando la disposición y los factores desencadenantes, tal como sería un efecto tóxico acentuado con los primeros cigarrillos, que puede influir sobre la decisión de fumar o sobre el grupo de amigos. No pueden modificar la herencia ni las experiencias infantiles que ya están instalados.

Los factores actuales o desencadenantes pueden interactuar con la disposición y con los efectos. Tal como sería la publicidad, que a pesar de su prohibición desde

enero del 2003, hoy seguimos viendo anuncios publicitarios en los espectaculares con la figura del vaquero dominando al caballo y la palabra marlboro, dicha publicidad es tendenciosa, mostrando un entorno de éxito en los fumadores, que refuerzan la disposición a fumar y aumenta la tolerancia a los efectos negativos del tabaquismo minimizando o soslayando las enfermedades que produce.

La primera serie da como resultado el componente constitucional, que junto con la segunda serie se incluyen en la causalidad histórica, mientras que la disposición y los factores desencadenantes constituyen la causalidad sistémica.

Implica que siendo tan numerosos los factores que determinan la salud o la enfermedad no podemos pensar que obedezcan a una sola causa, es por ello que el término causalidad nos orienta a actuar ante factores específicos y predisponentes (Álvarez et al, 1991), con el fin de promover la salud, en este caso del adolescente.

Es por ello que corresponde al personal de la salud, orientar a los individuos y grupos de individuos para que modifiquen sus hábitos y costumbres y eviten el deterioro del medio que origina a la vez graves riesgos para la salud y la vida.

#### *4.4 Fumador*

Es la persona que ha consumido diariamente durante el último mes cualquier cantidad de cigarrillos, incluso uno.

#### *4.5 Fumador leve*

Consuma una cantidad no superior a cinco cigarrillos en promedio por día.

#### *4.6 Fumador moderado*

Consuma una cantidad de seis a quince cigarrillos en promedio por día.

#### *4.7 Fumador severo dependiente*

Consuma una cantidad igual o mayor a dieciséis cigarrillos por día.

#### 4.8 *No fumador*

Individuo que reporta no haber consumido nunca en su vida cigarros.

#### 4.9 *Fumador pasivo*

Individuo no fumador expuesto involuntariamente al humo de tabaco. Se considera población no fumadora a la suma de individuos nunca fumadores y ex fumadores.

#### 4.10 *Factores protectores*

Rasgos individuales, familiares y elementos socioculturales, que eliminan, disminuyen o neutralizan el riesgo de que un individuo inicie o continúe un proceso adictivo.

#### 4.11 *Factor de riesgo*

Atributo o exposición de una persona o población, que están asociados a una probabilidad mayor del uso y abuso de sustancia psicoactivas.

#### 4.12 *Grupo de ayuda mutua*

Agrupación que ofrece servicios gratuitos, integrada por adictos en recuperación, cuyo propósito fundamental es apoyar al adicto con base en la experiencia compartida de los miembros del grupo, para lograr la abstinencia de sustancias psicoactivas.

#### 4.13 *Grupo de alto riesgo*

Es aquel en el que se ha demostrado, a través de diversas investigaciones y estudios, que, por sus características biopsicosociales, tienen mayor probabilidad de uso, abuso o dependencia a sustancias psicoactivas Ejemplo: niños, adolescentes de y en la calle.

#### 4.14 *Participación mutua*

Proceso de integración y coordinación de los miembros de una comunidad, para intervenir en la identificación y solución de problemas comunes.

Conceptos tales como educación para la salud, estilo de vida, factores protectores, factores de riesgo, participación mutua, grupo de ayuda mutua, grupo de alto

riesgo y fumador, integran el programa de intervención CHIMALLI, que favorecen el entendimiento de este proyecto de intervención.

## V. TABAQUISMO Y COMO SE HA TRATADO

Es una enfermedad, a la que es más fácil definir como un síndrome de daño multisistémico, lentamente progresivo, asociado con la adicción a la nicotina. (Información Básica sobre Tabaquismo, 1995).

### 5.1 *Psicología de las intervenciones preventivas en tabaquismo.*

La prevención en tabaquismo debe realizarse de acuerdo a la historia natural de toda enfermedad del hombre, porque el tabaco es un elemento nocivo que produce enfermedad y muerte (Segovia, Juan José, 2001).

La principal es la Prevención Primaria que se realiza en el Período Prepatológico, es decir antes de la aparición de las enfermedades, y puede ser:

\*Promoción de la Salud en niños, jóvenes y mujeres, que son los blancos hacia los que apuntan las empresas del tabaco, para que no comiencen a fumar. Aquí entra la Educación para la Salud, la Atención al Desarrollo de la Personalidad y Adecuadas Condiciones ambientales en viviendas, trabajo y recreación - lugares libres del Humo del Tabaco Ambiental.

\*Protección Específica sobre fumadores y no fumadores. En los primeros para inducirlos a dejar de fumar, tarea difícil que requiere de mucha voluntad por parte del fumador y de los servicios de salud. En quienes no fuman como protección contra el Humo del Tabaco Ambiental por ser productor de alergias, de cáncer, entre otras enfermedades, además de ser considerado como "riesgo ocupacional" en los lugares de trabajo.

Las intervenciones sobre prevención del tabaquismo requieren una psicología especial de acuerdo a la edad y sexo de las personas y de acuerdo a si fuman o no, pudiendo considerarse tres tipos de intervenciones:

- \*Intervenciones Informativas o permisivas
- \*Intervenciones motivacionales o persuasivas
- \*Intervenciones obligatorias o coercitivas

#### 5.1.1 *Intervenciones informativas*

Entrega los datos necesarios para que las personas tomen una decisión "informada". Psicológicamente los mensajes tienden a maximizar su impacto, pero queda la libertad de aceptar o rechazar las propuestas, por lo cual la estrategia de la información es considerada permisiva.

Quienes la reciben pueden ignorarla totalmente, o escucharla, decidir no actuar de acuerdo a ella, o elegir cambiar la conducta. El adolescente que alcanza a advertir que en las etiquetas de cigarrillos hay una leyenda que dice que "fumar es perjudicial para la salud", es libre de pensar que esa advertencia no le concierne a él, o no es aplicable a su persona, o por lo menos que no es suficientemente terrible para inducirlo a abandonar el cigarrillo.

¿Cómo puede un adolescente darle importancia a una pequeña leyenda cuando observa que todo el mundo fuma, incluso los médicos, y se vende libremente?

Actualmente se usa esta estrategia que da prioridad a la libertad de elegir, de disponer de la posibilidad de realizar los propios deseos, por encima de lograr cambios de las conductas que ponen en peligro la salud individual y de la sociedad.

#### 5.1.2 *Intervenciones motivacionales*

Este tipo de intervención va más allá de proporcionar información, empleando incentivos para motivar los cambios de conducta.

En la estrategia motivacional se tiene aún la posibilidad de elegir, pero intencionalmente se premia la conducta deseada y se desalienta la alternativa. Es

el caso de las empresas que premian con mayor sueldo a los empleados que no fuman.

Las estrategias motivacionales implican el derecho de cada individuo de elegir también la respuesta "equivocada", aunque se lo censure por persistir en su conducta sin modificarla.

En la sociedad lo normal es fumar. Debe crearse conciencia en los adolescentes de que "lo normal es no fumar", para que tengan éxito las estrategias de persuasión y motivación.

Acción Esencial

### 5.1.3 *Intervenciones obligatorias*

Implica incentivos o desincentivos tan poderosos que obliga o requiere al cumplimiento con cambio de conductas. No deja al individuo la libertad para elegir ni para no adoptar la conducta propuesta. Esto sucede cuando la negativa se vuelve intolerable.

Se usa el método obligatorio cuando se quiere establecer que la salud del individuo es una preocupación de la comunidad, que excede el derecho individual de la libertad de elección, porque cuando peligra la comunidad el proteger la salud es más importante que la libertad individual. Esto tiene en cuenta no solamente a los que tienen una conducta de riesgo, sino también aquellos en riesgo por la conducta de los otros.

Hay valores positivos y morales en juego cuando se implementa una intervención de tipo obligatorio en un esfuerzo para incrementar otro valor: la salud. Exige fundamentos sólidos de aquellos que los defienden, dado que se debe justificar el avasallamiento de los fuertes valores de la libertad individual y el alto costo de su cumplimiento.



El método obligatorio para la prevención debe ser reservado como último recurso, después que la información y la motivación han fallado y que la amenaza para la salud pública es realmente importante y la posibilidad de obtener el cumplimiento de las medidas sea factible.

## *5.2 Prevención del tabaquismo*

Conjunto de acciones dirigidas a evitar o reducir el consumo no médico de sustancias psicoactivas, disminuir situaciones de riesgo y limitar los daños asociados al uso de estas sustancias.

Incluye las investigaciones que buscan producir y/o medir los conocimientos o productos que contribuyen a la prevención primaria o secundaria: tiene como objetivo reducir los riesgos de una condición que está ocurriendo, esto es, disminuir los factores de riesgo instituyendo políticas preventivas de la condición presente, la prevención secundaria tiene como objetivo reducir la duración o severidad de la condición, así como actuar sobre los factores fisiológicos para prevenir consecuencias más adversas.

La intervención aplicada de CHIMALLI, queda ubicada dentro de las intervenciones informativas, ya que se le permitió al alumno que decidiera si quería tomar o no las sesiones y que es lo que iba a aceptar o rechazar, pero de manera permisiva, desde el hecho de integrarse al grupo, hasta elegir lo que le parecía conveniente y lo que no.

Así, se han realizado intervenciones mediante el modelo CHIMALLI. Específicamente se realizó un estudio en una institución privada de educación superior de la ciudad de Pachuca, Hgo. La cual fue dirigida por el Mtro. Alfonso Atitlán Gil, cuyos resultados fueron considerablemente satisfactorios. Entre los resultados destacables se consideran: El 50% de los participantes refirió iniciar a fumar entre los 14 y 17 años. El porcentaje de tabaquismo actual disminuyó en un 10%, y quienes no fumaban se mantuvieron sin hacerlo (Atitlán Gil, A. 2003).

## **VI. PRESENTACIÓN DEL PROGRAMA CHIMALLI**

CHIMALLI (Modelo Preventivo de Riesgos Psicosociales en la Adolescencia)

El modelo preventivo de riesgos psicosociales CHMALLI es el resultado de la concurrencia de varios factores. En primer lugar, una preocupación social de los investigadores de la epidemiología de los factores de riesgo psicosocial que frecuentemente ven sus esfuerzos reducidos a mero conocimiento y desesperan porque las acciones requeridas para corregir los problemas detectados en sus pesquisas no se preparan con la velocidad que las circunstancias exigen, esta lentitud se debe a los vericuetos de las burocracias que no son sensibles a la necesidad de realizar acciones preventivas en las comunidades a la voz de ¡ya! Y no cuando así convenga a sus intereses políticos. También la urgencia de que la prevención ocupe el lugar y tenga la importancia que debe desarrollar en la promoción de jóvenes sanos, una prevención que se deslinde de la mera información con la cual con demasiada frecuencia se la confunde y asimismo, la necesidad de contar con materiales adecuados a nuestro contexto sociocultural. En suma, la conveniencia de poner los recursos de la investigación y la capacitación en manos de todos quienes tienen motivación para llevar un beneficio a su comunidad.

El modelo CHIMALLI tiene antecedentes en la labor personal de los participantes y en acciones institucionales diversas. Vale destacar algunas de ellas. La carrera como investigadora en el cambio de la epidemiología de drogas, particularmente orientada al sistema educativo nacional, de la creadora del modelo y directora de su elaboración, María Elena Castro Sariñana. El esfuerzo de muchos psicólogos y pedagogos para lograr introducir el concepto de riesgos psicosociales en la práctica de la Orientación Educativa en la educación media, en el ciclo básico y el superior. El patrocinio económico dado por la Agencia Internacional para el Desarrollo, con la intervención financiera de la Fundación Miguel Alemán, para que el Consejo Nacional de Fomento Educativo contratara al equipo de trabajo que elaboró su primera versión. La intervención del Consejo Nacional de Población para que por medio del programa “De joven a joven”, con el apoyo del

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, una primera edición llegará al público interesado. Desde entonces han pasado años y se han acumulado aplicaciones del modelo, investigaciones educativas, elaboraciones de nuevos materiales, etcétera.

CHIMALLI, es un material didáctico que consta de 93 lecciones y ejercicios vivenciales para aplicar un programa de educación preventiva a grupos de jóvenes que están expuestos a riesgos psicosociales que cuenta con instrumentos de investigación para evaluar o diagnosticar el riesgo al que está expuesto el grupo de adolescentes con el cual se trabaja. Las 93 lecciones y los ejercicios se agrupan en el Libro del Joven. El instrumento de investigación se incluye como parte del Libro del Conductor.

Este archivo de recursos didácticos tiene como objetivo ayudar a reducir los riesgos a través de proporcionar una actitud orientada hacia la protección. Entre los principales riesgos psicosociales en la adolescencia se encuentran el uso de drogas, los problemas en el manejo de la sexualidad, el no tener hábitos sistemáticos para cuidar la salud, el desarrollar conductas compulsivas como comer, jugar o practicar un deporte en exceso a fin de manejar de una manera inconsciente las ansiedades y los conflictos emocionales, así como el estar expuestos a eventos negativos de la vida, como son los conflictos con la familia y los padres por divorcio o separación, la pérdida de un ser querido o la reprobación escolar. Asimismo, CHIMALLI es un programa de educación preventiva para los muchachos que realizan actos antisociales o agresivos para expresar su inconformidad.

Todos los casos anteriores son riesgos psicosociales que si no se previenen, pueden derivar en adicciones, problemas emocionales o trastornos psicosociales como la delincuencia.

## 6.1 *¿Cómo se diseña un programa preventivo de riesgos psicosociales con CHIMALLI?*

Se requiere determinar lo que va a hacerse, organizarse para lograrlo, llevarlo a cabo y valorar los resultados. Dicho en forma precisa:

1. Investigar cuáles son los riesgos del grupo de adolescentes con el que trabajaremos;
2. Planear con ese conocimiento el programa;
3. Ejecutar el programa preventivo; y,
4. Evaluar sus resultados.

CHIMALLI es una guía práctica para conducir este esfuerzo pues responde a las siguientes preguntas básicas sobre cómo hacer un programa preventivo.

## 6.2 *¿Cómo se diagnostican los riesgos psicosociales?*

### 6.2.1 *Investigación*

CHIMALLI tiene como una de sus principales características brindar un instrumento que permite evaluar o diagnosticar los riesgos a los que está expuesto el grupo de adolescentes con el que se trabaja: este instrumento se llama Escala de Actitud hacia los Mensajes Protectores de CHIMALLI. Las respuestas que los adolescentes y jóvenes dan a dicho instrumento permiten conocer el grado de riesgo (alto, medio o bajo) en el que se encuentran, así como las áreas donde éstos se localizan (estado general de salud, manejo de la sexualidad, uso y abuso de drogas, conductas compulsivas, eventos negativos de la vida y actos antisociales).

Se aplica la Escala de Actitud hacia los Mensajes Protectores de CHIMALLI, que es un cuestionario de 42 preguntas, al finalizar se recogen todas las escalas para ser calificadas por el conductor, para lo cual, consultará la hoja de calificación de la Escala de Actitud CHIMALLI.

Con mucha frecuencia sucede que una vez que conocemos los riesgos a los que están expuestos los adolescentes y jóvenes que nos interesan, nos sentimos abrumados e impotentes, incluso llegamos a pensar que es mejor que otras personas intervengan. Dichas sensaciones indican que estamos reaccionando frente a la problemática, de una manera que nos impide actuar adecuadamente a favor de la solución del caso. En cambio, cuando alguien nos orienta o nos señala un camino, nos encontramos en mayor posibilidad de actuar y proteger a los adolescentes y jóvenes.

### 6.3 *¿Qué hacer después de conocer el riesgo?*

#### 6.3.1 *Planeación*

Una vez conocido el riesgo en el que el grupo se encuentra, el conductor procederá a revisar con cuidado los resultados obtenidos de la escala de actitud. Observará que aquellas áreas de mayor puntaje son las protegidas, las de menor puntaje son las de mayor riesgo y en donde más énfasis habrá de ponerse al definir las lecciones y ejercicios a aplicar, de acuerdo al número de sesiones de las que se disponga para desarrollar el programa. Es importante que para esta selección se revisen las Tablas de Calificación de cada una de las áreas, las que ayudan a orientar la selección de lecciones y ejercicios de acuerdo al nivel de riesgo detectado, cuidando de incluir lecciones aún de aquellas áreas que ofrecieron bajo riesgo. Se sugiere invitar al grupo para que participe en esta selección y que estas sean complementadas por el mismo conductor a fin de tener un programa flexible.

Una vez escogidas las lecciones, se procederá a llenar la hoja de diseño del programa preventivo CHIMALLI con el objeto de conocer las lecciones y ejercicios que se revisarán en cada una de las sesiones planeadas.

## 6.4 *¿Qué hacer después de elaborar el programa?*

### 6.4.1 *Ejecución*

Una vez elaborado el plan de trabajo con el grupo, el conductor, en sesiones grupales, deberá trabajar las lecciones cognitivas y los ejercicios vivenciales, dando inicio a la sesión anotando el mensaje protector de la lección a revisar y cuidando que al finalizar ésta, los adolescentes lo anoten en algún cuaderno que usen con frecuencia. El objetivo es emitir mensajes protectores, los cuales habrán de modificar las actitudes de los miembros del grupo en el corto plazo y, si se es consistente en el trabajo con los mensajes, a largo plazo pueden modificar el estilo de vida de los adolescentes inscritos al programa.

Cabe subrayar que los factores de comunicación y desarrollo humano en la interacción entre el conductor y el grupo son indispensables para el éxito del programa. Por lo tanto, será necesario que el conductor grupal consulte y estudie con detenimiento el material relativo a los procesos de comunicación y relación interpersonal con el grupo al aplicar el programa y el Libro del Joven, con el propósito de tener información sobre el manejo de los grupos.

## 6.5 *¿Cómo saber si el grupo modificó sus actitudes después de la aplicación de CHIMALLI?*

### 6.5.1 *Evaluación*

Actualmente, los científicos y los especialistas están cada vez más preocupados por saber el efecto que tienen los programas preventivos en los usuarios, preocupación que es compartida por los educadores y padres de familia, quienes se cuestionan la efectividad de los mismos.

CHIMALLI resuelve esta duda con dos procedimientos de evaluación:

El primero es mediante la aleación del mismo instrumento de evolución utilizado al principio, “Escala de Actitud hacia los Mensajes Protectores de CHIMALLI”. Este cuestionario, tomando en cuenta los objetivos del programa (propiciar actitudes positivas hacia los mensajes protectores), mide las actitudes de los adolescentes hacia las diversas áreas que se manejan en el archivo de recursos didácticos, es decir, el Libro del Joven. Dicho cuestionario deberá ser aplicado y calificado antes de dar inicio al programa, así como al finalizar la última de las lecciones y ejercicios programados: el cambio en las respuestas entre la primera y la segunda aplicación dejará conocer el impacto del programa en los adolescentes.

El segundo procedimiento consiste en recoger la opinión del grupo de adolescentes participantes. Para conocerla, se les pide en la última sesión que cada uno diga en una frase, lo que aprendió en el programa. De esta manera, el conductor grupal quedará retroalimentado sobre el efecto del programa y podrá utilizar esta experiencia la próxima vez que utilice el CHIMALLI.

## *6.6 Algunos puntos importantes para mejorar los resultados*

### *6.6.1 Consistencia*

Como todo programa educativo, CHIMALLI está diseñado para ser aplicado en un lapso establecido. En este caso el lapso podrá ser de tres meses como mínimo. El CHIMALLI debe aplicarse semanalmente en sesiones de una a dos horas. Al respecto es importante señalar que la consistencia es primordial para obtener un impacto positivo en los adolescentes.

### *6.6.2 Libre participación*

Algo muy importante y que no debe olvidar, es el hecho de que todo aquel que participe en el CHIMALLI, sea como conductor o como miembro del grupo de

adolescentes, lo hará en forma voluntaria y no impuesta. Está comprobado en resultados de investigación que los programas impuestos fracasan o generan resistencia, provocando actitudes contrarias al espíritu proactivo y positivo que se pretende lograr.

### *6.6.3 Apego a las instrucciones*

Se enfatiza que deben seguirse, sin excepción, las reglas o parámetros de trabajo pues conducen el proceso de comunicación e interacción con el grupo conforme ha sido modelado por los especialistas, justamente para lograr óptimos resultados. Son “la receta” que favorece el ambiente propicio y la comunicación y buen entendimiento esperados.

## *6.7 Los siete pasos básicos para aplicar el programa CHIMALLI*

### 1.-Leer cuidadosamente todo el material CHIMALLI

Es indispensable la lectura del Libro del Conductor y el Libro del joven. Con ello se tendrán los conocimientos básicos necesarios para conducir un programa preventivo de principio a fin, con éxito.

### 2.-Formar el grupo

Formar el grupo de adolescentes con los que se va a trabajar. Al formar el grupo, tener en cuenta la posibilidad de reunirse una vez a la semana durante una o dos horas aproximadamente, durante un período mínimo de tres meses.

La convocatoria a integrarse al grupo puede hacerse por medio de volantes, carteles, en el periódico mural de la escuela, etcétera. Generalmente los propios jóvenes en la comunidad corren la voz o responden a la invitación que directamente les hacen los maestros, orientadores, padres de familia o promotores comunitarios que están involucrados como conductores.

### 3.-Invitar al grupo de adolescentes a participar en CHIMALLI

Primera sesión preventiva



Se invita al grupo de adolescentes a trabajar con el programa; puede preguntársele al grupo, para motivarlo, por ejemplo ¿qué idea tiene de riesgos psicosociales?, con las respuestas se puede construir el concepto que el grupo tiene de riesgo psicosocial, para de allí partir al análisis de la importancia en el autocuidado de estos riesgos.

Para explicar en forma breve y clara en qué consiste el programa puede leer en voz alta la introducción del Libro del Joven.

Al hablar con los adolescentes sobre el programa se deben detectar, en el grupo, aquellos que tengan deseos de participar. Es importante aclarar a los participantes que CHIMALLI es un programa de largo plazo que requiere llevar a cabo un determinado número de sesiones preventivas, a fin de que los adolescentes adquieran un compromiso consciente después de conocer sus generalidades. De igual modo, es importante aclarar que los participantes pueden meditar su decisión respecto a continuar o retirarse. Iniciar el programa en estas condiciones es importante, pues así se envía un mensaje flexible y se da al adolescente la oportunidad de incorporarse voluntariamente.

#### 4. Aplicar y calificar la escala de actitud

##### Segunda sesión preventiva

Aplicar al grupo la Escala de actitud hacia los Mensajes Protectores de CHIMALLI. Aunque la aplicación deberá ser grupal, las respuestas a la escala deberán ser hechas en forma individual. Para aplicar y calificar esta escala deberán seguirse las instrucciones correspondientes.

#### 5.-Planear con el grupo las sesiones preventivas

##### Tercera sesión preventiva

Esta sesión debe utilizarse para determinar con el grupo de jóvenes las lecciones que desean trabajarse sobre los temas: estado general de salud, sexualidad, uso y abuso de drogas, consumismo, actos antisociales y eventos negativos de la vida. Se usa como guía los puntos del grado de riesgo y las Tablas de Clasificación de las lecciones y ejercicios.

## 6.-Presentación y desarrollo del programa

### Cuarta sesión preventiva

En esta sesión se presentará al grupo la hoja de diseño del programa preventivo CHIMALLI, y a partir de esta sesión, se trabajará en reuniones de una a dos horas aproximadamente con la lección cognitiva y el ejercicio vivencial previsto para ese día, en el programa expuesto que habrá sido elaborado conforme el tiempo disponible y el acuerdo de los participantes. Será conveniente que todos los miembros del grupo tengan la Hoja de diseño del programa preventivo CHIMALLI. Las siguientes sesiones preventivas deberán desarrollarse conforme a lo programado. Los incisos siguientes de este capítulo del Libro del Conductor son de vital importancia para llevar a cabo las sesiones con éxito. Por ello, el conductor podrá leer para sí mismo ese material cuantas veces lo considere necesario, ya sea antes de iniciar el programa, como durante su ejecución.

Cabe hacer notar en este punto que no es conveniente cambiar de conductor durante la aplicación del programa, por lo que antes de iniciar las actividades, el conductor deberá estar consciente de que tendrá que estar disponible en el horario establecido para las sesiones; asimismo, hay que subrayar que no deberán alterarse los parámetros establecidos durante la primera sesión preventiva, ya que esto disminuye la consistencia del programa y, por lo tanto, su impacto.

## 7.-Sesión de evaluación

### Última sesión grupal

Después de la sesión en la que se aplique la última lección y el último ejercicio vivencial determinado en el diseño del programa, deberá reservarse una sesión especial para aplicar de nuevo la escala de actitud con la que se trabajó al inicio. Al término de esta aplicación, el conductor grupal organizará un breve ejercicio consistente en que, en una frase, los adolescentes puedan expresar lo que aprendieron durante el programa. El forzarlos a expresar sus pensamientos en una sola frase es indispensable, ya que uno de los objetivos es ayudarlos a

sinetizar sus pensamientos. Las frases de la evaluación deberán registrarse en el formato correspondiente.

Además, en esta última sesión el conductor incluirá su trabajo en el ejercicio de evaluación, mostrando al grupo los resultados del cambio de sus propias actitudes, medido a través de la aplicación de la escala respectiva al inicio y al final del Programa CHIMALLI. Los cambios se presentarán de acuerdo con cada una de las áreas consideradas, haciendo énfasis en los logros alcanzados; es decir, en los incrementos de la actitud positiva. Las áreas en las cuales no se obtuvo ningún cambio, a donde por el contrario la actividad negativa se incrementó serán llamados “retos de crecimiento”. Lo anterior tiene como objetivo hacer hincapié en los aspectos positivos, ya que se trata de un programa proactivo que pone énfasis en los factores protectores, y no un programa reactivo en donde se destaquen los factores de riesgo. Incluso si no se logró la protección deseada, aún así se deberá reforzar y estimular al grupo de adolescentes participantes, para que continúen en su camino de protección frente a los riesgos a los que se ven expuestos.

Al término de esta sesión el conductor agradecerá su participación y se despedirá del grupo.

## *6.8 Proceso de comunicación y de relación interpersonal con el grupo al aplicar el programa.*

### *6.8.1 El conductor, pieza clave.*

Para el éxito en la aplicación de Chimalli, es de suma importancia que el conductor grupal si no es una persona con experiencia en el manejo de jóvenes, si tenga interés o se sienta cómoda al interactuar con jóvenes.

El trabajar con jóvenes no es una obligación de los adultos. No a todas las personas les gusta este tipo de trabajo; por lo tanto, cuando se ponga al conductor de CHIMALLI frente a un grupo determinado, la primera condición es que la participación de éste sea voluntaria; segunda, que el conductor sienta agrado de

trabajar sesiones preventivas con los jóvenes. Si estas condiciones no existen, será necesario sustituir al conductor.

Debe, pues, considerarse que aunque todo el material que forma parte de Chimalli fue elaborado con mucho cuidado por especialistas que durante muchos años han manejado problemas juveniles, toda esta labor sería infructuosa si el conductor participara contra su voluntad, ya sea porque el director de la escuela lo obligó o porque el grupo de vecinos de la colonia en que vive lo eligió o bien porque no había otra persona en la comunidad dispuesta a hacer el trabajo.

#### *6.8.2 Buena comunicación, elemento esencial*

Principios básicos en la comunicación con grupos juveniles, que incluso son válidos para la comunicación con audiencias o pequeños grupos:

\*El conductor grupal es el líder del grupo, en el sentido de que es el responsable de las actividades que se realizarán. Para ello dará las indicaciones y las instrucciones pertinentes; por tanto, debe ser claro y firme cuando se dirija al grupo.

\*Debe acordar con el grupo las normas de funcionamiento que se observarán mientras dure el programa. Asimismo, debe explicar por qué, una vez establecidas, no son negociables (lugar y hora de las sesiones y algunos aspectos relativos al proceso grupal y a la conducta de los individuos en las sesiones).

\*El conductor grupal es un facilitador de la comunicación; es decir, una de las funciones consiste en lograr que la mayoría de los miembros del grupo se sientan cómodos, lo cual permitirá trabajar los aspectos emocionales y de la vida cotidiana de los jóvenes participantes.

\*El conductor deberá ser discreto y prudente para no forzar a ningún joven a hablar si no lo desea; por el contrario, facilitará que los jóvenes participen voluntariamente.

\*El programa Chimalli es un trabajo de tipo cognitivo y vivencial, que está totalmente sistematizado y estructurado. En este sentido, el conductor sabe qué hacer en cada momento y deberá seguir absolutamente todas las instrucciones,

sin introducir variaciones; sin embargo, puede ser flexible en su actitud hacia los muchachos, escuchando siempre sus comentarios y dudas.

\*El conductor dará libertad de expresión a los jóvenes, pero cuidará que el enfoque de los comentarios sea siempre positivo. Cuando algún miembro del grupo formule un comentario negativo, el conductor replanteará el comentario en forma positiva sin reprimir a la persona.

\*En todo proceso grupal se dan fenómenos que, bien manejados, pueden coadyuvar al logro de la tarea, de lo contrario pueden obstaculizarla. Por ejemplo, puede suceder que alguno de los miembros se convierta en un líder negativo, en el sentido de que se oponga constantemente a la realización de actividades o haga comentarios que, más que ser críticos, tengan la intención de dividir y desorganizar al grupo. En este caso, el conductor deberá transformar las actitudes de ese compañero en planteamientos positivos, y si se observa que ese participante sigue manifestando una actitud negativa, deberá invitarlo a reconsiderar su decisión de participar en el programa.

\*Una regla que el conductor debe seguir siempre, es no ser agresivo con el grupo por ningún motivo, aún cuando en un momento dado, alguno de los miembros presente alguna conducta agresiva, el conductor no podrá ser agresivo.

\*Otro aspecto importante de la labor del conductor, es su función como continente del grupo, que consiste en contener y canalizar las emociones del grupo hacia propósitos positivos, cuidando de no caer en los consejos o de calificar lo que es bueno o malo, pues se corre el riesgo de que el grupo disminuya su participación y el objetivo es que ellos vayan creando sus propias actitudes protectoras y no el conductor.

\*Durante el trabajo grupal, el conductor dará libertad a los miembros del grupo para que reaccionen ante el material en forma espontánea; el único requisito es que se guarden los parámetros establecidos y que no se permitan agresiones físicas ni verbales, como tampoco conductas oposicionistas o el consumo de alimentos o de alguna sustancia tóxica.

### 6.8.3 Un resumen de las funciones del conductor.

1. Ser el líder grupal para dirigir, indicar y dar las instrucciones sobre las tareas a realizar.
2. Ser quien establece, con la población del grupo, las normas y parámetros para el buen funcionamiento grupal.
3. Ser un continente grupal, para lo cual es necesario que sea tolerante y no agresivo, sin asumir una actitud paternalista o “calificadora”
4. Ser un facilitador grupal, y seguir todas las instrucciones sobre cómo diseñar y trabajar el programa preventivo CHIMALLI con el grupo de jóvenes.
5. Ser libre en su actitud hacia el grupo, pero sistemático y apegado a las instrucciones sobre qué hacer en cada sesión.

### 6.8.4 Pasos y procedimientos básicos

Existen ciertos pasos y procedimientos básicos que el conductor debe seguir en todas y cada una de las sesiones preventivas de CHIMALLI:

a. Saludar amablemente al grupo al inicio de la sesión. Si el conductor percibe en el grupo mucha tensión o distracción, puede implementar un ejercicio “rompe hielo” con el propósito de propiciar la relajación de los participantes. Este ejercicio no debe durar más de cinco minutos.

Los ejercicios rompe-hielo grupales, son breves (de cinco a diez minutos), no son agresivos y permiten descargar la tensión natural que surge en el grupo de trabajo por el intercambio vivencial. Su objetivo es descargar la tensión y promover la relajación muscular antes de entrar en la tarea. Puede hacerse de muchas formas, pero se sugiere una rutina de ejercicios suaves acompañados de respiración profunda (por ejemplo, movimientos lentos de cabeza, alzamiento de brazos, estiramiento de piernas...).

b. Escribir en un rotafolio con letra grande y legible el mensaje protector y el ejercicio previsto para dicha sesión; es conveniente leerlo en voz alta a los jóvenes

antes de dar comienzo a la reunión. (El mensaje para cada sesión, se muestra al final de la lección).

c. El conductor leerá en voz alta la lección correspondiente con la entonación adecuada procurando lograr un tono de voz agradable, o bien puede rotarse la lectura en el grupo. Si al término de la lectura alguno de los jóvenes hiciera algún comentario, el conductor le indicará que espere hasta el ejercicio vivencial, que es el momento en el cual pueden hacerse comentarios.

d. Una vez leída la lección el conductor procederá a desarrollar el ejercicio leyendo al pie de la letra lo que se dice en la hoja del mismo. Existen algunas lecciones que no tienen ejercicios. Cuando esto ocurra, el conductor deberá dirigir una discusión grupal sobre el contenido de la lección.

En la mayoría de los ejercicios se solicita al joven que hable con sus compañeros o que opine; en otros, se le pide ejecutar alguna tarea en casa, etc. El papel del conductor es facilitar la comunicación, evitar interacciones agresivas o negativas que tiendan a obstaculizar la tarea y evitar definitivamente las discusiones. Todos los participantes pueden expresar sus opiniones pues el objetivo de los ejercicios es favorecer la reflexión y la interacción entre el grupo de jóvenes, pero por ningún motivo puede permitirse la polarización de opiniones que causen polémica, pues esto dificulta el aprendizaje. Si alguien se opone o arremete, el conductor no debe responder, debe escuchar y al final dar la palabra a otro participante, La regla es: "Cuando alguien habla se le escucha y no hay retroalimentación". Esta regla se aplica cuando el grupo se desvía del objetivo de la sesión o cuando hay boicot a la tarea.

e. Pedir al grupo que anote en un cuaderno, el mensaje protector de la sesión.

f. Al finalizar cada sesión, el conductor debe asegurarse de terminar en punto de la hora programada.

#### *Una observación interesante*

Es frecuente que al término de las lecciones, de los ejercicios o de las mismas sesiones preventivas, los jóvenes tengan muchas ideas o comentarios que no obedecen a una actitud de oposición o boicot sino, por el contrario, a que los

temas les parecen tan interesantes que ven estimulada su creatividad. Por ejemplo, algunos grupos han propuesto hacer periódicos murales con los mensajes de las lecciones; otros desean hacer obras de teatro, otros quisieran hacer canciones; otros quieren hacer grupos de discusión con otros jóvenes de la escuela o con los padres de familia y los maestros. Todas estas propuestas manifiestan creatividad y son muy positivas. Precisamente uno de los objetivos del programa es modificar actitudes y estimular la creatividad para que los mismos jóvenes ayuden a otros jóvenes; en este sentido el conductor recibirá con agrado todas las ideas y sugerencias que surjan del grupo y dirá a los jóvenes que todas estas pueden desarrollarse como una segunda etapa del programa.

En efecto, después debe planearse una segunda, tercera y cuarta etapa del programa, para que el grupo continúe el trabajo preventivo con los mensajes protectores de CHIMALLI de distintas maneras. Una respuesta grupal de este tipo deberá consignarse en las hojas de evaluación del programa, las cuales como se menciona en un inciso más adelante, deberán ser remitidas al domicilio que ahí se anota, con el fin de retroalimentar al equipo de profesionales que construyó el CHIMALLI, el cual se encuentra elaborando otros materiales preventivos permanentemente.

Sin embargo, debe quedar muy claro para el conductor que la primera etapa de CHIMALLI debe desarrollarse con el grupo tal y como se consignan en este *libro del conductor*. Si después de esta etapa el grupo desea continuar la aplicación del programa por si solo, se ha alcanzado un logro extraordinario. El conductor puede entonces proporcionarles el libro del conductor, pues en ese momento los jóvenes del grupo se convierten en promotores juveniles que pueden aplicar el CHIMALLI con otros grupos. Asimismo, el conductor grupal que ya trabajó una vez el material de CHIMALLI con un grupo de jóvenes está capacitado para volver a usar el material con otro grupo de jóvenes.



## 6.9 Normas y parámetros para el trabajo grupal

Aunque ya se mencionó en el apartado anterior la importancia de las normas y parámetros para el trabajo grupal al aplicar el programa, es necesario dedicar una sección especial a este tema, pues las experiencias obtenidas en el trabajo educativo y terapéutico con adolescentes, señalan la importancia que tiene la constancia y la consistencia para el éxito de los programas de este tipo.

Un principio básico de investigación se refiere al hecho de que si se mantienen ciertos eventos de manera constante, se resalta con facilidad la variabilidad de otros, que son justamente los que nos interesa conocer o describir.

Presentar eventos con constancia y consistencia permite conocer al grupo, así como detectar el efecto que tiene en éste cada una de las sesiones o de los encuentros llevados a cabo. En el trabajo con grupos sucede que por más cuidadoso que sea el conductor y por más entusiasmado que se encuentre al momento de conducir las sesiones, pueden presentarse situaciones de las que no se percata fácilmente, es entonces cuando la consistencia en los parámetros le permitirá darse cuenta de lo sucedido.

Otra de las ventajas de establecer y acatar parámetros es que constituyen una medida de compromiso grupal que involucra al conductor mismo. Si todos los participantes se comprometen a estar en el mismo lugar y a la misma hora, salvo a alguna situación extraordinaria que lo impida, se logrará un nivel de compromiso que es bien recibido por los jóvenes y permite tener indicadores claros del tipo de involucramiento del grupo con la tarea.

Las normas y parámetros principales que deben manejarse durante el programa son los siguientes:

- Empezar y terminar las sesiones siempre a la misma hora.
- Llevarlas a cabo siempre en el mismo lugar.
- No consumir ningún tipo de alimento, bebida o sustancia tóxica mientras se trabaja durante las sesiones.
- Ser lo suficientemente honesto y brindar lo mejor de uno mismo durante las sesiones.

- Ser libre de expresar ideas, pensamientos y sentimientos, pero sin que exista agresión física o verbal.
- En lo posible, avisar con anticipación al grupo si se tiene la necesidad de faltar.
- Respetar la opinión de los demás y su derecho a acordar o desacordar.
- Empezar a la hora fijada, aún cuando se encuentren sólo unos cuantos miembros del grupo.
- Permitir la palabra a una sola persona cada vez. Si otro participante desea hablar, tendrá que pedir la palabra levantando la mano y esperar el turno de intervención que le corresponde. En caso de que se viole esta norma el conductor – o cualquier otro miembro del grupo- deberá levantar la mano indicando con ello que todos deben guardar silencio para reiniciar las intervenciones de manera ordenada.

La lista de normas anteriores es tan importante que debe ser expuesta en una hoja para rotafolio durante las sesiones preventivas, junto a la hoja en la que se señala el mensaje protector de la sesión. Lo anterior ayudará a guardar el orden que el conductor necesita para llevar a cabo las sesiones. Si alguien, por alguna causa violara una norma bastará que el conductor la señale en la hoja indicando así al grupo que se está rompiendo la norma.

## 6.10 *Escala de actitud hacia los mensajes protectores CHIMALLI*

### 6.10.1 *Descripción*

La escala de actitud hacia los mensajes protectores de Chimalli es un instrumento de evaluación, está construida en los mensajes protectores que contienen las lecciones y ejercicios vivenciales del programa.

Las preguntas corresponden a cada una de las 6 áreas del programa (estado general de salud, sexualidad, drogas, alcohol y tabaco, consumismo, actos antisociales y eventos negativos de la vida), especificando a su vez las sub-áreas.

Los resultados de esta escala indican en que área los adolescentes están protegidos o, por el contrario, donde hay un alto nivel de riesgo psicosocial.

#### 6.10.2 *Empleo*

El diagnóstico de riesgo permite hacer el diseño del programa preventivo al señalar cuáles cambios de actitud de los jóvenes son riesgosos, de tal manera que deban desarrollarse actitudes de protección.

Como un procedimiento científico de evaluación debe aplicarse dicha escala de actitud tanto al inicio como al final del programa.

#### 6.10.3 *Aplicación*

El clima que debe establecerse para aplicar la escala es de reflexión y confianza. Es necesario dedicar toda una sesión preventiva para responderla, de tal manera que el grupo de jóvenes no se sienta presionado por el tiempo.

Al aplicar la escala debe leerse en voz alta la introducción que está al principio del cuestionario.

Es conveniente que antes de aplicar la escala, el conductor relea con mucho cuidado las 42 afirmaciones, con el fin de que pueda responder las preguntas de los jóvenes durante la aplicación.

## PROCEDIMIENTO

Para la aplicación de este proyecto, realizamos el contacto con el Director de la Preparatoria No. 1 de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, José Luis Valdespino Furlong, quien nos permitió incorporarnos a su plan de trabajo y participar de manera activa con los grupos de primer semestre de dicha institución, a través del departamento de Psicología.

Nuestra estancia en la institución inició el 24 de enero del 2005 al 30 de abril del mismo año, debido a los lineamientos establecidos por CHIMALLI que nos indican un mínimo de tres meses para la aplicación de la intervención, manejando las sesiones una vez por semana con duración de 1 hora por sesión. Tiempo determinado que favorece la obtención de las metas deseadas tanto del programa como del objetivo de dicha tesis, lo cual consiste en reducir las influencias psicosociales que favorecen la experimentación del tabaco, en estudiantes de nuevo ingreso de nivel medio superior, mediante el desarrollo de habilidades conductuales.

Habilidades conductuales que fueron desarrolladas en cada sesión a partir de las charlas indicadas por CHIMALLI, mediante la libre participación y consistencia por parte de los alumnos.

24 de enero del 2005

Tuvimos el primer contacto con los alumnos, manifestando que a partir del presente día se iniciaría el proyecto para reducir los factores de riesgo psicosocial.

25 de enero del 2005

Aplicamos la escala de actitud hacia los mensajes protectores Chimalli a los 5 de grupos de primer semestre, con un total de 150 alumnos.

26 y 27 de enero del 2005

Calificamos la escala de actitud hacia los mensajes protectores logrando identificar en que nivel de riesgo psicosocial se encontraba cada uno de los grupos.

28 de enero del 2005

Dimos a conocer los resultados a cada uno de los grupos, al mismo tiempo manifestamos que grupos serían intervenidos, realizando nuevamente una invitación a los alumnos de los grupos ya identificados (1° 1, 1°2 y 1° 4) para contar con su participación de manera voluntaria a partir del día martes primero de febrero del presente año.

1° de febrero del 2005

Asistieron de manera voluntaria 69 alumnos de los grupos identificados, a quienes se les aplicó el cuestionario de tabaquismo para identificar la existencia y en que nivel de consumo de tabaco se encontraban los alumnos.

Una vez concluida la aplicación, procedimos a explicar a los alumnos en que consiste la metodología CHIMALLI, así como el objetivo del presente proyecto de investigación. Posteriormente les dimos a conocer de forma detallada cuales eran las áreas de mayor riesgo a las que estaban expuestos mediante la escala de actitud hacia los mensajes protectores chimalli. Logrando así planear en conjunto las charlas preventivas.

FECHA DE SESIÓN	ACTIVIDAD (N° Y TÍTULOS DE LECCIÓN Y EJERCICIOS ELEGIDOS)	OBJETIVO (MENSAJES PROTECTORES)
4 de febrero	La televisión	Consumimos mensajes televisivos y no reflexionamos en ellos, nos comportamos como robots. ¡Haz un esfuerzo no te tragues todo lo que la televisión te ofrece!
8 de febrero	Como enfrentar nuestras emociones	El reflexionar sobre las nuevas sensaciones que se tiene cuando se inicia la adolescencia, ayuda a pensar antes de actuar, lo que permite que nuestras relaciones con el otro sexo sean más agradables.
15 de febrero	Decide y triunfarás	El uso adecuado de la información nos permite conocer cosas que los jóvenes de antaño ni siquiera se imaginaban que existían.

22 de febrero	¿Y si fuera yo?	Cuando un compañero ya ha caído en el exceso es muy difícil que salga de ese problema por sí sólo. Seamos solidarios con nuestro amigo y acompañémoslo a pedir ayuda.
1° de marzo	Dime quien te lo contó y te diré si es cierto o no.	Hablar libremente de la sexualidad con alguien capaz de entender nuestros sentimientos, es una oportunidad de crecimiento para formarnos un criterio propio.
8 de marzo	A donde va mi dinero	Valemos por nuestras virtudes y no por nuestro dinero.
15 de marzo	Relaciones interpersonales con la pareja	En nuestra pareja buscamos un reflejo de nosotros mismos, pero también buscamos un complemento que compense lo que nos falta y esa búsqueda nos ayuda a crecer.
18 de marzo	¿Y los que fuman?	Desarrollarse en grupo es algo muy útil para los jóvenes, por eso cuando algún miembro del grupo o de la banda se está destruyendo, los amigos serán los más indicados para poner un límite a su situación y rescatarlo.
29 de marzo	Problemas con el sueño	La depresión y las preocupaciones nos llevan en ocasiones a abusar del sueño y esto también es una forma de consumismo. Despierta, movilízate para encontrar una solución
5 de abril	Quien bien te quiere te dirá la verdad	
12 de abril	¿Y mi salud?	No hay nada más desalentador que observar a un amigo en dificultades con la expresión ausente y con problemas para acompañarnos, darnos cuenta que está encerrado en su mundo. Protégete para que no llegues a experimentar esto.
19 de abril	Tomar un auto sin permiso	En muchas ocasiones las circunstancias y los amigos nos obligan a hacer cosas de las que después nos arrepentimos. no te involucres detente a tiempo

26 de abril	¿El tabaco es una droga?	Las investigaciones demuestran que el hábito de fumar causa muchos daños al organismo. Algunos de estos se manifiestan en tu aspecto físico: mal aliento, mal olor en la piel y en la ropa, color amarillento en la piel, en las manos y en los dientes.
29 de abril	Aplicación de cuestionario y cierre	

Cada una de las charlas se iniciaron con una dinámica que favorecía el entendimiento como la participación de los alumnos, motivándolos a una libre participación y enfocándolos a cada uno de los objetivos que contemplaban las charlas.

Después de la dinámica se realizó la lectura de la charla correspondiente, a fin de provocar la concientización de los alumnos, a través de los comentarios de cada uno de ellos, que en su conjunto y conforme el avance de las charlas se buscó el desarrollo de habilidades conductuales para la protección y prevención de los riesgos psicosociales.

Es relevante mencionar, que de 69 alumnos que asistieron al principio de la intervención, a 3 de ellos se les pidió se retiraran, debido a que únicamente su estancia fue para sabotear tanto el trabajo como la participación de sus compañeros; 2 sujetos más, se retiraron de las charlas debido a actividades extra clase que les impedía asistir en el horario establecido, así como 4 sujetos únicamente asistieron a 5 charlas, concluyendo la intervención con 60 participantes.

## **RESULTADOS**

A continuación se describen los resultados obtenidos en el presente estudio. Los cuales se obtuvieron a partir de la aplicación de 2 cuestionarios antes y después de la intervención (CHIMALLI y Tabaquismo).

Para obtener los resultados estadísticos, descritos a continuación, se codificaron las respuestas de cada uno de los individuos, otorgando un valor de 0,1,2, según sea el caso.

Se realizó el análisis en el programa software SPSS 10. Se describen las variables que resultaron estadísticamente significativas ( $\chi^2$ ).

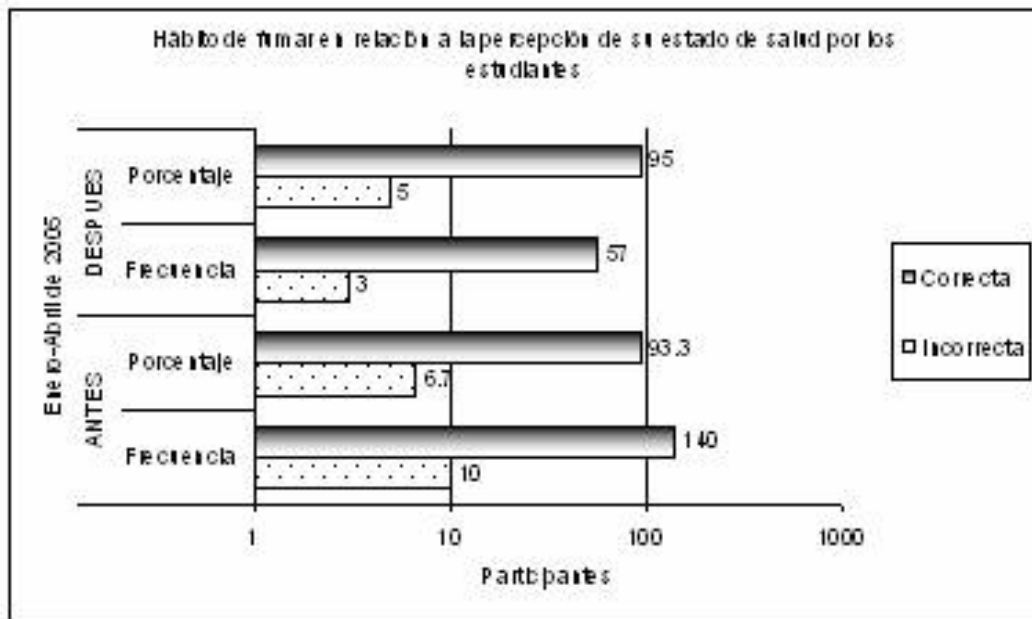
Para obtener la significancia estadística se realiza el análisis de acuerdo a tabaquismo actual y hábito de fumar en comparación con las variables sobresalientes y momento de intervención.



TABLA 1. "Hbito de fumar"

Respuesta	ANTES		DESPUES	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Incorrecta	10	6.7%	3	5.0%
Correcta	140	93.3%	57	95.0%
Total	150	100%	60	100%

GRÁFICA 1. Identificación del Nivel de Riesgos Psicosociales por área. Antes y después de la intervención. Enero-Abril de 2005

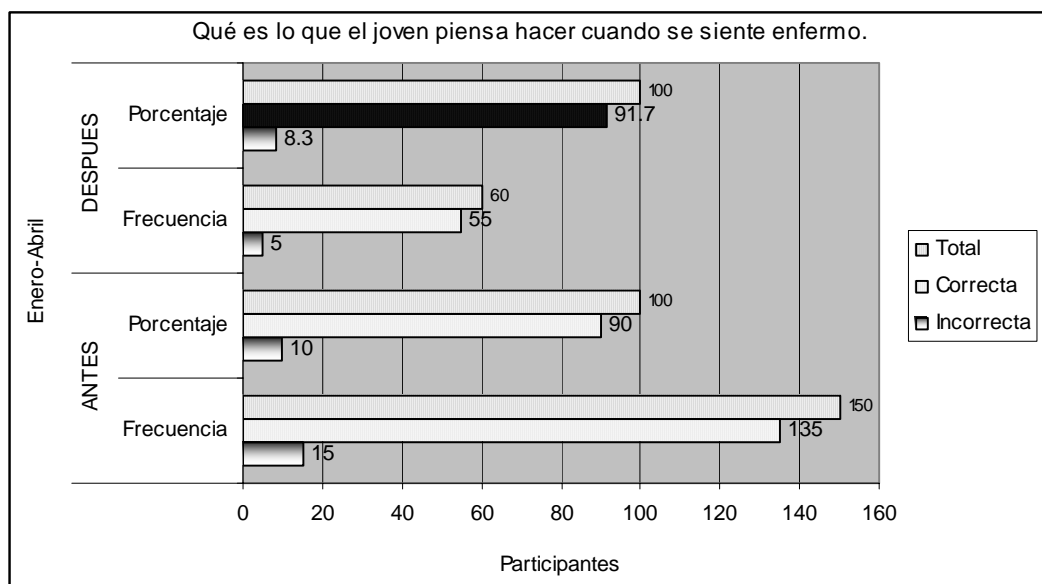


De los 150 alumnos a quienes se les aplicó la encuesta CHIMALLI al inicio de la intervención, denota que 140 contestaron correctamente que debe evitarse el hábito de fumar debido a que provoca un daño al organismo y al medio ambiente. De los 60 participantes que finalizaron las sesiones, 57 (95%) de ellos contestaron correctamente a la misma.

TABLA 2. “Cuando nos sentimos enfermos lo mejor es”

Respuesta	ANTES		DESPUES	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Incorrecta	15	10%	5	8.3%
Correcta	135	90%	55	91.7%
Total	150	100%	60	100%

GRÁFICA 2. Identificación del Nivel de Riesgos Psicosociales por área. Antes y después de la intervención. Enero-Abril de 2005

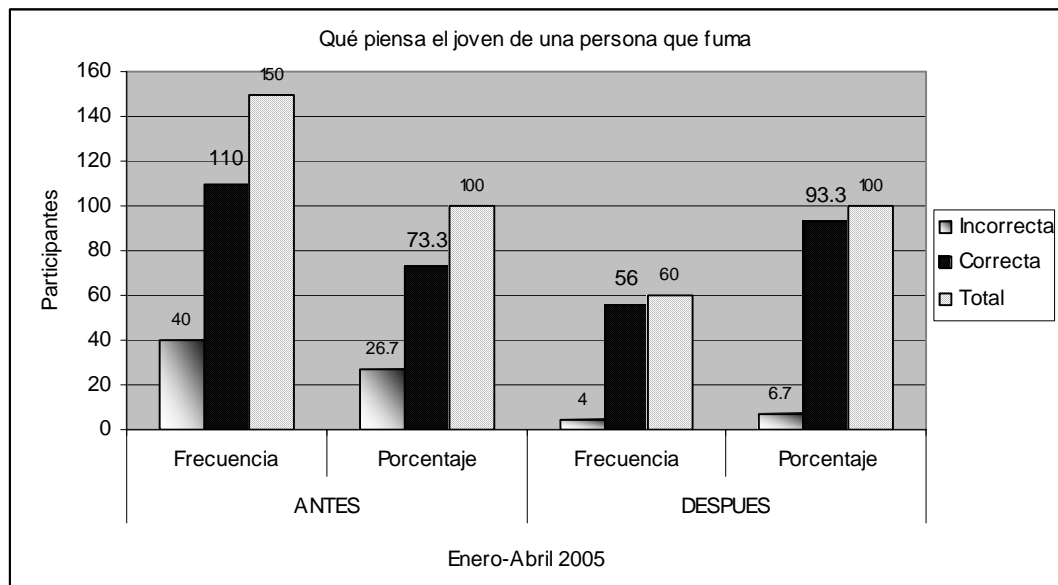


Cuando nos sentimos enfermos lo mejor es: a) consultar con alguna persona que haya padecido los mismos síntomas que experimentamos nosotros. b) consultar directamente a un médico especialista. La respuesta correcta es b. contestaron acertadamente, antes de la intervención, 135 de los 150 participantes, esto es el 90% del total. Después de la intervención, sólo 5 de los 60 participantes contestaron erróneamente, mientras que el 91.7% respondió correctamente.

TABLA 3. “Una persona que fuma “

	ANTES		DESPUES	
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Incorrecta	40	26.7%	4	6.7%
Correcta	110	73.3%	56	93.3%
Total	150	100%	60	100%

GRÁFICA 3. Identificación del Nivel de Riesgos Psicosociales por área. Antes y después de la intervención. Enero-Abril de 2005

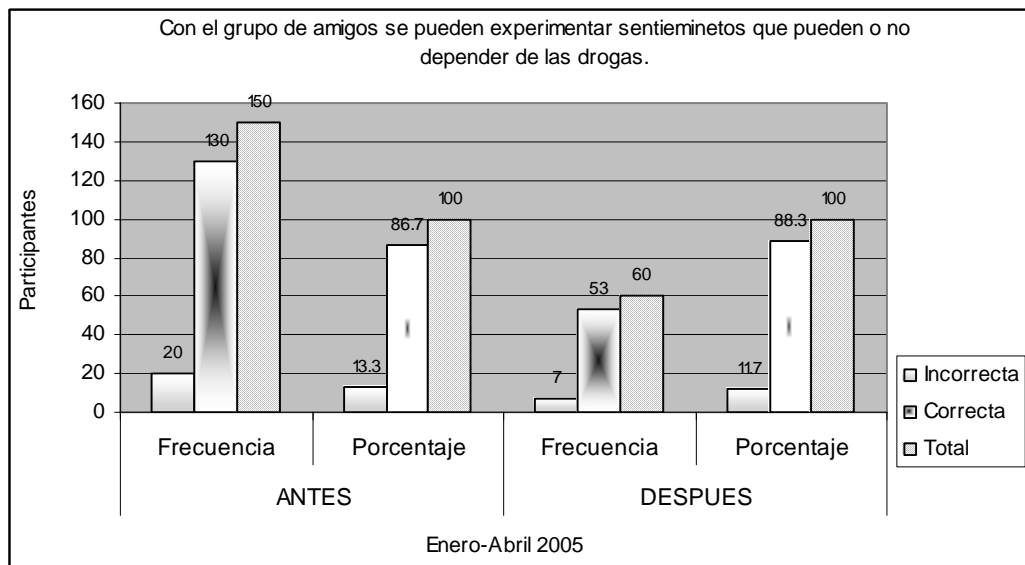


En la primera aplicación, de los 150 alumnos, 110 (73.3%) contestaron correctamente al hecho de que una persona que fuma puede llegar a ser adicta al tabaco. Mientras que al final de la intervención de 60 participantes únicamente 4 de ellos (6.7%) contestaron incorrectamente al decir que la persona que fuma si no lo desea no llega a la adicción.

TABLA 4. "Con el grupo de amigos se experimenta"

Respuesta	ANTES		DESPUES	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Incorrecta	20	13.3	7	11.7
Correcta	130	86.7	53	88.3
Total	150	100	60	100

GRÁFICA 4. Identificación del Nivel de Riesgos Psicosociales por área. Antes y después de la intervención. Enero-Abril de 2005

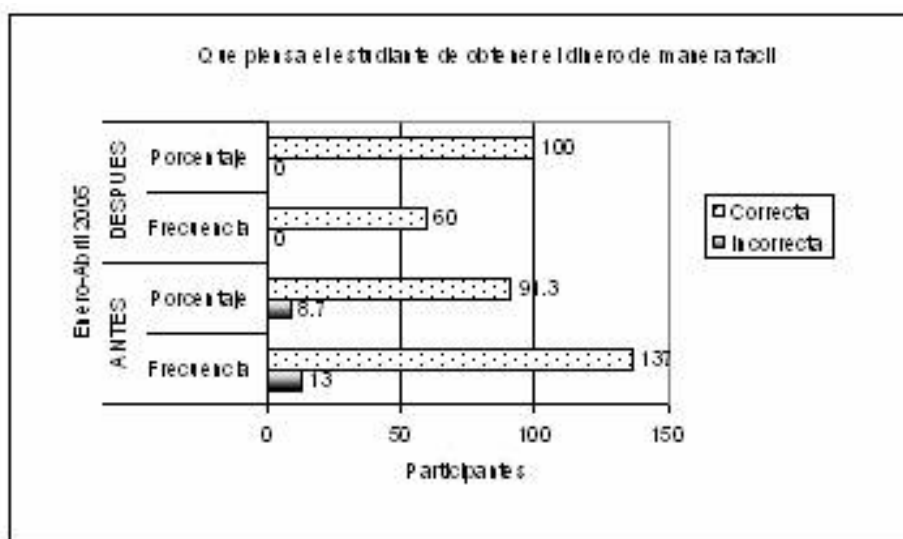


Los datos arrojados de la primera aplicación muestran que 130 (86.7%) alumnos contestaron acertadamente que con el grupo de amigos se experimentan sentimientos de solidaridad, apoyo y respeto que no dependen del uso de drogas. Observamos que al final de la intervención, 7 participantes de 60, contestaron incorrectamente al mencionar que los sentimientos de solidaridad, apoyo y respeto se pueden perder si no accedemos a la presión para hacer ciertas cosas, como el usar drogas de vez en cuando, destacando así un aumento del 1.6% de los alumnos que respondieron no ser necesario el uso de drogas para experimentar sentimientos de solidaridad, apoyo y respeto con el grupo de amigos.

TABLA 5. “El dinero fácil que se obtiene por corrupción o venta ilegal de drogas”

Respuesta	ANTES		DESPUES	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Incorrecta	13	8.7%	0	0%
Correcta	137	91.3%	60	100%
Total	150	100%	60	100%

Gráfica 5. Identificación del Nivel de Riesgos Psicosociales por área. Antes y después de la intervención. Enero-Abril de 2005

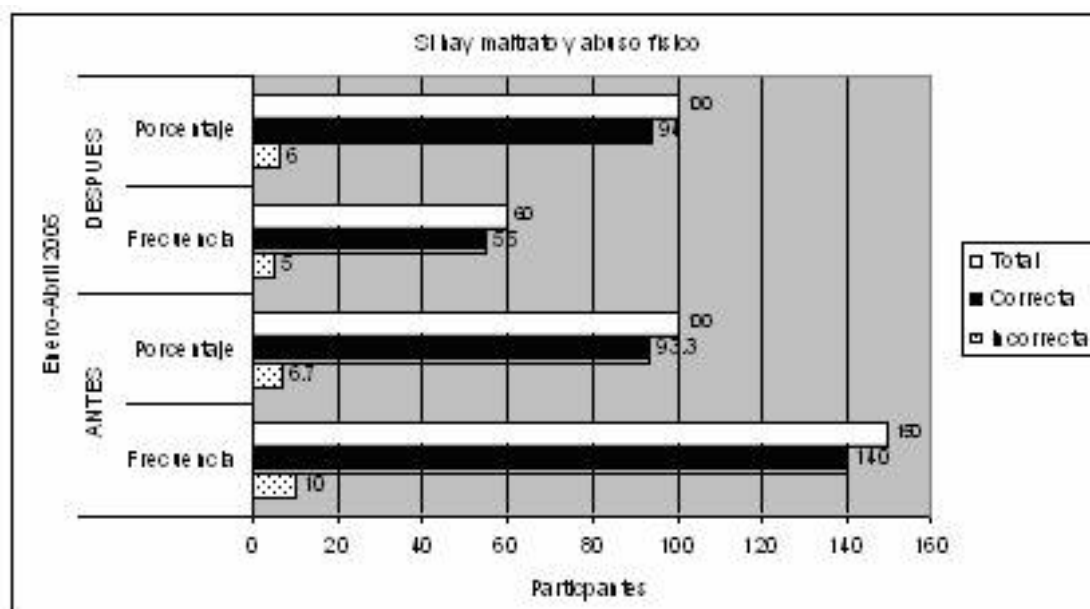


Ante este cuestionamiento, antes de la intervención 13 de los 150 alumnos respondieron incorrectamente diciendo que se puede disfrutar de la misma manera que el dinero que se obtiene del trabajo honesto, al final de la intervención el 100% contestó acertadamente al mismo cuestionamiento respondiendo que no se disfruta pues la angustia de hacer algo ilegal es un ingrediente negativo.

TABLA 6. “Nuestro cuerpo y nuestras partes íntimas son muy valiosas, si alguien las maltrata o abusan de nuestro cuerpo, lo mejor será”

Respuesta	ANTES		DESPUES	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Incorrecta	10	6.7	5	6
Correcta	140	93.3	55	94
Total	150	100	60	100

GRÁFICA 6. Identificación del Nivel de Riesgos Psicosociales por área. Antes y después de la intervención. Enero-Abril 2005

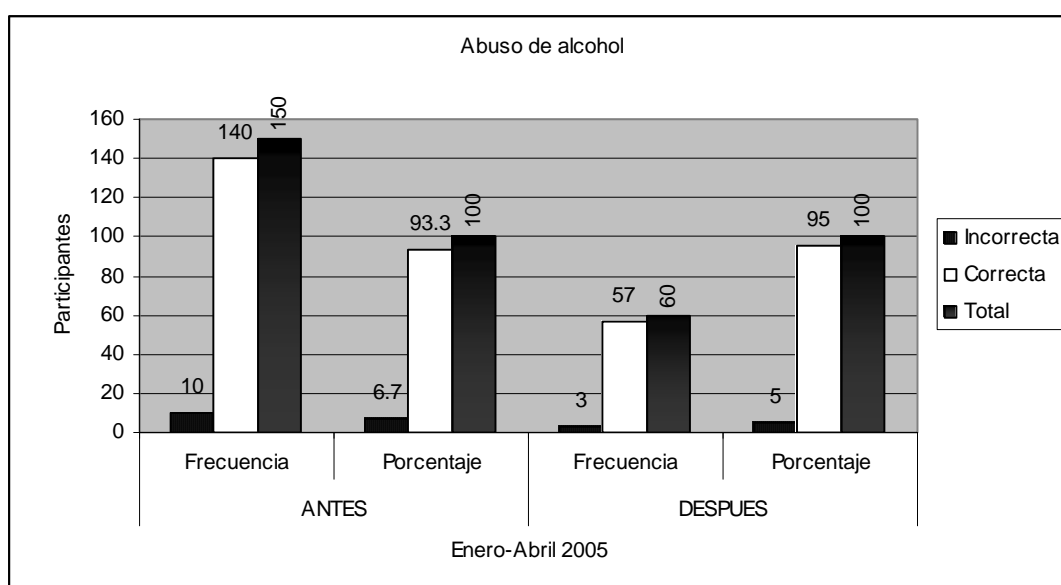


Es considerable manifestar que en la primera aplicación de CHIMALLI a los 150 participantes el, 93.3% piensa acertadamente que nuestro cuerpo y nuestras partes íntimas son muy valiosas, si alguien la maltrata o abusan de nuestro cuerpo, lo mejor será reflexionar sobre por qué lo permitimos, romper la barrera del sometimiento y pedir ayuda. En cuanto a la segunda aplicación, de 60 alumnos, el 6% de ellos contestaron incorrectamente al pensar que cuando alguien maltrata o abusa de nuestro cuerpo es mejor tratar de que nadie se de cuenta de lo que está sucediendo, pues la persona que abusa de ti, te quiere y no se atreverá a hacerte mucho daño. Podemos observar una aumento del 0.7 % al responder acertadamente antes y después de la intervención.

TABLA 7. “Es frecuente que de pronto estemos abusando del alcohol en las fiestas y en las reuniones y nuestros amigos o nuestra familia nos lo haga notar; si esto ocurre lo mejor es”

Respuesta	ANTES		DESPUES	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Incorrecta	10	6.7	3	5
Correcta	140	93.3	57	95
Total	150	100	60	100

GRÁFICA 7. Identificación del Nivel de Riesgos Psicosociales por área. Antes y después de la intervención. Enero-Abril de 2005



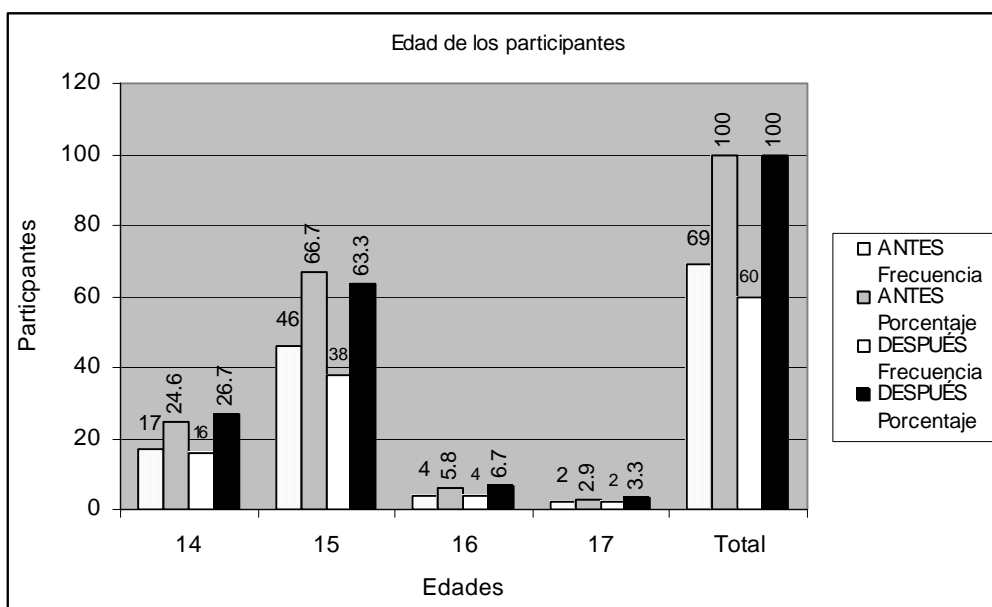
Es posible identificar que en la primera aplicación de CHIMALLI, sólo 10 participantes de 150, equívocamente piensan que abusar del alcohol en la fiestas y en las reuniones, y nos lo hagan notar, lo mejor es no hacer caso a los amigos y, sobre todo, a la familia que con frecuencia exageran las situaciones y se preocupan mucho. Aunque estemos bebiendo en exceso es sólo por diversión. Mientras que en la segunda y última intervención, 55 alumnos de 60, consideran que ante el abuso del alcohol, superar el enojo que esto ocasiona y empezar a observarnos y acudir a un especialista de jóvenes en busca de ayuda es lo correcto. Esto es un cambio de actitud en un porcentaje de 1.7% de los alumnos que antes pensaban no hacer caso si se les hace notar que están abusando del alcohol.

## TABAQUISMO

TABLA 8. "Edad"

Edad	ANTES		DESPUÉS	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
14	17	24.6	16	26.7
15	46	66.7	38	63.3
16	4	5.8	4	6.7
17	2	2.9	2	3.3
Total	69	100	60	100

GRÁFICA 8. Edad a la que pertenecían los estudiantes antes y después de la intervención Enero-Abril 2005



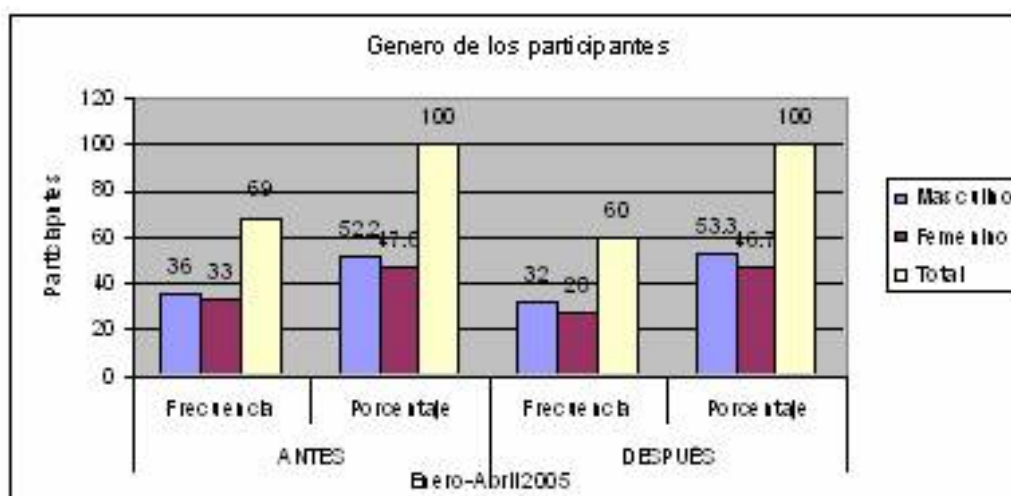
La edad de los participantes osciló entre los 14 y 17 años. Antes y después de la intervención la edad más frecuente fue de 15 años, 66.7% y 63.3% respectivamente. Le sigue 14 años, 24.6% antes de la intervención y concluyendo el 26.7%. Finalmente 2 alumnos de 17 años permanecieron durante la intervención y 4 participantes de 16 años de edad.



GRAFICA 9. Género

Genero	ANTES		DESPUÉS	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	36	52.2	32	53.3
Femenino	33	47.8	28	46.7
Total	69	100	60	100

GRAFICA 9. Genero al que pertenecen los participantes antes y después de la intervención Enero- Abril 2005

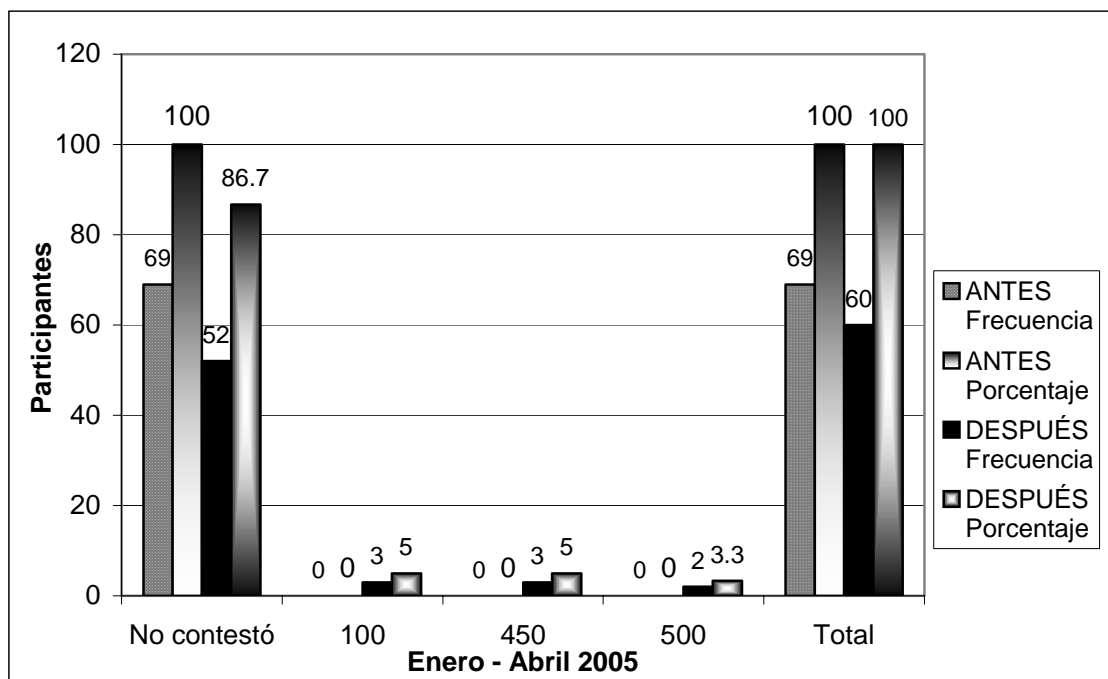


Datos arrojados en la primera intervención manifiestan que de 69 alumnos, son 36 del genero masculino (52.2%) y 33 del genero femenino (47.8). Al finalizar la intervención, de 60 participantes, 32 son del genero masculino (53.3) y 28 del genero femenino (46.7).

TABLA 10. "Ingreso personal"

	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No contestó	69	100.0	52	86.7
100	0	0	3	5.0
450	0	0	3	5.0
500	0	0	2	3.3
Total	69	100.0	60	100.0

GRÁFICA 10. Ingreso Personal de los participantes antes y después de la intervención Enero - Abril 2005

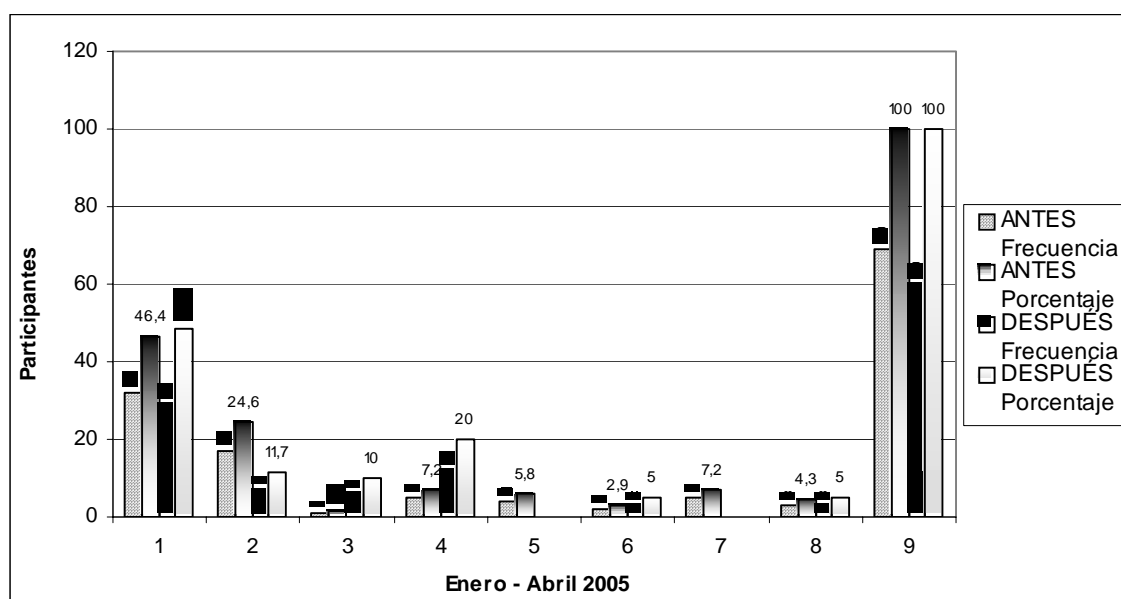


Los 69 alumnos que respondieron la primera aplicación del cuestionario de tabaquismo, no contestaron a la pregunta de ingreso personal, al final de la intervención, de los 60 participantes, el 5% de ellos, respondió tener un ingreso de \$100, un porcentaje similar respondió contar con un ingreso de \$450, únicamente el 3.3% de los participantes afirmó gozar de \$500.00 como ingreso, por lo tanto el resto, correspondiente al 86.7% no contestó a la pregunta.

TABLA 11. "Ocupación de la madre"

		ANTES		DESPUÉS	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
1	Hogar	32	46.4	29	48.3
2	Profesora	17	24.6	7	11.7
3	Vendedora	1	1.4	6	10.0
4	Empleada	5	7.2	12	20.0
5	Enfermera	4	5.8	0	0
6	Licenciada	2	2.9	3	5.0
7	Médico	5	7.2	0	0
8	No contestó	3	4.3	3	5.0
9	Total	69	100.0	60	100.0

GRÁFICA 11. Cuál es la ocupación de la madre de cada uno de los participantes antes y después de la intervención Enero – Abril 2005

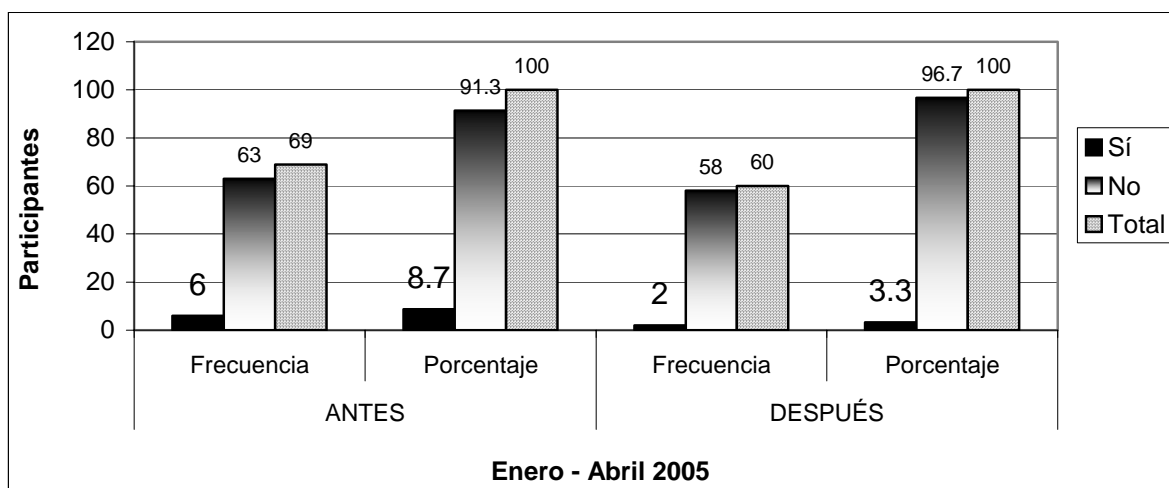


La ocupación más frecuente entre la madre de cada uno de los participantes, es de ama de casa, profesoras y empleadas.

TABLA 12. “Golpes entre los familiares”

	ANTES		DESPUÉS	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Sí	6	8.7	2	3.3
No	63	91.3	58	96.7
Total	69	100.0	60	100.0

GRÁFICA 12. Alguna vez ha habido golpes entre los familiares con los que viven los alumnos participantes antes y después de la intervención Enero – Abril 2005.

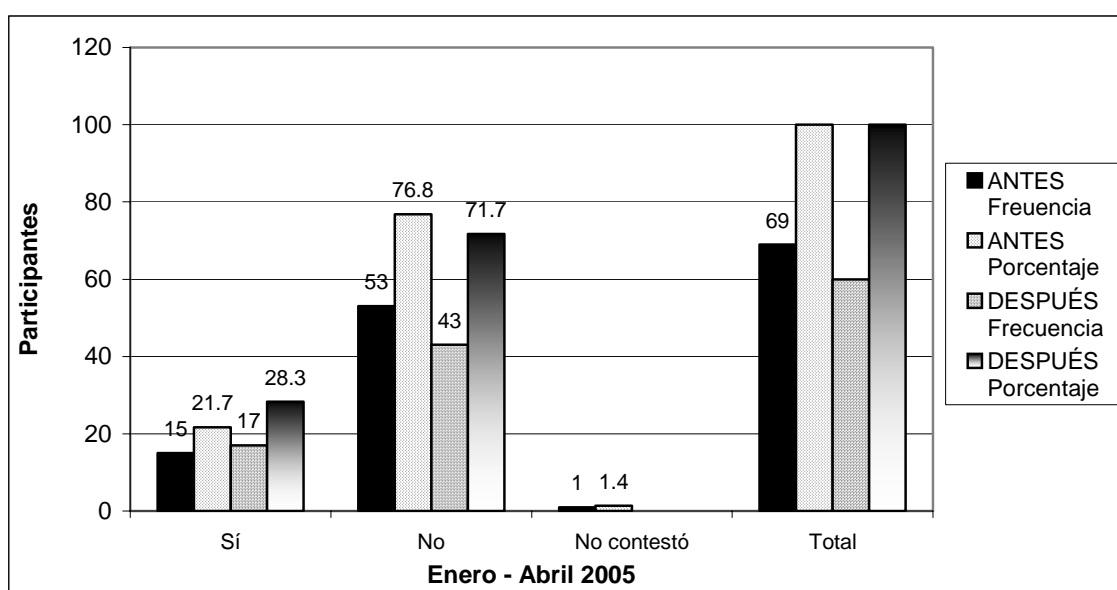


Antes de la intervención, 6 de los 69 participantes han presenciado golpes entre sus familiares, lo que representa el 8.7% de los participantes; para el final de la intervención únicamente 2 de los alumnos respondieron afirmativamente, mientras que el 96.7% lo negó.

TABLA 13. "El padre fuma"

	ANTES		DESPUÉS	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Sí	15	21.7	17	28.3
No	53	76.8	43	71.7
No contestó	1	1.4	0	0
Total	69	100.0	60	100.0

GRÁFICA 13. El padre de cada uno de los participantes fuma, antes y después de la intervención Enero – Abril 2005

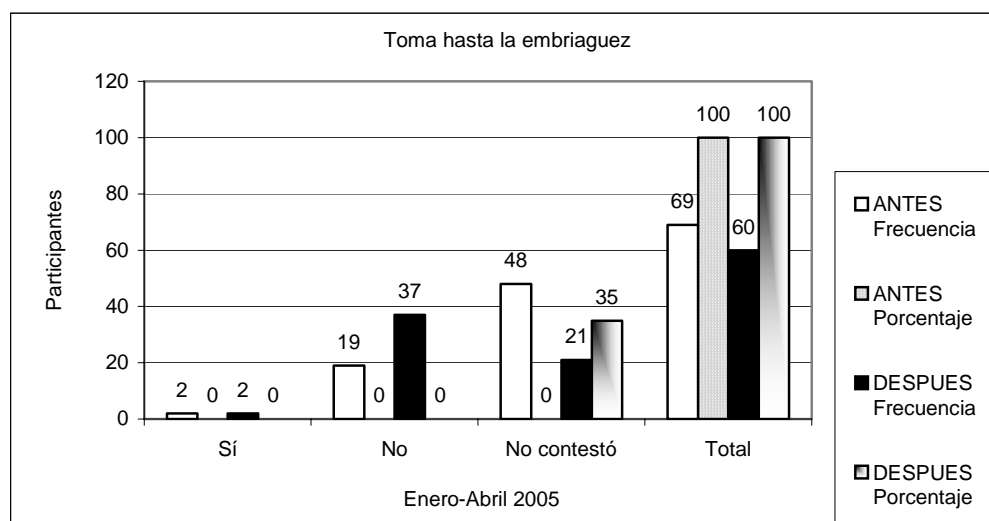


Uno de los factores que orilla al adolescente a fumar es cuando alguno de los padres tiene este hábito. De los participantes, antes de la intervención el 21.7% de los padres de los participantes si fuman; al final de la intervención es el 28.3% de los padres quienes tienen este hábito.

TABLA 14. "Alcoholismo"

	ANTES		DESPUES	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Sí	2	2,9	2	3,3
No	19	27,5	37	61,7
No contestó	48	69,6	21	35
Total	69	100	60	100

GRÁFICA 14. El sujeto toma hasta la embriaguez, antes y después de la intervención Enero – Abril 2005.

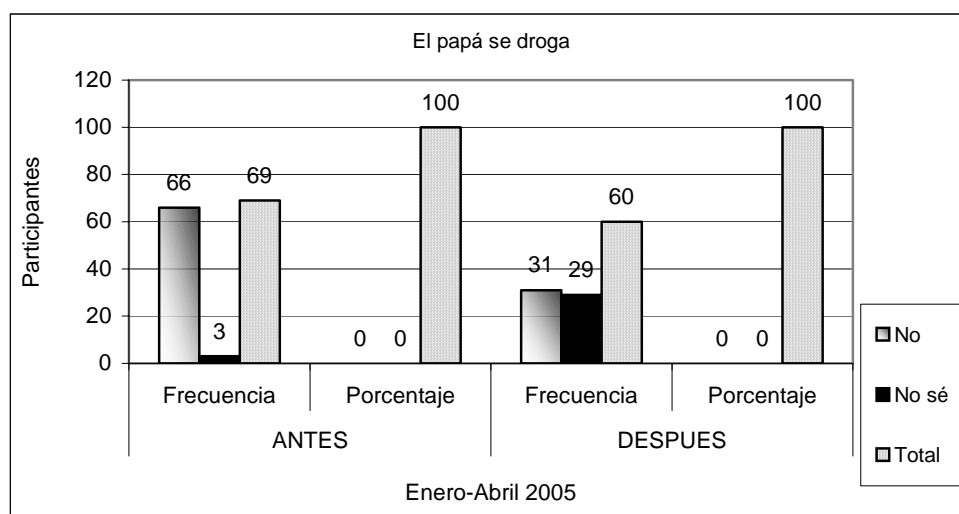


Datos arrojados de la primera aplicación denotan que 2 alumnos (2.9%) de 69, contestaron que ingieren bebidas alcohólicas hasta la embriaguez. La misma cantidad, después de la intervención respondió afirmativamente, sin embargo, el 35% ya no respondió a esta pregunta.

TABLA 15 “El papá se droga”

	ANTES		DESPUES	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No	66	95,7	31	51,7
No sé	3	4,3	29	48,3
Total	69	100	60	100

GRÁFICA 15. El papá se droga, antes y después de la intervención Enero – Abril 2005.

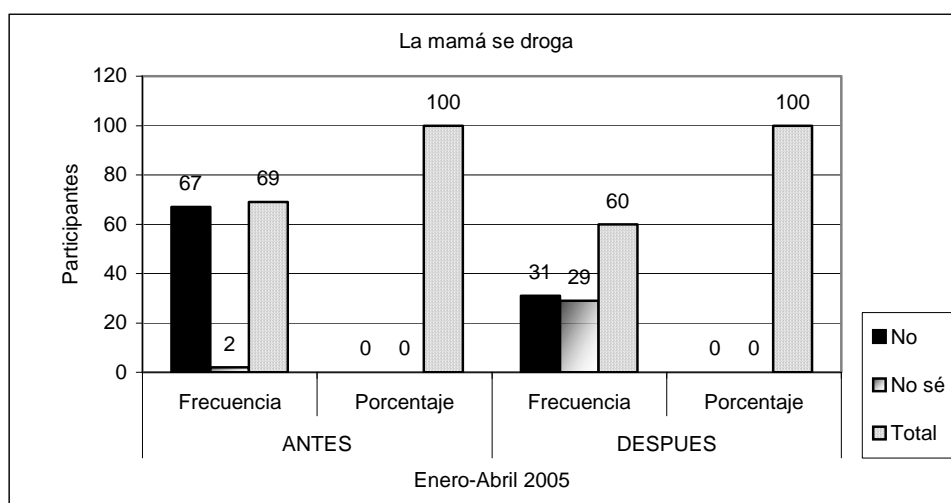


De 69 alumnos a quienes se les aplicó la encuesta de Tabaquismo al inicio de la intervención, 66 de ellos (95.7%) respondió, que el papá no se droga. La segunda aplicación al final de la intervención, 31 participantes (51.7%) de 60, reafirmaron que el padre de cada uno de ellos no consume ninguna droga. Así mismo 29 (48.3%) alumnos respondieron que debido al análisis durante las sesiones no aseguraban si el padre de cada uno de ellos consumía o consume alguna droga.

TABLA 16. “La mamá se droga”

	ANTES		DESPUES	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No	67	97,1	31	51,7
No sé	2	2,9	29	48,3
Total	69	100	60	100

GRÁFICA 16. La mamá se droga antes y después de la intervención Enero – Abril 2005.



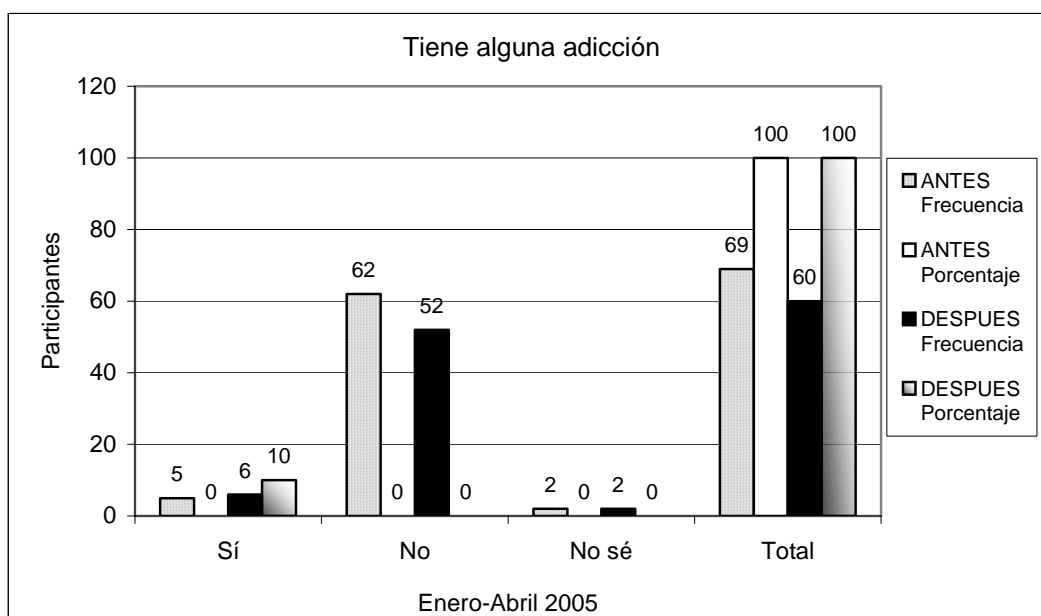
De la primera aplicación, de 69 alumnos, 67 (97.1%) contestaron al hecho de que la madre de cada uno de ellos no ingiere alguna droga. Mientras que en la segunda aplicación al final de la intervención, de 60 participantes, únicamente 31 de ellos (51.7%) confirmaron que su madre no consume ninguna droga. Así mismo, 29 alumnos (48.3%) respondieron que debido al análisis durante las sesiones no aseguraban si la madre de cada uno de ellos consumía o consume actualmente alguna droga.



TABLA 17. "El sujeto tiene alguna adicción"

	ANTES		DESPUES	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Sí	5	7,2	6	10
No	62	89,9	52	86,7
No sé	2	2,9	2	3,3
Total	69	100	60	100

GRÁFICA 17. El sujeto tiene alguna adicción antes y después de la intervención Enero – Abril 2005.

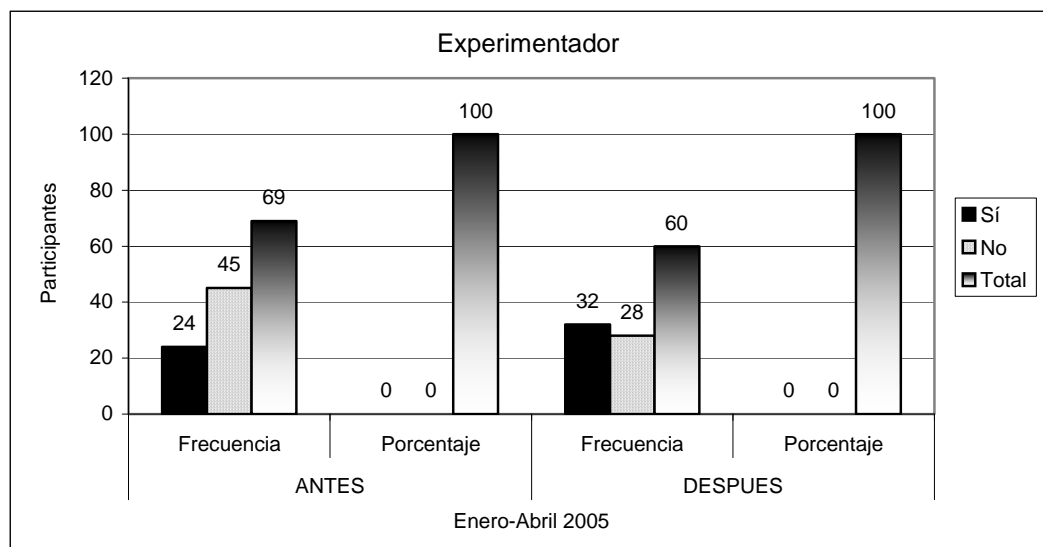


De la primera aplicación, el resultado fue: de 69 alumnos, 5 (7.2%) contestaron que tiene alguna adicción. Mientras que al final de la, intervención de 60 participantes, 52 de ellos (86.7%) manifestaron no tener alguna adicción, y 2 no respondieron,

TABLA 18. "Experimentador"

	ANTES		DESPUES	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Sí	24	34,8	32	53,3
No	45	65,2	28	46,7
Total	69	100	60	100

GRÁFICA 18. Experimentador antes y después de la intervención Enero – Abril 2005.



Datos arrojados de la primera aplicación denotan que 24 alumnos (34.8%) de 69, contestaron que han experimentado con el tabaco. Mientras que al aplicar por segunda vez el cuestionario, 28 alumnos (46.7%) de 60, respondieron no haber experimentado con el tabaco y 32 (53.3%) contestó afirmativamente, 8 alumnos más que antes de la intervención.

RESULTADOS  $\chi^2$   
CHIMALLI SALUD

TABLA 19. Cuando nos sentimos enfermos lo mejor es \* El hábito de fumar es \*  
Momento de Intervención

Momento de Intervención			El hábito de fumar es		Total	Significancia Estadística
			Daño relativo	Debe evitarse		
Antes	Cuando nos sentimos enfermos lo mejor es	Automedicarnos	2.7 %	7.3 %	10 %	< .05
		Ir al médico	4 %	86 %	90 %	
		Total	6.7 %	93.3 %	100 %	
Después	Cuando nos sentimos enfermos lo mejor es	Automedicarnos	3.3 %	5 %	8.3 %	< .05
		Ir al médico	1.7 %	90 %	91.7 %	
		Total	5 %	95 %	100 %	

Los resultados mostrados en la tabla 19, que demuestran que del 6.7% de los sujetos, que respondieron que el hábito de fumar es agradable y provoca un daño relativo, el 2.7% dijo que cuando nos sentimos enfermos lo mejor es automedicarnos.

Así mismo, del 93.3% de quienes contestaron que se debe evitar el hábito de fumar, el 7.3% respondió que automedicarnos es lo mejor., datos arrojados antes de la intervención.

Posterior a la intervención, el 3.3% del 5% que contesto que el hábito de fumar provoca un daño relativo, respondieron que automedicarnos es lo mejor. Siendo que del 95% que dijo debe evitarse el fumar, el 90% afirmó que lo mejor es ir al médico cuando nos sentimos enfermos.

## DROGAS

TABLA 20. Una persona que fuma \* El hábito de fumar es \* Momento de Intervención

Momento de Intervención			El hábito de fumar es		Total	SIGNIFICANCIA ESTADÍSTICA
			Daño relativo	Debe evitarse		
Antes	Una persona que fuma	No adicto	4 %	22.7 %	26.7 %	< .05
		Puede adicto	2.7 %	70.7 %	73.3 %	
	Total		6.7 %	93.3 %	100 %	
Después	Una persona que fuma	No adicto	3.3 %	3.3 %	6.7 %	< .05
		Puede adicto	1.7 %	91.7 %	93.3 %	
	Total		5 %	95 %	100 %	

En la tabla 20, podemos observar los resultados de la pregunta: una persona que fuma, en combinación con el hábito de fumar. Antes de la intervención, el 6.7% de los sujetos tenían la idea de que el hábito de fumar era agradable y causaba un daño relativo, mientras que el 93.3% pensaba que este hábito ocasiona un daño al organismo y al medio, por lo que debe evitarse. De los primeros, el 4% respondió que una persona que fuma si no lo desea no llegará a la adicción y el 2.7% contestó que esta persona puede llegar a ser adicto al tabaco. Del 93.3%, el 70.7% de los sujetos, contestó que una persona que fuma puede llegar a ser adicto al tabaco, el 22.7% dijo que si no lo desea no llegará a la adicción.

Después de la intervención, el 5% de los sujetos respondió que el hábito de fumar causa un daño relativo, de los cuales, el 3.3% dijo que una persona que fuma si no lo desea no llega a la adicción. Del 95% de los sujetos, el 91.7% contestó que la persona que fuma puede llegar a ser adicta, el 3.3% dijo que si no lo desea no llegará a la adicción.

Podemos observar que en la intervención los resultados se consideran estadísticamente significativos.

TABLA 21. Experimenta con el grupo de amigos \* El hábito de fumar es \*  
Momento de Intervención

Momento de Intervención			El hábito de fumar es		Total	Significancia Estadística
			Daño relativo	Debe evitarse		
Antes	Experimenta con el grupo amigos	Depende del uso de drogas	4.3 %	9 %	13.3 %	< .05
		No depende del uso de drogas	2.4 %	84.3 %	86.7 %	
	Total		6.7 %	93.3 %	100 %	
Después	Experimenta con el grupo amigos	Depende del uso de drogas	3.3 %	8.3 %	11.7 %	< .05
		No depende del uso de drogas	1.7 %	86.7 %	88.3 %	
	Total		5 %	95 %	100 %	

La Tabla 21 muestra los resultados de la pregunta: con el grupo de amigos se experimenta, en combinación con el hábito de fumar. Antes de la intervención, del 6.7% de los sujetos que manifestaron que el hábito de fumar es agradable y causa un daño relativo, el 2.4% de ellos respondieron que con el grupo de amigos se experimenta sentimientos de solidaridad, apoyo y respeto que no dependen del usar drogas, mientras que el 4.3% dijo que se experimentan sentimientos de solidaridad, apoyo y respeto que se pueden perder, si no se accede a la presión para hacer ciertas cosas, como el usar drogas de vez en cuando. Del 93.3% de los sujetos que contestó que el hábito de fumar ocasiona daño al organismo, el 84.3% respondió que con el grupo de amigos se experimentan sentimientos que no dependen del uso de drogas, mientras que el 13.3% contestó que estos sentimientos dependen del uso de drogas de vez en cuando.

Después de la intervención, el 95% de los sujetos respondió acertadamente que el hábito de fumar debe evitarse, de quienes, el 86.7% contestaron que con el grupo de amigos se experimentan sentimientos que no dependen del uso de drogas y el 8.3% que estos sentimientos dependen del uso de drogas de vez en cuando. Así del 5% de los sujetos que respondieron que el hábito de fumar provoca un daño relativo, el 1.7% contestó que los sentimientos que se experimentan con el grupo de amigos no dependen del uso de drogas.

Los resultados expuestos aquí, son considerados estadísticamente significativos.

TABLA 22. El abuso de sustancias ocasiona \* El hábito de fumar es \* Momento de Intervención

Momento de Intervención			El hábito de fumar es		Total	Significancia Estadística
			Daño relativo	Debe evitarse		
Antes	El abuso de sustancias ocasiona	No consecuencias	3.3 %	6.7 %	10 %	> .05
		Problemas	3.3 %	86.7 %	90 %	
		Total	6.7 %	93.3 %	100 %	
Después	El abuso de sustancias ocasiona	No consecuencias		5 %	5 %	< .05
		Problemas	5 %	90 %	95 %	
		Total	5 %	95 %	100 %	

Antes de la intervención, del 6.7% de los sujetos que respondieron que el hábito de fumar ocasiona daño relativo, el 3.3% contestó que el abuso de sustancias ocasiona problemas médicos, legales y personales, mientras que el otro 3.3% contestó que este abuso no traerá consecuencias si uno sabe manejarlo. El 93.3% de los sujetos respondió que el hábito de fumar ocasiona un daño al organismo y al medio, de quienes el 86.7% dijo que el abuso de sustancias ocasiona problemas, mientras que el 6.7% contestó que este abuso no traerá consecuencias si lo saben manejar.

Después de la intervención, el 5% respondió que el hábito de fumar ocasiona un daño relativo, así mismo dijo que el abuso de sustancias provoca problemas tanto médicos como legales y personales. El 95% de los sujetos contestó que este hábito se debe evitar, de quienes el 90% dijo que el abuso de sustancias ocasiona problemas, mientras que el 5% contestó que este abuso si uno lo sabe manejar no traerá consecuencias.

Como podemos observar a través de la intervención con el programa CHIMALLI se logró una disminución del 1.7% de los sujetos que tenían la idea de que el hábito de fumar era agradable y provoca daño relativo en combinación con el abuso de sustancias del 3.3% al 5% de los sujetos que pensaban que esto no trae consecuencias, esto quiere decir que el riesgo psicosocial se disminuyó, así como la tendencia en el hábito de tabaco.

Los resultados obtenidos aquí mostrados son estadísticamente significativos.

### ACTOS ANTISOCIALES

TABLA 23. El dinero fácil que se obtiene por corrupción \* El hábito de fumar es \*  
Momento de Intervención

Momento de Intervención			El hábito de fumar es		Total	Significancia Estadística
			Daño relativo	Debe evitarse		
Antes	El dinero fácil que se obtiene por corrupción	Disfruta	5.3%	3.4%	8.7%	< .05
		No disfruta	2.4%	88.9%	91.3 %	
	Total	6.7%	93.3%	100 %		
Después	El dinero fácil que se obtiene por corrupción	No disfruta	5%	95%	100 %	< .05
	Total		5 %	95 %	100 %	

Durante la aplicación de CHIMALLI, se observan en la tabla 23 del área de Actos Antisociales los resultados de la relación del hábito de fumar, momento de intervención y si el dinero fácil que se obtiene por corrupción se disfruta o no.

Antes de la intervención, del 6.7% de quienes dicen que el hábito de fumar provoca un daño relativo, el 5.3% opina que el dinero obtenido por corrupción si se disfruta.

El 2.4% dijo que este no se disfruta. Del 93.3% de los sujetos que respondieron que el hábito de fumar debe evitarse, el 88.9% contestó que el dinero fácil no se disfruta.

Después de la intervención, el 5% respondió que el dinero fácil no se disfruta, mismos que opinan que el hábito de fumar provoca un daño relativo. Así como el 95% coincide en que este dinero no se disfruta ya al mismo tiempo respondieron que el hábito de fumar debe evitarse.

Los resultados son estadísticamente significativos.

## EVENTOS NEGATIVOS

TABLA 24. Si hay maltrato y abuso del cuerpo \* El hábito de fumar es \* Momento de Intervención

Momento de Intervención			El hábito de fumar es		Total	Significancia Estadística
			Daño relativo	Debe evitarse		
Antes	Si hay maltrato y abuso de cuerpo	Ocultarlo	2.4%	4.3%	6.7%	< .05
		Reflexionar	4.3%	89%	93.3%	
	Total		6.7%	93.3%	100%	
Después	Si hay maltrato y abuso de cuerpo	Ocultarlo		6%	6%	< .05
		Reflexionar	5%	89%	94%	
	Total		5%	95%	100%	

El cuestionario CHIMALLI, arroja los resultados observados en la tabla número 24 del área de Eventos Negativos que de acuerdo a la relación del hábito de fumar, momento de intervención y si hay maltrato y abuso de nuestro cuerpo lo mejor es ocultarlo o reflexionar.

Así, observamos que quienes creen que el hábito de fumar provoca daño relativo, esto es del 6.6%, el 2.4% opina que si hay maltrato y abuso de nuestro cuerpo lo mejor es ocultarlo, siendo un porcentaje de 4.3 de quienes dijeron que lo mejor es reflexionar.

De los sujetos que respondieron que el hábito de fumar debe evitarse, asea del 93.3%, el 89.9% deo que si hay abuso de nuestro cuerpo, lo mejor es reflexionar y hablarlo.

Después de la intervención, el 5% de los participantes opina que el hábito de fumar provoca daño relativo, así mismo dijeron que si hay maltrato y abuso del cuerpo lo mejor es reflexionar y hablarlo. Lo mismo contestó el 89% de 95% de los sujetos que dijeron que debe evitarse el hábito de fumar.



TABLA 25. Abuso de alcohol \* El hábito de fumar es \* Momento de Intervención

Momento de Intervención			El hábito de fumar es		Total	Significancia Estadística
			Daño relativo	Debe evitarse		
Antes	Abuso de alcohol	Negar lo	1.6%	4.6%	6.7%	< .05
		Acudir a un especialista	6%	88.6%	93.3%	
	Total	6.6%	93.3%	100%		
Después	Abuso de alcohol	Negar lo	3.4%	5%	8.4%	< .05
		Acudir a un especialista	1.6%	90%	91.6%	
	Total	5%	95%	100%		

Se observan en la tabla número 25 del área de Eventos Negativos los resultados de la relación de hábito de fumar, momento de intervención y que ante el abuso de alcohol lo mejor es negarlo o acudir a un especialista.

Así, antes de la intervención, el 93.3% opina que ante el abuso del alcohol, lo mejor es acudir a un especialista, y el 6.7%% contestó que lo mejor es negarlo.

Después de la intervención, aumentó el porcentaje de quienes dijeron que acudir a un especialista es lo mejor ante el abuso del alcohol, siendo de 93.3% a 95%, disminuyendo, por lo tanto, el porcentaje de quienes opinaban que ante el abuso del alcohol negarlo es lo mejor, esto es de 6.7% a 5%.

Siendo estos resultados estadísticamente significativos

## TABAQUISMO

TABLA 26 Edad \* Tabaquismo Actual \* Momento de Intervención

Momento de Intervención			Tabaquismo Actual			Total	Significancia Estadística
			Sí	No	No contestó		
Antes	Edad	14	1.4%	23.4%	1.4	24.8%	> .05
		15	31%	33.8%		64.8%	
		16	2.4%	3.7%		7.5%	
		17		2.9%		2.9%	
	Total		34.8%	63.8%		100%	
Después	Edad	14		26.7%		26.7%	< .05
		15	5%	58.3%	63.3%		
		16	1.7%	5%	6.7%		
		17		3.3%	3.3%		
	Total		6.7%	93.3%	100%		

Los resultados obtenidos de quienes fuman, en relación con su edad, demuestran en la tabla 26, observamos que del 31.8% de los sujetos que fuman, el 32% corresponde a la edad de 15 años, siendo el 2.8% restante entre 14 y 16 años.

Después de la intervención, fumaba el 6.7% de los participantes, de los cuales el 5 % tenían 15 años y el 1.7% restante contaba con una edad de 16 años.

Resultados estadísticamente significativos

TABLA 27. Género \* TABAQUISMO ACTUAL \* Momento de Intervención

Momento de Intervención			TABAQUISMO ACTUAL			Total	SIGNIFICANCIA ESTADÍSTICA
			Sí	No	No contestó		
Antes	Género	Masculino	17.8%	33%	1.4	52.2%	> .05
		Femenino	17%	30.8%		47.8%	
	Total		34.8%	63.8%	1.4	100%	
Después	Género	Masculino	2.3%	49.4%		51.7%	> .05
		Femenino	4.4%	43.9%		48.3%	
	Total		6.7%	93.3%		100%	

En la tabla 27, podemos observar los resultados de acuerdo al género de los participantes, tabaquismo actual y momento de la intervención. Así, el género que tiene mayor incidencia con el tabaquismo es el masculino, antes de la intervención, 17.8%, sin embargo no es relevante la diferencia con el género femenino (17%). Después de la intervención, se observa una disminución significativa ante el hábito de fumar, el 2.3% del género masculino continuó con el hábito, siendo menor la disminución con el género femenino, de quienes el 4.4% continuaron con el hábito.

TABLA 28. Ingreso Personal \* Tabaquismo Actual \* Momento de Intervención

Momento de Intervención			Tabaquismo Actual			Total	Significancia Estadística
			Sí	No	No contestó		
Antes	Ingreso Personal	No contestó 100 450 500	34.8%	63.8%	1.4%	100%	< .05
	Total		34.8%	63.8%	1.4%	100%	
Después	Ingreso Personal	No contestó 100 450 500	4%	82.7%		86.7%	< .05
	Total		6.7%	93.3%		100%	

De acuerdo al ingreso personal de los sujetos en comparación con tabaquismo actual y el momento de la intervención, podemos observar en la tabla 28 que antes de la intervención, los participantes no contestaron si cuentan con un ingreso.

Posterior a la intervención, del 6.7% de los participantes que fuman el 2.7% respondió obtener un ingreso de 450, el 4% restante no contestó. Del 93.3% de quienes no fuman, el 5% obtiene un ingreso personal de 100, el 3.3% de 500, el 2.3% de 450 y el 82.7% restante no contestó.

Los resultados son estadísticamente significativos.

TABLA 29. Grado de estudios del padre \* Tabaquismo Actual \* Momento de Intervención

Momento de Intervención			Tabaquismo Actual			Total	Significancia Estadística
			Sí	No	No contestó		
Antes	Grado de estudios del padre	Primaria	6.2%		1.4%	7.6%	> .05
		Secundaria incompleta	5.8%	4.3%		10.1%	
		Secundaria completa	6.2%	10.5%		16.7%	
		Técnico	4.2%	4.3%		8.5%	
		Profesional	12.4%	40.4%		52.8%	
	Total	No contestó	4.3%		4.3%		
			34.8%	63.8%	1.4%	100%	
Después	Grado de estudios del padre	Primaria		5%		5%	< .05
		Secundaria incompleta	1.4%	3.3%		4.7%	
		Secundaria completa	1.7%	10%		11.7%	
		Técnico	1.7%	5.9%		7.6%	
		Profesional	1.9%	64.8%		66.7%	
	Total	No contestó	4.3%		4.3%		
			6.7%	93.3%		100%	

La tabla 29 nos proporciona los resultados a partir de tabaquismo actual en combinación con el grado de estudios del padre. Observamos que antes de la intervención, del 34.8% de los participantes que fuman, el 12.4% de sus padres tiene una profesión, el 6.2% cuenta con primaria, 6% con secundaria completa, el resto oscila entre secundaria incompleta y carrera técnica.

Mientras tanto, del 63.8% de los participantes que no fuman, el 40.4% refiere que su papá cuenta con una profesión, 10.5%, tiene secundaria completa y el resto cuenta con secundaria incompleta y carrera técnica.

Después de la intervención, del 6.7% que fuma, el 1.9% refiere que su padre cuenta con carrera profesional, el 1.7% tiene secundaria completa, técnicos corresponde al 1.7% y el 1.4% tiene secundaria incompleta. Así del 9.3% que no fuma, el 64.8% refirió que su papá es profesional.

TABLA 30. Grado de estudios de la madre \* Tabaquismo Actual \* Momento de Intervención

Momento de Intervención			Tabaquismo Actual			Total	Significancia Estadística
			Sí	No	No contestó		
Antes	Grado de estudios de la madre	Primaria	7.3 %			7.3 %	> .05
		Secundaria incompleta	4.5 %	5.9 %		10.4 %	
		Secundaria completa	7.4 %	12.6 %		20 %	
		Técnico	4.5 %	5.9 %		10.4 %	
		Profesional	11.1 %	39.4 %	1.4 %	51.9 %	
	Total		34.8 %	63.8 %	1.4 %	100 %	
Después	Grado de estudios de la madre	Primaria		3.3 %		3.3 %	< .05
		Secundaria incompleta		3.3 %		3.3 %	
		Secundaria completa		13.3 %		13.3 %	
		Técnico	3.3 %	20 %		23.3 %	
		Profesional	3.3 %	53.3 %		56.6 %	
	Total		6.7 %	93.3 %		100 %	

En cuanto al grado de estudios de la madre, en la tabla 30, podemos observar que antes de la intervención, del 34.8% de los participantes que fuman, el 11.1% refirió que su madre es profesionalista, 7.4% cuenta con secundaria completa, el resto tiene estudios de primaria, secundaria incompleta y carrera técnica. Mientras que del 63.8% de los participantes que no fuman, el 39.4% contestaron que su madre cuenta con profesión, el 12.6% tiene secundaria completa, el 5.9% secundaria incompleta y técnico.

Después de la intervención, del 6.7% que refirió fumar, el grado de estudios de la mamá oscila entre técnico y profesionalista.

Los datos aquí expuestos son estadísticamente significativos.

TABLA 31. Ocupación de la Madre \* Tabaquismo Actual \* Momento de Intervención

Momento de Intervención			Tabaquismo Actual			Total	Significancia Estadística
			Sí	No	No contestó		
Antes	Ocupación de la Madre	Hogar	13 %	32 %	1.4 %	46.4 %	> .05
		Profesora	9.7 %	14.9 %		24.6 %	
		Vendedora		1.4 %		1.4 %	
		Empleada	2.9 %	4.3 %		7.2 %	
		Enfermera	1.4 %	4.4%		5.8 %	
		Licenciada	2.9 %			2.9 %	
		Médico	1.4%	5.8 %		7.2 %	
	No contestó	3.5%	1		4.5%		
	Total	34.8%	63.8 %	1.4 %	100 %		
Después	Ocupación de la Madre	Hogar	6.7 %	41.6 %		48.3 %	< .05
		Profesora		11.7 %		11.7 %	
		Vendedora		10 %		10 %	
		Empleada		20 %		20 %	
		Licenciada		5 %		5 %	
	No contestó		5%		5 %		
	Total	6.7 %	93.3 %		100 %		

En la tabla 31 podemos observar que antes de la intervención, del 34.8% de los participantes que fuman, el 13% de ellos, refirió que su mamá se dedica al hogar, el 9.7% de las mamás de los participantes se dedica a la docencia, el resto son empleadas, licenciadas, enfermeras y medico. Siendo así un total de 46.4% de las madres que se dedican al hogar, y el 24.6% profesoras.

Después de la intervención, el 6.7% de los participantes que fuman, refirieron que su mamá se dedica al hogar. Así observamos que el mayor porcentaje se refiere a hijos de madres amas de casa, esto es 48.3%

Los resultados aquí mostrados son estadísticamente significativos.

TABLA 32. Alguna vez ha habido golpes \* Tabaquismo Actual \* Momento de Intervención

Momento de Intervención			Tabaquismo Actual			Total	Significancia Estadística
			Sí	No	No contestó		
Antes	Alguna vez ha habido golpes	Sí	5.3 %	2%		8.7%	> .05
		No	29.5 %	61.8 %	14 %	91.3%	
	Total		34.8 %	63.8 %	1.4 %	100 %	
Después	Alguna vez ha habido golpes	Sí	3.3 %			3.3 %	< .05
		No	3.34%	93.3 %		96.7 %	
	Total		6.7%	93.3 %		100%	

Los resultados que se muestran en la tabla 32, denotan que antes de la intervención, del 34.8% de los participantes que fuman, el 29.5% refirió que no ha habido golpes en su hogar, así el 5.3% si ha presenciado golpes dentro de su hogar.

Después de la intervención, del 6.7% de quienes fuman, el 3.3% refirió que si ha habido golpes en su hogar, mientras que el 93.3% refirió no fumar y no haber presenciado golpes actualmente en su hogar.

Resultados que son estadísticamente significativos.



TABLA 33. El papá Fuma \* Tabaquismo Actual \* Momento de Intervención

Momento de Intervención			Tabaquismo Actual			Total	Significancia Estadística
			Sí	No	No contestó		
Antes	El papá Fuma	Sí	10.9 %	10.9 %	1.4 %	21.8%	> .05
		No	23.9 %	51.5 %			
	No contestó		1.4 %	1.4%			
	Total		34.8%	63.8 %	1.4 %	100 %	
Después	El papá Fuma	Sí	1.7 %	26.6 %		28.3 %	< .05
		No	5 %	66.7 %		71.7 %	
	Total		6.7 %	93.3 %		100 %	

En la tabla 33 se muestran los resultados obtenidos de acuerdo al momento de la intervención y si el papá fuma.

Antes de la intervención, del 34.8% de los participantes que fuman, el 10.9% dijo que su papá también lo hace, el 23.9% contestó que no.

Después de la intervención, del 6.7% que fuma, el 1.7% de los papás también fuman y el 5% no lo hace

Resultados que no tuvieron una significancia estadística relevante.

TABLA 34. La mamá Fuma \* Tabaquismo Actual \* Momento de Intervención

Momento de Intervención			Tabaquismo Actual			Total	Significancia Estadística
			Sí	No	No contestó		
Antes	La mamá Fuma	Sí	16.5 %	8.7 %		25.2 %	> .05
		No	18.3 %	55.1%	1.4 %	74.8%	
	Total		34.8%	63.8 %	1.4 %	100 %	
Después	La mamá Fuma	Sí	1.7 %	6.7 %		8.3 %	< .05
		No	5	86.7 %		91.7 %	
	Total		6.7 %	93.3 %		100 %	

En la tabla 34 nos muestra que, antes de la intervención del 34.8% de los que fuman, el 16.5% de las mamás también lo hacen, el 18.3% de las mamás no fuman. Después de la intervención, del 6.7% de los participantes que fuman, el 1.7% respondió que su mamá también lo hace, mientras que el 5% contestó negativamente.

Resultados que son estadísticamente significativos

TABLA 35. El sujeto Toma hasta la embriaguez \* Tabaquismo Actual \* Momento de Intervención

Momento de Intervención			Tabaquismo Actual			Total	Significancia Estadística
			Sí	No	No contestó		
Antes	El sujeto Toma hasta la embriaguez	Sí	2.9 %	10.1%		2.9 %	> .05
		No	17.4 %			27.5 %	
		No contestó	14.8%	53.7 %		1.4 %	
	Total		34.8 %	63.8 %	1.4 %	100 %	
Después	El sujeto Toma hasta la embriaguez	Sí	1.7 %	1.6 %		3.3%	< .05
		No	5 %	56.7 %		61.7 %	
		No contestó		35%		35%	
	Total		6.7 %	93.3%		100 %	

En la tabla 35, observamos que antes de la intervención el 17.4% de los participantes dijo no tomar, mismos que refirieron fumar, el 2.9% contestó que si toma y fuma. El resto no contestó si toma o no, sin embargo, si fuma.

Después de la intervención, del 6.7% que fuma, el 5% no toma, el 1.7% refirió si tomar.

Observamos que el 61.7% de los participantes no toma.  
Resultado estadísticamente significativos.

TABLA 36. El papá se droga \* Tabaquismo Actual \* Momento de Intervención

Momento de Intervención			Tabaquismo Actual			Total	Significancia Estadística
			Sí	No	No contestó		
Antes	El papá se droga	No	34.8%	59.5 %	1.4 %	95.7 %	> .05
		No sé		4.3 %		4.3 %	
	Total		34.8%	63.8 %	1.4%	100 %	
Después	El papá se droga	No	5 %	46.7 %		51.7 %	< .05
		No sé	1.7 %	46.6 %		48.3 %	
	Total		6.7 %	93.3 %		100 %	

En la tabla 36 podemos observar que antes de la intervención, el 95.7% de los participantes respondieron que su papá no se droga, el 4.3% dijo no saber si esto ocurre.

Después de la intervención, el 51.7% contestó que su papá no se droga, aumentando el porcentaje de quienes dijeron no saber si esto pasaba de 4.3% a 48.3% obteniendo una significancia estadística *no* relevante.

TABLA 37 La mamá se droga \* Tabaquismo Actual \* Momento de Intervención

Momento de Intervención			Tabaquismo Actual			Total	Significancia Estadística
			Sí	No	No contestó		
Antes	La mamá se droga	No	31.9%	63.8 %	1.4 %	97.1 %	< .05
		No sé	2.9 %			2.9%	
	Total		34.8 %	63.8 %	1.4 %	100 %	
Después	La mamá se droga	No	5 %	46.7 %		51.7 %	< .05
		No sé	1.7 %	46.6 %		48.3 %	
	Total		6.7 %	93.3 %		100 %	

Los resultados registrados en la tabla 37, proporcionan datos acerca de si la mamá se droga. Observando que, tanto antes como después, ninguno de los participantes respondió afirmativamente ante esta cuestión.

Siendo estadísticamente significativos.

TABLA 38. El papá tiene alguna adicción \* Tabaquismo Actual \* Momento de Intervención

Momento de Intervención			Tabaquismo Actual			Total	Significancia Estadística
			Sí	No	No contestó		
Antes	El papá tiene alguna adicción	Sí	4.4 %	5.8 %		10.2 %	> .05
		No	6.4 %	34.2 %	1.4 %	42 %	
		No sé	24 %	23.8 %		47.8 %	
	Total		34.8 %	63.8 %	1.4 %	100 %	
Después	El papá tiene alguna adicción	Sí	1.7 %	8.3 %		10 %	< .05
		No	3.3 %	53.3 %		56.7 %	
		No sé	1.7 %	31.7 %		33.3 %	
	Total		6.7 %	93.3 %		100 %	

Tomando en consideración el momento de la intervención y si el papá tiene alguna adicción, se obtuvieron los siguientes resultados mostrados en la tabla 38. Antes de la intervención, el 34.8% de los participantes que fuman, el 4.4% contestó que su papá si tiene alguna adicción, el 24% dijo no saber.

Después de la intervención, del 6.7% que fuma, el 1.7% respondió que su papá si tiene alguna adicción, el 3.3% dijo que no y el 1.7% contestó no saber.

Los resultados no fueron estadísticamente significativos.

TABLA 43. La mamá tiene alguna adicción \* Tabaquismo Actual \* Momento de Intervención

Momento de Intervención			Tabaquismo Actual			Total	Significancia Estadística
			Sí	No	No contestó		
Antes	La mamá tiene alguna adicción	Sí	4.4 %	1.4 %		5.8 %	> .05
		No	10.1 %	52.3 %	1.4 %	63.8 %	
		No sé	20.3 %	10.1 %		30.4 %	
	Total	34.8 %	63.8 %	1.4 %	100 %		
Después	La mamá tiene alguna adicción	Sí		3.3 %		3.3 %	< .05
		No	5 %	61.7 %		66.7 %	
		No sé	1.7 %	28.3 %		30 %	
	Total	6.7 %	93.3 %		100 %		

Los resultados presentados en la tabla 43, muestran que del 34.8% de los participantes que fuman, el 4.4% dijo que su mamá si tiene alguna adicción, el 10.1% contestó que no y el 20.3% restante dijo no saber. De quienes no fuman (63.8%), el 1.4% refirió afirmativamente que su mamá tiene alguna adicción.

Después de la intervención, del 6.7% que fuma, el 5% dijo que su mamá no tiene adicción alguna y el 1.7% respondió no saber, el 3.3% contestó que no fuma y su mamá si tiene alguna adicción.

Los resultados aquí expuestos obtuvieron una significancia estadística comprobable.

TABLA 44. El sujeto tiene alguna adicción \* Tabaquismo Actual \* Momento de Intervención

Momento de Intervención			Tabaquismo Actual			Total	Significancia Estadística
			Sí	No	No contestó		
Antes	El sujeto tiene alguna adicción	Sí	4.3 %	2.9 %	1.4 %	7.2%	< .05
		No	27.6 %	60.9 %		89.9 %	
		No sé					
Total			34.8 %	63.8 %	1.4 %	100 %	
Después	El sujeto tiene alguna adicción	Sí	2.3 %	7.7 %		10%	< .05
		No	4.4 %	82.3 %		86.7 %	
		No sé		3.3%		3.3%	
Total			6.7 %	93.3 %		100 %	

En la tabla 44 podemos observar, que antes de la intervención, el 7.2% de los participantes si tienen alguna adicción, de los cuales, el 4.3% fuma. El 89.9% no tiene alguna adicción, siendo el 27.6% quienes fuman. El 2.9% no respondió..

Posterior a la intervención, el 10% de los participantes reconocieron tener alguna adicción, de los que el 2.3% dijo que si fuma. De quienes no tiene adicción (86.7%), el 4.4% si fuma y el 82.3% no lo hace.

Los resultados son estadísticamente significativos.



TABLA 45. Experimentador \* Tabaquismo Actual \* Momento de Intervención

Momento de Intervención			Tabaquismo Actual			Total	Significancia Estadística
			Sí	No	No contestó		
Antes	Experimentador	Sí	34.8%			34.8%	< .05
	Total	No	34.8%	63.8%		65.2%	
Después	Experimentador	Sí	6.7%	46.6%		53.3%	< .05
		No	%	46.6%		46.7%	
	Total	6.7%	93.3%		100%		

Los resultados observados en la tabla 45, son respecto a si el participante ha experimentado alguna vez con el tabaco. Antes de la intervención el 34.8% respondió que si lo ha experimentado, y lo siguen consumiendo actualmente. El 65.2% de los participantes nunca han experimentado con el tabaco.

Después de la intervención, el 53.3% dijo si haber experimentado con el tabaco, de los cuales, el 6.7% actualmente sigue fumando. El 46.7% dijo no haber experimentado con el tabaco.

Los resultados aquí mencionados son estadísticamente significativos.

TABLA 46. Fumador Establecido \* Tabaquismo Actual \* Momento de Intervención

Momento de Intervención			Tabaquismo Actual			Total	Significancia Estadística
			Sí	No	No contestó		
Antes	Fumador Establecido	Sí	8.7%	4.3%		13.0%	< .05
		No	26.1%	40.6%		66.7%	
		No Contestó		18.9%	1.4%	20.3%	
Total			34.8%	63.8%	1.4%	100%	
Después	Fumador Establecido	Sí	1.7%	1.7%		1.7%	< .05
		No	5%	41.6%		43.3%	
		No Contestó	6.7%	50%		55%	
Total			6.7%	93.3%		100%	

La tabla 46 muestra resultados de acuerdo a si los participantes ya son considerados fumadores establecidos, esto es haber fumado más de 100 cigarrillos.

Antes de la intervención el 13% de los participantes se consideran fumadores establecidos, de los cuales, el 8.7% para este momento seguían fumando.

Mientras que el 66.7% refirió no haber fumado 100 o más cigarrillos.

Después de la intervención, el 1.7% refirió ser fumador establecido, mientras que el 43.3% contestó no haber fumado 100 o más cigarrillos. El resto no contestó.

Resultados que son estadísticamente significativos

TABLA 47. Con quien fuma \* Tabaquismo Actual \* Momento de Intervención

Momento de Intervención			Tabaquismo Actual			Total	Significancia Estadística
			Sí	No	No contestó		
Antes	Con quien Fuma	Solo Padre, madre o tutor	10.2%			10.2%	< .05
		Amigos	21.7%			21.7%	
		Otro	2.9%	63.8%	1.4%	68.1%	
		No contestó	34.8%	63.8%	1.4%	100%	
Después	Con quien Fuma	Solo Padre, madre o tutor		5%		5%	< .05
		Amigos	6.7%	3.33%		3.33%	
		Otro		15%		21.7%	
		No contestó		5%		5%	
	Total		6.7%	65%		65%	
	Total		6.7%	93.3%		100%	

En la tabla 47 observamos, antes de la intervención, que el 21.7% fuma con los amigos, el 10.2% lo hace solo y el 2.9% no contestó.

Después de la intervención, el 6.7% fuma con los amigos.

Son estadísticamente significativos los resultados aquí expuestos.

48. Cuantos fuma al mes \* Tabaquismo Actual \* Momento de Intervención

Momento de Intervención			Tabaquismo Actual			Total	Significancia Estadística
			Sí	No	No contestó		
Antes	Cuantos fuma al mes	0		63.8%		63.8%	< .05
		4	7.5%			7.5%	
		5	4.3%			4.3%	
		6	2.9%			2.9%	
		7	1.4%			1.4%	
		10	5.8%			5.8%	
		15	5.8%			5.8%	
		20	2.9%		1.4%	4.3%	
		30	1.4%			1.4%	
		50	1.4%			1.4%	
		70	1.4%			1.4%	
	Total		34.8%	63.8%	1.4%	100%	
Después	Cuantos fuma al mes	0		93.3%		93.3%	< .05
		1	3.3%			3.3%	
		2					
		4					
		5					
		6					
		7					
		10	1.7%			1.7%	
		15	1.7%			1.7%	
		20					
		30					
	50						
70							
Total			93.3%		100%		

En la tabla 48 observamos que del 34.8% de los participantes que fuman, el 7.5% fuma 4 cigarros al mes, el 11.6% entre 10 y 15 cigarros, el 8.6% fuma entre 5 y 7 cigarros, 4.2% consume de 30 a 70 cigarros.

Después de la intervención, el 3.3% consume 1 cigarro por mes, 3.4% fuma de 10 a 15 cigarros.

Los resultados fueron estadísticamente significativos.

TABLA 49. Edad Inicio \* Tabaquismo Actual \* Momento de Intervención

Momento de Intervención			Tabaquismo Actual			Total	Significancia Estadística
			Sí	No	No contestó		
Antes	Edad Inicio	10					< .05
		11	4.3%			4.3%	
		12	5.4%	3.3%		8.7%	
		13	5.4%	3.3%		8.7%	
		14	8.7%			8.7%	
		15	8.7%			8.7%	
	No contestó	2.3%	57.2%	1.4%	60.9%		
Total		34.8%	63.8%	1.4%	100%		
Después	Edad Inicio	10					< .05
		11					
		12	2.3%	5.4%		7.7%	
		13	4.4%	2.3%		6.7%	
		14		25%		25%	
		15		25%		25%	
	No contestó		35.6%		35.6%		
Total		6.7%	93.3%		100%		

Observamos en la tabla 49 que la edad de inicio en el consumo de tabaco, es de 12 a 15 años un porcentaje de 34.8% y el 4.3% inició a los 11 años.

Posterior a la intervención, del 6.7% que actualmente fuma, el 2.3% inicio a los 12 años y el 4.4% a los 13 años de edad.

Resultados que son considerados estadísticamente significativos.

TABLA 50. Sensibilización Momentánea \* Tabaquismo Actual \* Momento de Intervención

Momento de Intervención			Tabaquismo Actual			Total	Significancia Estadística
			Sí	No	No contestó		
Antes	Sensibilización	Si	18.4%	23.6%		42%	< .05
	Momentánea	No	16.4%	40.2%	1.4%	58%	
	Total		34.8%	63.8%	1.4%	100%	
Después	Sensibilización	Si	6.7%	3.3%		10%	< .05
	Momentánea	No		90%		90%	
	Total		6.7%	93.3%		100%	

Los Resultados referenciados en la tabla 50, refieren la posibilidad de aceptar un cigarrillo en el momento de la aplicación del cuestionario, lo cual indica una asociación negativa con la prevalencia de tabaquismo. Esto es, antes de la intervención, el 42% aceptaría un cigarrillo en ese momento, mientras que después de la intervención y al aplicar el cuestionario, sólo el 10% aceptaría el cigarrillo.

TABLA 51. Promedio de Calificaciones \* Tabaquismo Actual \* Momento de Intervención

Momento de Intervención			Tabaquismo Actual			Total	Significancia Estadística
			Sí	No	No contestó		
Antes	Promedio de Calificaciones	7	7.2%	2.3%	1.4%	9.5%	< .05
		8	13.9%	20.2%		34.1%	
		9	7%	41.3%		48.3%	
		10	5.3%			6.7%	
		No contestó	1.4%			1.4%	
Total			34.8%	63.8%	1.4%	100%	
Después	Promedio de Calificaciones	7	1.7%		6.7%	1.7%	< .05
		8	3.5	25.7%		29.2%	
		9		37.6%		37.6%	
		10	1.5	23.3%		24.8%	
		No contestó	6.7%	6.7%		6.7%	
Total			6.7%	93.3%		100%	

En la tabla 52 nos muestran resultados acerca del promedio de los participantes en combinación con el hecho de si fuman o no.

Antes de la intervención, del 34.8% de los que fuman, el 7.2% tienen promedio de 7; 13.9% cuenta con 8 de promedio; 7% lleva promedio de 9 y el 5.3% tiene 10 de promedio.

El promedio destacable corresponde al 34% quienes dijeron haber tenido promedio de 8.

Después de la intervención, tomando calificaciones de los primeros parciales, el promedio destacable fue de 9, obteniendo el 37.6% de los cuales ninguno fuma. El 29.2% tuvo promedio de 8 de ellos, el 3.5% si fuma. Con promedio de 10 fue el 24.8% de quienes el 1.5% siguió fumando.

Los resultados aquí presentados son estadísticamente significativos.

## CONCLUSIONES Y DISCUSIONES

A partir de los resultados cuantitativos, obtenidos mediante la intervención, podemos denotar, que se lograron desarrollar habilidades conductuales en los adolescentes, que le permitieran reducir el nivel de riesgo psicosocial al que están expuestos, así como la prevención y/o postergación al consumo del tabaco.

Al considerar los resultados arrojados por los cuestionarios aplicados, antes y después de la intervención, se encontraron diferencias considerablemente significativas. De los cuales podemos destacar, la prevalencia del tabaquismo actual se redujo de un 34.8% a 6.7%, determinando así que quienes no fumaban se mantuvieron. Encontramos que la mayoría de los alumnos que fuman lo hacen en compañía de sus amigos (21.7% antes y 6.7% después), así podemos observar que existe una cierta relevancia entre uno de los factores desencadenantes o actuales que predisponen al adolescente a iniciarse en el hábito de fumar, esto es la influencia de los amigos, tomándolo como un acto social. También, de acuerdo a los comentarios de algunos adolescentes durante las charlas, es destacable mencionar que para ellos el hecho de fumar un cigarrillo, era una necesidad, puesto que lo consideran como un método anti-estrés, o para disminuir algún dolor orgánico (como el dolor de cabeza), esto nos hace pensar en la creencia que aún se tiene acerca del uso que nuestros antepasados le daban al tabaco.

Así mismo, observamos que el tabaquismo entre sujetos del género femenino, cada vez va en aumento, tratando, quizá, de igualar al sexo opuesto, esto es de 34.8% que afirmaron fumar antes de la intervención, el 17.8% corresponde al género masculino y el 17% al femenino, después de la intervención, el género masculino fue el que más disminuyó en el abandono del cigarrillo, esto es el 4.4% femenino Vs. 2.3% masculino. Encontramos que la edad de inicio en el hábito tabáquico entre los participantes fue entre 13 y 15 años, esto es el inicio de la adolescencia, dónde se empiezan a experimentar nuevos cambios y existe una mayor vulnerabilidad hacia conductas riesgosas, tal es el caso del tabaquismo.



De igual forma podemos percatarnos de que factores tales como si la mamá o el papá fuman o tienen alguna adicción, no tienen mayor relevancia en el inicio al consumo de tabaco por parte del adolescente.

También es importante mencionar los cambios que se presentaron de acuerdo a la escala de actitud hacia los mensajes protectores de CHIMALLI. Antes de la intervención, el 93.3% de los participantes consideraban que el hábito de fumar se debía evitar, porque provoca un daño al organismo y al medio ambiente, después de la intervención, el 95% consideraba este punto, mientras que sólo el 5% dijo que este hábito provocaba un daño relativo.

Igual encontramos un cambio en cuanto a quienes consideran que una persona que fuma si no lo desea no llegará a ser adicto (antes de la intervención, 26.7%, después de la intervención, 6.7%). Se logró así, cambiar la actitud hacia ciertas conductas que para los adolescentes podían ser fácil de manejar, sin darse cuenta del riesgo al que estaban expuestos.

En el apartado de resultados podemos observar las tablas y gráficas que nos proporcionan los resultados más detalladamente.

Con esto podemos denotar que el impacto que el modelo CHIMALLI tuvo entre los estudiantes de nuevo ingreso a nivel medio superior se considera favorable para disminuir o evitar el uso de tabaco, puesto que se evitó que los alumnos que no fumaban se iniciaran en este hábito, estacando que algunos de los que ya tenían el hábito lo dejaron.

No podemos dejar de mencionar que los resultados no solo fueron manejados de forma estadística, sino que también tuvimos la oportunidad de observar los cambios de actitud de los sujetos tales como el lenguaje corporal y verbal, antes, durante y después de la aplicación de la metodología, manifestándolo en el acercamiento individual y constante fuera de las sesiones ya establecidas, de los

alumnos hacia nosotras como conductoras, además de la libre interrelación entre ambos.

Basándonos en lo anterior, podemos destacar las experiencias de algunos alumnos al mencionar textualmente –“las dinámicas son diferentes a las que ha habido en la secundaria o en otras, hasta en las clases, porque siempre nos limitan el hecho de poder expresar lo que pensamos, y sin tenernos a fuerza, nos gusta estar aquí porque las dinámicas son divertidas e interesantes y también aunque ya sabíamos todo lo que nos dicen, ahora nos cae el veinte”-.

Con esto nos pudimos dar cuenta de la satisfacción de cada uno de los alumnos al dirigirse con nosotras y con sus compañeros dentro y fuera de las sesiones, así mismo, nos pudimos percatar que nuestra intervención estaba siendo satisfactoria y fructuosa.

## SUGERENCIAS

La protección debe dirigirse en defensa de los que no fuman, con la finalidad de evitar respirar humo de tabaco.

Cambiar conductas a estudiantes y profesores, así como personal administrativo y otros servicios dentro de la Institución para comprometerse con el autocuidado de la salud conociendo los daños que produce el tabaco y al que lo usa, creando una conciencia comunitaria.

Lo que se propone es un proceso de cambio cultural, así como procesos dentro de la sociedad. Considerando que quien pretenda modificar un hábito nocivo para la salud, como lo es el tabaquismo, se considere el desarrollo de programas y estrategias para evitar la eliminación selectiva y hasta la aceptación social.

Es recomendable considerar la adopción y adaptación de acciones, a manera equitativa cultural para la implementación de programas de intervención para coadyuvar en el control del tabaquismo en estudiantes de nivel medio superior.

El fundamento para lograr lo anterior, es la educación para la salud. Por lo que se recomienda considerar, de acuerdo con la OMS, destacar el conocimiento e interés por todas aquellas experiencias del individuo, el grupo o la comunidad, que influyen en las creencias, actitudes y conducta respecto a la salud, así como a los procesos y esfuerzos para producir cambios a fin de lograr un nivel óptimo en ella. Y con respecto a los medios para lograr tales cambios, la OMS, dice que los esfuerzos formales adecuadamente planeados para proporcionar experiencias acordes al tiempo, lugar y forma que conduzcan al logro de los conocimientos, las actitudes y los tipos de conducta deben ser favorables a la salud individual, del grupo y de la comunidad (Organización Mundial de la Salud, 1990).

Todo lo anterior ha desembocado en una idea hoy bien asumida de la necesidad e prevenir (prevención primaria), la cual consiste en adoptar medidas para impedir

que enfermen aquellas personas que actualmente gozan de buena salud. La prevención primaria implica dos estrategias: 1. cambiar los hábitos negativos de salud de los sujetos. 2. Prevenir los hábitos inadecuados mediante la generación, en primer lugar de hábitos positivos y el estímulo para que la población los adopte (por ejemplo, programas de prevención de fumar entre los adolescentes).

Posiblemente la filosofía tradicional de la salud, que hace hincapié en el “diagnóstico, el tratamiento y la cura” fuese lo más adecuado para las enfermedades. Sin embargo, en la actualidad, adoptar una perspectiva focalizada en el tratamiento, una vez que las personas han enfermado, es la menos adecuada en cuanto a la relación coste-eficacia en el cuidado de la salud.

Los gastos ingentes que acarrear los costes médicos deberían ser un factor más para ayudar a la reflexión y al cambio hacia un enfoque preventivo, esto es, orientar los esfuerzos a la detección temprana de la enfermedad, así como la modificación de conductas y estilos de vida que supongan un riesgo para el sujeto. Existe evidencia más que suficiente de que es más fácil y menos costoso ayudar a que una persona se mantenga saludable que curarla de una enfermedad. La detección temprana de factores de riesgo (por ejemplo: adicciones, sexualidad, eventos negativos, consumismo, salud), junto con la promoción de conductas de salud optimiza la prevención, y sin lugar a dudas la aproximación a una relación coste-beneficio más adecuada en el cuidado de la salud.

Dar seguimiento, reimplementando el programa con el fin de identificar factores de riesgo, que puedan favorecer el incremento o disminución hacia el tabaco.

## REFERENCIAS

Alcantara, C. y Navarro, C. (1999). El consumo de tabaco de la población estudiantil de la Ciudad de México. Salud Mental. México, pp.22-25.

Álvarez Alba, Rafael (1991). Salud Pública y Medicina Preventiva. Edit. Manual Moderno, S.A. de C. V., México D.F.

Anuario Estadístico (1995). Dirección General de Estadística –Secretaría de Salud. Disponible en: <http://www.insp.mx/salud/index.html>

Arillo-Santillán, E., Fernández, E., Hernández-Ávila, M., Tapia-Uribe, M., Cruz-Valdés, A. & Lazcano-Ponce, EC. (2002). Prevalencia de tabaquismo y bajo desempeño escolar, en estudiantes de 11 a 24 años de edad del estado de Morelos, México. Salud Pública Méx., supl. 1, p.S54-S56.

Bauer U. (1999). Personal communication. Dept of Chronic Disease Epidemiology. Florida Health Department.

Balzaretti González, M. (1994). Estrategias para la prevención del tabaquismo. En Ed. Las adicciones: Dimensión, impacto y perspectivas. Manual moderno, México, Pp. 139-150.

Barrera, P., Monsivais, C. A. & Duarte, C. (1998). Un Modelo para la promoción de comportamientos relevantes para la salud. En asociación Mexicana de la Psicología Social. Ed. AMEPSO, Pp. 248-253.

Berenson S., Medina-Mora ME., Carreño F., Juárez F, Villatoro J. & Rojas E. (1996). Encuesta sobre el consumo de drogas en la comunidad escolar. Tendencias del consumo de sustancias psicoactivas entre estudiantes de enseñanza media y media superior del Distrito Federal. Salud Mental, p.1-5.

Bleger, José (1998) Psicología de la Conducta. Edit. Paidós. Disponible en <http://erg.vironics.net/news/default>.

Bourdieu, P. (1998). La distinción. Criterios y bases sociales del gusto. Madrid: editorial Taurus, p.169-222.

Bravo, B; Clavello, A (1997). El impacto del tabaquismo sobre el riñón y el aparato genitourinario. Med. Int. México, pp. 82-87

Brown, DC. (1996). Smoking cessation in pregnancy. Can Fam Physician, pp. 102-105.

Brownson RC, Jackson-Thompson J, Wilkerson JC, Davis JR, Owens NW & Fischer. EB.(1992). Demographic and socio-economic differences in beliefs about the Health effects of smoking. pp. 99-103.

California Environmental Protection Agency. (1999). Health Effects of Exposure to Environmental Tobacco Smoke.

Calveja, N. (1998). Creencias sobre las consecuencias del tabaco. En asociación Mexicana de Psicología Social. Ed. AMEPSO. México, pp. 254-259

Camacho Solís, R. (1995). Día Mundial sin Tabaco 31 de Mayo de 1995. Revista Instituto Nacional de Enf. México, pp. 95-96.

Catalán, José Luis (2000, noviembre). Psicología del hábito de fumar. Recuperado el 24 de agosto de 2004, disponible en: [URL:http://www.tabaquismo.freehosting.net](http://www.tabaquismo.freehosting.net)

Center for Disease Control and Prevention. (1994). Medical-care expenditures attributable to cigarette smoking in the United States. pp.469-472.

Centres for Disease Control and Prevention (1999). Tobacco use among middle and high School Students- Florida, 1998 and 1999. Morb Mortal Wkly Rep. 48 (12): 248-253.

Cockerham, W. (2000). Health lifestyles in Russia. Soc Sci Med, p.1313-1324.

Colleman D, Lee J, Montgomery S, Bix G & Wang D. (1999). Evaluation of developmentally appropriate programs for adolescent tobacco cessation. The Journal of School Health, p. 314-319.

Collins J., Robin L., Wooley S., Fenley D., Hunt P. & Taylor J. (2002). Programs-That – Work: CDC’s Guide to Effective programs the reduce Health-Risk Behavior of Youth. The journal of school health, p.93-99

Conrad, KM., Flay, BR. & Hill, D. (1992). Why children start smoking cigarettes: Predictor of onset. Br J Addict, p.697-706.

Consejo Nacional Contra las Adicciones (1995). Información Básica sobre Tabaquismo. Secretaría de Salud, México, D.F, pp. 9-12.

Consejo Nacional Contra las Adicciones (2000). Programa contra el tabaquismo: Juntos por la Salud

CONADIC INFORMA, 2001

Corcoran G. Startng Small. (2002). Mentoring Younger Students. Principal Leadership. pp.57-59.

Chassin L., Presson CC., Cherman SJ. & Edwards DA. (1992). The Natural History of cigarettes smoking and young adult social roles. J Health Soc Behav, p.328-347.

De Micheli- Serra A. (2000). Notas Marginales sobre el tabaco en la Medicina. Gac Méd Méx; pp. 273-279

Diario Oficial de la Federación, 2001.

Disefan J. Filpin E. & Pierce J. (2000). The effectiveness of tobacco control in California schools. The journal of school health, p.28-32.

Doll R, Peto R, Wheatley K, Gray R & Sutherland I. (1994).Mortality Inrelation to smoking: 40 years ´obsevation on male British doctors: pp.901-911.

Dr. Maya Mondragón, Jesús (2004, Noviembre). El tabaquismo ¿Hábito o enfermedad?. A tu salud. Revista de Medicina Preventiva, pp. 43-49.

El consumo de Tabaco en México y Encuesta Nacional de Adicciones (1998). Juntos por la Salud. Secretaría de Salud Pública.

El consumo del tabaco en México y encuesta Nacional de adicciones 1998 – 2000 (2000).Juntos por la Salud. 1ª. Edición, México.

Encuesta Nacional sobre el uso de Drogas en la Comunidad Escolar (1992). Instituto Nacional de Psiquiatría. Secretaría de Salud México, DF.

Espino, G. Tabaquismo y Contaminación (1998). Liber Adictus, México, pp.14-15.

Evans N, Farkas A, Gilpin E, Berry C & Pierce JP.(1995). Influence of tobacco marketing and exposure to smokers on adolescent susceptibility to smokin. pp.1538-1545.

Feldman, F. Si es nocivo ¿por qué fuman? (1998). Liber Addictus, México, pp. 26-27.



Fernández E, Schiaffino A & Borrás (2002). Epidemiología y el tabaquismo en Europa. Salud Pública Méx. pp.1-19.

Fiorentino, María Teresa. Conductas de la Salud. Universidad Nacional de San Luis, Argentina.

Florida's Tobacco Pilot Program Results, more kids are saying no to smoking (1999). Florida Dept of Health. Florida: office of tobacco control.

French SA ,Perry CL, Leon GR & Fulkerson JA. (1994). Weight concerns, dieting behaviour, and smoking initiation among adolescent susceptibility to smoking.pp.1818-1820.

Fullwood H. (1998). Middle-grade students and tobacco, p. 44

Glosario de Términos (1998). Organización Mundial de la Salud, WHO, Ginebra.

Información Básica sobre Tabaquismo, 1995

Industria del tabaco (2000). Disponible en <http://www.ssa.org/tabaquismo/indust.html>.

Kann L, Kinchen S, Williams B, Ross J, Lowry R, Grunbaum A & Kolbe J. (2000). Youth risk behavior surveillance United States. The Journal of School Health, 271-285.

Kenyon-Rainer S. (1990). Transnational tobacco companies and health in underdeveloped countries: Recommendations for avoiding a smoking epidemic. pp.227-235

Kuri, P. (1998). Nacional Adicción Survey, México, D.F.INEGI, SSA, Dirección General de Epidemiología.

La actitud modélica en la adquisición del tabaquismo. España, 2000. Recuperado el 12 de octubre de 2004, disponible en:

URL:<http://www.tabaquismo.freehosting.net>

Laniado R., Molgard C.& Elder J.(1993). Efectividad de un programa de prevención de tabaquismo en escolares mexicanos. Salud Pública, México, p.403-408.

Leavell, R. H., y Clark, E. G. (1969). Preventive Medicine for the Doctor in His Community, 3ª . Ed. Mc.Graw Hill, Co. Nueva Cork.

López-Calva, M. (2000). Planeación y evaluación del proceso enseñanza – aprendizaje. Edit. Trillas, México, pp.5-10

Margain, M. Evolución de las Ideas en Prevención. Disponible en: URL: [http://www.diftamps.gob.mx/binacional2002/imagenes/margain\\_conferencia.ppt](http://www.diftamps.gob.mx/binacional2002/imagenes/margain_conferencia.ppt).

Martín, C., Córdoba, R., Jané, C., Nebot, M., Galán, S., Aliaga, M., et al. Evaluación a medio plazo de un programa de ayuda a los fumadores. Medicina Clínica. Barcelona. (en prensa).

Martín, M., Levin, S. & Saunders, R. (2000). He asociation between severity of sanction imposed for violation of tobacco policy and high school dropout rates. The Journal of School Health. pp.205-212, 327-330.

Martínez P. Adrián. (2003). Protección al fumador involuntario. Dirección de regulación y fomento sanitario, No. 3

Maya, M. J. (2004). El Tabaquismo, ¿hábito o enfermedad? A tu Salud, Revista de Medicina Preventiva, 9, pp.43-56.

Mc Phee S, Schoeder S.(2000). Acercamiento general al paciente, conservación de la salud y prevención de la enfermedad y síntomas comunes, tabaquismo. Diagnostico y tratamiento (35ª ed.). México: Manual Moderno.

Menéndez, E. (1998). Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes. Est. Sociol., p.37-67.

Meneses-González, F., Márquez- Serrano, M., Sepúlveda- Amor, J. & Hernández-Ávila, M. Gasto en Tabaco. En: Peña-Corona Gutiérrez, MC., Kuri-Morales, P., Tapia-Conyer, R., comp. El consumo de Tabaco en México y Encuesta Nacional de Adicciones 1998 (Tabaco). México, D.F. Secretaríad e Salud, 2000.

Mooney D. (2001). Faciliting students use of campus smoking cessation services. Journal of American College Health. pp.141-142.

Nacional Canter Institute, 1996.

Nebot M., Solberg, LI. (1990). Una intervención integral sobre el tabaquismo desde la atención primaria; el Proyecto de Ayuda a los Fumadores. Atención Primaria, pp. 698-702.

Norma Oficial Mexicana (1999). Para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones. NOM-028-ssa2- \_Secretaria de Salud.

Oblitas Guadalupe, L. A. & Becoña Iglesias, E. (2000). Psicología de la Salud. México, Plaza y Valdés. Pp.57-112

Office on Smoking and Health Division of Adolescent and School Health Centes for Disease Control and Prevention. Tobacco use among high school students (1998). The jornal of school health, p. 202-204,

Organización Mundial de la Salud Glosario de Términos 1998

Organización Panamericana de la Salud. Adolescencia y Adicciones (1992). Recuperado 23 de septiembre de 2004, disponible en: <http://www.adolescencia/problemas.com>

Organización Panamericana de la Salud. (2000). El tabaquismo en América Latina. Estados Unidos: Oficina regional de la Organización Mundial de la Salud.

Organización Panamericana de la Salud (1992). Tabaco o salud: Situación en las Américas. Estados Unidos: Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud.

Organización Panamericana de la salud (1992). Tabaco o salud: Situación en las Américas. Publicación Científica. OPS, p. 536.

Pardell, H., Saltó, E. & Salleras, LL. (1996). Manual de diagnóstico y tratamiento del tabaquismo. Editorial Médica Panamericana, Madrid.

Peña- Corona Gutiérrez MC, Kuri- Morales P & Tapia- Conyer R. (2000). El consumo de Tabaco en México y Encuesta Nacional de Adicciones (Tabaco) México, D.F. Secretaría de Salud.

Pérez M, Pinzón-Pérez H. (2000). Alcohol, tobacco, and other psychoactive drug use among high school students in Bogota, Colombia. The journal of school Health .pp.377-380

Peto, R., López, AD., Boreham J., Thun, M. & Health, C. (1994). Mortality from smoking in developed countries. Oxford: Oxford University Press,.

Pierce, JP., Lee, L. & Gilpin, EA. (1994). Smoking initiation by adolescents girls, 1944 through 1988. JAMA, p.608-611.

Programa contra el tabaquismo, CONADIC, 2000.

Propuesta de replanteamiento al Programa Nacional de Prevención y Control de Tabaquismo (1998). Dirección general de epidemiología, S. (sin publicar).

Reglamento para la protección de los no fumadores en el Distrito Federal ( 1990, 6 de julio). Poder Ejecutivo Federal, Diario Oficial de la Federación.

Reglamento sobre consumo de tabaco (2000, 27 de julio). Diario Oficial de la Federación. Secretaría de Salud. Recuperado el 18 de septiembre de 2004, de <http://www.ssa.org.mx/diario.html>

Regulación de espacios sin humo. Salud Pública (1999). Disponible en [URL:http://www.ssa.gob.mx/unidades/conadic](http://www.ssa.gob.mx/unidades/conadic)

Rico Méndez, F. G., Ruiz Flores, L. G. (1990). Tabaquismo, su historia y repercusión en aparatos y sistemas. Ed. Trillas.

Robinson, L. (1996). The smoke-free university: Anticipating health education needs of faculty and staff. Health Educ Q., 23, 8-15.

Ruiz Sacristán, J. R., C. (1998). Viajes en avión sin tabaco. CONADIC informa Mayo – Junio, México, pp.10.

Samet, JM. (2002). The risk of active and passive smoking. pp.144-160

Samet, JM., Yoon Soon-Young (2001). Women and the tobacco epidemic challenges for the 21 st century. Ginebra : The world Health Organization.

Santacreu, J., Márquez, M. O. & Rubio, V. (1997). La prevención en el marco de la Psicología de la Salud. Psicología y Salud. Veracruz, México.

Secretaria de Salud (1992). Encuesta Nacional sobre el uso de Drogas en la Comunidad Escolar. México, D.F. Instituto Nacional de Psiquiatría-Secretaria de Salud.

Segovia, Juan José. Guía: Prevención del Tabaquismo en Nuevo León, Consejo Estatal Contra las Adicciones, Monterrey, Nuevo León -México.

Sepúlveda, J. (2002). La epidemia del Tabaquismo en las Américas. Salud Pública Méx. pp.7-10

Séquier, A., Stoebner, A., Gourgou, S., Lence, JJ., Bonifaci, C. & Sancho-Garnier, H. (2002). Métodos educativos en la Prevención del Tabaquismo, en escolares del Departamento del Heralth, Francia. Salud Pública Méx. pp.93-100.

Simpson, D. (1999, mayo). Hacer posible una educación sobre tabaquismo –juntos contra el tabaco- Recuperado de <http://www.tabaquismo.freehosting.net>

Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (1996). Bol. Epidemiología, 13 (26), 9.

Silber, Tomás y otros (1992). Manual de Medicina de la Adolescencia.

Organización Panamericana de la Salud, Serie PALTEX para Expertos en Programas de Salud Nº 20.

Silvestre, Damián (2001). Monografía de Tabaquismo. Recuperado el 24 de agosto de 2004, disponible en: [URL:http://www.tabaquismo.freehosting.net](http://www.tabaquismo.freehosting.net)

Tapia Conyer, R. (1994). Las adicciones dimensiones impacto y perspectivas. Manual moderno, México

The World Health Report. (1999). Salud Publican Mix: pp.254-255

Tobacco use among middle and high school students – Florida (1999). Centers for Disease Control and Prevention. Morb Mortal Wkly Rep., p.248-253

Turabián Fernández, J.L.(1993). Evaluación de Programas de Promoción de la Salud. Atención Primaria. Pp.66-69

United Status Department of Health and Humand Services. (1994).

U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control. and Prevention. (2000). National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Washington: Office on Smoking and Health.

Valdés-Salgado R, Micher JM, Hernández L, Hernández M & Hernández-Avila M. (2002). Tendencias del consumo del tabaco entre alumnos de nuevo ingreso a la Universidad Nacional Autónoma de México. Salud Pública Méx. pp.44-53.

Villatoro, JA., Medicina-Mora, ME., Cardiel, H., Fleiz, C., Alcantara, E. & Hernández, S. (1999). La situación del consumo de sustancias entre estudiantes de la ciudad de México. Salud Mental, p.18-30.

Weiss, ST. (1996). Cardiovascular effects of environmental tobacco smoke. Circulation, 94(4), 599.

Weller N, TortoleroS, Kelder S, Grunbaum J. & Scott C. (1999). Health ris behaviors of Texas students attending dropout prevention. Recovery Schools. The Journal of School Health, p. 22-28.

Werner R, Pearson T. (1998). What's so passive about passive smoking? Secondhand somoke as a cause of artherosclerotic disease:p.157

Wickkama, K., Conder, R., Wallace, L. & Elder, G. (1999). The intergeneration transmission of health-risk behaviors: Adolescent lifestyles and gender moderating effects. J. Health Soc Behav, p.258-272)

World Health Organization. (1997). Healthier Schools focus of WHO report. The Nation´s Health. pp.24-27.

World Health Organization (2000) Policies to reduce exposure to invironmental tobacco smoke. Report on a WHO WORKING group meeting. Copenhagen: World Health.

<http://tobacco.who.int/en/advocacy/wntd2001a.html>.

URL:<http://www.ssa.gob.mx/unidades/conadic>



## ANEXOS

### 1.

#### ESCALA DE ACTITUD HACIA LOS MENSAJES PROTECTORES CHIMALLI

A continuación te presentamos una serie de afirmaciones que tienen dos alternativas de respuesta, señaladas con las letras A y B. El contenido de dichas afirmaciones hace referencia a sentimientos, pensamientos, conductas o eventos que son frecuentes en la vida de los jóvenes.

Te pedimos que leas con mucho cuidado cada una de las afirmaciones y elijas una de las dos alternativas que se te presentan. Esta elección deberá ser hecha muy cuidadosamente: elegirás lo que más se acerque a tu forma de pensar o de sentir; es decir, elegirás la alternativa con la que estés más de acuerdo. Puede ocurrirte que estés de acuerdo con ambas alternativas; o sea, que las dos alternativas coincidan con lo que piensas o sientas. Sin embargo, aún así procura elegir tan sólo una, aquella con la que más te identifiques.

Tu sinceridad y honestidad es indispensable, pues de esto depende el éxito del Programa CHIMALLI, que como ya te hizo saber tu conductor grupal, es un programa que busca proteger a los jóvenes de los riesgos psicosociales a los que se hallan expuestos.

Ahora vamos a poner un ejemplo. La primera afirmación del inventario de actitud dice así:

El hábito de fumar:

- a) Es agradable y el daño que ocasiona es relativo
- b) Debe evitarse pues a la larga produce un daño al organismo y al medio ambiente.

Vamos a suponer que después de leer las dos alternativas crees estar de acuerdo con ambas. Sin embargo, si reflexionas con detenimiento encontrarás una alternativa con la que te identifiques más: esa deberá ser la que elijas.

Anota en el cuadro de la derecha de la pregunta correspondiente la letra de la opción que haz elegido.

Muchas gracias por tu cooperación. ¡Ahora demos inicio a la resolución de la escala!

1. El hábito de fumar 
  - a) Es agradable y el daño que ocasiona es relativo
  - b) Debe evitarse porque provoca un daño al organismo y al medio ambiente.
  
2. Una persona que fuma: 
  - a) Si no lo desea no llegará a la adicción
  - b) Puede llegar a ser adicto al tabaco
  
3. Con el grupo de amigos se experimenta: 
  - a) Sentimientos de solidaridad, apoyo y respeto que no dependen del usar drogas.
  - b) Sentimientos de solidaridad, apoyo y respeto que se pueden perder, si no accedemos a la presión para hacer ciertas cosas, como el usar drogas de vez en cuando.
  
4. El abuso de sustancias ocasiona: 
  - a) Problemas médicos, legales y personales.
  - b) Si uno sabe manejar este abuso, entonces no traerá consecuencias.
  
5. Si un amigo es adicto: 
  - a) Es su problema, no hay nada que se pueda hacer en su beneficio.
  - b) Podemos ayudarlo, motivarlo y acompañarlo a pedir ayuda especializada.
  
6. Informarse sobre la sexualidad: 
  - a) Nos permite conocer sucesos y fenómenos que de otra manera no conoceríamos
  - b) No es muy importante, pues conocemos nuestro cuerpo por experiencia.
  
7. Reflexionar sobre nuestras sensaciones: 
  - a) Ayuda a distinguir lo “bueno” de lo “malo”.

- b) Ayuda a pensar antes de actuar.
8. Un adolescente:
- a) Es aún demasiado joven como para ponerse a pensar en cómo evitar un embarazo fuera de tiempo.
- b) Debe de saber las formas de evitar un embarazo, pues esto forma parte de su crecimiento como ser humano.
9. Cuando la gente come de más:
- a) Es porque se siente ansiosa y no se da cuenta que es un acto automático, que a larga le hace daño.
- b) Es algo normal, pues al comer las personas sienten un consuelo.
10. Un joven de mi grupo es muy agradable pero:
- a) No me gusta salir con él, pues no tiene suficiente dinero.
- b) Como es frecuente que no lleve dinero, entre todos tratamos de invitarlo, sin que se ofenda.
11. Hacer ejercicio:
- a) Es algo que no tiene que ver con la forma en la que nos sentimos.
- b) Es algo que ayuda a sentirse con energía y a mejorar el estado de ánimo.
12. Los jóvenes que realizan actos antisociales:
- a) Están muy necesitados de cariño y aceptación.
- b) Son personas que deberían estar en la cárcel o en otro lugar, fuera de la escuela y del hogar.
13. El dinero fácil que se obtiene por corrupción o venta ilegal de drogas:
- a) Puede disfrutarse de la misma manera que el dinero que se obtiene del trabajo honesto.
- b) No se disfruta pues la angustia de hacer algo ilegal es un ingrediente negativo.
14. Cuando nos sentimos enfermos lo mejor es:
- a) Consultar con alguna persona que haya padecido los mismos síntomas que experimentamos nosotros.
- b) Consultar directamente a un médico especialista
15. Cuando existe una alimentación sana:
- a) Igual que siempre. El estado de ánimo depende de otra cosa.
- b) Alegres y llenos de energía.
16. Tomar refresco con frecuencia:
- a) No tiene por qué hacer daño; si así fuera, no lo venderían en las tiendas ni lo anunciarían.
- b) Es una mala costumbre que a la larga afecta nuestra salud.

17. Una actitud adecuada frente al fracaso es:
- a) Hacer lo posible por agradar a los demás para ser aceptado.
  - b) Reflexionar en las alternativas que tenemos para hacerlo mejor la próxima vez.

18. Si por algún motivo alguna joven interrumpe un embarazo (aborta) porque ocurre cuando aún es demasiado joven lo mejor es:
- a) Aprender de la experiencia difícil y buscar apoyo emocional
  - b) Dejar de ver a sus amigos y procurar no comentarlo con nadie, pues es una experiencia vergonzosa.

19. Si alguna vez un joven tiene una mala experiencia personal de tipo legal o familiar por haber usado drogas:
- a) Ese joven no debe temer nada; no por ese sólo hecho es una persona viciosa o despreciable. Lo que debería hacer es comentar esa experiencia con algún especialista.
  - b) Si no le ocurrió nada grave, por ejemplo, haber sido encarcelado u hospitalizarlo será mejor no comentarlo con nadie.

20. Si en una familia existe un miembro que es alcohólico o drogadicto lo mejor es:
- a) Acudir a un grupo de autoayuda, pues el problema afecta a toda la familia.
  - b) La familia puede sobrellevar las dificultades si somos fuertes.

21. Cuando los padres se separan:
- a) Los hijos sufren, pero se dan cuenta que el problema no ha sido por su causa.
  - b) Los hijos deben ser leales al papá o a la mamá.

22. El exceso en el comer o en el beber:
- a) Es algo que forma parte de nuestra manera de ser y de vivir y, por tanto, no puede ser controlado a voluntad.
  - b) Es algo que podemos aprender a controlar si tomamos conciencia de que el abuso destruye poco a poco nuestro cuerpo.

23. Reflexionar sobre los anuncios consumistas de bebidas alcohólicas ayuda a:
- a) Darnos cuenta de que la alegría y la capacidad de disfrutar y de relacionarnos con el agente no depende del alcohol.
  - b) Es una pérdida de tiempo pues lo que escuchamos en la T.V. no influye en nuestra conducta diaria.

24. Conocer nuestro cuerpo:
- a) Es algo que no debe suceder en nuestra juventud.

b) Ayuda a eliminar el miedo y a incrementar el amor a nosotros mismos.

25. La relación sexual:

a) Es la consecuencia de una relación en la que existe comunicación, amor y respeto.

b) Es la consecuencia de la atracción y el gusto entre los jóvenes de distintos sexos.

26. Las enfermedades de transmisión sexual son algo que:

a) Se da con mayor frecuencia entre prostitutas o personas que llevan una vida sexual promiscua.

b) Es algo que puede ocurrir entre personas que llevan una vida sexual activa.

27. Una rutina de alimentación poco sana, con comida chatarra y alimentos consumidos fuera de casa:

a) Se refleja en nuestro aspecto físico y en nuestro nivel de energía.

b) Es algo de lo que hablan con frecuencia los adultos, pero que en realidad no tiene mayor importancia.

28. Es muy frecuente que cuando llamo por las tardes a un amigo, me digan en su casa que está dormido; eso me hace pensar que:

a) Tiene algún problema y que no puede hablarlo con nadie.

b) Que es un flojo y que no le gusta hacer nada.

29. La meditación o reflexión sobre nosotros mismos:

a) Es algo que sirve únicamente a las personas que tienen tendencias espirituales.

b) Les sirve a todas las personas y en especial a los jóvenes.

30. Los amigos que se la pasan en sus casas o en los estanquillos jugando juegos electrónicos:

a) Están influidos por los medios masivos de comunicación.

b) Lo hacen porque es divertido y es una forma de pasar el tiempo.

31. El coraje es uno de esos sentimientos:

a) Que experimentamos todos los seres humanos, pero que podemos aprender a manejar y a controlar.

b) Que experimentamos todos los seres humanos, pero que para ciertas personas es imposible controlar.

32. Cuando uno anda en un grupo con los amigos, a veces hace cosas que normalmente no haría; si esto sucede:

a) No importa al fin que la culpa se distribuye entre todo el grupo y así te diviertes.

b) Lo mejor cuando uno anda en grupo es no hacer algo que después en forma individual nos sería vergonzoso.

33. Los jóvenes que cometen actos antisociales:  
a) Están en riesgo de iniciar una conducta delictiva.  
b) Simplemente es una forma de pasar el tiempo con los amigos.
34. Cada cuerpo es diferente, pero la salud y el peso dependen de:   
a) Conocerse a uno mismo, observarse y descubrir el tipo de alimentación que nos hace sentir bien  
b) Preguntar a los amigos cómo le hicieron para bajar de peso y hacer lo mismo que ellos.
35. Evitar las enfermedades:   
a) Es responsabilidad de los médicos y de los adultos.  
b) Debe interesar a los jóvenes, pues el cuerpo sano es el que nos permite vivir bien.
36. Si tienes dificultades para dormir:   
a) Una medicina puede ayudarte.  
b) Reflexionar y hablar con alguien de confianza sobre los problemas que tienes últimamente puede ayudar.
37. Nuestro cuerpo y nuestras partes íntimas son muy valiosas, si alguien las maltrata o abusan e nuestro cuerpo, lo mejor será:   
a) Reflexionar sobre por qué lo permitimos, romper la barrera del sometimiento y pedir ayuda.  
b) Tratar de que nadie se de cuenta de lo que está sucediendo, pues la persona que abusa de ti te quiere y no se atreverá a hacerte mucho daño.
38. Es frecuente que de pronto estemos abusando del alcohol en las fiestas y en la s reuniones, y nuestros amigos o nuestra familia nos lo haga notar; si esto ocurre lo mejor es:   
a) Superar el enojo que esto ocasiona y empezar a observarnos y acudir a un especialista de jóvenes en busca de ayuda.  
b) No hacer caso a los amigos y, sobre todo, a la familia, que con frecuencia exageran las situaciones y se preocupan mucho. Aunque estemos bebiendo en exceso es sólo por diversión.
39. Cuando nuestros padres nos maltratan, lo más adecuado es:   
a) Callar y no comentarlo con personas fuera de la familia, porque puede ser peligroso.  
b) Pedir ayuda y hablar con alguien que nos tenga afecto.
40. En la amistad lo que duran para siempre son:   
a) Los sentimientos positivos y las cosas buenas que nos dan las personas.  
b) Las relaciones con las personas, el compartir cosas juntos.

41. Cuando se repite el ciclo escolar lo mejor es:
- a) reflexionar sobre nuestros errores y repararlos para pasar el año en otra escuela.
  - b) Buscar una escuela en la que la actitud de los maestros sea más tolerante.
42. cuando se experimentan problemas con la autoridad, por ejemplo, con los maestros, lo más recomendable es:
- a) Hablar con ellos para saber en que fallamos.
  - b) Comentarlo con los compañeros y amigos.

## 2.

### CALIFICACIÓN E INTERPRETACIÓN

Es importante atender las instrucciones que a continuación se presentan para calificar e interpretar la Escala de Actitudes hacia los Mensajes Protectores del CHIMALLI. Para apoyar estas tareas se cuenta con la Hoja de Calificación y las Tablas de Clasificación de las lecciones y ejercicios.

### HOJA DE CALIFICACIÓN DE LA ESCALA DE ACTITUD CHIMALLI

La hoja de calificación de la Escala de Actitud contiene 9 columnas:

La primera se refiere al número de pregunta del cuestionario (escala de actitud) a calificar, la segunda señala a qué área corresponde cada pregunta de la escala, la tercera indica cuál es la letra que corresponde a la alternativa correcta, esta opción tendrá el valor de 1 pues califica el factor de protección, si el adolescente marca la otra alternativa entonces se anotará 0, que califica el factor de riesgo. La cuarta columna que corresponde al número de cuestionario está dividida a su vez en 15 apartados, en donde se podrá anotar la calificación de cada una de las preguntas de la escala, en el caso hipotético de que se tuvieran 15 adolescentes en el programa, por lo que estos apartados podrán disminuir o aumentar según el número de cuestionarios a calificar.

La quinta indica a que área o sub-área corresponde la pregunta, dato que nos será útil al diseñar el programa. Las columnas siguientes sirven para anotar los datos que obtenemos en el proceso de calificación y que corresponden a: la sexta, a la suma total de puntos por pregunta. En la séptima se anota la suma de puntos obtenidos por el grupo por áreas. En la octava se anota el nivel de protección grupal, dato que es el resultado de dividir el puntaje total entre el número de sujetos. Y, finalmente, en la novena columna se anota el diagnóstico de protección grupal también por área.



Esto último es un puntaje ponderado, resultado de la relación entre el nivel de protección grupal y el número de reactivos por el área, y que nos sirve para calificar los niveles de riesgo como alto, medio o bajo.

## RESUMEN DE LOS PASOS PARA CALIFICAR LA ESCALA DE ACTITUD CHIMALLI

Se recomienda al conductor ser muy cuidadoso en la calificación de las preguntas de la escala, pues de esto dependen el diseño y la evaluación del programa.

1.- Calificar cada cuestionario de acuerdo a la clave de calificación señalada en la tercera columna (alternativa correcta), si la respuesta es igual a la alternativa marcada se calificará con 1 y si es diferente con 0. Cada calificación se pone en la 4° columna en el espacio que corresponda.

2.- Sumar el puntaje por respuesta (anotar en la 6° columna).

3.- Sumar el puntaje total por área (anotar en la 7° columna).

4.- Dividir el puntaje total entre el número de sujetos y anotar en la 8° columna el nivel de protección grupal.

5.- Multiplicar por 1000 la cifra obtenida en el nivel de protección grupal de cada área (columna 8), y dividirla entre el número total de reactivos (preguntas) de cada área, el porcentaje obtenido anotarlo en la 9° columna, de diagnóstico de protección grupal.

3.

**Hoja de calificación de la Escala de Actitud CHIMALLI**

N° de pregunta	Área	Alter nat. de calif. correcta	No. De cuestionario										Subárea	Suma total por pregunta	Suma total por área	Nivel de protección grupal	Diagnóstico de protección por área	
1	Drogas																	Salud / 6 reactivos
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		
19																		
20																		
21																		
22																		
23																		
24																		
25																		
26																		
27																		
28																		
29																		
30																		
31																		
32																		
33																		
34																		
35																		
36																		
37																		
38																		
39																		
40																		
41																		
42																		

Recuerde que la aplicación de esta escala al grupo de adolescentes se hará antes de poner en marcha el programa, así como después de haberlo aplicado; tiene como objetivo procesar el uso de las lecciones y ejercicios vivenciales, así como qué tanto ayuda CHIMALLI a modificar actitudes.

## DISEÑO DEL PROGRAMA PREVENTIVO CHIMALLI

Una vez que se han aplicado y calificado el total de las respuestas del cuestionario, el siguiente paso es programar las lecciones y ejercicios que se trabajarán con el grupo conforme a los resultados.

Una forma sencilla y veraz para planear las lecciones es tener a la mano los elementos siguientes:

- a) La hoja de calificación en donde el conductor ha registrado el nivel de riesgo del grupo para cada área y sub-área.
- b) Las Tablas de clasificación de las lecciones y ejercicios para cada área del programa.
- c) La hoja de diseño del programa preventivo CHIMALLI.

El diseño del programa sigue los siguientes pasos:

- 1.- Identificar el diagnóstico de protección por área.
- 2.- Clasificar el grado de riesgo.
- 3.- Seleccionar las lecciones y ejercicios más adecuados.
- 4.- Hacer el programa preventivo llenando la hoja de diseño con los elementos correspondientes.

El conductor podrá identificar en la columna nueve, “diagnóstico de protección por área” de la Hoja de Calificación de la Escala de Actitud cuál o cuáles son las áreas que tienen un menor porcentaje, mismas que son interpretadas como de alto riesgo y requieren de lecciones y ejercicios de un alto nivel de protección, pues los adolescentes del grupo no poseen una adecuada protección en estas áreas. Las

áreas de mayor puntaje serán calificadas de medio y bajo riesgo, pues esto significa una mayor protección, por lo tanto podrá trabajar con lecciones y ejercicios de menor nivel de protección. Para especificar las sub-áreas de riesgo, el conductor se auxiliará de las columnas “sub-áreas” y “suma total por pregunta”, lo que indicará que sub-áreas orientarán el trabajo grupal, aplicando el mismo criterio: a menor puntaje, mayor riesgo; o dicho de otra manera: a mayor puntaje mayor protección.

Para la selección de las lecciones y ejercicios adecuados al grupo, el conductor se auxiliará de las Tablas de Clasificación. Las tablas hacen referencia a cada una de las seis áreas del Programa (estado general de salud; sexualidad; drogas, alcohol y tabaco; consumismo; actos antisociales y eventos negativos de la vida), estas tablas muestran las sub-áreas que explora la Escala de Actitud, de esta manera el conductor podrá abordar específicamente el problema que presenta el grupo.

Cada una de las tablas contiene tres columnas: En la primera el conductor podrá identificar las sub-áreas de cada área. En la segunda columna señala el nivel de riesgo detectado en el grupo; cada una de las lecciones y ejercicios hacen referencia a las sub-áreas que están calificadas de la siguiente manera:

Alto = significa que las lecciones y ejercicios ayudan a los adolescentes que están en alto riesgo.

Bajo / medio = ayudan a los adolescentes que están en menor riesgo.

En la tercera columna se muestra el número que corresponde a cada lección.

## 4.

**TABLA DE CLASIFICACIÓN DE LAS LECCIONES Y EJERCICIOS**

ÁREA DE ESTADO GENERAL DE SALUD		
Sub-área	Grado de riesgo en el grupo	Nº de lección y ejercicio
Enfermedades	Bajo / Medio	Lección 1
Enfermedades	Bajo / Medio	Ejercicio 1
Servicios Médicos	Alto	Lección 2
Enfermedades	Bajo / Medio	Lección 3
Enfermedades	Bajo / Medio	Ejercicio 3
Hábitos alimenticios	Alto	Lección 4
Hábitos alimenticios	Bajo / Medio	Ejercicio 4
Enfermedades	Alto	Lección 5
Enfermedades	Alto	Ejercicio 5
Hábitos alimenticios	Bajo / Medio	Lección 6
Peso corporal	Bajo / Medio	Lección 7
Peso corporal	Bajo / Medio	Lección 8
Peso corporal	Alto	Lección 9
Peso corporal	Alto	Ejercicio 9
Peso corporal	Bajo / Medio	Lección 10
Peso corporal	Bajo / Medio	Ejercicio 10
Peso corporal	Alto	Lección 11
Peso corporal	Alto	Ejercicio 11
Dificultades para dormir	Alto	Lección 12
Dificultades para dormir	Alto	Ejercicio 12
ÁREA DE SEXUALIDAD		
Información sexual	Bajo / Medio	Lección 13
Información sexual	Bajo / Medio	Ejercicio 13
Información sexual	Bajo / Medio	Lección 14
Información sexual	Bajo / Medio	Ejercicio 14
Información sexual	Bajo / Medio	Lección 15
Información sexual	Bajo / Medio	Ejercicio 15
Información sexual	Bajo / Medio	Lección 16
Información sexual	Bajo / Medio	Ejercicio 16
Información sexual	Bajo / Medio	Lección 17
Información sexual	Bajo / Medio	Ejercicio 17
Sub-área	Grado de riesgo en el grupo	Nº de lección y ejercicio
Información sexual	Alto	Lección 18
Información sexual	Alto	Ejercicio 18
Conducta sexual	Bajo / Medio	Lección 19
Conducta sexual	Bajo / Medio	Ejercicio 19
Conducta sexual	Bajo / Medio	Lección 20
Conducta sexual	Alto	Ejercicio 21
Conducta sexual	Alto	Lección 21
Conducta sexual	Bajo / Medio	Ejercicio 22
Conducta sexual	Bajo / Medio	Lección 22
Conducta sexual	Bajo / Medio	Ejercicio 23
Conducta sexual	Bajo / Medio	Lección 23
Conducta sexual	Alto	Ejercicio 24

Conducta sexual	Alto	Lección 24
Conducta sexual	Alto	Ejercicio 24-A
Conducta sexual	Bajo / Medio	Lección 25
Conducta sexual	Bajo / Medio	Ejercicio 25
Anticonceptivos	Bajo / Medio	Lección 26
Anticonceptivos	Alto	Lección 27
Anticonceptivos	Alto	Ejercicio 27
Anticonceptivos	Bajo / Medio	Lección 28
Anticonceptivos	Bajo / Medio	Ejercicio 28
Conducta sexual	Bajo / Medio	Lección 29
Conducta sexual	Bajo / Medio	Ejercicio 29
Conducta sexual	Alto	Lección 30
Conducta sexual	Alto	Ejercicio 30
Conducta sexual	Bajo / Medio	Lección 31
Conducta sexual	Bajo / Medio	Lección 32
Conducta sexual	Bajo / Medio	Ejercicio 32
Conducta sexual	Bajo / Medio	Ejercicio 32-A
ÁREA DE ALCOHOL TABACO Y DROGAS		
Alcohol	Bajo / Medio	Lección 33
Alcohol	Bajo / Medio	Ejercicio 33
Alcohol	Bajo / Medio	Lección 34
Alcohol	Bajo / Medio	Ejercicio 34
Alcohol	Alto	Lección 35
Alcohol	Alto	Ejercicio 35
Alcohol	Bajo / Medio	Lección 36
Alcohol	Bajo / Medio	Ejercicio 36
Tabaco	Bajo / Medio	Lección 37
Tabaco	Bajo / Medio	Ejercicio 37
Tabaco	Alto	Ejercicio 37-A
Tabaco	Alto	Lección 38
Tabaco	Alto	Ejercicio 38
Tabaco	Alto	Lección 39
Tabaco	Bajo / Medio	Lección 40
Drogas	Bajo / Medio	Lección 41
Drogas	Alto	Lección 42
Drogas	Alto	Ejercicio 42
Drogas	Bajo / Medio	Lección 43
Drogas	Bajo / Medio	Ejercicio 43
Drogas	Bajo / Medio	Lección 44
Drogas	Bajo / Medio	Ejercicio 44
Drogas	Bajo / Medio	Lección 44-A
Drogas	Bajo / Medio	Ejercicio 44-A
Drogas	Bajo / Medio	Lección 45
Sub-área	Grado de riesgo en el grupo	Nº de lección y ejercicio
Drogas	Bajo / Medio	Lección 46
Drogas	Alto	Ejercicio 46
Drogas	Alto	Lección 47
Drogas	Alto	Ejercicio 47
Drogas	Alto	Lección 48
Drogas	Alto	Lección 49
Drogas	Alto	Ejercicio 49
Drogas	Alto	Ejercicio 49-A
ÁREA DE CONDUCTAS COMPULSIVAS (CONSUMISMO)		

Comida chatarra	Alto	Lección 50
Comida chatarra	Alto	Ejercicio 50
Comida chatarra	Bajo / Medio	Lección 51
Comida chatarra	Bajo / Medio	Ejercicio 51
Comida chatarra	Bajo / Medio	Lección 52
Comida chatarra	Bajo / Medio	Ejercicio 52
Uso de dinero	Bajo / Medio	Lección 53
Uso de dinero	Bajo / Medio	Ejercicio 53
Uso de dinero	Alto	Lección 54
Uso de dinero	Alto	Ejercicio 54
Tiempo libre	Alto	Lección 55
Tiempo libre	Alto	Ejercicio 55
Tiempo libre	Bajo / Medio	Lección 56
Tiempo libre	Bajo / Medio	Ejercicio 56
Ejercicio	Alto	Lección 57
Ejercicio	Alto	Ejercicio 57
Vida espiritual	Bajo / Medio	Lección 58
Vida espiritual	Bajo / Medio	Ejercicio 58
Vida espiritual	Alto	Lección 59
Vida espiritual	Alto	Ejercicio 59
Juegos electrónicos	Alto	Lección 60
Juegos electrónicos	Alto	Ejercicio 60
ÁREA DE ACTOS ANTISOCIALES		
Robos mayores	Bajo / Medio	Lección 61
Robos mayores	Bajo / Medio	Ejercicio 61
Agresión	Bajo / Medio	Lección 62
Venta de drogas	Alto	Lección 63
Venta de drogas	Alto	Ejercicio 63
Robos menores	Bajo / Medio	Lección 64
Robos menores	Bajo / Medio	Ejercicio 64
Robos mayores	Alto	Lección 65
Robos mayores	Alto	Ejercicio 65
Agresión	Alto	Lección 66
Agresión	Alto	Ejercicio 66
Agresión	Bajo / Medio	Ejercicio 67
Venta de drogas	Alto	Lección 68
Venta de drogas	Alto	Ejercicio 68
Agresión	Bajo / Medio	Lección 69
Agresión	Bajo / Medio	Ejercicio 69
ÁREA DE EVENTOS NEGATIVOS DE LA VIDA		
Escolar	Bajo / Medio	Lección 70
Personal	Bajo / Medio	Lección 71
Personal	Bajo / Medio	Ejercicio 71
Escolar	Alto	Lección 72
Escolar	Alto	Ejercicio 72
Escolar	Alto	Lección 73
Sub-área	Grado de riesgo en el grupo	Nº de lección y ejercicio
Escolar	Alto	Ejercicio 73
Familiar	Alto	Lección 74
Familiar	Alto	Ejercicio 74
Familiar	Bajo / Medio	Lección 75
Familiar	Bajo / Medio	Ejercicio 75
Escolar	Alto	Lección 76

Escolar	Alto	Ejercicio 76
Grupo de iguales	Bajo / Medio	Lección 77
Grupo de iguales	Bajo / Medio	Ejercicio 77
Escolar	Alto	Lección 78
Escolar	Alto	Ejercicio 78
Familiar	Alto	Lección 79
Familiar	Alto	Lección 80
Familiar	Alto	Ejercicio 80
Personal	Bajo / Medio	Lección 81
Personal	Bajo / Medio	Ejercicio 81
Personal	Bajo / Medio	Lección 82
Personal	Bajo / Medio	Ejercicio 82
Personal	Alto	Lección 83
Personal	Alto	Ejercicio 83
Familiar	Bajo / Medio	Lección 84
Familiar	Bajo / Medio	Ejercicio 84
Personal	Alto	Lección 85
Personal	Alto	Ejercicio 85
Personal	Bajo / Medio	Lección 86
Personal	Bajo / Medio	Ejercicio 86
Personal	Alto	Lección 87
Personal	Alto	Lección 88
Personal	Alto	Ejercicio 88
Personal	Alto	Lección 89
Personal	Alto	Ejercicio 89
Personal	Alto	Ejercicio 89-A
Personal	Alto	Lección 90
Personal	Alto	Ejercicio 90
Personal	Alto	Ejercicio 90-A
Personal	Bajo / Medio	Lección 91
Personal	Bajo / Medio	Ejercicio 91
Familiar	Bajo / Medio	Lección 92
Familiar	Bajo / Medio	Ejercicio 92
Escolar	Alto	Lección 93
Escolar	Alto	Ejercicio 93

Después de haber estudiado las tablas y de haber analizado los resultados en la hoja de calificación, el conductor sabrá seleccionar las lecciones y ejercicios a trabajar con el grupo de adolescentes.

Es muy conveniente disponer de un diagnóstico global de grupo que se hace anotando las áreas de menor protección / mayor riesgo. Este diagnóstico global sugiere las lecciones y ejercicios indispensables para el desarrollo de programa preventivo. A estas lecciones y ejercicios podrán añadirse otras si se dispone de tiempo para ello, pero nunca omitirse pues son las que indican de acuerdo con el instrumento de investigación cuáles son las áreas de menor protección / mayor riesgo del grupo.



## HOJA DE DISEÑO DEL PROGRAMA PREVENTIVO CHIMALLI

El encabezado del cuadro refiere datos significativos con respecto al tipo de grupo con el que se trabaja, en especial el rubro de “Diagnóstico Global del grupo”, pues da la pauta para el llenado del resto del cuadro.

En la primera columna se anotarán las fechas de las sesiones, a efecto de tener una mejor programación, en la segunda columna de actividad, se anotará la lección y ejercicio previsto para ese día y en la última columna escribiremos el mensaje protector correspondiente a la lección.

### *Tres sugerencias a tener en cuenta*

1. Conocimiento previo de las actitudes de grupo ante las situaciones de riesgo psicosocial.
2. Comentar y acordar con el grupo las lecciones y ejercicios que desean trabajar.
3. Volver a leer los pasos para aplicar el programa.

5.

### HOJA DE DISEÑO DEL PROGRAMA PREVENTIVO CHIMALLI

N° DE INTEGRANTES DEL GRUPO CHIMALLI		
NOMBRE DEL CONDUCTOR:		
TIPO DE GRUPO:	<input checked="" type="checkbox"/> ESCUELA	<input type="checkbox"/> HOGAR <input type="checkbox"/> COMUNIDAD
DIAGNÓSTICO GLOBAL DEL GRUPO:		
FECHA DE SESIÓN	ACTIVIDAD (N° Y TÍTULOS DE LECCIÓN Y EJERCICIOS ELEGIDOS)	OBJETIVO (MENSAJES PROTECTORES)

6.  
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO  
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

Investigación sobre la prevención del tabaquismo en alumnos de nuevo ingreso a la educación media superior.

**CUESTIONARIO:**

Este cuestionario forma parte de la investigación antes mencionada, enfocada en el área académica de Psicología.

Instrucciones: Por favor lee cuidadosamente las preguntas y encierra en un círculo la respuesta que consideres más adecuada o contesta sobre la línea frente a la pregunta. Puedes contar con la garantía de que toda la información será considerada de carácter estrictamente confidencial, por lo que te suplicamos que contestes con honestidad, pues la realización de este trabajo depende de la veracidad de los datos. El área que dice CODIFICACIÓN, será llenada por quien te aplica el cuestionario. Muchas gracias por tu colaboración.

<p>I.-Los siguientes datos son acerca de la institución donde estudias</p> <p>1. Grupo que cursas a) 1   b)2   c) 4</p> <p>II.-Los siguientes datos son acerca de tu persona</p> <p>2. Sexo a)Masculino   b)Femenino</p> <p>3. Edad _____</p> <p>4. ¿Además de estudiar realizas algún trabajo remunerado? a)Sí   b)No (Pasa a la pregunta 6)</p> <p>5. ¿Cuánto ganas? _____</p> <p>6. Sumando los ingresos de todos los que dan un aporte económico en tu casa, ¿Cuánto dinero gana tu familia? _____</p> <p>7. ¿Dónde vives? (Municipio o Ciudad al que pertenece el lugar que habitas) _____</p> <p>8. Si radicas en Pachuca entre semana pero vienes de otro lugar, anota su nombre. _____</p> <p>III.- Los siguientes datos son acerca de tus padres o tutores y respecto a tu casa.</p> <p>a. Acerca de tus padres o tutores</p> <p>9. ¿Cuántas personas viven en tu casa? _____personas</p>	<p><b>CODIFICACIÓN</b></p>



<p>21. ¿Tienes videocasetera? a)Si b)No</p> <p>22. ¿Tienes T.V. a color? a)Si b)No</p> <p>23. ¿Tienes gas estacionario? a)Si b)No</p> <p>24. ¿Tienes refrigerador? a)Si b)No</p> <p>IV.- Los siguientes datos son acerca del uso del tabaco por tus padres o tutores y tus amigos y/o compañeros de escuela.</p> <p>25. ¿Tu papá o tutor, fuma? a)Sí b)No</p> <p>26. ¿Tu mamá o tutor, fuma? a)Sí b)No</p> <p>27.¿Tus amigos y/o compañeros de escuela fuman? a)Sí b)No</p> <p>V. Los siguientes datos son acerca del uso de alcohol por tus padres o tutores, amigos y/o compañeros de escuela y por ti.</p> <p>28. ¿Tu papá o tutor ingiere bebidas alcohólicas? a)Sí b)No c)No sé</p> <p>29. ¿Tu mamá o tutor ingiere bebidas alcohólicas? a)Sí b)No c)No sé</p> <p>30. ¿Tus amigos y/o compañeros de escuela ingieren bebidas alcohólicas? a)Sí b)No c)No sé</p> <p>31. ¿Tú, ingieres bebidas alcohólicas? a)Sí b)No (Si tu respuesta es no, pasa a la pregunta 33)</p> <p>32. ¿Tomas hasta la embriaguez por lo menos una vez al mes? a)Sí b)No</p> <p>VI. Los siguientes datos son acerca del uso de drogas (marihuana, morfina, cocaína, tachas, éxtasis, etc.) por tus padres o tutores, amigos y/o compañeros de escuela y por ti.</p> <p>33. ¿Tu papá o tutor se administra o se ha administrado alguna droga? a) Sí b) No c) No sé</p> <p>34. ¿Tu mamá o tutor se administra o se administrado alguna droga? a) Sí b) No c) No sé</p> <p>35. ¿Tus amigos y/o compañeros de escuela se administran o se han administrado alguna droga? a) Sí b) No c) No sé</p>	
---	--

<p>36. ¿Tú, te administras o te has administrado alguna droga? a) Sí b) No</p> <p>VII. Los siguientes datos son acerca de adicciones en general de tus padres o tutores, amigos y/o compañeros de escuela y en tu persona.</p> <p>37. ¿Consideras que tu papá o tutor tuvo o tiene alguna adicción? a) Sí b) No c) No sé</p> <p>38. ¿Consideras que tu mamá o tutor tuvo o tiene alguna adicción? a) Sí b) No c) No sé</p> <p>39. ¿Consideras que tus amigos y/o compañeros de escuela tuvieron o tienen alguna adicción? a) Sí b) No c) No sé</p> <p>40. ¿Consideras que tu tuviste o tienes alguna adicción? a) Sí b) No c) No sé</p> <p>VIII. Los siguientes datos son acerca del uso de tabaco en tu persona.</p> <p>41. ¿Has fumado alguna vez en tu vida? a) Sí b) No</p> <p>42. ¿Consideras que, desde que fumas, has fumado 100 cigarrillos o más? a) Sí b) No</p> <p>43. ¿Actualmente fumas? a) Sí b) No</p> <p>44. ¿Con quién o quienes fumas con mayor frecuencia? a) Sólo b) Padre/ madre c) Hermanos d) Amigos e) Otros: _____</p> <p>45. ¿Cuántos cigarrillos fumas al día? _____</p> <p>46. ¿Cuántos cigarrillos has fumado en el último mes? _____</p> <p>47. ¿A que edad empezaste a fumar? _____</p> <p>48. ¿Has tenido problemas por fumar? a) Sí b) No</p> <p>49. ¿Has experimentado con el humo del cigarrillo, aunque sea una bocanada (chupada, fumada)? a) Sí b) No</p> <p>50. ¿Te consideras como una persona que nunca ha experimentado con el tabaco? a) Sí b) No</p> <p>51. Si te ofrecieran un cigarrillo en este momento, ¿fumarías? a) Sí b) No</p>	
--	--

52. ¿Te gustaría no volver a fumar? a) Sí b) No	
53. ¿Cuál es tu promedio de calificación? _____	

7.

**REGLAMENTO SOBRE EL CONSUMO DE TABACO**

A nivel gubernamental se implementaron lineamientos que manifiestan la actual situación en torno al tabaquismo, los cuales consisten en la aplicación de una serie de artículos que regulan el proceder para la investigación, prevención y tratamiento hacia el consumo de tabaco, lo cual consiste que el entonces Presidente de los Estados Unidos Mexicanos, Ernesto Zedillo Ponce de León (1994 – 2000), en ejercicio de la facultad que le confirió la fracción I del artículo 89 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, con fundamento en los artículos 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 188, 189, 190, 277 bis, 393, 394, 416, 417 y 422 de la Ley General de Salud, se ha tenido a bien expedir el siguiente:

ARTÍCULO 6. La prevención del tabaquismo tiene carácter prioritario, principalmente en la infancia y la adolescencia, y comprenderá las siguientes acciones:

La promoción de la salud, que considerará el desarrollo de actitudes y conductas que favorezcan estilos de vida saludables en la familia, el trabajo y la comunidad;

La orientación a la población sobre los riesgos a la salud por el consumo de tabaco;

La inclusión de contenidos acerca del tabaquismo en programas y materiales educativos;

La orientación a la población para que se abstenga de fumar en el hogar, centro de trabajo y en los lugares públicos;

La detección temprana del fumador;

La promoción de espacios libres de humo de tabaco;

El fortalecimiento de la vigilancia sobre el cumplimiento de la regulación sanitaria relativa a las restricciones para la venta de tabaco, y

El establecimiento de políticas tendientes a disminuir el acceso al tabaco.



ARTÍCULO 7. El tratamiento del tabaquismo comprenderá las acciones tendientes a:

Conseguir que las personas que lo deseen puedan abandonar el hábito;

Reducir los riesgos y daños causados por el consumo de tabaco;

Abatir los padecimientos asociados al consumo de tabaco;

Atender y rehabilitar a quienes tengan alguna enfermedad atribuible al consumo de tabaco, e

Incrementar el grado de bienestar físico, mental y social tanto del consumidor de tabaco como de su familia y compañeros de trabajo.

ARTÍCULO 8. La investigación sobre el tabaquismo considerará:

Sus causas, que comprenderá, entre otros:

Los factores de riesgos individuales y sociales,

Los problemas de salud y sociales asociados con el consumo de tabaco,

La magnitud, características, tendencias y alcances del problema,

Los contextos socioculturales del consumo y

Los efectos de la publicidad sobre el consumo, y

El estudio de las acciones para controlarlo, que comprenderá, entre otros:

La valoración de las medidas de prevención y tratamiento;

La información sobre:

La dinámica del problema del tabaquismo,

La prevalencia del consumo de tabaco,

Las necesidades y recursos disponibles para realizar las acciones de prevención y control del consumo de tabaco,

La conformación y tendencias de la morbilidad y mortalidad atribuibles al tabaco,

El cumplimiento de la regulación sanitaria en la materia y

El impacto económico del tabaquismo y

El conocimiento de los riesgos para la salud asociados al consumo de tabaco.

La información a que se refiere el presente artículo deberá integrarse en el sistema de información sobre adicciones.

ARTÍCULO 9: se prohíbe fumar en:  
Aeropuertos y terminales aéreas,  
Centrales camioneras,  
Estaciones de ferrocarril,  
Terminales e instalaciones portuarias  
Instituciones educativas.

El presente Reglamento fue publicado en el Diario Oficial de la Federación el 27 de julio de 2000, entrando en vigor el 26 de agosto del mismo año.

8.

## **ASPECTOS ÉTICOS**

El hombre actual, inmerso en su problemática personal, familiar, de trabajo y en la sociedad en la que vive, se enfrenta a tendencias deshumanizadoras que le impiden alcanzar la paz interna, la felicidad y la seguridad (Simposium Internacional Humanismo y Sociedad, 1988). En este estudio los aspectos éticos se encuentran en la Ley General de Salud Mexicana, en donde en el apartado dedicado a los aspectos éticos de la investigación en seres humanos habla en los siguientes términos:

*A) Título Quinto, Capítulo Único, Art. 96 Fracción III. La investigación para la Salud, comprende el desarrollo de acciones que contribuyan a la prevención y control de los problemas de salud que se consideren prioritarios para la población. En este trabajo se aborda la prevención de tabaquismo, un problema prioritario de salud pública.*

*B) Promoción de la Salud. Título Sexto, Capítulo II, Educación para la Salud, Art. 112, Fracción I. La promoción de la salud tiene por objeto crear, conservar y mejorar las condiciones deseables de salud para toda la población y propiciar en el individuo las actitudes, valores y conductas adecuadas para motivar su participación en el beneficio de la salud individual y colectiva. La promoción de la Salud comprende la educación para la salud. Lo cual forma la parte medular de este trabajo.*

*C) Capítulo III, Art. 188, Fracciones I y II. Art. 189, Fracciones I y II. Art. 190. Programa contra el Tabaquismo. En atención al desarrollo de acciones permanentes, se inició un programa para evitar el consumo de tabaco en los adolescentes de nuevo ingreso al ámbito de una institución educativa de nivel medio superior, destacando la acción preventiva. Se considera la educación sobre los efectos del tabaquismo dirigida a adolescentes, teniendo en cuenta, las causas del tabaquismo y las acciones para controlarlas.*

D) *Título Segundo, Capítulo I Art. 17, Fracción II.* En el modelo de intervención que se utilizó en la población experimental, se trataron aspectos sensitivos de la conducta del individuo, por lo que se considera que, ésta, es una investigación con riesgo mínimo.

E) *Título Segundo, Capítulo I Art. 18.* Algunos individuos dejaron de participar en la investigación porque así lo solicitaron.

## 9. LIMITANTES DEL ESTUDIO

Hubo pérdida de  $n$  al interior de algunas celdas, por lo que las mediciones se alteraron y dificultaron el análisis de los datos. Además de que algunos en la población intervenida solicitaron salir del programa, y otros fueron dados de baja por considerarlos saboteadores en las sesiones.

La variable independiente, es decir, la intervención enfocada a la prevención en realidad influye en el tabaquismo actual en los estudiantes. La relación que se encontró no es espuria, sino estadísticamente significativa, según ha quedado demostrado. No obstante los resultados, difícilmente se podrían generalizar con confianza a situaciones externas al ámbito específico de la investigación.

Debido a lo anterior las implicaciones de estos resultados para la salud pública dependerán, en parte, de la representatividad de la población en la que se llevó a cabo el estudio. Se empleó una muestra a conveniencia que, por lo tanto, no es representativa de toda la población de estudiantes de nivel medio superior, aún de instituciones públicas, ni tampoco de instituciones educativas privadas de la Ciudad de Pachuca Hidalgo.

Sobreabundando en la limitante en que no hay un seguimiento en el tiempo y la ignorancia del impacto de la intervención a largo plazo, es pertinente considerar la maduración, que se refiere a los procesos que experimentan los sujetos como resultado del transcurso del tiempo y no a causa de la intervención.

Otro aspecto de la ignorancia del impacto de la intervención a largo plazo es el ignorar los efectos de novedad, pues este tipo de intervención es poco frecuente en instituciones educativas del nivel medio superior y se ignora si los sujetos podrían modificar su conducta, mostrándose entusiastas o escépticos acerca de la intervención una vez familiarizados con ésta y los resultados podrían no ser los mismos.

NOTA: Partiendo de la investigación hecha en el ITLA (Atitlán, 2004, diciembre) no se consideró la necesidad de establecer un grupo control para comprobar la eficacia del modelo aplicado, dado que ésta, quedó demostrada en dicho estudio, en adolescentes de nuevo ingreso a nivel superior y para comprobarla en alumnos de nuevo ingreso a nivel medio superior, objeto de estudio de la presente intervención, se plantea el cambio en los riesgos psicosociales antes y después de la intervención, en función del hábito de fumar.