

Trastornos adictivos | BOLETÍN INFORMATIVO

Vol. 3- No 3
septiembre – diciembre 2018

ISSN: 2518-4288
IRNPS: 2430

GRUPO DE INVESTIGACIONES SOBRE ADICCIONES
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA HABANA



Boletín Trastornos adictivos

¿Qué es?

El boletín Trastornos Adictivos es una publicación seriada cuatrimestral coordinada por el Grupo de Investigaciones sobre Adicciones (CEDRO) de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana que tiene como objetivo contribuir a divulgar resultados científico-técnicos y los avances relacionados con la prevención y atención de dicha problemática de salud en Cuba y el resto del mundo. Permite la actualización sobre las consecuencias y abordaje del uso indebido de drogas y de la práctica de actividades adictógenas desde una perspectiva interdisciplinaria y multisectorial, siendo consecuente con las prioridades y objetivos del Sistema Nacional de Salud. Consecuentemente con su adscripción universitaria brinda información actualizada sobre el enfrentamiento al flagelo de las adicciones desde las aristas docente, investigativa y extensionista.

¿A quién va dirigido?

Es un servicio orientado a todos los profesionales de la salud de Cuba y en especial a aquellos que integran la comunidad universitaria y que asumen ésta temática como la arcilla fundamental de su quehacer en aras de contribuir al bienestar físico psíquico y espiritual de nuestro pueblo. Desde esta perspectiva contribuye a incrementar la cultura general integral de los interesados.

¿Cómo usarlo?

Se distribuye en formato electrónico a los usuarios de la Red Académica sobre Adicciones. También puede ser consultado y descargado en <http://instituciones.sld.cu/cedro/boletin>, disponible desde el portal de instituciones de Infomed.

¿Para qué?

Este boletín se concibió para mantener actualizados regularmente a los usuarios acerca de la repercusión de la temática Adicciones en la salud humana. No se trata de un servicio concebido para la toma de decisiones médicas, sino para orientar sobre las tendencias más actuales en el ámbito de la docencia, la asistencia, las investigaciones y la extensión universitaria.

¿Quién realiza el servicio?

El boletín Trastornos Adictivos lo realiza un comité editorial integrado por expertos en los temas de prevención y atención a las adicciones de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Proyecciones futuras

Las proyecciones futuras del boletín son posicionarse como un recurso informativo de excelencia que sirva de base científica a quienes se forman como profesionales de la salud, a quienes abordan esta problemática desde la vertiente científico técnica y a quienes en el día a día asumen la responsabilidad de atender a los pacientes víctimas de este flagelo.

¿Qué beneficios ofrece a los usuarios?

Nuestros tres números anuales aportan información necesaria para mantenerse actualizado en un tema que demanda sistematicidad y operatividad por sus implicaciones sobre la salud humana. Su utilización como base bibliográfica por los cursistas del Diplomado Nacional Abordaje Integral de las Adicciones y de la Maestría en Prevención del uso Indebido de Drogas, coordinadas desde CEDRO, constituye otro beneficio de gran valía para su equipo de realización. Este es un servicio que puede ser usado en Cuba y en cualquier otro lugar, por una institución o persona.

Listado de derechos del paciente mental en Cuba	Página 1
Características de las adicciones en los estudiantes de la Enseñanza General Básica III, en la provincia de Entre Ríos, Argentina	Página 4
Tabaco en la historia, el arte y la medicina	Página 15
Salud y Alcohol	Página 21
Comportamientos adictivos más frecuentes en Cabo Verde	Página 29
Visión estudiantil: Caracterización del consumo de tabaco en pacientes del sexo femenino. Dic/Feb 2017-2018	Página 32

Listado de derechos del paciente mental en Cuba

Dra Victoria Ribot Reyes

Doctora en Ciencias Médicas. Especialista en Psiquiatría. Instituto de Medicina Legal. La Habana, Cuba.

En Psiquiatría, las consecuencias del diagnóstico y las complejidades de la práctica diaria, exigen del equipo de trabajo un constante compromiso ético. La existencia de códigos éticos y deontológicos, vela porque se tome en cuenta los derechos de los enfermos y sus familiares, ya que con frecuencia resultan estigmatizados. Esta preocupación por el bienestar de la persona enferma ha estado presente en toda la historia de la Medicina. Si bien el más conocido es el Juramento Hipocrático, existen un sin número de documentos que, en diferentes contextos culturales, geográficos e históricos, han tenido en cuenta los derechos de los pacientes, así como los deberes del médico.

Con el desarrollo de las diferentes especialidades médicas, se ha constatado la necesidad de particularizar los códigos deontológicos ya que los conflictos éticos en ocasiones difieren entre unas y otras. En el caso de la Psiquiatría, tanto las asociaciones internacionales como la Sociedad Cubana de Psiquiatría, han elaborado sus propios instrumentos de protección al enfermo mental.

En el contexto cubano, merece mención especial el "Listado de Derechos del Paciente Mental en Cuba". Como antecedente para su creación, podemos citar la primera Conferencia Internacional del Hospital Psiquiátrico de La Habana, celebrada a inicios de la década del 90 del pasado siglo. Dentro de la misma se llevó a cabo un Simposio Internacional sobre Derechos Humanos y Psiquiatría. El resultado de las discusiones fue el reconocimiento de la necesidad de instrumentos propios, aplicables a la realidad nacional. El proyecto fue liderado por la Sociedad Cubana de Psiquiatría, el Grupo Nacional de Psiquiatría, el Consejo de Dirección del Hospital Psiquiátrico de La Habana, así como varias instituciones a nivel nacional.

Tomando como punto de partida la Declaración de la ONU de 1992, la Declaración de Viena y documentos de la Asociación Psiquiátrica Americana y Canadiense, una comisión de prestigiosos profesores presentaron varios documentos: "Principios y regulaciones éticas en la atención al enfermo mental en Cuba", "Código ético de la Psiquiatría Cubana", "Proyecto de Ley de Salud Mental" y "Listado de Derechos del Paciente Mental en Cuba". Para la aprobación de este último, se discutió con el 95% de los psiquiatras cubanos en ejercicio en aquel momento.

Si bien en estos momentos el documento se encuentra en un proceso de revisión y actualización, resulta un valioso instrumento ético ya que establece puntos de partida para la práctica psiquiátrica tales como la necesidad del consentimiento informado y el derecho a la no discriminación. Es por ello que se asume como el código deontológico a cumplir por los profesionales que laboran en la Salud Mental cubana.

DERECHOS DEL PACIENTE MENTAL EN CUBA

1. Recibir en forma totalmente gratuita la más calificada atención en Salud Mental y otros servicios que se requieran sin discriminación alguna por razones de edad, sexo, raza, nacionalidad, ocupación, opinión política, ideología, creencias religiosas, procedencia cultural, preferencia sexual o cualquier otra causa.
2. Realizar en forma totalmente gratuita cualquier indicación de análisis, estudios radiográficos y otras investigaciones médicas.
3. Recibir un tratamiento individualizado según su problemática personal.
4. Optar por otra opinión de terceras partes en el caso de que el paciente o su familia lo requieran por tener alguna preocupación diagnóstica o terapéutica.
5. Ser adecuadamente informado de su diagnóstico y pronóstico evitándose yatrogenias.
6. Aceptar o rechazar cualquier examen que se realice con fines de investigación científica, exigiéndose para ello su consentimiento informado.
7. Ser informado del tratamiento propuesto, así como los resultados esperados y posibles efectos indeseables de los recursos terapéuticos y obtener el consentimiento informado en los casos de electroterapia y tratamiento con Disulfiram.
8. Disfrutar del mayor grado posible de privacidad durante su atención y que su historia clínica o cualquier otra

información obtenida del paciente o sus familiares se mantengan bajo estricta confidencialidad.

Derechos del paciente mental en servicios ambulatorios. Además de los derechos generales enunciados, disfrutará del derecho a:

1. Recibir la más calificada atención ambulatoria y tener acceso gratuito a todas las modalidades asistenciales comunitarias.
2. Solicitar ser atendido por el profesional de salud mental de su preferencia dentro de las posibilidades del sistema regionalizado de salud.
3. Garantizar su seguimiento ambulatorio después del egreso o en condiciones de alta protegida luego de un proceso rehabilitatorio hospitalario.
4. Recibir las orientaciones y certificaciones pertinentes en los casos necesarios de reposo temporal o de valoración por las comisiones de peritaje laboral.
5. Solicitar ingreso y recibirlo en forma totalmente gratuita según lo estipulado.

Derechos del paciente mental hospitalizado en Cuba. Además de los derechos generales enunciados disfrutará del derecho a:

1. Recibir en forma totalmente gratuita la orientación legal que sea necesaria para afrontar cualquier problemática jurídica vinculada con la afección que determina su ingreso.
2. Ser tratado por el personal institucional, otros pacientes y sus acompañantes sin que su dignidad sea afectada por razones de edad, sexo, raza, nacionalidad, ocupación, opinión pública, ideología, creencia religiosa, procedencia cultural, preferencia sexual o alguna otra causa.
3. Profesar la religión de su elección si la tuviera.
4. Recibir la información que se difunda por los medios de comunicación.
5. Ser respetado en sus derechos civiles, políticos y socioculturales durante su hospitalización.
6. Disponer de un medio hospitalario adecuado en lo referente a seguridad, condiciones higiénico-sanitarias y trato humano.
7. Disfrutar del menor grado posible de restricciones según sus manifestaciones clínicas.
8. Ser atendido en salas abiertas y reunirse con quien desee.
9. Mantener la custodia de las pertenencias básicas para su recreación aseo y vestuario, así como disponer de dinero de bolsillo.
10. Utilizar el teléfono público y remitir o recibir correspondencia libremente.
11. Recibir visitas en los días y horas programadas y en casos especiales, en días y horas extraordinarias, según criterio médico.
12. Recibir información del personal que lo atiende en lo referente a nombre, cargo y perfil profesional, así como en cuanto a la evolución de su enfermedad y razones de su traslado a otros servicios o instituciones en caso de resultar necesario para su mejor atención.
13. Ser informado del tratamiento propuesto, así como de los resultados esperados y posibles efectos indeseables de los recursos terapéuticos.
14. Disfrutar del mayor grado posible de privacidad en la institución.
15. No sufrir ningún tipo de abuso físico, mental o social y estar libre de todo vínculo sexual con los miembros del equipo de salud que lo atienden, lo que constituiría también una forma de abuso.
16. Presentar quejas ante la comisión de ética, dirección del servicio o del hospital o ante otros niveles administrativos y jurídicos en caso de consideración necesario.

17. Recibir la remuneración correspondiente al trabajo que realice en función de su rehabilitación en instituciones especializadas.
18. Solicitar a los cuerpos de revisión la valoración de la admisión y la permanencia en la institución en los casos de ingresos compulsorios.

CLÁUSULA FINAL LIMITANTE

Los presentes derechos estarán sujetos a las limitaciones que sean necesarias para proteger la salud o el bienestar de la persona de que se trate o de otras personas, o para proteger la moral o los derechos y libertades básicas de otros.

NOTA COMPLEMENTARIA

Estos derechos serán revisados, modificados y enriquecidos, siempre que se considere necesario para ajustarse a las normas internacionales y a nuestras necesidades. Su difusión, estudio y enriquecimiento será responsabilidad del MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, mediante los procedimientos adecuados.

Características de las adicciones en los estudiantes de la Enseñanza General Básica III, en la provincia de Entre Ríos – Argentina

Daniel Ernesto Gutiérrez Raina

Licenciado en enfermería, magíster en estupefacientes, doctor en ciencias de la salud. Secretario académico. Universidad adventista del plata, Entre Ríos, Argentina

Resumen

Introducción: el uso de sustancias adictivas es un fenómeno social grave y complejo. Argentina no está ajena a la problemática mundial que ha visto crecer esta dificultad. A partir de la gran crisis económica y social que enfrenta desde el 20 de diciembre del 2001, las estadísticas muestran que se ha incrementado notable del uso de sustancias adictivas en general.

Objetivo: identificar los patrones de consumo y otros factores de riesgo para el uso indebido de drogas en los estudiantes objeto de estudio

Métodos: se desarrolló una investigación descriptiva de corte trasversal en la que participaron los 469 estudiantes que están inscriptos en las instituciones educativas de séptimo, octavo y noveno años del proceso educativo de Entre Ríos, república Argentina

Resultados: el 68,4% de los estudiantes que participaron respondiendo a la encuesta refieren que consumen sustancias adictivas. Las sustancias que más se consume es el alcohol 28,6%, tabaco junto con alcohol 22,2% y en tercer lugar le corresponde al tabaco solamente 22,0%.

Conclusiones: se corroboró que existe la problemática adictiva en la localidad estudiada, provincia de Entre Ríos, en la república Argentina. Los estudiantes encuestados en su amplia mayoría están en una etapa de experimentación del consumo y las sustancias son las denominadas legales o también porteras

Palabras clave: sustancias adictivas, alcohol, tabaco, consumo experimental

Introducción

El uso de sustancias adictivas es un fenómeno social grave y complejo. Es un problema familiar, social y educativo que desencadena importantes daños a la salud. Su extensión y relevancia demanda de un enfoque salubrista en los profesionales de la educación, independientemente del nivel de enseñanza en el que se desempeña, con mayor responsabilidad en los docentes del área biológica, de educación para la salud y del medio ambiente.

Los problemas del uso indebido de sustancias adictivas y la drogadicción han adquirido un creciente predominio en todo el mundo desde la mitad de la década de 1960, produciendo un gran impacto en la sociedad y especialmente en el sistema de salud.

Este fenómeno es mundial, la encuesta estatal realizada en España sobre uso de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias 2006-2007 con edades entre 14 y 18 años arrojó que el alcohol es la droga más consumida por adolescentes (58% lo consumieron en el último mes), seguido por el tabaco (14,8% de fumadores diarios) y del cannabis (3,2% de fumadores diarios). El consumo del resto de sustancias es esporádico. En general, se ha reducido el consumo de todas las sustancias en relación a 2004, mostrando la realidad del consumo de sustancias adictivas en el continente europeo. En América Latina y el Caribe, el uso del alcohol y tabaco aumentó entre los jóvenes a partir de 1980.

Argentina no está ajena a la problemática mundial que ha visto crecer esta dificultad. A partir de la gran crisis económica y social que enfrenta desde el 20 de diciembre del 2001, las estadísticas muestran que se ha incrementado en un 30% el uso de sustancias adictivas en general y un 50% el uso de alcohol en jóvenes de 16 a 25 años.

La provincia de Entre Ríos está, como su nombre lo indica, rodeada por ríos, comunicándola al este con la república oriental del Uruguay mediante tres puentes internacionales, al noreste con la república federal de Brasil, a la que se accede por medio de puentes, al sur con la provincia de Buenos Aires, donde se puede llegar mediante un puente, al oeste con la provincia de Santa Fe cuya comunicación se realiza por medio de un túnel subfluvial y vía marítima; y al norte limita con la provincia de Corrientes cuyos accesos son también mediante puentes. Cabe destacar que las ciudades más importantes

de proximidad a la provincia son santa fe, la capital de la provincia que lleva el mismo nombre, rosario, capital federal y gran buenos aires.

Esta característica geográfica propicia el tránsito de sustancias adictivas legales e ilegales a través de las diferentes vías de comunicación, con lo que se corre el riesgo que también el de consumo sea elevado.

La localidad donde se realizó el presente trabajo está ubicada en la cercanía a la cantal de la provincia de Entre Ríos y santa fe; estas grandes ciudades puede favorecer el consumo de drogas desde edades tempranas, lo que aumenta los riesgos de que la problemática antes mencionada se instale. Existe, por lo tanto, la necesidad de conocer la realidad y desarrollar estrategias encaminadas a disminuir la drogodependencia.

El autor ha observado un incremento de ciertos actos como violencia, disturbios en la vía pública, robos varios y asaltos a mano armada en los últimos cinco años, cuyos actores en su mayoría son jóvenes menores de edad que han consumido drogas.

El desconocimiento de la magnitud y características del consumo y la inexistencia de un diagnóstico con un basamento científico, impiden que se alcance el impacto adecuado en los programas educativos dirigido a los jóvenes.

El tema del consumo de drogas existe dentro del contenido curricular de forma transversal, pero su abordaje preventivo, carece de efectividad, ya que se centra en suministrar información a los estudiantes, muchas veces por expertos en el tema, la realización de algún video debate, o la presentación de alguna investigación dirigida por los docentes. No obstante, no se consigue que el alumno cuente con las herramientas mínimas y necesarias para decidir adecuadamente y con una actitud responsable en el momento de enfrentarse a las adicciones, lo que refuerza la necesidad de intervenir en este sentido.

Dentro de los contenidos curriculares del área de ciencias, son impartidos los temas relacionados con las problemáticas adictivas, pero solo se limitan a suministrar información en lugar de proporcionarles a los adolescentes herramientas útiles, que les de la posibilidad de enfrentarse o decidir responsablemente.

Estos contenidos no están consensuados con los especialistas del sector de la salud, lo que le permitiría tener un enfoque más integral del asunto.

En la literatura nacional e internacional del área de la salud, principalmente en lo referente a educación para la salud, atención primaria, promoción, prevención y salud pública, como también desde la pedagogía, existen diferentes abordajes y proyectos educativos en relación con el tema de las adicciones.

Los proyectos nacionales vigentes en Argentina, ubicados dentro de la ley federal de educación y los proyectos provinciales, como la ley provincial de educación, se centran en suministrar abundante información que, muchas veces es conocida por los adolescentes, a veces los asustan o que incluso la forma de divulgarla despierta el interés y curiosidad que conlleva a la experimentación con las drogas y el riesgo de continuar con su uso.

A mediados de la década de 1980, se comenzó a divulgar en las localidades de la provincia de Entre Ríos información acerca de las adicciones provenientes de los programas educacionales de la secretaría de educación. Se han hecho estudios sobre el tema a nivel nacional, aunque aún resultan insuficientes en cantidad, profundidad y extensión los que tomen en consideración las características a nivel local.

Se carece de un diagnóstico de la realidad del uso indebido de sustancias por los jóvenes agrupados según edad y localidad, proporcionando datos fidedignos y localizados de la realidad.

El uso indebido de drogas en los adolescentes de la localidad estudiada se ha convertido en un problema de salud importante. Las dificultades que acarrea en lo individual, familiar y comunitario, así como en lo económico, social y político de los pueblos justifica con creces el presente estudio. El sector educacional demanda de herramientas provenientes del campo de salud pública que le ayuden a conocer mejor a sus estudiantes y el entorno que los rodea y que le permitan actuar a un nivel comunicativo más efectivo para transformar sus estilos de vida nocivo en hábitos saludables.

El autor de la presente investigación es profesor universitario que frecuentemente imparte conferencias en el nivel de EGB III. Esta práctica le ha permitido considerar que los sectores de salud y educación necesitan integrar sus acciones de

manera interdisciplinaria e intersectorial, con vistas a ganar en efectividad y comprensión de los aspectos psicológicos y sociales de las personas bajo su cuidado, especialmente los adolescentes, en relación con el consumo de sustancias adictivas. Se necesita aplicar en forma conjunta las estrategias de atención primaria de la salud, con el objetivo de lograr el lema "salud para todos" que patrocina la organización mundial de la salud y la organización panamericana de la salud.

Con esta integración es más factible que se elaboren estrategias de atención primaria de la salud donde cada sector se involucre en la prevención desde su ámbito, lográndose una mirada más específica del problema con estrategias centradas en la sociedad local.

Problema científico

El problema científico que sustenta la presente investigación es que resulta necesario conocer las características de las adicciones en los estudiantes a través de un diagnóstico, para luego de desarrollar una estrategia de intervención dirigida a los alumnos de la Enseñanza General Básica III sobre el uso indebido de sustancias adictivas, que les brinde los recursos psicosociales para su afrontamiento efectivo y de ese modo coadyuvar un estilo de vida más salutogénico.

El autor parte del criterio de que la estrategia interventiva debe diseñarse a partir del diagnóstico de los patrones de consumo y otros factores de riesgo de los adolescentes en el uso indebido de sustancias adictivas. Esto permitirá el adecuado afrontamiento al problema desde lo psicosocial, lo que redundará en la obtención de recursos psicológicos con un beneficio en el desarrollo de las relaciones sociales y promoción de estilos de vida salutogénicos.

Por lo anteriormente planteado se proponen el siguiente objetivo:

Objetivo general:

Identificar los patrones de consumo y otros factores de riesgo para el uso indebido de drogas en los estudiantes objeto de estudio.

El presente trabajo representa un desafío para la atención al problema del uso indebido de drogas y las adicciones con un enfoque intersectorial con los sectores de salud y educación, que redundará en la integración familia, institución educativa, sociedad.

Estos resultados permitirán conocer la realidad en esa localidad, para después la elaboración de una propuesta educativa para la promoción de estilos de vida saludables y afrontamiento efectivo al consumo en los estudiantes, los cuales pueden ser aplicables a la comunidad estudiantil.

La novedad científica de la investigación radica en que por primera vez se establece para la provincia de Entre Ríos, especialmente para la localidad en estudio, un diagnóstico de las características de las adicciones en los estudiantes de EGB III, como fase primaria para luego diseñar una estrategia de afrontamiento al uso indebido de drogas, que permita contar con estilos de vida saludables.

Metodología para las características de las adicciones en los estudiantes de la Enseñanza General Básica III.

La metodología utilizada para identificar las características los patrones de consumo y otros factores de riesgo para el uso indebido de drogas en los adolescentes y otras características que pueden tornarse en factores de riesgo para dichas adicciones como son el nivel de relación con su familia, sus profesores, sus congéneres, la dedicación de su tiempo libre, entre otras, fue una investigación descriptiva.

Se desarrolló en Entre Ríos, republica Argentina. Los sujetos de estudio para la investigación fueron los 469 estudiantes que están inscriptos en las instituciones educativas provinciales estatales y privadas en el nivel de Enseñanza General Básica III, correspondiente a séptimo, octavo y novenos años del proceso educativo, o sea el último nivel de la Enseñanza General Básica III de la localidad en estudio.

Las variables estudiadas están relacionadas con el nivel de relación de los adolescentes con sus familiares, sus congéneres, sus profesores, las adicciones en la familia, la dedicación en su tiempo libre, su comunicación, sensación de sentirse atendido o escuchado, entre otras.

Se aplicó un cuestionario que fue elaborado por el autor sobre la base de una revisión exhaustiva de una serie de cuestionarios y sobre la experiencia personal con los adolescentes y validado mediante la técnica de criterio de expertos. Dicha aplicación fue realizada en días determinados para cada institución abarcando una semana, a fin de resguardar la contaminación de la información. El instrumento fue aplicado en forma personal por el investigador en el 100% de las instituciones educativas de la localidad que brindan EGB III, teniendo los siguientes cuidados:

- Se trabajó en todas las instituciones durante la misma semana.
- En cada institución se eligió un día en especial para realizar la actividad.
- Se les aplicaba a todos los cursos de un turno en el mismo día.
- El investigador explicó a los alumnos el propósito de la investigación y aclaró las dudas relacionadas con el cuestionario.
- Se le aplicó al 100% de los alumnos de EGB III que asistieron el día de aplicación del instrumento y accedieron voluntariamente.

La información recogida en el cuestionario, que dio salida al objetivo, se resumió en por cientos y se presentó en tablas estadísticas.

Se utilizó como herramienta para el procesamiento de la información el software estadístico SPSS, versión 11.5.

Aspectos éticos

Para acceder a la población en estudio⁴, el investigador debió cumplimentar todas las autorizaciones pertinentes, a nivel provincial como también en las instituciones, padres, tutores de los estudiantes en estudio, cabe destacar la excelente disposición de parte de la dirección y docentes de cada institución, de padres y tutores.

En todo momento del proceso de investigación se brindó tanto a los estudiantes como a las instituciones toda la información necesaria sobre el trabajo de investigación, así como la privacidad necesaria para la aplicación de los instrumentos de recogida de la información, el cuidado de la información y la autorización necesaria para cada una de las actividades.

Resultados. Características de las adicciones en los estudiantes de EGB III.

El análisis de los resultados se realizó siguiendo el orden del instrumento aplicado centrado en el objetivo.

Datos generales y de filiación.

Con respecto a los datos generales y de filiación familiar, se observa que existe una conducta de aprendizaje y copia del adulto conviviente.

Dentro de los estudiantes que han participado de la investigación, le corresponde al sexo femenino que el más representado, (59%). El 76,1% de los estudiantes viven dentro de un grupo familiar estable o sea con los dos padres, hermanos.

Dentro de los convivientes el padre es el que más consume 27,7%; seguido por el binomio papá - mamá 13,9% y el grupo familiar 7,9%; haciendo un total de 49,5%. Siendo las drogas legales, que también son denominadas drogas porteras, tabaco y alcohol las más consumidas por los convivientes con 72,8%.

Las sustancias que los convivientes mayormente se consume alcohol 28,6%, tabaco junto con alcohol 22,2% y en tercer lugar le corresponde al tabaco 22,0%.

El mayor consumo de sustancias de los convivientes es diario 35,8 % y el 16,6% lo hacen durante los fines de semana.

Los resultados expuestos anteriormente muestran el aprendizaje e imitación que los jóvenes pueden hacer desde muy niños en el seno familiar, coincidiendo la conducta aprendida citada por la lic. M. Agüero demostrándose esta realidad de aprendizaje o conducta imitativa en el consumo que hacen los estudiantes encuestados, y como parte de una cultura aprendida del medio social.

Consumo de los estudiantes.

Se aprecia que 68,4% de los estudiantes que participaron respondiendo a la encuesta refieren que consumen sustancias adictivas.

La frecuencia del consumo por parte de los estudiantes es: casi nunca 9,8% y los fines de semanas (viernes de noche, sábado y domingo) 7,9% son respuestas que hay que valorizarlas, pero se puede ver también que hay un 39,2% que no ha respondido y 25,2 que son respuestas inadecuadas. Estos resultados son válidos y se les puede comparar con cifras similares citados por el prestigioso investigador cubano Dr.C Ricardo González, en adolescentes mayores de 15 años (tabla 1).

Tabla 1. Estudiantes que consumen sustancias según frecuencia

<i>Consumen sustancias según frecuencia</i>	No.	%
Nunca	54	11,5
Casi nunca	46	9,8
1 Vez por semana	12	2,5
Solamente los fines de semana	37	7,9
Todos los días	10	2,1
Otras	8	1,7
Respuesta inadecuada	118	25,2
No responden	184	39,2
Total	469	100,0

La conducta de aprendizaje o un estilo de vida no satisfactorio, según López Ambrón, contribuye a un medio mal adaptativo aprendido. Dicha aseveración ha sido expresada también por la Lic. M Agüero. Esto se pone de manifiesto en los resultados de la presente investigación. Puede observarse en la tabla 5 que la frecuencia del consumo de los padres durante los fines de semana es de 16,6 % ocupando el segundo lugar dentro de las posibles opciones y relacionado al consumo en la tabla 8 se observa que el 31,3% de los convivientes dialogan acerca de las sustancias adictivas, pero solamente el 23,9% hacen referencia mediante el a las consecuencias del consumo de sustancias.

La reacción de los convivientes ante la acción de emborracharse se puede reparar que hay una similitud en el por ciento entre aquellos estudiantes que manifiestan que dialogan los convivientes 31,5% y aquellos que no responden 32,0%.

Situación Educativa.

Los jóvenes encuestados se reconocen como estudiantes regulares, correspondiendo el 41,1% 7mo año, 36% a 8vo año y 22,4% a 9no año de EGB III. El grupo más representativo es el de 7mo año, cuyas edades oscilan entre los 12 y 14 años.

El 44,7 % de los estudiantes además de estudiar tiene otras ocupaciones, cifra similar a aquellos que solamente estudian, (47,3%). El 92,0% mantiene una estrecha vinculación con el sistema educativo.

La edad de los jóvenes es comparable con las edades de los diferentes citados en este estudio, además también coinciden en la actividad que realizan, que es asistir a la escuela. Se coincide con las características de las adolescentes expresadas por el Consejo Nacional de la Niñez, Adolescencia y Familia de la República Argentina.

Se considera un factor positivo del grupo en estudio que el 80,4% son estudiantes que aprueban las asignaturas cada año.

Comparándolo con el estudio del Consejo Nacional de la Niñez, Adolescencia y Familia de la República Argentina, se observa que hay un grupo de estudiantes que suman el 18,8% formado por un 11,3% que reconocen le quedan asignaturas para rendir en condición de previas y el 7,5% repite el año que deben ser vistos como en situación de análisis, ya que coinciden con la edad y podría ser considerado que necesitan alguna ayuda y el sistema educativo no se la está brindando.

RELACIONAMIENTO Y EXISTENCIA DE DIALOGO.

En el relacionamiento con los docentes se detecta que existen dificultades que se les reconoce como regular en el 8,3%, 2,6% mala y llama la atención el 6,4% que no respondieron. Estos resultados pueden ser comparados con los citados estudios realizados en la ciudad de Guanajuato, México, en España y de Santiago de Cuba, donde coinciden las edades del grupo en estudio y también se puede inducir el consumo de alguna sustancia adictiva que interfiere en las relaciones interpersonales con los adultos, en el caso de los estudio de Guanajuato y Santiago de Cuba con los docentes, en estudiantes que han hecho uso indebido de drogas, especialmente el consumo de alcohol.

Entre los factores que conducen a las dificultades en el relacionamiento de los estudiantes con sus docentes son demasiada exigencia académica 31,1%, poca paciencia del docente 26,8%, falta de respeto para con el alumno 16,8%, demasiada exigencia en la disciplina 9,8%, poca preparación del docente 4,5%.

Esto se lo debe relacionar al período por el cual está pasando este joven, como una etapa de constantes modificaciones en todos los aspectos del adolescente.

Es relevante que el 84,6% de los estudiantes han reconocido la existencia de diálogo con sus docentes. El tema que centra el diálogo con los docentes han reconocido 37,7% responsabilidad del joven, violencia general y educativa 32,8%, para el uso de tabaco, alcohol y sus consecuencias solamente el 0,8%, efectos a corto y largo plazo por el uso de drogas 0,2%.

El 76,7% de los estudiantes opinaron que no tocan las temáticas importantes. Los temas sobre sentido de la vida con un 58,4%, valores éticos y morales 75,1%, son los temas más abordados. Se encontró que hubo falta del dictado de clases sobre las temáticas de: uso y abuso de tabaco y alcohol 54,2%, uso y abuso de drogas 59,9%.

La principal razón por la cual estos temas no son dictados fue falta de tiempo 21,5 %. Es importante destacar el 42,6 % que no respondió este aspecto.

Ocupación del tiempo libre.

En el análisis de la Ocupación del tiempo libre, se coincidió con Sánchez Mozzo y Ernesto González en el sentido de que la adolescencia es un período crítico por los constantes cambios sociales, por lo que el uso de bebidas alcohólicas en los momentos de recreación es un factor de riesgo en sí mismo.

En relación con la ocupación del tiempo libre, las cinco actividades con porcentajes más elegidas por los estudiantes con frecuencia de habitualmente es, ocupar el tiempo escuchando música o radio solo o con amigos 23,0%, leer, tocar algún instrumento musical, hacer deportes 20,5%, asistir a oficios religiosos 16,8%, salir a pasear con la familia 12,2%, pasar tiempo por ahí con amigos o solos y asistir a reuniones juveniles o similares 15,6%.

Dentro de la elección que el alumno podía hacer sobre la actividad a la que le dedican más tiempo el 66,3% señaló ver TV y escuchar música y como segunda actividad 8,9 % ir a los boliches, este último lugar en la actualidad se lo podría catalogar de riesgo para el adolescente. Urberg considera que las amistades constituyen un factor de influencia que puede ser tomado como un riesgo para el uso indebido de drogas.

La elección de los amigos está dada por el espacio físico de convivencia mayormente, el 48,4% viven en el barrio y el 39,9% asisten a la misma institución educativa. Esta realidad le indica al investigador la importancia de que en las instituciones educativas es un excelente espacio para llevar a cabo una estrategia interventiva para hacer prevención en adicciones.

El afianzamiento de los intereses comunes del grupo de amigos es una actividad favorable para ocupar el tiempo libre de los estudiantes, dado que el 58,6% tiene el interés común de participar en deportes y juegos, el 32,6% actividades musicales, ambas bien dirigidas son actividades saludables y productivas.

Las acciones más aceptadas del grupo de amigos son: categoría regular aceptación fumar 9,2%, poca aceptación 75,3% y beber bebidas alcohólicas categoría regular aceptación 15,8%, poca aceptación 60,5%, la sustancias que siempre son aceptadas 21,7% para bebidas alcohólicas, 14,4% fumar, las sustancias legales e iniciadoras de las conductas adictivas.

INFORMACION DE LOS ESTUDIANTES.

El 26,0% de los estudiantes dicen no tener información en relación con el uso indebido de drogas, 11,3% relacionado con los problemas por el abuso del alcohol y 14,7% problemas por uso de drogas. J. Berra en su artículo "Conociendo nuestro grado de adicción" plantea que: "mientras en la actualidad todas las esferas hablan de la importancia de la información, casi nadie ofrece herramientas para llevar adelante la verdadera revolución de la información que tiene que ver con la profundidad. Si no cultivamos ni damos lugar a nuestras necesidades más profundas de comunicación para lograr información, nos vamos quedando cada vez más solos, angustiados e insatisfechos, con la urgencia de sustituir con algo nuestros vacíos".

Se debe destacar que las instituciones educativas son reconocidas por los estudiantes como la fuente de información para los problemas del abuso de alcohol 28,1% y el 30,7% para los problemas por uso de drogas.

Esto es de vital importancia para el investigador para desarrollar una estrategia interventiva para el afrontamiento a las problemáticas del uso indebido de drogas en estudiantes en futuros trabajos.

CONSUMO INDEBIDO DE SUSTANCIAS.

Con relación al consumo indebido de sustancias adictivas de los jóvenes, desde lo individual al consumo del grupo de amistades, se puede valorar una fuerte permeabilidad a la opinión de los pares.

Tabla 2 Estudiantes según lo que piensan los jóvenes que no consumen, se sienten incómodos.

Estudiantes según lo que piensan los jóvenes que no consumen, se sienten incómodos	N°	%
No es problema	130	27,7
Si, de alguna manera	141	30,1
Si, bastante	72	15,3
No lo se	124	26,4
Mal respondido	1	0,2
No respondieron	2	0,4
Total	469	100,0

Se observa en la tabla 2 que, para los estudiantes, no tomar bebidas alcohólicas de alguna manera les produce incomodidad para el 30,1% y 15,3% manifiestan que esa incomodidad es bastante.

Para el uso de cerveza en la tabla 3 el 18,5% eligieron que la incomodidad que si de alguna manera y el 6,4% si, bastante. El 45,5% responde que no consumir se sentiría incómodo. En este sentido se coincide con un estudio del Consejo Nacional de la Niñez, Adolescencia y Familias de la República Argentina. Programa Adolescente e Integración Social.

Tabla 3 Estudiantes según se sienten apenados por que no toman cerveza y le sirven.

Estudiantes según se sienten apenados por que no toman cerveza y le sirven	No.	%
No es probable	225	48,0
Si, de alguna manera	87	18,5
Si, bastante	30	6,4
No lo se	123	26,2
Mal respondido	1	0,2
No respondieron	3	0,6
Total	469	100,0

Según J González del Pozo, la preocupación por el consumo de drogas en España no es una temática nueva, sobre todo en lo que a las primeras exposiciones a las drogas se refiere por parte de jóvenes y adolescentes. De sobra demostrado

está que los hábitos que se adquieren durante la formación del individuo marcan de manera determinante el carácter de estas personas y tienen un impacto generalmente insalvable en su futuro desarrollo como seres humanos. Las drogas que están modificando sus comportamientos y tienen consecuencias categóricas para el resto de sus vidas y las de los que les rodean.

El consumo indebido de drogas por primera vez referida por los estudiantes son las drogas legales, alcohol y cigarrillos, siendo demostrado en la tabla 4, donde la cerveza es la sustancia más consumida por primera vez 66,1%, el vino 45,3% y bebidas fuertes 33,7% y el cigarrillo 24.0%. Para las sustancias ilegales hay un consumo por primera vez que oscila entre 0,2% al 1,7%.

Tabla 4 Estudiantes según de edad de consumo de sustancias adictivas por primera vez y edad

Consumo de sustancias adictivas por primera vez	Edad												Total	
	Nunca probó		11 años o menor		12 a 14 años		15 a 17 años		No resp.		Mal resp.			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	% N=469
Cigarrillo	356	76,0	45	9,6	51	10,8	17	3,6	-	-	-	-	469	100,0
Cerveza	155	33,0	116	24,7	157	33,5	37	7,9	4	0,8	-	-	469	100,0
Vino	241	51,4	96	20,5	93	19,9	23	4,9	16	3,4	-	-	469	100,0
Bebida Fuerte (whisky, vodka, ginebra)	305	65,0	27	5,7	93	19,9	38	8,1	6	1,3	-	-	469	100,0
Fuma marihuana	457	97,4	3	0,6	4	0,8	1	0,2	1	0,2	3	0,6	469	100,0
Usó cocaína	456	97,2	4	0,8	2	0,4	-	-	7	1,5	-	-	469	100,0
Usó pastillas estr/tranquil	451	96,2	4	0,8	5	1,1	1	0,2	8	1,7	-	-	469	100,0
Usó inhalantes	455	97,0	8	1,7	5	1,1	-	-	-	-	1	0,2	469	100,0
Usó alucinógenos	455	97,0	2	0,4	2	0,4	-	-	9	1,9	1	0,2	469	100,0
Usó heroína	456	97,2	-	-	3	0,6	1	0,2	8	1,7	1	0,2	469	100,0
Usó éxtasis	455	97,0	-	-	2	0,4	2	0,4	9	1,9	1	0,2	469	100,0
Usó otras drogas	454	96,8	2	0,4	2	0,4	-	-	10	2,1	1	0,2	469	100,0

Según datos de España el consumo habitual de alcohol (en los treinta días anteriores a la encuesta) se redujo en más de siete puntos, al pasar del 81% de 2004 al 74,9% de 2006, mientras el consumo diario de cigarrillos pasó del 21,5% al 14,8%. También el consumo habitual de alcohol (en los treinta días anteriores a la encuesta) se redujo en más de siete puntos, al pasar del 81% de 2004 al 74,9% de 2006, mientras el consumo diario de cigarrillos pasó del 21,5% al 14,8%. Esto se lo atribuye al éxito de las campañas de prevención realizadas entre el sistema educativo y el sistema de salud de España.

En la tabla 5 se pudo apreciar los patrones de consumo de drogas de los amigos, el 40,9% ninguno consume cigarrillos, para el 45,0% algunos amigos consumen, para la categoría mayoría 13,2%. En el consumo de cerveza se puede observar que el 24,7% ninguno de los amigos consume, 40,1% algunos, mayoría 33,7 de los amigos consumen.

Para el vino el 42,8% ninguno de los amigos consume, 37,1% alguno de los amigos consume, 18,1 la mayoría de los amigos consumen. El consumo de bebidas fuertes, whisky, vodka, ginebra, 53,1% respondieron que ninguno de sus amigos consume, alguno 25,8 y la mayoría de los amigos 18,5%.

Tabla 5 Estudiantes según consumo de sustancias adictivas de los amigos y frecuencia

Consumo de sustancias adictivas de los amigos	Categorías										Totales	
	Ninguno		Algunos		Mayoría		Respuesta Inválida		No Respondió			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	% N = 469
Fuma cigarrillo	192	40,9	211	45,0	62	13,2	0	0	4	0,8	469	100,0
Cerveza	116	24,7	188	40,1	158	33,7	0	0	7	1,5	469	100,0
Bebe vino	201	42,8	174	37,1	85	18,1	1	0,2	8	1,7	469	100,0
Bebe Bebidas Fuerte (whisky, vodka, ginebra)	249	53,1	121	25,8	87	18,5	0	0	12	2,5	469	100,0
Fumó marihuana	442	94,2	13	2,8	7	1,5	0	0	7	1,5	469	100,0
Usó cocaína	453	96,6	4	0,8	3	0,6	0	0	9	1,9	469	100,0
Usó pastillas estimulantes, tranquilizantes	446	95,1	8	1,7	6	1,3	0	0	9	1,9	469	100,0
Usó inhalantes	451	96,2	7	1,5	3	0,6	0	0	8	1,7	469	100,0
Usó alucinógenos	452	96,4	4	0,8	4	0,8	0	0	8	1,7	469	100,0
Usó heroína	452	96,4	4	0,8	3	0,6	1	0,2	9	1,9	469	100,0
Usó éxtasis	453	96,6	4	0,8	4	0,8	0	0	8	1,7	469	100,0
Usó otras drogas	444	94,7	11	2,4	4	0,8	0	0	10	2,1	469	100,0

El consumo de sustancias adictivas ilegales, para la categoría ninguno el más representativo es de 96,6 que le corresponde a cocaína y éxtasis, 2,8% es el más representativo para la marihuana y para la marihuana en categoría mayoría el 1,5% consume.

El lugar donde reconocen los estudiantes que se puede conseguir cigarrillos: en el barrio, el lugar muy fácil es 42,6%, fácil 41,6%, difícil 2,5% no se consigue el 6,2%, en los lugares de distracción, muy fácil 25,4%, fácil 43,1%, difícil 6,4% y no se consigue 8,7%, y en la escuela muy fácil 10,7%, fácil 13,2%, difícil 7,5% y no se consigue 53,9%.

Reconocen los estudiantes que se puede conseguir cerveza: en el barrio, el lugar muy fácil es 42,2%, fácil 44,6%, difícil 2,8%, no se consigue el 4,5%, en los lugares de distracción, muy fácil 27,1%, fácil 42,8%, difícil 6,2% y no se consigue 8,7%, y en la escuela muy fácil 9,4%, fácil 10,9%, difícil 7,7% y no se consigue 57,6%.

Los estudiantes reconocen que se puede conseguir vino: en el barrio, el lugar muy fácil es 41,1%, fácil 42,4%, difícil 3,6% no se consigue el 5,3%, en los lugares de distracción, muy fácil 23,0%, fácil 40,3%, difícil 8,7% y no se consigue 11,1%, y en la escuela muy fácil 41,1%, fácil 42,4%, difícil 3,6% y no se consigue 5,3%.

El lugar donde reconocen los estudiantes que se puede conseguir bebidas fuertes: en el barrio, el lugar muy fácil es 19,2%, fácil 28,8%, difícil 21,7% no se consigue el 14,7%, en los lugares de distracción, muy fácil 14,7%, fácil 30,9%, difícil 15,8% y no se consigue 17,0%, y en la escuela muy fácil 3,6%, fácil 6,0%, difícil 9,2% y no se consigue 64,6%.

Conseguir estupefacientes tales como; marihuana, cocaína, pastillas estimulantes, tranquilizantes para drogarse, inhalantes alucinógenos, heroína, éxtasis y otras drogas, se observa que: en el barrio es muy fácil para 3,0% al 2,1%, fácil 1,1% al 4,9%, difícil 10,7 al 13,4%, no se consigue 49,7% al 53,1, en los lugares de distracción es muy fácil 1,7% a 3,4%,

fácil 3,8% a 7,2%, difícil 11,5% a 19,8, no se consigue 45,4% a 36,5%. En la escuela es muy fácil 0,4% a 0,8%, fácil 0,6% a 2,3%, difícil 5,5% a 7,9%, no se consigue 71,6% a 74,2 %.

CONCLUSIONES.

Se corroboró que existe la problemática adictiva en la localidad estudiada, provincia de Entre Ríos, en la República Argentina. La misma posee características similares a los datos que existen en la bibliografía consultada. No se obtuvieron diferencias significativas en el diagnóstico sobre la realidad de la problemática adictiva entre estudiantes de EGB III de dicha localidad realizada por el investigador en el año 2006 y los datos que se reportan a nivel nacional en el año 2005.

En el proceso de diagnóstico de las características de las adicciones en los estudiantes de EGB III, se obtuvieron datos fidedignos de la localidad en estudio. Estos resultados coinciden con los reportados por otras investigaciones nacionales y extranjeras en los siguientes aspectos:

- ❖ Dentro del modelo que tienen los estudiantes en su familia hay un consumo significativo de sustancias adictivas legales con una frecuencia diaria y semanal importante, conducta que facilitaría la iniciación por parte de los estudiantes como imitación.
- ❖ Los estudiantes encuestados en su amplia mayoría están en una etapa de experimentación del consumo y las sustancias son las denominadas legales o también porteras.
- ❖ Existen dificultades en el proceso de relacionamiento con los docentes, reconocida en la encuesta, indirectamente se puede deducir por los resultados de la intervención que también hay dificultades en el resto de los actores sociales, especialmente con la familia.
- ❖ Es reconocida la escuela (institución educativa) como la principal fuente de información en los aspectos relacionados con la problemática uso de sustancias adictivas legales e ilegales.
- ❖ Dentro de las actividades a las que le dedican mayor tiempo son realizadas en lugares de riesgo o propicias para el consumo.
- ❖ La fuerte influencia de los pares es una realidad a la que deben afrontar los estudiantes que han participado respondiendo la encuesta diagnóstica.
- ❖ Las sustancias legales con las cuales comienzan el consumo son la cerveza y el tabaco en forma de cigarrillos.
- ❖ La ley que prohíbe la venta de sustancias legales a menores no cumple con el objetivo por lo cual fue sancionada, para la mayoría de los estudiantes en fácil conseguir dichas sustancias.
- ❖ Se ha podido ver con satisfacción que esta innovadora perspectiva desde lo social es una nueva alternativa a tener presente cuando de prevención a las conductas adictivas se trata.

RECOMENDACIONES

Al área educativa:

- ✚ Para la realización de futuras investigaciones relacionadas con el tema sería conveniente trabajar utilizando este trabajo como orientador y centrado en los patrones de consumo y factores de riesgos para el uso indebido de drogas, socio – culturales y económicas de los estudiantes y del barrio en el que se desarrolla, con la finalidad de controlar la mayor cantidad posible de variables ajenas.
- ✚ Continuar trabajando en la prevención del uso indebido de drogas integrando a los modelos ya existentes, otros modelos innovadores, conociendo la realidad local, sus intereses y con un abordaje desde la perspectiva social.
- ✚ Crear un espacio para trabajar con los padres en forma conjunta sobre estrategias de afrontamiento, para que desde la célula de la sociedad, la familia, los estudiantes obtengan precozmente estas herramientas, logrando una sociedad más consciente de la problemática adictiva, con elementos para afrontarla.

- ✚ Que el modelo socio – social educativo que desarrollen las instituciones educativas reúnan las características de integral, multidisciplinario, enriquecedor, transformador, abierto, dinámico, creativo y flexible con la participación del mayor número de estudiantes y padres posible.
- ✚ En esta era denominada “de las comunicaciones”, continuar trabajando en forma interdisciplinaria y multisectorial el proceso de comunicación entre los estudiantes (pares) y con los adultos (familias y profesores) como estrategia de afrontamiento muy útil para la prevención del uso indebido de drogas desde la perspectiva social.

BIBLIOGRAFIA

- Agüero María del Valle. Evaluación Cognitiva y Modos de Afrontamiento en Sujetos Alcohólico - Dependientes. [Tesis] Argentina. Universidad Adventista del Plata. 1996.
- Becoña Iglesias E. Bases Teóricas que sustentan los Programas de Prevención de Drogas. España: Ministerio de Interior; 1999.
- Berra J. Conociendo nuestro grado de adicción. Foro Virtual de Educación. Argentina: Vicaría Educación del Arzobispado; 2008 [fecha de acceso 02 de febrero 2009]. Disponible en <http://www.vicaria.edu.ar/archivos/adicciones.pdf> .
- Consejo Nacional de la Niñez, Adolescencia y Familia de la República Argentina. Programa Adolescencia e Integración Social, 2002 - 2009. Argentina: Consejo Nacional de la niñez; 2002. [fecha de acceso 09de agosto 2006] Disponible en consejo@cnmyf.gov.ar
- De Vega L. Encuesta estatal de las adicciones en España. Federación Andaluza de Drogodependencias y Sida. Sevilla: 2007 [fecha de acceso 01 julio 2007]. Disponible en: enlace@f-enlace.org.
- Fernández S, Nebot M, Jané M. Evaluación de la Efectividad de los programas de prevención del consumo de tabaco, alcohol, cannabis: ¿Qué nos dicen las metas – análisis?. Rev. Esp. de Salud Pública. 2002; 76 (3): 174.
- González del Poza J. Drogas, adolescentes y familia: La prevención contra las drogas en la literatura juvenil española. Rev. Especulo de Estudios Literarios. España: Universidad Complutense de Madrid; 2007; Disponible en <http://www.ucm.es/info/especulo/numero39/prevenci.html>
- Gutierrez Raina, D. Hernández Meléndez, E. Implicación de los valores éticos y morales en el enfrentamiento de las adicciones en jóvenes. Rev. Cubana. de Salud Pública, 2008, 34 (4). Disponible en http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol34_4_08/spu16408.htm
- Gutierrez Raina Daniel. Formación del profesor para la Enseñanza General Básica I y II con medidas de prevención primaria en las conductas adictivas. [Tesis] Buenos Aires: Universidad Católica de Salta; 1995.
- Hernández Rodríguez A. Drogas y Comunicación. España: Universidad de Tenerife; 2005. Revista Latina de Comunicación Nº 45. pp. 43.
- Leguizamón Yanina. Modos de Afrontamiento, Asertividad y Red Social en Pacientes Esquizofrénicos Institucionalizados. [Tesis] Argentina Universidad Adventista del Plata, 2004.
- López Ambron L. Aproximación al estudio de las toxicomanías. Enfermería Familiar y Social. La Habana: Editorial Ciencias Médicas: 2004. pp 161 – 170.
- Manual de Comunicación Social para programas de promoción de salud de los adolescentes. Washintong: OPS; 2001.
- Sánchez Mozzo, A. y otros. Hábito de Consumo de alcohol en Estudiantes del Instituto Preuniversitario “Elvira Cape” de Songo–La Maya. Santiago de Cuba: 1998. [fecha de acceso 12 de octubre 2004]. Disponible en <http://www.scu.sld.cu/cinfo/seriados/sansu198.htm> .
- Velasco Fernández Rafael. La Familia ante las drogas. México: Trillas; 2000.
- Wikipedia. Enciclopedia, Características de Crespo. Argentina: 2008. [fecha de acceso 01 de junio 2008] Disponible en: <http://wikipedia.org/wiki/Crespo>

Tabaco en la historia, el arte y la medicina

Dra. Isis Betancourt Torres^I, Dra. Damaris Hernández Veliz^{II}, Dra. Yaneysi Betancourt Vázquez^{III}

I Profesor Auxiliar de Medicina Interna.

II Profesor Auxiliar de Cardiología.

III Médico Residente en Medicina Legal

Resumen

Introducción: Se realiza una revisión de varios trabajos acerca del tabaquismo, sus orígenes y consecuencias, desde el descubrimiento de la planta, sus diversos usos a lo largo de la historia y el empleo y tratamiento dados en los diferentes períodos y publicados en Cuba y otros países.

Método: Se realiza una revisión de documentos históricos, médicos y referentes al arte que aborden al tabaco como sustancia adictiva. El análisis de contenido permitió sintetizar la información sobre los riesgos y usos de dicha sustancia.

Desarrollo: El objetivo general de este trabajo es aumentar nuestra cultura general acerca de esta droga, considerada en sus inicios como beneficiosa y hasta empleada como terapéutica en algunas afecciones y que en siglos cercanos se revela como uno de los grandes males de la humanidad.

Conclusiones: El tabaquismo es uno de los asesinos más mortales de la humanidad, causante de adicción y enfermedades letales como diversos cánceres; que actúa con el consentimiento del adicto y daña a su vez a los fumadores pasivos.

INTRODUCCIÓN

El tabaco es el nombre común de varias plantas cuyas hojas una vez curadas se enrollan para producir puros o se preparan para ser consumidas como cigarrillos, picaduras de pica, tabaco para masticar o el polvo de rape que se aspira por la nariz.

Es un producto originario de América y procesado a partir de las hojas de *Nicotiana tabacum*. El género *Nicotiana* abarca diferentes especies clasificadas en cuatro grupos principales: *Nicotiana tabacum*, *Nicotiana petunoides*, *Nicotiana rustica* y *Nicotiana glauca*. A su vez la especie *Nicotiana tabacum*, se puede clasificar en cuatro variedades: havanesis, brasilensis, virgílica y purpúrea, que son el origen de las distintas variedades usadas en la comercialización.

Existen 75 especies de tabaco, 45 son originarias del continente americano. Este producto es rico en nicotina, un alcaloide que se encuentra en las hojas en proporciones variables que van desde menos del 1 % al 12 %.

La nicotina es además una droga que genera adicción, para la cual existe toda una industria, que produce cada año 7 millones de toneladas de este dañino producto. Sus principales productores son China, Brasil, India, Estados Unidos, Zimbawue y Turquía. Se comercializa legalmente en todo el mundo, salvo en Bután.

El origen del tabaco se sitúa en la zona andina entre Perú y Ecuador. Los primeros cultivos debieron tener lugar entre cinco mil y tres mil años a.n.e. Al momento de la colonización de América, el consumo estaba extendido por todo el continente. Fumar (inhalar y exhalar el humo del tabaco) era una de las muchas variedades de consumo en América del Sur. Además, el tabaco se aspiraba por la nariz, se masticaba, se comía, se bebía, se untaba sobre el cuerpo, se usaba en gotas en los ojos y en enemas. En ceremonias rituales ritos como soplarlo sobre el rostro de guerreros antes de la lucha, se esparcía en campos antes de sembrar, se ofrecía a los dioses, se derramaba sobre las mujeres antes de una relación sexual, y tanto hombres como mujeres lo utilizaba como narcótico. Los mayas lo usaban para celebraciones rituales y religiosas.

Métodos: Este artículo está basado en una revisión bibliográfica al tema desde los orígenes de la planta, su historia, interpretaciones y expresiones en el arte, los beneficios atribuidos en época anteriores y los perjuicios descubiertos desde poco más de un siglo. Se parte de describir la relevancia del tabaco como droga blanda, mortífera, con un saldo negativo en el individuo, la familia y la comunidad.

Se realizó la revisión de diecisiete artículos referentes al tema, para obtener la información necesaria sobre la actualidad del gran problema que representa la aceptación de este tipo de drogodependencia con el consumo de tabaco y cigarrillos en particular.

DESARROLLO.

Cuando Colón llegó al continente americano en 1492, observó que los indígenas consumían una hoja enrollada, valiéndose de una caña que llamaba Tobago.

Fueron los tripulantes de las naves españolas quienes introdujeron el tabaco y su cultivo en España. La variedad maya conocida como Cikar (fumar), se extendió por todo el continente gracias al comercio.

Rodrigo de Jerez y Luis de la Torre, compañeros del Gran Almirante, fueron los primeros europeos en conocer su existencia. Rodrigo, a su vuelta a España, fue encarcelado por la Inquisición acusado de brujería, ya que solo el diablo podía dar a un hombre el poder de sacar humo por la boca.

Las primeras referencias a este hábito quedaron documentadas en dos obras de la época: "Apologética historia de las Indias" de Bartolomé de las Casas (1527), considerada la primera obra escrita en la que se relata la forma nativa de aspirar el humo proveniente de rollos de hojas encendidas y en "Historia General de las Indias", Gonzalo de Oviedo y Velázquez, describe la planta y sus usos (1535).

Fue por mandato del rey, Felipe II, que fueran llevadas a Europa las primeras semillas de la planta. Orden que cumplió en 1577, el médico y botánico español Francisco Hernández de Boncalo, con unas semillas que se plantaron en una zona invadida por cigarras, llamada los Cigarrales, en los alrededores de Toledo. Resulta curioso este detalle, pues estos insectos que viven en las regiones cálidas del planeta, sobretodo alrededor del mar Mediterráneo, pasan muchos años en estado de larva bajo tierra, donde se alimentan de la savia de las raíces de los árboles, pero indudablemente dejaron desarrollarse a la nueva planta que llegaba al viejo continente.

El embajador francés en Portugal, Jean Nicot (1530-1600), extendió el consumo de la planta en su forma aspirada como rapé por el continente europeo y la popularizó al supuestamente curar a Catalina de Médicis (esposa de Enrique II) de unas migrañas. Esto motivo que el producto fuese conocido como hierba de la reina y del embajador.

Algunos historiadores opinan que, de los Cigarrales, es que surge el vocablo cigarro y que es en honor a Nicot, que Carlos Linneo, científico, botánico y zoólogo sueco (1707-1778), héroe nacional de esa nación y autor de la frase: "Si ignoras el nombre de las cosas, desaparece también lo que sabes de ellas", introduce la denominación Nicotiana, en su obra Species Plantarum en 1753.

En el siglo XVI el tabaco invadió Inglaterra y Rusia. En el XVII llegó a China, Japón y la costa occidental de África. De fumada en fumada el tabaco se fue haciendo popular, pero con la creación de la máquina de elaborar cigarrillos en 1881, el tabaco se convirtiera en un asesino peligroso, el único que consigue que la víctima sienta placer con su compañía y disfrute de su adicción, aunque en cada aspiración se exhale un poco de vida.

Es con la Revolución industrial, período histórico comprendido entre la segunda mitad del siglo XVIII y principios del siglo XIX, con grandes beneficios e importantes perjuicios, entre ellos, la producción masiva de cigarrillos, que el tabaco se convierte en un problema de salud mundial, y en el temible asesino que se devendría a partir de entonces.

A ese aspecto se debe asociar, el desconocimiento sobre sus daños, que, acompañado a los tres siglos de aceptación como una planta llena de beneficios para la salud humana, lo hicieron ganar en popularidad. La publicidad, principalmente en los niños y jóvenes, se convertía en su modelo de comportamiento, emitiendo diversos mensajes. La mujer fumadora simbolizaba su liberación e independencia en la defensa de género, en féminas que cada vez más hacían lo que hasta ese momento era derecho exclusivo de los hombres.

Cuando vemos esas imágenes de bellas mujeres del cine, fumando, como ejemplo a veces de la mujer liberada, o los atractivos hombres disfrutando su tabaco, ligados a otros placeres, debemos situarnos en que cuando eso se hizo moda, la ciencia no sabía tanto como sabe hoy del mal que se estaba difundiendo. Pues se han necesitaron varias décadas para poder establecer la relación entre tóxico-causa-consecuencias, lo que definimos como etiopatogenia.

De igual forma, la nicotina también puede producir efectos sedantes, dependiendo de la cantidad que se fume y de la respuesta del organismo del fumador al tabaco. Al fumar tabaco la nicotina se distribuye con rapidez en el organismo, llegando al cerebro en 10 segundos después de la inhalación. Inmediatamente después de la exposición a la nicotina, se provoca en el fumador un incremento en la presión sanguínea, la respiración y el ritmo cardiaco.

Durante el siglo XX, numerosos estudios médicos fueron demostrando los perjuicios del tabaco, y negando su posible utilidad terapéutica. Por otro lado, su consumo pasa de ser mayoritariamente masculino a un mayor equilibrio entre sexos.

No fue hasta la década de 1990 cuando se empezó a hacer eco del efecto nocivo del tabaco, aunque, debido a la falta de pruebas, no se tenía del todo en cuenta la gravedad de la situación. A pesar de ello, una sentencia de 1992 de un Tribunal Supremo estableció que las empresas tabacaleras solo incurrían en delito si ocultaban al consumidor información sobre los efectos nocivos del tabaco.

La Unión Europea y la Organización Mundial de la Salud (OMS), intentaron prohibir en 2001 la publicidad del tabaco en todo el mundo. A partir de 2004, las empresas tabacaleras se vieron obligadas a especificar los aditivos que utilizan en la fabricación del tabaco y todas las cajetillas se empezaron a comercializar con la leyenda: «Fumar mata», «Fumar puede matar» o «Fumar daña gravemente su salud y la de las personas que están a su alrededor».

Cómo todo lo que ha sido relevante en nuestra historia como humanos, el arte se ha apropiado de ello o más bien, los humanos nos hemos encargado de dejarlo reflejado a través de pinturas, obras literarias y canciones.

En la plástica, las plantas y hojas de tabaco han quedado reflejadas en muchos bellos paisajes.

Varios poetas y músicos le han cantado al tabaco y si no que lo digan las canciones: “tabaco verde”, “fumando espero”, donde se expresa: “fumar es un placer genial, sensual” o “A lo cubano”, donde se canta: “a lo cubano, ron, tabaco habano, chicas por doquier”. Por fortuna Juan Carlos Alfonso, popularizó la canción “no te llenes de humo, que se te va la vida”.

En la lista de artistas célebres, pueden mencionarse: Enrique Núñez Rodríguez, Félix B. Cagnet, Ernest Hemingway, José Lezama Lima, George Harrison, Ernesto Lecuona, Benny Moré, Puccini, Carlos Enríquez, Fidelio Ponce, el gran escultor José Delarra y entre nuestros grandes cineastas, el inolvidable Titón. Sin olvidar a nuestro Compay Segundo. Pero exceptuando a este último y a los que, por otro mal como el alcohol, y me refiero a Brindis de Sala y el gran Benny, fallecen por otras causas, la lista en el mismo orden podría ser: cáncer de pulmón, cáncer de pulmón, bronconeumonía bacteriana en el pulmón de un fumador, cáncer de pulmón, EPOC, cáncer de laringe, infarto agudo de miocardio y arritmia cardíaca.

La ciencia ha demostrado que el consumo de tabaco ya sea en forma de cigarrillos u otros medios es el factor de riesgo más evitable de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer.

Se debe aclarar que no importa el tipo, los llamados cigarros light son iguales de perjudiciales, pues esto se asocia: al grado de exposición al humo, grado de inhalación y la frecuencia de consumo. Aunque nos preocupan los cánceres de pulmón, laringe, bucofaringe, esófago, vejiga y páncreas, es mayor el número de personas que fallecen a causa de infarto agudo del miocardio cuyo responsable es el cigarro.

El humo del tabaco es una mezcla compleja de sustancias químicas como el monóxido de carbono, el alquitrán, el formaldehído, el cianuro y el amoníaco, sustancias han sido reconocidas como cancerígenas. El monóxido de carbono aumenta la probabilidad de enfermedades cardiovasculares. El alquitrán expone a la persona a un mayor riesgo de cáncer de pulmón, enfisema y afecciones bronquiales.

¿Cuánto hemos hablado de lo dañino del tabaco o el cigarro y sin embargo cuántos a pesar de su claro entendimiento son adictos y se aceptan como tal?, ¿Qué mensaje no les hemos hecho entender a los que por ninguna razón deben estar entre los fumadores? Mucho sabemos de fumar pasivamente, pero ¿Cuándo desde las leyes, hasta los hombres, tendremos protección antes de enfermar, los que no fumamos?

Existen condiciones que propician un mayor daño en los fumadores como: La cantidad de cigarrillos y los años que se lleva como fumador, Padecer otro factor de riesgo cardiovascular como diabetes mellitus, hipertensión arterial, colesterol o sedentarismo, Tener una alimentación desorganizada o poco variada, La alta ingesta de alcohol (aumenta el riesgo para cáncer y enfermedad cardiovascular), Sedentarismo o un Estilo de vida poco saludable.

Sus efectos nocivos en la salud están demostrados y entre ellos se refieren:

- Enfermedades del sistema respiratorio como bronquitis crónica y enfisema.
- Enfermedades del corazón como deficiencia coronaria e infarto.

- Enfermedades cerebrovasculares.
- Alteración del olfato y el gusto.
- Trastornos de la fertilidad.
- Falta de aire, enfermedades respiratorias crónicas.
- Cefalea, sensación de embotamiento y cansancio por intoxicación crónica con monóxido de carbono.
- Trastorno de las encías, mayor número de caries y pérdida de dientes.
- Partos prematuros, trastornos de la placenta, recién nacidos con bajo peso.

Pero estas afecciones, aunque son de envergadura, son un problema más en el marco complejo de la drogodependencia, pues la una vez en la corriente sanguínea, inmediatamente estimula las glándulas suprarrenales las que liberan la hormona adrenalina, que a su vez estimula el sistema nervioso central y aumenta la presión arterial, la respiración y la frecuencia cardíaca. Al igual que la cocaína y la heroína, la nicotina aumenta los niveles de los neurotransmisores de dopamina, los cuales afectan los circuitos de gratificación y placer del cerebro. Para muchos de los consumidores de tabaco, los cambios a largo plazo en el cerebro, inducidos por la exposición crónica a la nicotina, resultan en la adicción, una enfermedad que se caracteriza por la búsqueda y el consumo compulsivos de la droga a pesar de las consecuencias negativas que esto conlleva. Los estudios sugieren que el humo de tabaco contiene compuestos adicionales, como el acetaldehído, que pueden aumentar los efectos de la nicotina en el cerebro. El alto poder adictivo de las sustancias que contiene el tabaco disminuye exponencialmente las posibilidades de lograr mantener la abstinencia durante un tiempo prolongado tras una primera tentativa de abandono.

Cuando una persona adicta a la nicotina trata de dejar el hábito, pasa por los síntomas del síndrome de abstinencia, entre ellos, irritabilidad, dificultad para prestar atención, perturbaciones en el sueño, aumento de apetito y un deseo vehemente por el tabaco. Hay tratamientos que pueden ayudar a los fumadores a controlar estos síntomas y mejorar la posibilidad de que lo dejen.

La adicción al tabaco es una enfermedad crónica y con frecuencia la persona adicta requiere numerosos intentos para dejar de fumar. A pesar de que algunos fumadores pueden dejarlo sin ayuda, hay muchos otros que la necesitan.

Hace 25 años, no sabíamos lo que hoy sabemos de genética, de los oncogenes, genes supresores, acerca de la predisposición genética para sufrir cáncer.

El otro elemento cardinal, es que si ya la persona padece de una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), pues la probabilidad de sufrir cáncer aumenta aún más, aún no exista la genética. Hoy se sabe que, para una misma exposición al humo, el riesgo es 1,5 mayor para las mujeres que para los hombres, y es que estas sustancias son más cancerígenas en el pulmón femenino. También es 1,5 veces mayor en los no fumadores que se exponen al humo del cigarro.

En los niños que son fumadores pasivos se suman: riesgo de muerte súbita (lactantes), otitis a repetición, trastornos del aprendizaje y de la conducta, entre otros.

El uso simultáneo del alcohol aumenta la carcinogenicidad del tabaco respecto al cáncer de cabeza y cuello.

Y en ese aspecto hay un tema muy interesante, que, en Cuba, debemos reconocer: No existe protección para los no fumadores.

Si en verdad hay leyes que establecen dónde se debe fumar, pues casi nunca son cumplidas. Sin mencionar a la absurda tolerancia de los no fumadores, ante el pobre dependiente del cigarro, que por pena dejamos nos llene de humo y que también a nosotros se nos vaya la vida. En muchos lugares del mundo, algunos de esos países con un sistema de salud muy por debajo del nuestro, no se ve a nadie fumando en los lugares públicos, pues las mismas personas se lo impiden y las leyes son intolerantes.

No es hoy sino, es a partir de hoy, que debemos entender, por qué yo no debo fumar, por qué si es verdad que amo a los míos no debo acortarles la vida. Si el individuo fuma y depende del tabaco es un adicto y cómo cualquiera de ellos debe buscar la ayuda necesaria y no es necesario hacerlo sólo, hay especialistas para ayudarlo. La combinación de los medicamentos con la consejería es más eficaz que cualquiera de los dos métodos por separado.

Las terapias de reemplazo de nicotina fueron los primeros tratamientos farmacológicos aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA) para usarlos en los tratamientos para dejar de fumar, que incluyen el chicle o goma de mascar con nicotina, el parche transdérmico, los aerosoles nasales, los inhaladores y las pastillas para chupar. Las terapias de reemplazo de nicotina dan una dosis controlada de nicotina al fumador con el fin de aliviar los síntomas del síndrome de abstinencia durante el proceso de dejar de fumar. Este tratamiento tiene más éxito cuando se utiliza en combinación con los tratamientos conductuales.

El bupropión y la vareniclina son dos medicamentos sin nicotina aprobados por la FDA que han servido para ayudarle a las personas a dejar de fumar.

Los cigarrillos electrónicos son aparatos que funcionan con baterías que producen un vapor de nicotina parecido al humo de tabaco y viene en diferentes sabores. Pero, aunque el vapor de los cigarrillos electrónicos no contiene alquitrán, el cual es reconocido como la sustancia responsable por el cáncer de pulmón y otras enfermedades respiratorias, se ha demostrado que estos contienen sustancias que han sido identificadas como cancerígenas y químicos tóxicos (tales como el formaldehído y el acetaldehído), al igual que nano partículas metálicas tóxicas producidas por el vaporizador mismo.

No hay estudios que reporten que un tratamiento por sí solo sea el más efectivo, lo cual confirma lo complejo del problema, tanto o más que el de cualquier adicción.

El mundo de hoy exige, un planeta libre de humo, pues a pesar de los grandes avances científicos seguimos falleciendo por las mismas causas y cometiendo los mismos errores. Cada día, debiera ser declarado y no sólo el 31 de mayo, como día mundial de lucha en contra de este pérfido enemigo silencioso.

CONCLUSIONES.

Las hojas de *Nicotiana tabacum* son originarias de América y se comercializan legamente en casi todo el planeta.

La colonización española contribuyó a la distribución y consumo del tabaco en el mundo, desconociéndose hasta el siglo XX, los efectos nocivos del mismo.

A pesar de las alertas, campañas y acciones para combatir y evitar los efectos nocivos de este hábito, aún quedan muchas soluciones por encontrar.

Los daños provocados por el consumo de cigarrillos y tabaco afectan varios órganos y sistemas del cuerpo humano, asociados a enfermedades con una alta morbimortalidad.

Referencias:

- Centers for Disease Control and Prevention. Smoking and Tobacco http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/fast_facts/index.htm#toll. Updated April 2014. Accessed December 12, 2014.
- U.S. Department of Health and Human Services. The Health Benefits of Smoking Cessation: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention; 1990. HHS Publication No. 90-8416.
- Rigotti NA. e-Cigarette use and subsequent tobacco use by adolescents: new evidence about a potential risk of e-cigarettes. *JAMA*. 2015; 314(7):673-674.
- Cao J, Belluzzi JD, Loughlin SE, Keyler DE, Pentel PR, Leslie FM. Acetaldehyde, a major constituent of tobacco smoke, enhances behavioral, endocrine and neuronal responses to nicotine in adolescent and adult rats. *Neuropsychopharmacology*. 2007;32(9):2025-2035.
- Buka SL, Shenassa ED, Niaura R. Elevated risk of tobacco dependence among offspring of mothers who smoked during pregnancy: A 30-year prospective study. *Am J Psychiatry*. 2003; 160:1978-1984.

- Kasper DL, Braunwald E, Fauci AS, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL y colaboradores. Neoplasias de pulmón. Harrison. Principios de Medicina Interna. 16ª edición. McGraw-Hill Interamericana. 2006. Pág: 567-579
- Karnath B: Smoking cessation. *Am J Med* 112:399, 2002
- Spira A, Ettinger DS: Drug therapy: Multidisciplinary management of lung cancer. *N Engl J Med* 350:379, 2004
- Cardero IQ. Fumar o no fumar... Por favor, reflexiona. Instituto Cubano del Libro Editorial Oriente. 2012.
- Rodríguez N, Betancourt I. Aterosclerosis en la historia y el Arte. Multimedia HISTARTMED. Editorial Génesis Multimedia. La Habana. 2007
- Depestre L, Ubeda Garrido L. Personalidades cubanas del siglo XX. Editora Ciencias Sociales. La Habana. 2007.
- De la Rosa L, Montero M. Tabaquismo en la mujer. Consideraciones especiales. *Trastornos adictivos*. 2004,6(2):113-24
- Wassertheil-Smoller S, Psaty B, Greenland P, Oberman A, Kotchen T, Mouton C, et al. Association between cardiovascular outcomes and anti hypertensive drug treatment in older women. *JAMA*. 2004; 292(23):2849-59
- World Health Organization. Tobacco or health: a global status report. Ginebra: OMS, 1997
- Benowitz NL, Brunetta PG. Smoking hazards and cessation. In: Broaddus VC, Mason RJ, Ernst JD, et al., eds Murray and Nadel's Textbook of Respiratory Medicine. 6th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2016:chap 46
- U.S Preventive Services Task Force. Behavioral and pharmacotherapy interventions for tobacco smoking cessation in adults, including pregnant women. U.S Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med*. 2015 Sep 22. Doi:10.7326/M 15.2023
- Rakel RE, Houston T. Nicotine addiction. In: Rakel RE, Rakel DP, eds. Textbook of Family Medicine, 9th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2016:chap 49

Salud y Alcohol.

Autor: Dr. C Octavio Gárciga Ortega

Doctor en Ciencias Médicas. Profesor e Investigador Titular.

RESUMEN

El presente artículo es una colaboración en respuesta a la declaración de guerra realizada por Organización Mundial de la Salud en relación al tabaco, azúcar y alcohol como causas del 70 % de las muertes en todo el mundo, apoyado por los dos informes mundiales sobre salud y alcohol correspondientes a los años 2014 y 2018, así como la Estrategia mundial para enfrentar el consumo nocivo de alcohol. El alcohol es considerada la adicción modelo, droga portera que induce el consumo de otras drogas legales e ilegales, capaz de producir una considerable morbilidad representada por unas 200 enfermedades, así como una gran mortalidad por accidentes y violencia expresada por homicidios y suicidios. Los 3 millones de muertes atribuidas a la droga modelo representan que 1 de cada 20 defunciones a nivel mundial ha sido causada por el uso nocivo de alcohol, correspondiendo tres cuartas partes de ellas al sexo masculino. De todas estas muertes al alcohol, el 28% se debieron a lesiones, como las causadas por accidentes de tránsito, autolesiones y violencia interpersonal; el 21% a trastornos digestivos; el 19% a enfermedades cardiovasculares, y el resto a enfermedades infecciosas, cánceres, trastornos mentales y otras afecciones. Se brindan enfoques preventivos basados en la evidencia comprobada para enfrentar este letal flagelo, así como algunas recomendaciones emanadas de la experiencia del autor en el enfrentamiento de esta problemática, tanto a nivel global, como en lo individual, resaltando la importancia de los estilos de vida saludables.

Palabras Clave: Alcohol, consumo nocivo, salud, estilo de vida, prevención.

INTRODUCCION

El 28 de septiembre de 2018 los jefes de Estado y de Gobierno que asistieron a la Asamblea General de la ONU se comprometieron a adoptar 13 nuevas medidas para combatir las enfermedades no transmisibles, como la limitación de la publicidad de las bebidas alcohólicas, la prohibición de fumar en determinados espacios y los impuestos a las bebidas azucaradas.¹

Un 70 por ciento de las muertes en todo el mundo se producen por enfermedades como el cáncer, la diabetes y dolencias cardíacas y respiratorias. El 85 por ciento de los fallecidos vivían en países en desarrollo.¹

En la declaración política adoptada, los países también se comprometen a poner freno a la obesidad infantil, promover la actividad física regular, reducir la contaminación del aire y mejorar la salud y el bienestar mental.

Esta declaración de guerra total de la Organización Mundial de la Salud al tabaco, el azúcar y el alcohol, coincide con el Informe Mundial sobre Alcohol y Salud 2018², es el segundo que se realiza, el primero se publicó hace cuatro años, ambos provenientes de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Estos informes presentan una imagen completa del consumo de alcohol y la carga de morbilidad atribuible al mismo en todo el mundo (5%), describiendo además qué hacen los países para reducir esta carga.

Los 3 millones de muertes atribuidas a la droga modelo representan que 1 de cada 20 defunciones a nivel mundial ha sido causada por el uso nocivo de alcohol, correspondiendo tres cuartas partes de ellas al sexo masculino.

De todas estas muertes al alcohol, el 28% se debieron a lesiones, como las causadas por accidentes de tránsito, autolesiones y violencia interpersonal; el 21% a trastornos digestivos; el 19% a enfermedades cardiovasculares, y el resto a enfermedades infecciosas, cánceres, trastornos mentales y otras afecciones.^{2,3}

Positivamente se evidenció que:

Desde 2010, solo se han producido cambios menores en las preferencias de bebidas alcohólicas. Los cambios más importantes tuvieron lugar en Europa, donde el consumo de bebidas espirituosas disminuyó en un 3%, mientras que el de vino y cerveza aumentó.

Se redujeron en 300 000 las muertes producidas por el alcohol, entre los años 2012 y 2016.²

Más de la mitad (57%) de la población mundial de más de 15 años (3100 millones de personas) se abstuvo de beber alcohol en los últimos 12 meses.

Negativamente se ha constatado que:

La reducción lograda comparativamente entre los dos informes de los años 2014³ y 2018 (300 000 vidas salvadas), es motivo de alegría, pero esta es opacada ante el pronóstico que el consumo nocivo de alcohol deberá crecer en los próximos 10 años, cuando la meta es disminuirlo un 10% hasta el año 2025, particularmente en las regiones de Asia Sudoriental, Pacífico Occidental y las Américas.^{4,5}

Mayoritariamente a nivel poblacional no se tiene una debida información, ni la adecuada concientización de lo que es y representa para la humanidad el consumo nocivo de alcohol.

Abrumadoramente la atención se centra en el período posterior al establecimiento de la enfermedad alcohólica, siendo deficiente la labor preventiva y de promoción de salud para evitarla, que sea dónde podemos lograr los mayores resultados.

DESARROLLO

El uso nocivo del alcohol tiene graves repercusiones en la salud pública y es considerado uno de los principales factores de riesgo de la mala salud a nivel mundial. El concepto de uso nocivo del alcohol es una noción amplia que abarca el consumo de alcohol que provoca efectos sanitarios y sociales perjudiciales para el bebedor, para quienes lo rodean y para la sociedad en general, así como las pautas de consumo de alcohol asociadas a un mayor riesgo de resultados sanitarios perjudiciales.

El uso nocivo del alcohol compromete tanto el desarrollo individual como el social, y puede arruinar la vida del bebedor, devastar a su familia y desgarrar la urdimbre de la comunidad.⁶

En la actualidad 2300 millones de personas han incluido el alcohol en sus estilos de vida, de ellos se estima que hay 237 millones de hombres y 46 millones de mujeres que padecen trastornos por consumo de alcohol, por lo cual nos quedarían 2017 millones que estarían en peligro de presentar un consumo nocivo de alcohol en sus diferentes variantes² (consumo de riesgo, consumo perjudicial, consumo inoportuno y dependencia alcohólica).

Las líneas fronterizas pocas veces se delimitan con precisión, ni aún para los profesionales, mucho menos para las víctimas que abrumadoramente las minimizan o las niegan, considerándose generalmente en estratos inferiores (consumo social o de riesgo).²

¿Cuál es el consumo de alcohol?

El consumo diario medio de quienes beben alcohol es de 33 g de alcohol puro al día, aproximadamente equivalente a 2 vasos de vino (150 ml cada uno), una botella grande de cerveza (750 ml) o dos vasos de bebidas espirituosas (40 ml cada uno).

Más de una cuarta parte (27%) de los jóvenes de 15-19 años son bebedores. Las mayores tasas de consumo de alcohol entre los jóvenes de 15-19 años corresponden a Europa (44%), las Américas (38%) y el Pacífico Occidental (38%).²

Las encuestas escolares indican que, en muchos países, el consumo de alcohol comienza antes de los 15 años, con diferencias muy pequeñas entre niños y niñas.

A nivel mundial, el 45% del alcohol total registrado se consume en forma de bebidas espirituosas. La cerveza es la segunda bebida alcohólica en términos de alcohol puro consumido (34%), seguida del vino (12%).

¿Qué Hacer?

A nivel global

Todos los países pueden hacer mucho más para reducir los costos sanitarios y sociales del consumo nocivo de alcohol.

En el año 2010 se dio a conocer la Estrategia mundial⁷ para reducir el consumo nocivo de alcohol, la cual se centra en 5 objetivos fundamentales:

(a) Aumentar la concienciación mundial respecto de la magnitud y la naturaleza de los problemas sanitarios, sociales y económicos causados por el uso nocivo del alcohol, y reforzar el compromiso de los gobiernos para adoptar medidas que contrarresten el uso nocivo del alcohol.

(b) Consolidar el acervo de conocimientos sobre la magnitud y los determinantes de los daños relacionados con el alcohol y sobre las intervenciones que reducen y previenen eficazmente esos daños.

(c) Incrementar el apoyo técnico prestado a los países y reforzar su capacidad para prevenir el uso nocivo del alcohol y gestionar los trastornos por consumo de alcohol y los problemas de salud asociados.

(d) Fortalecer las alianzas e intensificar la coordinación entre los interesados, y aumentar la movilización de los recursos necesarios para adoptar medidas adecuadas y concertadas de prevención del uso nocivo del alcohol.

(e) Mejorar los sistemas de seguimiento y vigilancia a distintos niveles, y la difusión y aplicación más eficaz de la información para fines de promoción, desarrollo de políticas y evaluación.

Se deben tomar en cuenta las 18 acciones de mayor éxito internacional en los programas para prevenir los problemas vinculados al consumo nocivo de alcohol de los investigadores Thomas Babor y Raúl Caetano agrupadas en siete categorías: Accesibilidad, precios e impuestos, evitar la promoción del consumo, educación y persuasión, tratamiento e intervenciones breves, modificar contexto de consumo, prevención de accidentes de tránsito.⁸ Es más probable que los países con mayores ingresos hayan introducido estas políticas, lo que plantea problemas de equidad sanitaria a nivel mundial y subraya la necesidad de un mayor apoyo a los países de ingresos bajos y medios.

Casi todos los países (95%) tienen impuestos especiales sobre el alcohol, pero menos de la mitad de ellos utilizan otras estrategias de precios, como la prohibición de la venta por debajo del costo o de los descuentos por volumen adquirido. La mayoría de los países tienen algún tipo de restricción de la publicidad de la cerveza. Las prohibiciones totales son más frecuentes para la televisión y la radio, pero más raras para Internet y las redes sociales.

Deben ponerse en práctica soluciones creativas acorde con las condiciones específicas de cada país, para que sean aplicadas la estrategia y las acciones evidenciadas como las más eficaces.

Otro ejemplo sería trabajar en las clasificaciones actuales, las más utilizadas (Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 y Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM IV)^{9,10}, tienen un enfoque nosográfico, que excluye al igual que las concepciones vigentes la posibilidad del diagnóstico preventivo, imprescindible para lograr un diagnóstico precoz que permita intervenciones tempranas y efectivas para evitar que la enfermedad se establezca y desarrolle. Debemos trabajar intensamente para lograr concepciones y clasificaciones funcionales que nos permitan desarrollar estrategias tempranas y efectivas.

Debería consensuarse por regiones clasificaciones que se adapten a las condiciones específicas poblacionales, geográficas, culturales, etc., siguiendo las estrategias globales orientadas por la OMS y la OPS (en el caso de las Américas). Dado el importante problema que supone el consumo excesivo de alcohol en la población general sería conveniente la detección sistemática de bebedores de riesgo en el sistema sanitario y, en especial, en la Atención Primaria de Salud.^{11,12,13} Sin embargo, las tasas de detección actuales de bebedores de riesgo en la Atención Primaria suelen ser muy bajas.^{14, 15, 16}

Los límites de seguridad propuestos para el consumo de alcohol varían mucho de región o de un país a otro, Australia propone unos límites más restrictivos para un consumo de bajo riesgo de alcohol^{16, 17}, limitado a 2 unidades de bebida estándar (20 gramos de alcohol) al día para hombres o mujeres adultos. Recomiendan además la no ingestión de bebidas alcohólicas a los menores de 15 años, mujeres embarazadas, personas que hacen actividades de riesgo y personas que toman drogas ilegales. Consideran como personas de riesgo a los jóvenes, ancianos y personas que tienen antecedentes familiares de alcoholismo y recomiendan pedir consejo, al médico tratante, a las personas que toman medicamentos y a las que sufren algún trastorno médico o psiquiátrico que pudiera ser empeorado por el consumo de alcohol.¹⁸

España sitúa el consumo de riesgo en un consumo casi diario superior a 40gr de etanol al día (más de 4 UBEs - en varones-) y superior a 24 gr de etanol al día (más de 2 UBEs- en mujeres-), equivalente a un consumo semanal superior a 28 UBEs (280 gramos) para varones y a 14 UBEs (140 gramos) para mujeres.^{18,19}

Desde 2016, las autoridades sanitarias británicas recomiendan que tanto hombres como mujeres no beban más de 14 unidades de alcohol a la semana, lo que equivale a alrededor de seis bebidas a la semana.

Los límites recomendados en Italia, Portugal y España son casi 50% más altos que los límites británicos y en Estados Unidos, el límite para los hombres es cerca del doble.

Consumo de bajo riesgo, establecido por la OMS⁵, es inferior a 20 gramos (2 UBE) de alcohol al día, cinco días de la semana, y recomienda que, al menos, haya dos días sin consumo (10 UBE o 7.6 tragos semanales).

En un reciente estudio publicado en la revista TheLancet determinaron que al ingerir más de 18 bebidas a la semana los consumidores perderán de 4 a 5 años de vida, entre 10 a 15 bebidas a la semana perderán de 1 a 2 años, de 5 a 10 hasta 6 meses de vida.²⁰

El estudio descubrió que el límite máximo para beber con seguridad, antes de que se desencadene un mayor riesgo de muerte, es de alrededor 12,5 unidades a la semana, el equivalente a unas cinco pintas de cerveza o cinco vasos de 175 ml de vino o sea un aproximado de unas 5 bebidas por semana.

No obstante, ese límite máximo para beber con seguridad conlleva los siguientes riesgos:

Por cada 12,5 unidades de alcohol que se tome a la semana, aumenta el riesgo de: Accidente cerebrovascular en 14%, enfermedad hipertensiva mortal en 24%, insuficiencia cardiaca en 9% y aneurisma cardiaco mortal en 15%.

El análisis de la universidad británica desafía la idea de que beber con moderación puede ser saludable, como usualmente se ha señalado fundamentalmente en relación con el vino tinto.

En mi libro Adicciones y Violencia. Prevención y Tratamiento¹⁹ doy la siguiente clasificación, que se encuentra entre los extremos antes mencionados:

Comportamientos Normales ante el Alcohol

Abstinencia

Consumo Social (Consumo social discreto y consumo social moderado)

Comportamientos Anormales ante el Alcohol

Consumo No Social: consumo nocivo

Consumo nocivo: consumo de riesgo, el uso irresponsable o inoportuno, el consumo perjudicial y dependencia alcohólica.

Enfermedad alcohólica: Consumo perjudicial + Dependencia alcohólica (sin complicaciones, complicada y en fase terminal)

La Organización Mundial de la Salud propuso los siguientes valores para las *bebidas estándar*:

- 330 ml de cerveza al 5%
- 140 ml de vino al 12%
- 90 ml de vinos fortificados (por ejemplo, jerez) al 18%
- 70 ml de licor o aperitivo al 25%
- 40 ml de bebidas espirituosas al 40%

Por su gravedad específica, un mililitro de alcohol contiene 0.785g de alcohol puro; por lo tanto, la definición de la OMS con respecto a las *bebidas estándar* es de aproximadamente 13 g de alcohol (trago). Se debe recordar que en Europa, una *bebida estándar* contiene aproximadamente 10g de alcohol.¹⁹

El consumo moderado (con riesgo)

Bebedor Social:

Hombre: 2 tragos por día (3 veces por semana). (78 gramos semanales)

Mujer: 1 por día (3 veces por semana). (39 gramos semanales).

CONSUMO NO SOCIAL: Consumo nocivo

Consumo nocivo: consumo de riesgo, uso irresponsable o inoportuno, consumo perjudicial y la dependencia alcohólica.

ENFERMEDAD ALCOHÓLICA: consumo perjudicial + dependencia

Consumo de Riesgo

Cuando sobrepasa lo expresado anteriormente para el bebedor social, en cuanto a cantidad y frecuencia de consumo.

Hombre: 4 tragos por día (3 veces por semana) o 12 tragos a la semana. (156 gramos a la semana).

Mujer: 3 tragos por día o 9 a la semana. (117 gramos a la semana).

Que este patrón se mantenga al menos por 6 meses.

Para el consumo ocasional de riesgo se comparte el criterio de la OMS(50 g), el mismo puede amortiguarse si el consumidor utiliza aproximadamente una hora para el consumo de una UBE, acompañando la ingestión con otros líquidos, alimentos y actividad física (baile). Recientemente se está utilizando la incorporación de alcohol al organismo no utilizando la vía oral, como el tapón vaginal en las jóvenes, al cual impregnan en alcohol y el organismo absorbe rápidamente, lo cual acarrea severas consecuencias para el organismo.

Consumo irresponsable o inoportuno: consumo con fines embriagantes, consumo en enfermos (portadores de epilepsia, trastornos mentales, etc.), en embarazadas, en menores, en conductores profesionales de vehículos.

Consumo Perjudicial: se identifica con la presencia de efectos dañinos biológicos, psicológicos, sociales, culturales y espirituales.

Síndrome de dependencia alcohólica.

La aparición de complicaciones y al final la evidencia de deterioro marcado de la personalidad, sumados a los criterios expresados, delimitan las fases avanzadas de dependencia, que conducen finalmente al alcohólico vagabundo que puede presentar graves trastornos de comorbilidad (alucinosis alcohólica, estado paranoide alcohólico, delirium tremens, síndrome amnésico y demencia).

Además, hay que incluir el alcohol definitiva e inobjetablemente dentro de las drogas duras, por la afectación de la conciencia que produce en el que haga un uso nocivo del mismo (en cualquier persona), con las múltiples y gravísimas consecuencias que se pueden derivar de este acto.

El alcohol tiene esa característica, aun sin tener el rango de dependencia, de enfermedad, puede ocasionar muchos trastornos de diversa índole, a lo cual se suma las más de 200 enfermedades que puede generar y que al final serán las que terminen con la vida del consumidor.

A nivel individual

El estilo de vida es el factor que mayor determina nuestra salud, con un peso específico que representa el 43%, seguido de la herencia genética (27%), el medio ambiente o entorno en que se vive (19%) y el sistema sanitario (11%).²⁰

La mayor aspiración y objetivo a lograr en cada ser humano es un estilo de vida saludable, de él dependerá, el tiempo de vida y la calidad de la misma, pero como toda decisión requiere de esfuerzo y responsabilidad.

Si en primer lugar se establece una relación con el alcohol y posteriormente se decide incluirlo en nuestro estilo de vida, lo cual quiere decir que será un participante activo en nuestro quehacer diario, por muchas razones y las más variadas justificaciones tales como: para liberar tensiones, para estimularnos, sentirnos diferentes, mejorar nuestro relacionamiento, como antídoto para el dolor, vencer la tristeza, para olvidar sinsabores, como muleta en el enfrentamiento de situaciones difíciles; debemos tomar conciencia de los riesgos que conlleva su uso inapropiado para

resolver problemas que no serán resueltos con su consumo y si de seguro creará otros que antes no teníamos, tanto en lo inmediato, como en lo mediato.

Esto ocurre porque el alcohol provoca un aumento súbito de endorfinas en el cerebro, que nos producen una sensación de bienestar, mejoran el estado de ánimo temporalmente, desapareciendo cuando se suspende el tóxico.²⁰

El problema es que el alcohol también produce en el cerebro un incremento de unos compuestos llamados dinorfinas, que funcionan de forma totalmente opuesta a las endorfinas.

Las endorfinas proporcionan un aumento de felicidad y las dinorfinas provocan una caída en el estado de ánimo.

Cuando se bebe alcohol de forma regular, el aumento de felicidad que dan las endorfinas se hace cada vez más pequeño y la caída de del estado de ánimo que provocan las dinorfinas se hace cada vez más grande.

Así, el alcohol actúa como un estimulante, pero también como un depresor.

Pero el alcohol también activa en nuestro cerebro otro sistema de neurotransmisores -los compuestos químicos que transmiten las señales que controlan los procesos mentales como la conducta y las emociones- los llamados gaba y glutamato.

El gaba es el neurotransmisor encargado de reducir los niveles de energía y calmar.

"Cuando se ingiere alcohol, los niveles de gaba se incrementan y sentimos ese efecto calmante y de adormilamiento.

"El glutamato, por otro lado, es el principal neurotransmisor estimulante. Y lo ideal para el cerebro es tener un equilibrio entre el efecto sedante del gaba y el efecto estimulante del glutamato.

Pero al beber perjudicialmente, el efecto calmante del gaba está constantemente activado y lo que hace el cerebro es incrementar el efecto estimulante del glutamato, para compensar, estableciendo un estado crónico de ansiedad. A lo cual se suma que bloquea las áreas cerebrales más desarrolladas, y desinhibe las áreas más instintivas de nuestro cerebro.

Iniciándose por incluirlo en el estilo de vida, se integra a nosotros, consumiendo tiempo de vida y recursos, entrando en contradicción con el tiempo que debe dedicarse a actividades cotidianas, muchas de ellas de vital importancia, gastos importantes con afectación de la calidad de vida de sí y otras personas allegadas, poco a poco el consumo y actividades afines irán tornándose más importantes y ocupando mayores espacios y tiempo, hasta llegar a convertirse en lo más importante en su estilo de vida, por lo cual todas las otras actividades quedaran relegadas, con marcadas afectaciones en el tiempo de vida, recursos y la presencia evidente de serias complicaciones y diversas consecuencias negativas en diferentes esferas.

Aconteciendo que se va estableciendo el hábito, la persona no toma cuenta de él, el hábito va consolidándose y creciendo, las cantidades y frecuencia de consumo y la persona lo ignora, lo minimiza, así como su poder controlador, ni da oídos a los comentarios, consejos y reclamaciones provenientes de su familia, amigos, colegas y muchas otras personas relacionadas con él. Sería de mucha utilidad que cada persona periódicamente autoevaluara su consumo y llevara un registro real y honesto del mismo, y acorde con los resultados tomara acciones objetivas, como solicitar ayuda profesional.²²

Al dar entrada al alcohol en el estilo de vida, tarde o temprano afectará la inclusión o permanencia de dietas saludables, actividad física y actividades para el goce espiritual, que combatan el stress cotidiano y los eventos vitales negativos de una vida normal.

CONCLUSIONES

A pesar de algunas tendencias mundiales positivas en la prevalencia del consumo episódico intenso y el número de muertes relacionadas con el alcohol desde 2010, la carga global de morbilidad y lesiones causadas por el consumo nocivo de alcohol es inaceptablemente alta, particularmente en la Región de Europa y la Región de las Américas.²

Deben aunarse las acciones tanto las globales como las individuales en pos de la consecución de estilos de vida saludables y la prevención de la enfermedad alcohólica mediante la detección precoz del consumo de riesgo y perjudicial a

nivel comunitario mediante la aplicación de instrumentos de evaluación fundamentalmente en la medicina comunitaria y de intervenciones breves.

Mantener la sobriedad, cuando se pierde la consciencia por un consumo excesivo de alcohol, se pierde la condición humana y la persona queda expuesta a graves peligros en todos los órdenes.

Por cada día que una persona se abstiene de consumir alcohol se beneficia de los siguientes efectos²³:

Inmediatos: encontrarse mejor por las mañanas, sentirse menos cansado durante el día, sentirse más en forma, perder peso o dejar de ganarlo.

Mediatos: mejora el sueño, un sistema inmunológico más capaz, mejora el estado de humor (ansiedad y depresión), puede mejorar el aspecto de la piel.

Por un mes que la persona se abstenga en beber alcohol, con un consumo de riesgo o perjudicial le reportará un impacto positivo en el colesterol, el peso corporal, la presión arterial, disminuyendo el riesgo de diabetes tipo 2, la enfermedad del hígado graso y disminución en las concentraciones de factores que estimulan el crecimiento del cáncer y decididamente una posible dependencia.²⁴

BIBLIOGRAFIA

- 1- Organización de Naciones Unidas (ONU). Declaración de guerra al alcohol, el tabaco y el azúcar. Noticias ONU; 2018. [citado 13 Dez 2018]. Disponible en: <https://news.un.org/es/story/2018/09/1442632>
- 2- World Health Organization (WHO). Global status report alcohol and health. 2018 [citado 22 Dez 2018]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?ua=1>
- 3- World Health Organization (WHO). Global status report alcohol and health. 2014 [citado 20 Dez 2018]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112736/9789240692763_eng.pdf;jsessionid=F539E703C1A61D37A3B9A47FC4965232?sequence=1
- 4- Informe de situación regional sobre el alcohol y la salud en las Américas. Washington, DC: OPS; 2015 [citado 20 Dez 2018]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/alcohol-Informe-salud-americas-2015.pdf>
- 5- Organización Mundial de la Salud (OMS). Alcohol; 2018 [citado 20 Dez 2018]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
- 6- González R. Las adicciones ante luz de las ciencias y el símil. Editora Política, La Habana; 2009.
- 7- Organización Mundial de la Salud (OMS). Estrategia mundial para reducir el consumo nocivo de alcohol; 2010 [citado 10 Dez 2018]. Disponible en: https://www.who.int/publications/list/alcohol_strategy_2010/es/
- 8- Babor, Thomas, Caetano, Raul & Casswell, Sally. El Alcohol: Un producto de consumo no ordinario: Investigación y Políticas Públicas. Organización Panamericana de la Salud; 2010. [citado 24 Dez 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/iris/handle/10665/173259>
- 9- Organización Mundial de la Salud (OMS): Clasificación Internacional de enfermedades 10 ma. Revisión (CIE-10). Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor; 1992.
- 10- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastorno Mentales (DSM IV R). [citado 24 Dez 2018]. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Manual_diagn%C3%B3stico_y_estad%C3%ADstico_de_los_trastornos_mentales
- 11- Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. [citado 17 Dez 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2008/summary/es/index.html>
- 12- Monteiro M G. Alcohol and Public Health in Latin America: how to prevent a health disaster? Adicciones, 2013; 25 (2): 99-105.

- 13- Monteiro, M G. Alcohol y atención primaria de la salud: informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas. Washington, D.C.: OPS; 2008.
- 14- Gárciga O. Adicciones. Situación actual. Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana. Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana 2010; 7(1) [citado 18 Dez 2018]. Disponible en: http://www.psiquiatricohph.sld.cu/revista/portal_revhph.htm
- 15- Orta Y. El alcohol sobre la mesa. (Mesa Redonda) 14 de Septiembre de 2013 Disponible en: <http://mesaredonda.cubadebate.cu/mesa-redonda/2013/09/14/el-alcohol-sobre-la-mesa-2/> Consultado: 12 de Diciembre de 2013.
- 16- De la Osa J A. 20 respuestas sobre el alcoholismo. Nacionales. Granma. La Habana, viernes 20 de septiembre de 2013. Año 17 / Número 263.
- 17- National Health and Medical Research Council. Australian alcohol guidelines for low-risk drinking. Draft for public consultation. Sidney: Australian Government; 2007.
- 18-Vinson D C, Turner B J, Manning B K, Galliher J M. Clinician Suspicion of an Alcohol Problem: An Observational Study From the AAFP National Research Network. AnnalsFamily Medicine 2013; 11 (1) January-February.
- 19-Gárciga O. Adicciones y Violencia. Prevención y Tratamiento. Editorial Ciencias Médicas, La Habana, 2017.
- 20-TherrienA. Los meses y años que pierdes de vida si bebes alcohol a diario.BBC; 2018 [citado 10 Dez 2018]. Disponible en:<https://www.bbc.com/mundo/noticias-43755548>
- 21- DOYMA. [El estilo de vida es el factor que más condiciona la salud](#). Jano On-line y Agencias 1-04-10. Ediciones DOYMA S. L. [citado 10 Dez 2018]. Disponible en:<http://www.opensportlife.es/el-estilo-de-vida-el-factor-que-mas-condiciona-la-salud/> Consultado: 18 de Abril de 2011.
- 22- ¿Por qué es tan común consumir alcohol para enfrentar nuestros problemas?. BBC News Mundo: Redacción; 2018[citado 14 Dez 2018]. Disponible en:file:///H:/Alcohol%20Actualizacion%2018/%C2%BFPor%20qu%C3%A9%20es%20tan%20com%C3%BA%20consumir%20alcohol%20para%20enfrentar%20nuestros%20problemas_%20-%20BBC%20News%20Mundo.html
- 23- Los beneficios para la salud de pasar (al menos) un día sin consumir alcohol. BBC News Mundo: Redacción; 2018[citado 10 Dez 2018]. Disponible en:<https://www.bbc.com/mundo/noticias-45472100>
- 24- El impresionante impacto en nuestra salud de un mes sin alcohol. BBC News Mundo; 2018 [citado 18 Dez 2018]. Disponible en: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-44085423>

Comportamientos adictivos más frecuentes en Cabo Verde

Areolina do Livramento Fortes Delgado Durán
Licenciada en Psicología, Master en Psicología Clínica

INTRODUCCIÓN: Las adicciones a las drogas son consideradas una de las cuatro mayores tragedias mundiales junto de la miseria extrema, los grandes cataclismos naturales y la guerra. Cabo Verde es un país pequeño, perteneciente al continente africano que no está exento de este flagelo mundial.

DESARROLLO: El cannabis y la cocaína continúan siendo las drogas ilícitas más consumidas en Cabo Verde. En cuanto a la prevalencia de consumo de sustancias lícitas, como es el caso de las bebidas alcohólicas, se ha precisado que el 45,5% de los jóvenes ya los experimentaron, siendo la preferencia sobre la cerveza, con el 90,6% y el aguardiente (ron) con el 79,9%. En general los caboverdianos consumen una media per cápita 7,2 litros de alcohol por año.

CONCLUSIONES: Los comportamientos adictivos más frecuentes en Cabo Verde son la dependencia al alcohol como droga lícita más consumida en el país y la cocaína, el cannabis y la heroína como drogas ilícitas más consumidas

PALABRAS CLAVE: Comportamientos adictivos, Alcohol, Cocaína, cannabis, Heroína

INTRODUCCIÓN

Las drogas siempre han estado presentes en mayor o menor medida en la historia del hombre y constituyen uno de los más serios problemas de salud a nivel mundial.

Las adicciones a las drogas son consideradas una de las cuatro mayores tragedias mundiales junto de la miseria extrema, los grandes cataclismos naturales y la guerra.

Las drogas son sustancias psicoactivas naturales o sintéticas, de efectos indistintamente estimulantes, depresores o distorsionantes, capaces de generar tolerancia y dependencia, y cuyo uso prolongado determina relevantes daños biológicos, psicológicos, sociales y en la espiritualidad del consumidor (Menéndez, R. 1998, pág. 68).

El consumo de drogas puede originar problemas y trastornos de distinta índole que, por afectar a un alto número de personas, constituye un verdadero problema de salud pública al originar dolor, sufrimiento, enfermedades, molestias o efectos sobre la calidad de vida, años de pérdida de vida, lesiones a otros, costes de los servicios médicos o sociales o aspectos más amplios del coste económico.

Cabo Verde es un país pequeño, perteneciente al continente africano que no está exento de este flagelo mundial.

Oficialmente denominada República de Cabo Verde, es un país insular, localizado en un archipiélago constituido por diez islas volcánicas, siendo nueve habitables (Santo Antão, São Vicente, São Nicolau, Sal, Boavista, Maio, Santiago, Fogo y Brava) y una desértica (Santa Luzia).

Situada aproximadamente a 500 millas de la costa del África Occidental, las islas abarcan un área total aproximadamente de 4033 kilómetros cuadrados y posee una población de cerca de 434.812 habitantes, siendo 210.569 hombres y 224.243 mujeres, según el censo del año 2000.

El país fue descubierto y colonizado en el sec. XV, por los portugueses, fue utilizado fundamentalmente para el comercio de esclavos en el Atlántico, y a partir del siglo XVIII, como local de abastecimiento de navíos y aviones.

Cabo verde sirvió de punto de tránsito, reabastecimiento y almacenamiento de drogas que se encuentran en tránsito para Europa y que pasan, muchas veces por la Península Ibérica.

La isla de San Vicente, ciudad de Mindelo, y la isla de Sal, constituyeron puntos de estancia obligatoria, influenciando en la mezcla cultural, tornándose posteriormente en punto de tránsito de estupefacientes, producto cuya ínfima parte es consumida internamente.

Cada día hay un aumento en el consumo de las drogas tanto lícitas como ilícitas en todo el país. No obstante, las investigaciones que abordan el tema son escasas.

DESARROLLO

A pesar del consumo de sustancias psicoactivas esté aumentando con el paso de los tiempos y con una iniciación cada vez más precoz, las investigaciones en este ámbito son muy escasas, lo cual dificulta caracterizar de manera adecuada la situación en el país.

La Coordinadora ejecutiva de la Comisión de coordinación del combate a las drogas, Fernanda Marques afirma que el cannabis y la cocaína continúan siendo las drogas ilícitas más consumidas en Cabo Verde.

En una entrevista a la revista Inforpress, afirma que en 2013, se realizó un estudio sobre el consumo de sustancias psicoactivas en las escuelas secundarias. Los resultados revelan que en Cabo Verde el 7,4% de los jóvenes ya experimentaron drogas ilícitas y el 26,5% las lícitas.

Además, el estudio reveló que las sustancias ilícitas consumidas por los estudiantes tienen mayor incidencia en las islas de San Vicente y Boavista, así como en la capital del país, Praia, isla de Santiago.

Relativamente a la prevalencia de consumo de sustancias lícitas, como es el caso de las bebidas alcohólicas, el estudio indica que 45,5% de los jóvenes ya los experimentaron, siendo la preferencia sobre la cerveza, con el 90,6% y el aguardiente (ron) con el 79,9%.

Otros estudios demuestran que el alcohol es la droga más consumida en el país con una prevalencia de 63,5%. (Semedo, J. 2012)

En cuanto a las sustancias psicoactivas ilícitas, los resultados demostraron que 54,6% de los jóvenes del sexo masculino y 54,8% del sexo femenino consumieron por curiosidad, el 9,7% por sentirse bien dispuestos y el 8,7% para olvidar de los problemas.

Otros resultados revelan que el 7,3% de la población menor de los 15 años y el 7,6% con la edad entre 15 y 64 años ya consumieron algún tipo de sustancia psicoactiva legal o ilegal.

Por otro lado, el Departamento del Estado Norteamericano, según estudio realizado afirma que las drogas más consumidas en Cabo Verde son cannabis, cocaína, heroína y metanfetaminas.

Según la revista LUSA, el alcohol es la droga más consumida en Cabo Verde y declara que la escuela es el principal espacio de inicio de consumo. También afirma que el consumo tornase cada vez más precoces, entre 7 y los 17 años, afirma la ministra de educación, familia e inclusión social, Maritza Rosabal.

El Ministro de Salud Arlindo do Rosario, por su parte refirió a los elevados costos sociales y para los servicios de salud, dígase el número de muertes prematura en las estradas, la violencia de género, absentismo laboral, enfermedades crónicas y varias discapacidades.

Algunos datos presentados en la campaña nacional de prevención del consumo abusivo de alcohol, revelan que las familias caboverdianas gastan en bebidas alcohólicas más de doble de la educación y la salud.

El alcohol es la droga lícita más consumida en el país y las familias reservan el 2% de sus rendimientos para el consumo de bebidas alcohólicas al igual que para gastos de salud.

El alcoholismo es considerado una de las principales causas de muerte en Cabo Verde y es un problema grave para las familias. Afecta aproximadamente el 60% de la población del archipiélago. Constituye además una de las diez causas más frecuentes de incapacidad en el trabajo.

Con el objetivo de frenar este problema, se lanzó la campaña "Menos alcohol Más vida" con el fin de sensibilizar a los caboverdianos respecto a las consecuencias del uso y abuso del alcohol.

Según estadísticas de la INPS (Instituto de Prevención Social), en 2015 el 27% de las personas que benefician de una pensión por invalidez tuvo como causa el excesivo consumo de bebidas alcohólicas.

El alcoholismo constituye una de las principales causas de muerte prematuras en el país y uno de los principales factores de riesgo para las enfermedades crónicas no transmisibles. (Semedo, J. 2012)

Es considerado un problema de salud pública y social, no obstante, beneficia de una elevada tolerancia social y enorme significación cultural.

Los datos revelados durante la presentación de la campaña “Menos alcohol Más vida” demuestran que, en 2010, los caboverdianos consumían en media per cápita 6,9 litros de alcohol puro por año.

Los datos del 2015 divulgados por la OMS revelan que los caboverdianos consumen en media per cápita 7,2 litros de alcohol por año.

Un tercio (1/3) de los enfermos ingresados en el Hospital psiquiátrico del país es por problemas de consumo de alcohol.

De los países africanos, Cabo Verde registra una frecuencia superior a media de perturbaciones ligadas al consumo de bebidas alcohólicas (5,1%) y entre los países africanos de habla portuguesa presenta el más alto porcentaje de muertes asociados al alcoholismo (3,6%).

En este sentido, reconocer el alcoholismo como enfermedad permite combatir los prejuicios sociales existentes que ven al alcohólico como un delincuente o persona sin moral, dañando su autoestima, favoreciendo en este sentido, la elaboración y aplicación cada vez mayor de nuevas estrategias terapéuticas para abordar dicha problemática. Además, facilita tener una orientación más preventiva y dirigida hacia un diagnóstico precoz, teniendo en cuenta las ventajas que tiene para la persona un tratamiento lo más temprano posible. (Delgado, A., 2015)

En Cabo Verde hay mucho camino por andar todavía, se requiere abordar seriamente el problema de las drogas. Hay que trabajar en función de la comprensión, diagnóstico, prevención y tratamiento del alcoholismo y las otras drogas.

El consumo de drogas lícitas e ilícitas tiene una gran repercusión a nivel biológico, fisiológico, psicológico, y tanto a nivel individual, social, como a nivel grupal, dígase la familia y la sociedad en su totalidad.

CONCLUSIONES

Los comportamientos adictivos más frecuentes en Cabo Verde son la dependencia al alcohol como droga lícita más consumida en el país y la cocaína, el cannabis y la heroína como drogas ilícitas más consumidas.

Esta problemática hace parte del día a día del caboverdiano, está presente en los discursos y abordajes de los políticos e instituciones del país, pero en la práctica todavía hay mucho que hacer.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

González, R. (1998): Clínica Psiquiátrica. Básica actual. Editorial Científico-Técnica

Delgado, A. (2015): *Funcionamiento familiar de un grupo de familias con un miembro alcohólico*. Tesis para optar por el título de Máster en Psicología Clínica. La Habana.

Neves, A. y Miasso, A. (2010): “Uma força que atrai”: o significado das drogas para usuarios de uma ilha de Cabo Verde. Rev. Latino-Am Enfermagem. Versión online, vol.18, ISSN 1518-8345, recuperado de <http://www.scielo.br>. Fecha de consulta 30 de julio de 2018.

Semedo, J. (2012): *Nuevo paradigma de la droga en Cabo verde*. Mindelo ISBN: 978-84-15774-07-5, libro digital en www.eumed.net

Consultado el 30 de julio de 2018.

Cannabis e cocaína continúan a ser as drogas mais consumidas em Cabo verde, recuperado de <https://noticias.sapo.cv> Revista Lusa. Publicado el 27 junio 2014. consultado el 30 de julio de 2018.

Caracterización del consumo de tabaco en pacientes del sexo femenino. Dic/Feb 2017-2018

María Del Carmen Castro Borrego^I Dra. Nuvia Nieves Tan Castañeda^{II}

I Estudiante de 3er año de Estomatología. Alumna Ayudante de Estomatología General Integral

II Especialista de II Grado en Estomatología General Integral. Máster en Salud Bucal Comunitaria. Profesora auxiliar.

Universidad de Ciencias Médicas de La Habana

Resumen:

El consumo de tabaco en los últimos años se ha incrementado en el sexo femenino. **Objetivo:** caracterizar el consumo de tabaco en pacientes del sexo femenino. **Método:** se realizó un estudio observacional descriptivo transversal en pacientes fumadoras que acudieron a la consulta estomatológica del policlínico "Salvador Allende" entre diciembre- febrero del 2017-2018. **Resultados:** el placer estuvo presente en un 45% como razón actual de consumo. El 96,6% de la población fumaba cigarrillo. El 53,3% tenía moderada dependencia física. El 41,7% presentaba media motivación para abandonar la adicción. El 46,7 tenía dependencia psicológica. El 61,7 tenía leve dependencia social. El 66,7 tenía alta dependencia gestual. **Conclusiones:** La edad de la adolescencia fue la más común en el inicio de la adicción, la curiosidad fue el motivo principal y el placer la razón de consumo actual de la misma. La mayoría de los pacientes tenían gran dependencia física al cigarro. Moderada dependencia física, psicológica y motivación para abandonar la adicción, la dependencia social fue baja y la gestual alta.

Palabras Clave: tabaquismo, dependencia

Introducción:

El origen del tabaco se remonta a hace unos 2.000 años, la población autóctona de América lo empleaban como medicina, como alucinógeno en las ceremonias religiosas y como ofrenda a los espíritus que adoraban¹.

A principios del siglo XVI Carlos V recibió semillas de la planta que sembró y cultivó; cinco décadas después Juan Nicot, embajador francés en Portugal, la llevó a la reina de Francia. En reconocimiento a él, la planta fue llamada Nicotiana (Nicotina tabacum); y su principio activo Nicotina,² que actúa sobre el sistema nervioso central.

El fumador sufre una dependencia física y psicológica que genera un síndrome de abstinencia, denominado tabaquismo. La nicotina genera adicción, pero tiene efectos antidepresivos y de alivio sintomático de la ansiedad.

El tabaquismo es la toxicomanía más frecuente en el mundo³, es una de las mayores amenazas para la salud pública, se ha definido como la principal causa evitable de mortalidad, pues ocasiona más defunciones (una de cada diez muertes en todo el mundo) que el SIDA, el consumo de alcohol y los accidentes de tránsito.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en la última edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades, lo ha catalogado como una enfermedad crónica no trasmisible y adictiva.⁴

El humo del tabaco contiene unas 4 000 sustancias tóxicas, de las cuales más de 60 son carcinógenas, entre las que figuran el monóxido de carbono, cianuro de hidrógeno, radicales oxidantes reactivos.⁵

El consumo crónico del tabaco constituye en la actualidad un fenómeno social que afecta indistintamente a todos los sectores de la población y constituye uno de los mayores problemas con que las autoridades sanitarias se enfrentan. Se considera una epidemia de carácter universal y es una gravosa carga para el individuo, la familia y la sociedad.⁶

Mata a más de 7 millones de personas al año, de las cuales más de 6 millones son consumidores directos y alrededor de 890 000 son no fumadores expuestos al humo ajeno.

Casi el 80% de los más de mil millones de fumadores que hay en el mundo viven en países de ingresos bajos o medios, donde es mayor la carga de morbilidad y mortalidad asociada al tabaco.²

Cuba ocupa el quinto lugar en América Latina y el Caribe en cuanto a la prevalencia del tabaquismo.⁷

Tal es el resultado que aporta una investigación realizada en el área de salud del Policlínico "Dr. Jorge Ruiz Ramírez", donde la prevalencia de tabaquismo, de acuerdo a la clasificación de la OMS, fue elevada.⁸ Otro estudio señala que el consumo per cápita de cigarrillos en el año 2013 en relación con el del 2012 creció 4,8 %.⁹

La evolución del tabaquismo en las mujeres es diferente a la de los hombres.¹⁰ La mujer apenas fumaba en los países desarrollados antes de la Segunda Guerra Mundial. Importantes cambios sociológicos, como fueron su incorporación al mundo laboral y los movimientos de emancipación e igualdad, fundamentalmente durante los años 50 y 60, propiciaron la introducción de las mujeres en el hábito de fumar tabaco.¹¹ Las consecuencias de ello comienzan a ser desastrosas. Fumar mata aproximadamente a medio millón de mujeres cada año y es la causa evitable más importante de muerte prematura de las mujeres en la mayoría de los países desarrollados.¹²

En Cuba, en concreto, es muy preocupante el consumo de tabaco en las mujeres, fundamentalmente porque todavía se observa una tendencia al aumento de la prevalencia. Lancés Luisa en el informe de resultados de la Encuesta Mundial sobre Tabaquismo en Jóvenes afirma que en general la prevalencia del tabaquismo en ambos sexos fluctúa entre un 30% y 40% y aun cuando es más elevada entre los hombres, la diferencia con respecto a las mujeres ha disminuido.¹³

Este hábito no solo es causa común de múltiples enfermedades cerebrovasculares, digestivas y respiratorias, entre otras; está asociado a una gran variedad de cambios perjudiciales en la cavidad bucal, afecta absolutamente a todos sus elementos, altera el microambiente de esta y a su vez lo predispone, para que se presenten afecciones como: lesiones premalignas, cáncer bucal, estomatitis nicotínica, melanoma del fumador, cicatrización retardada de las heridas, lengua vellosa, halitosis y periodontopatías.¹⁴

Las investigaciones encontradas sobre el tema se limitan fundamentalmente a la cantidad de cigarrillos que se fuman diariamente, existiendo otros aspectos que serían de interés para el manejo integral del paciente; como lo es no solo la intensidad del consumo sino el grado de dependencia psicológica y física que presentan; la calidad del producto, pues se ha observado que el tabaco natural es menos dañino; los motivos de inicio, mantenimiento y grado de motivación para dejar la adicción, datos importantes para el tratamiento psicológico del paciente; así como la edad de inicio y el momento, aspectos necesarios para la prevención de enfermedades; digamos que se podría profundizar y detallar en una descripción más completa sobre el consumo en pacientes del sexo femenino, con la utilización de criterios bien avalados que se establecen para clasificar las adicciones.

Al analizar todas las características del tabaquismo y sus efectos perjudiciales sobre la salud y en particular la salud bucal además del índice elevado en la población y su marcado incremento en el sexo femenino, se realiza la siguiente interrogante ¿cómo es el comportamiento del consumo de tabaco en las mujeres?

Motivo por el cual se propone en el presente estudio caracterizar el consumo de tabaco en los pacientes del sexo femenino que acuden al servicio estomatológico del policlínico Salvador Allende en el período comprendido de diciembre a febrero del año 2017-2018.

Objetivo:

- Caracterizar el consumo de tabaco en pacientes del sexo femenino pertenecientes al policlínico “Salvador Allende” en el período comprendido de diciembre a febrero del año 2017-2018.

Diseño metodológico:

Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal en pacientes del sexo femenino fumadoras que acuden a la consulta estomatológica del policlínico Salvador Allende del Municipio Boyeros, en el período de diciembre a febrero del 2017-2018.

Definición del universo de estudio:

El universo estuvo integrado por la totalidad de 60 pacientes del sexo femenino fumadoras que acudieron a consulta estomatológica de atención primaria del policlínico Salvador Allende desde diciembre del 2017 hasta febrero del 2018.

Método:

Obtención de la información:

La obtención de la información se realizó a través de los formularios aplicados y la consulta de revisiones bibliográficas, investigaciones y datos estadísticos. Para caracterizar el consumo de tabaco se confeccionó una encuesta teniendo en cuenta la intensidad del consumo según los criterios expuestos en el Manual de adicciones para médicos especialistas

en formación.¹⁹, se aplicó el Test de Fagerström en su versión modificada validada en español que evalúa la dependencia física a la nicotina; el Test de Richmond que evalúa la motivación para abandonar el consumo y el Test de Glover Nilson que valora la dependencia psicológica, social o gestual hacia el tabaco, y además se tuvo en cuenta criterios de expertos y experiencias aplicadas en estudios similares.

Principales variables de medición de la respuesta y procesamiento:

Como principales variables se utilizó: edad de comienzo en la adicción, tipo de sustancia que fuma, intensidad del consumo, dependencia física, dependencia psicológica, social o gestual hacia el tabaco, motivación inicial y motivación para abandonar el consumo.

Operacionalización de variables: Con el propósito de dar salida al objetivo propuesto en esta investigación, se utilizaron las siguientes variables:

Variable	Escala	Descripción	Indicador
Sexo	Femenino	Sexo biológico	Porcentaje
Edad	11-19 años 20-30 años 31-59 años Más de 60 años	Adolescencia:11-19 años Adulto joven 20-30 años Adulto maduro 31-59 años Senectud: mayor de 60 años	Porcentaje
Edad de comienzo en la adicción	9-10 años 11-19 años 20-30 años 31-60 años 60 ó más	Infancia: hasta los 10 años Adolescencia: 11-19 años adulto joven:20-30 años adultez:31-60 Senectud: mayores de 60 años	Porcentaje
Tipo de sustancia que fuma	Cigarro Tabaco Ambas	Según preferencia del consumidor	Porcentaje
Intensidad del consumo.	Leve Moderada Grave	Leve: menos de 10 cigarrillos/día Moderado:10-20 cigarrillos/día Grave: Más de 20 cigarrillos /día	Porcentaje
Dependencia Física(Test de Fagerström)	Baja Moderada Alta	Baja:0-3 puntos Moderada:4-7 puntos Alta: 8-10 puntos	Porcentaje
Motivación Inicial del consumo	Curiosidad Imitación Placer Miedo Preocupación Diversión Tristeza Moda Necesidad Otras	Razón o razones que llevaron al individuo a iniciarse en el consumo de tabaco.	Porcentaje
Motivación Actual del consumo	Curiosidad Imitación Placer Miedo Preocupación Diversión Tristeza	Razón o razones que llevan al individuo a mantenerlo actualmente.	Porcentaje

Variable	Escala	Descripción	Indicador
	Moda Necesidad		
Motivación para abandonar el consumo de tabaco (Test de Richmond)	Baja Media Alta	Baja: 0-4 puntos Media: 5-6 puntos Alta: 7-10 puntos	Porcentaje
Dependencia psicológica, social o gestual hacia el tabaco (Test de Glover Nilson)	Leve Moderada Alta	Leve: 0-2 puntos Moderada: 3-5 puntos Alta: 6-8 puntos	Porcentaje

- **Métodos de procesamiento y análisis de la información:**

La información se recogió por los investigadores y se procesó para su análisis y discusión utilizando una base de datos en Excel, se usó como medida resumen el porcentaje.

Finalmente se confeccionó un informe a través del procesador de texto Word, presentándose los resultados para su interpretación en forma de tablas.

Teniendo en cuenta el objetivo planteado se analizó y discutió los resultados obtenidos para de esta forma integrar y sintetizar los aspectos, permitiendo elaborar las conclusiones de la investigación.

- **Aspectos éticos:**

Este estudio se realizó teniendo en cuenta los principios éticos y de respeto a la autodeterminación y bajo el consentimiento informado, para lo cual se confeccionó un acta de conformidad donde se registró el consentimiento de los pacientes para participar voluntariamente en la investigación, se respetó la voluntad de no querer participar. En dicha acta se les explicó en qué consistía el estudio, la encuesta que debían de llenar con el estricto cumplimiento de todas las normas de ética y bioética establecidas para la seguridad del paciente y del operador.

No se utilizó la información obtenida con otra finalidad que no sea la propuesta en el proyecto.

Resultados:

Tabla 1: Distribución de pacientes según edad de comienzo en la adicción. Dic/feb del 2017-2018.

Edad de comienzo	Frecuencia	Porcentaje
9-10 años	-	-
11-19 años	39	65
20-30 años	20	33,3
31-60 años	1	1,7
60 años	-	-
total	60	100

La distribución de los pacientes del sexo femenino de acuerdo a la edad de comienzo de la adicción queda reflejada en la tabla 1, con un predominio de edad entre 11 y 19 años para un 65% del total, seguida la edad de 20-30 años representó un 33,3%.

Tabla 2. Distribución de pacientes según intensidad del consumo. Dic/feb del 2017-2018.

Intensidad del consumo	Cantidad de pacientes	Porcentaje
Leve	23	38,3
Moderada	27	45
Grave	10	16,7
Total	60	100

La distribución de los pacientes según la intensidad de consumo, la cual está en correspondencia con la cantidad de cigarrillos consumidos de forma diaria se muestra en la tabla 2 donde se identificó que el mayor porcentaje estaba relacionado con el consumo moderado 45% (de 11-20 cigarrillos al día), seguido el leve 38,3% y en menor medida el grave con 16,7%.

Tabla 3. Distribución de pacientes según grado de dependencia física y tipo de sustancia que fuman. Dic/feb del 2017-2018.

Grado de dependencia física	Tabaco	Cigarro	Ambos	Total	Porcentaje
Baja	-	24	1	25	41,7
Moderada	-	32	-	32	53,3
Alta	1	2	-	3	5
Total	1	58	1	60	100
%	1,7	96,6	1,7	100	100

La distribución de los pacientes según el grado de dependencia física y su relación con el tipo de sustancia que fuman se refleja en la tabla 3 donde el 96,6% de la población fuma cigarro, y el restante fuma tabaco o ambos.

El 41,7% del total manifestó una baja dependencia física según el Test de Fagerström, un 53,3% presentó dependencia moderada y el 5% alta dependencia física al consumo de cigarro.

Tabla 4. Distribución de pacientes según motivación inicial y actual del consumo de tabaco. Dic/feb del 2017-2018.

Motivación	Inicial		Actual	
	No	Porcentaje	No	Porcentaje
Curiosidad	17	28,3	-	-
Imitación	14	23,3	-	-
Placer	3	5	27	45
Preocupación	9	15	8	13,3
Diversión	10	16,7	2	3,3
Tristeza	1	1,7	1	1,7
Moda	2	3,3		
Ansiedad	4	6,7	22	36,7
total	60	100	60	100

La distribución de pacientes encuestados según motivación inicial y actual de consumo aparece reflejada en la tabla 4 donde la curiosidad representó el 28,3% del total como motivación inicial, seguida de la imitación 23,3% y la diversión 16.7%. La tristeza con un 1,7% no fue muy frecuente como razón de inicio de consumo.

Como motivación psicosocial actual de consumo predominó el placer en un 45% del total, seguido de la ansiedad con un 36,7%.

Tabla 5. Distribución de pacientes según motivación para abandonar el consumo de tabaco.

Motivación para abandonar el consumo	Grupo de Edades						
	9-10 años	11-19 años	20-30 años	31-59 años	Más de 60 años	Total	Porcentaje
Baja	-	2	4	5	4	15	25
Media	-	2	8	8	7	25	41,7
Alta	-	1	2	6	11	20	33,3
total	-	5	14	19	22	60	100

En cuanto a la distribución de pacientes encuestados según edad y motivación para abandonar el consumo de tabaco según el test de Richmond reflejada en la tabla 5 el 41,7% del total tiene un grado de motivación medio no mostrando mucha diferencia entre los grupos de edades de 20-30, 31-60 y más de 60, el 33,3% tienen alta motivación de ellos el grupo de edad conformado por los pacientes de más de 60 años son los más representativo, mientras que el 25% restante tiene baja motivación para abandonar la adicción sobre todo en el grupo de edad de 11-19 años.

Tabla 6: Distribución de pacientes según grado de dependencia psicológica del consumo de tabaco.

Grado de dependencia psicológica	Cantidad de pacientes	Porcentaje
Leve	20	33,3
Moderada	28	46,7
Alta	12	20
Total	60	100

El grado de dependencia psicológica del consumo de tabaco de estos pacientes se demuestra en la tabla 6, donde predominó un nivel de dependencia moderada con un 46,7%.

Tabla 7: Distribución de pacientes según grado de dependencia social del consumo de tabaco.

Grado de dependencia social	Cantidad de pacientes	Porcentaje
Leve	37	61,7
Moderada	17	28,3
Alta	6	10
Total	60	100

A partir del Test de Glover Nilson para medir el grado de dependencia social del consumo del tabaco, se constató que el 61,7% del total de pacientes presenta una dependencia leve, dato reflejado en la tabla 7.

Tabla 8: Distribución de pacientes según grado de dependencia gestual del consumo de tabaco.

Grado de dependencia gestual	Cantidad de pacientes	Porcentaje
Leve	13	21,7
Moderada	7	11,6
Alta	40	66,7
Total	60	100

El grado de dependencia gestual que predominó fue alto representado por 40 pacientes para un 66,7%, datos que se reflejan en la tabla 8.

Discusión:

La edad de comienzo más común en la adicción fue de 11 a 19 años, que constituye la etapa de la adolescencia, esto coincide con la investigación de Blanco María Lucia²² que define a esta etapa como de alto riesgo para la adquisición de conductas de consumo de diversas sustancias y el establecimiento de ciertas prácticas. En la introducción en esta etapa de hábitos de vida poco saludables como el tabaquismo, que se mantienen posteriormente en la vida adulta y son difíciles de modificar una vez establecidos, intervienen una serie de condicionantes multifactoriales de riesgo: factores microsociales (amigos, padres, familia), macrosociales (publicidad, disponibilidad de conseguir tabaco), estatus socioeconómico, individuales (psicológicos) y factores dependientes de la propia actitud hacia dichos hábitos. Sin

embargo, las edades entre 9-11 años, 31-60 con un 1,7% y más de 60 no demostraron ser muy frecuentes para el comienzo de la adicción.

La intensidad del consumo según los criterios expuestos en el Manual de adicciones para médicos especialistas en formación fue en su mayoría moderada 45% por lo que existe una mayor cantidad de pacientes que fuman entre 11 y 20 cigarrillos diarios, seguido por el consumo leve con un 38,3% considerado menos de 11 cigarrillos. Estos datos coinciden con la investigación de Margolles Mario¹⁶ quien plantea un consumo promedio de cigarrillos de 14,7.

La motivación inicial más común del consumo fue la curiosidad, seguido por la imitación y la diversión, que se corresponde con sentimientos normales del grupo etario que predominó, la adolescencia, así lo define Blanco María Lucia²² en su investigación: el adolescente comienza a fumar como parte del proceso de experimentación que le lleva a conocer y adaptarse al entorno propio del adulto, incitado por averiguar los efectos de dicha acción. Con respecto a la motivación actual de fumar, resultó ser el placer la más general, seguido por la preocupación y el estrés, que responde a la existencia de una adicción real al tabaquismo. Esto coincide con lo expresado por el Dr. Nery Suarez Lugo⁸ cuando plantea que el hábito se mantiene mayormente por placer.

La dependencia física según el test de Fagerström fue en su mayoría moderada 53,3%, presentando algunas variaciones en el tiempo que transcurre desde que se despiertan hasta que fuman el primer cigarrillo que por lo general es menos de 30 minutos, la mayoría de las encuestadas no presentaban dificultad para fumar en los sitios prohibidos, fumaban por lo general de 11 a 20 cigarrillos y en su mayoría no lo hacían cuando estaban muy enfermas, la mayor parte de las personas encuestadas referían fumar en las primeras horas tras levantarse. Es el cigarro la sustancia más fumada, por encima del tabaco o el consumo de ambos. Según la investigación de I. Nerín²¹ esta dependencia física está íntimamente relacionada con la función de la nicotina sobre nuestro organismo.

La motivación para abandonar el consumo de tabaco en los pacientes encuestados según el test de Richmond fue media manteniéndose casi constante en edades de 20 hasta más de 60 años, pues se asienta la madurez y los posibles efectos adversos del tabaquismo comienzan a aparecer, por lo que las personas van motivándose más por abandonar el consumo con excepción de 11-19 que fue menos frecuente, esta última debido a la baja existencia de conciencia en las personas jóvenes, además que plantean que las mismas no tienen vicio alguno y por tanto no está entre sus objetivos el abandono de la actividad; sin embargo en los pacientes de más de 60 años existe una alta motivación para abandonar la adicción.

Se plantea en estas edades tempranas de la vida, la tendencia biológica al desequilibrio entre los mecanismos cerebrales que subyacen al procesamiento de las recompensas, y los que se ocupan de la información social y emocional que conllevan al adolescente a situaciones de extrema vulnerabilidad y a implicarse en conductas de riesgo.²³

La dependencia psicológica del consumo de tabaco según el test de Glover Nilson fue moderada 46,7%, contribuyendo a esta calificación algunas actitudes como la importancia del hábito, la angustia tras quedarse sin los cigarrillos, el percibir el tabaco como un símbolo de recompensa tras cumplir una tarea y así como su necesidad. Según el estudio de I. Nerín²¹ este hecho está muy relacionado con el grado de dependencia física del individuo, al poseer el cigarrillo sustancias adictivas que causan dependencia.

La dependencia social del consumo de tabaco según el test de Glover Nilson fue leve con un 61,7%. A medida que los fumadores se hacen más dependientes, hay un cambio motivacional hacia el uso del tabaco. Quienes llevan poco tiempo fumando le dan mayor importancia a los motivos sociales y a factores contextuales, mientras que los fumadores pesados le dan mayor valor al control del afecto negativo, siendo este último el mejor predictor para la continuidad de esta conducta. A medida que fumar se asocia menos a estímulos externos y más a claves internas, mayor número de fumadores se pueden clasificar como dependientes (Baker, Brandon y Chassin, 2004).²²

La dependencia gestual del consumo según el test de Glover Nilson fue alta con un 66,7%, seguida de leve 21,7 y moderada 11,6. La mayoría de los pacientes respondieron de forma afirmativa sobre algunos lugares y/o circunstancias que los incitaban a fumar como es el caso del café y las bebidas alcohólicas, la combinación de estas sustancias afecta seriamente la salud del individuo según López Ángeles²⁴.

Conclusiones:

El consumo de tabaco no está ajeno al sexo femenino, existe un incremento notorio de pacientes fumadoras, siendo el período de la adolescencia donde se comienza la adicción, la curiosidad es el motivo de inicio de mayor frecuencia y el placer el motivo actual de la misma. La mayoría de los pacientes consumen cigarro por encima de tabaco y tienen una moderada dependencia física al mismo, la intensidad de consumo es moderada. El grupo de edad entre 11 a 19 años se muestra menos interesados en el abandono del consumo de cigarrillos mientras que en aquellos que tienen más de 31 años se observa el deseo de dejar de fumar. La dependencia psicológica es moderada, la social es leve mientras que la gestual es alta.

Referencias Bibliográficas:

- 1- Escohotado A. Historia General de las drogas. Madrid: Editorial Espasa Calpe; 1998.
- 2- González Menéndez R. Las adicciones: Clínica y tratamiento. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2002
- 3- González Hidalgo JA, Díaz Piedra JA, Alfonso Díaz K, Avalos González MM. Hábito de fumar en la adolescencia. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2012 Sep [citado 2017 Feb 20]; 28(3): 282-289. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252012000300007&lng=es.
- 4- Centro de Prensa de la OMS, nota descriptiva sobre tabaco, mayo 2017. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es/>
- 5- Regueiro Suárez D de los A, Morales Espinosa N, Hernández Leiva AM, González Soto YM. Tabaquismo. Mediciego [Internet]. 2014 Dic [citado 2017 Ene 05]; 18 (No. esp). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol_18noesp_2012/rev/t-32.html
- 6- Ordúñez PO, Cooper RS, Espinosa AD, Iraola Ferrer MD. Enfermedades cardiovasculares en Cuba: determinantes para una epidemia y desafíos para la prevención y control. Rev Cubana Salud Pública. 2005;31(4):58-9.
- 7- Gálvez González AM, García Fariñas A. Resultados de investigación en Economía de la Salud. Costos de atención a la salud asociados al tabaquismo en Ciudad de La Habana. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014.
- 8- Suárez Lugo N, Campos Pupo E. Prevalencia y Percepción del riesgo del tabaquismo en el área de salud del policlínico "Dr. Jorge Ruiz Ramírez". Rev Cubana de Salud Pública [Internet]. 2015 [citado 2018 Ene 05]; 36(2):125-131. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086434662010000200005&script=sci_arttext
- 9- Suárez Lugo N. Mercado y consumo de cigarrillos en Cuba y la decisión entre tabaco o salud. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2016 Sep [citado 2018 ene 22]; 40(3): 331-344. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662014000300003&lng=es.
- 10- Chollat-Traquet C. La mujer y el tabaco. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1993
- 11- Becoña E, Galego P, Lorenzo MC. El tabaco y su abandono. Santiago de Compostela: Plan Autonómico sobre Drogodependencias; 1987.
- 12- Amos A. Women and smoking. Br Med Bull 1997; 52:74-89
- 13- Lancés Cotilla Luisa. Informe de resultados de la Encuesta Mundial sobre Tabaquismo en Jóvenes, Ciudad de La Habana, Cuba, 2001. [Internet]. Disponible en: <http://www.who.int/tobacco/surveillance/Cuba%20Report-2001.pdf>
- 14- Castellanos González Maricel, Cueto Hernández M. Efectos fisiopatológicos del tabaquismo como factor de riesgo en la enfermedad periodontal. Rev. Finlay vol.6 no.2 Cienfuegos abr.-jun. 2016. [Internet]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342016000200006
- 15- Pupo Noria Liset. Caracterización de las publicaciones sobre tabaquismo en revistas científicas cubanas (2005-2014). Rev Cubana Salud Pública vol.42 no.3 Ciudad de La Habana jul.-set. 2016 [Internet]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662016000300005

- 16- Margolles Mario. Dirección General de Salud Pública y Participación. Agosto de 2009. Encuesta de Salud para Asturias [Internet]. Disponible: https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/AS_Drogas/Observatorio/consumodetabaco_1.pdf
- 17- Toledo Pimental B, González Díaz ME, Alfonso Tarraú MS, Pérez Carrillo A, Rodríguez Linares ML. Tabaquismo y enfermedad periodontal. Rev Cub Med Mil [Internet]. 2015 Jun [citado 2017 ene 23]; 31(2): 94-99. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S013865572002000200004&lng=es.
- 18- Ruiz Candina H, Herrera Batista A, Martínez Betancourt A. Periodontopatías en jóvenes y adolescentes adictos a drogas psicoactivas, atendidos en el Centro de Deshabitación de Adolescentes, del municipio Playa. Rev Cubana Invest Bioméd [Internet]. 2013 [citado 2017 ene 05]; 32(2): 178-185. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/ibi/vol32_2_13/ibi07213.htm
- 19- Pérez-Milena Alejandro. Motivaciones para el consumo de tabaco entre los adolescentes de un instituto urbano. Gac Sanit vol.26 no.1 Barcelona ene./feb. 2012 [Internet]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112012000100009
- 20- Bianco E. La epidemia de tabaquismo y su control en Latinoamérica. Salud pública Méx [Internet]. 2013 Ene [citado 2017 Ene 05]; 52 (Suppl 2): S94-S95. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003636342010000800003&lng=es.
- 21- I. Nerín. Evaluación de la dependencia psicológica mediante el test de Glover-Nilsson en el tratamiento del tabaquismo. Arch Bronconeumol 2005;41:493-8 - Vol. 41 Núm.9 DOI: 10.1157/13078651. [Internet]. Disponible en: <http://www.archbronconeumol.org/es/evaluacion-dependencia-psicologica-mediante-el/articulo/13078651/>
- 22- María Lucía Blanco. Factores que Influyen en el Consumo de Tabaco. Facultad de Psicología, Universidad de La Sabana. Disponible en: <https://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/2600/121974.pdf?sequence=1>
- 23- Mora Teruel F. Los laberintos del placer en el cerebro humano. Madrid: Alianza Editorial; 2006.
- 24- López Ángeles. Tabaco más café multiplica el riesgo cardiovascular. Feb.2005, actualizado 4 marzo 2018. [Internet]. Disponible en: <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2004/12/14/tabaco/1103048771.html>

Anexo 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo: _____

Afirmo que es de mi conocimiento el estar incluido en el grupo de pacientes seleccionados para la investigación titulada "Caracterización del consumo de tabaco en pacientes del sexo femenino que acuden a la consulta de Estomatología".

Se me ha explicado que debo llenar una encuesta y unos test relacionados con mi consumo de tabaco.

Se me explicó además que mi participación es absolutamente voluntaria. Aun así autorizo se me incluya en la investigación.

Firma del Paciente: _____

Anexo 2

TEST DE FAGERSTRÖM

Para medir la dependencia física, la versión más utilizada es la modificada en 6 ítems que ha sido validada en español.

1. Tiempo trascurrido desde que se despierta hasta que fuma el primer cigarrillo.

Menos de 5 min = 3

6-30 min = 2

31min-60min = 1

Más de 60 min = 0

2. Dificultad para fumar en los sitios prohibidos.

Si = 1

No = 0

3. Cigarrillo que más le desagrada **no** fumar

El primero = 1

Cualquier otro = 0

4. Cigarrillos que fuma al día.

Más de 30 = 3

21-30 = 2

11_20 = 1

Menos de 11 = 0

5. Si fuma más las primeras horas tras levantarse que el resto del día.

Si = 1

No = 0

6. Si fuma aunque esté muy enfermo (tener que estar en la cama la mayor parte del día)

Si = 1

No = 0

Clasifica la dependencia en tres niveles:

- Baja : 0-3 puntos
- Moderada: 4-7 puntos
- Alta :8-10 puntos

Anexo 3

TEST DE RICHMOND.

Evalúa la motivación para abandonar el consumo de tabaco.

1. Le gustaría dejar de fumar si pudiera hacerlo fácilmente.

Si = 1

No = 0

2. Tiene interés en dejar de fumar.

Mucho = 3

Bastante = 2

Algo = 1

Nada = 0

3. Lo intentará en las 2 semanas próximas.

Si = 2

Quizás = 1

Definitivamente no = 0

4. Existe la posibilidad de que en los 6 próximos meses sea un "no fumador".

Definitivamente si = 2

Quizás = 1

Definitivamente no = 0

Clasifica la motivación en 3 niveles:

- Baja: 0-4 puntos
- Media: 5-6 puntos
- Alta: 7-10 puntos

De 9 – 10 dan cierta expectativa de éxito de la deshabituación.

Anexo 4

TEST DE GLOVER NILSON.

Valora la Dependencia Psicológica, Social o Gestual hacia el tabaco.

1. Mi hábito de fumar es muy importante para mi.

Nada en Absoluto = 0 Algo = 1 Moderadamente = 2 Mucho = 3 Muchísimo = 4

2. Juego y Manipulo el cigarro como parte del ritual del hábito de fumar.

Nada en Absoluto = 0 Algo = 1 Moderadamente = 2 Mucho = 3 Muchísimo = 4

3. Juego y Manipulo el paquete de tabaco como parte del ritual del hábito de fumar.

Nada en Absoluto = 0 Algo = 1 Moderadamente = 2 Mucho = 3 Muchísimo = 4

4. ¿Ocupa manos y dedos para evitar el tabaco?

Nunca = 0 Raramente = 1 A Veces = 2 A Menudo = 3 Siempre = 4

5. ¿Suele ponerse algo en la boca para dejar de fumar?

Nunca = 0 Raramente = 1 A Veces = 2 A Menudo = 3 Siempre = 4

6. ¿Se recompensa así mismo con un cigarro tras cumplir una tarea?

Nunca = 0 Raramente = 1 A Veces = 2 A Menudo = 3 Siempre = 4 Nunca = 0

7. ¿Se angustia cuando se queda sin cigarros o no consigue encontrar el paquete de tabaco?

Nunca = 0 Raramente = 1 A Veces = 2 A Menudo = 3 Siempre = 4 Nunca = 0

8. ¿Cuándo no tiene tabaco, le resulta difícil concentrarse o realizar cualquier tarea?

Nunca = 0 Raramente = 1 A Veces = 2 A Menudo = 3 Siempre = 4 Nunca = 0

9. ¿Cuándo se haya en un lugar que está prohibido fumar, juega con su cigarro o paquete de tabaco?

Nunca = 0 Raramente = 1 A Veces = 2 A Menudo = 3 Siempre = 4 Nunca = 0

10. ¿Algunos lugares o circunstancias le incitan a fumar: su sillón favorito, sofá, habitación, auto, o la bebida (alcohol, café, etc)?

Nunca = 0 Raramente = 1 A Veces = 2 A Menudo = 3 Siempre = 4 Nunca = 0

11. ¿Se encuentra a menudo encendiendo un cigarro por rutina, sin desearlo realmente?

Nunca = 0 Raramente = 1 A Veces = 2 A Menudo = 3 Siempre = 4 Nunca = 0

12. ¿Le ayuda a reducir el estrés el tener un cigarro en las manos aunque sea sin encenderlo?

Nunca = 0 Raramente = 1 A Veces = 2 A Menudo = 3 Siempre = 4 Nunca = 0

13. ¿A menudo se coloca cigarros sin encender u otros objetos en la boca (bolígrafos, palillos, chicles, etc) y los chupa para relajarse del estrés, tensión, frustración, etc?

Nunca = 0 Raramente = 1 A Veces = 2 A Menudo = 3 Siempre = 4 Nunca = 0

14. ¿Parte del placer de fumar procede del ritual de encender el cigarrillo?

Nunca = 0 Raramente = 1 A Veces = 2 A Menudo = 3 Siempre = 4 Nunca = 0

15. ¿Parte del placer del tabaco consiste en mirar el humo cuando lo inhala?

Nunca = 0 Raramente = 1 A Veces = 2 A Menudo = 3 Siempre = 4 Nunca = 0

16. ¿Enciende alguna vez un cigarrillo sin darse cuenta de que ya tiene una encendido en el cenicero?

Nunca = 0 Raramente = 1 A Veces = 2 A Menudo = 3 Siempre = 4 Nunca = 0

17. ¿Cuándo esta solo en una fiesta, compartiendo con sus amigos, etc, se siente mas seguro, a salvo o mas confiado con un cigarrillo en las manos?

Nunca = 0 Raramente = 1 A Veces = 2 A Menudo = 3 Siempre = 4 Nunca = 0

18. ¿Suele encender un cigarro si sus amigos lo hacen?

Nunca = 0 Raramente = 1 A Veces = 2 A Menudo = 3 Siempre = 4

Anexo 5

ENCUESTA DE INVESTIGACIÓN.

Caracterización del consumo de Tabaco.

Nombre y apellidos: _____

1. Edad__

2. Sexo__

3. Edad de comienzo en la adicción:

3.1- De 9-10 años__

3.2-De 11-19 años__

3.3-De 20-30 años__

3.4-De 31-60 años__

3.5-Con 60 ó más__

4. Tipo de sustancia que fuma:

4.1-Cigarro__

4.2-Tabaco__

4.3-Ambos__

5-Motivaciones para el inicio:

5.1-Curiosidad__

5.2-Imitación__

5.3- Placer__

5.4- Miedo__

5.5- Preocupación__

5.6- Diversión__

5.7- Tristeza__

5.8- Moda__

5.9-Necesidad__

5.10- Otras_____

6- ¿Cuál es la motivación actual?

6.1- Curiosidad__

6.2- Imitación__

6.3- Placer__

6.4- Miedo__

6.5- Preocupación__

6.6- Diversión__

6.7- Tristeza__

6.8- Moda__

6.9- Necesidad__

6.10- Otras_____

7. Intensidad del consumo:

7.1- menos de 10 cigarrillos/día__

7.2- De 10-20 cigarrillos/día__

7.3- Más de 20 cigarrillos /día.__