



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**



FACULTAD DE PSICOLOGIA

**MOTIVOS DEL TABAQUISMO Y EMOCIONES DE ADOLESCENTES
FUMADORES Y NO FUMADORES, EXPLORADAS CON LA
PRUEBA DE LÜSCHER**

**TESIS QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA**

**PRESENTA:
MARIA NANCY JIMÉNEZ LÓPEZ**

**DIRECTORA: MTRA. BLANCA ELENA MANCILLA GÓMEZ
REVISORA: LIC. ANNEMARIE BRUGMAN GARCIA**

CIUDAD UNIVERSITARIA 2006



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Agradezco principalmente a la Universidad y a la Facultad de Psicología por haberme aceptado en su casa y por haberse convertido en mi segundo hogar, le agradezco la oportunidad que me dio de crecer profesional y sobre todo personalmente.

A mi directora Mtra. Blanca Elena Mancilla Gómez y a mi revisora Lic. Annemarie Brugman por su paciencia, apoyo y enseñanza durante esta etapa de mi vida, agradezco el tiempo y atención que me ofrecieron mis sinodales Lic. Leticia Bustos, Lic. Aída Araceli Mendoza y Lic. Rosario Muñoz.

A mis papas Ma. de la Luz y Miguel por su apoyo, comprensión y amor, a mis hermanos Gerardo, Armando, Miguel y Rosa por acompañarme siempre. A Juan Ezequiel por acompañarme y apoyarme en todo momento, por su tolerancia, amor y comprensión.

Agradezco a Mercedes, Lissete, Nancy, Eva, Perla, Celia, Natalia, Citlali y Maribel por compartir con migo esta etapa tan maravillosa y determinante en nuestra vida.

**Universidad Nacional Autónoma de México
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"**

Octubre, 2006.

CONTENIDO

RESUMEN	3
INTRODUCCION	6
1. TABAQUISMO	
1.1 Definición de Tabaquismo	8
1.2 Tabaquismo pasivo	8
1.3 Sustancias del Tabaco/ Farmacología del tabaquismo	11
1.4 Efectos del tabaquismo	13
1.5 Factores que favorecen la conducta de fumar	15
1.6 Algunos estudios sobre tabaquismo	16
2. ADOLESCENCIA	
2.1 Pubertad y Adolescencia	18
2.2 Búsqueda de Identidad	19
2.3 Emociones y Adolescencia	21
2.4 Emociones y Problemas conductuales	26
2.5 Adolescencia y Tabaco	28
2.6 Publicidad y Tabaquismo	29
3. MOTIVACIÓN Y TABAQUISMO	
3.1 La motivación como un factor de acción	34
3.2 Motivación y Emoción	35
3.3 Motivos de inicio del consumo de tabaco	37
3.3.1 Modelo afectivo de adquisición del tabaquismo	37
3.3.2 Modelo conductual de adquisición del tabaquismo	38
3.3.3 Motivos de inicio según las categorías de Russell	38
3.4 Motivos de mantenimiento Motivos de mantenimiento del consumo de tabaco	39
3.4.1 Modelos farmacológicos o de adicción nicotínica	39
a) Modelo del efecto fijo de la nicotina	
b) Modelo de regulación de la nicotina	
c) Modelo de regulación múltiple	
3.4.2 Teoría del proceso oponente	41
3.4.3 Modelo ecológico del tabaquismo	42
3.4.4 Motivos de mantenimiento según las categorías de Russell	43

4. MÉTODO	
4.1 Planteamiento del problema	45
4.2 Objetivo general	45
4.3 Hipótesis	45
4.4 Variables	45
4.5 Definición conceptual de variables	45
4.6 Definición operacional de variables	46
4.7 Sujetos	46
4.8 Tipo de estudio	47
4.9 Diseño experimental	47
4.10 Instrumentos y materiales	47
4.11 Escenario	50
4.12 Procedimiento	50
5. RESULTADOS	52
DISCUSIÓN	63
CONCLUSIÓN	69
LIMITACIONES Y SUGERENCIAS	71
BIBLIOGRAFIA	72
ANEXO	75

RESUMEN

Se realizó una investigación con dos grupos de adolescentes de entre 16 y 18 años de edad, uno de fumadores y otro de no fumadores. Se empleó un cuestionario de datos sociodemográficos, el cuestionario de dependencia a la nicotina de Fargeström, el cuestionario de motivos para fumar de Rusell. Finalmente se aplicó la forma abreviada del test de Max Lüscher, éste se sometió a los procesos estadísticos sugeridos por el autor y la graficación reportada por Annamarie Brugman. Los resultados obtenidos muestran que los dos grupos no presentan una diferencia significativa en sus reacciones emocionales, y que tanto fumadores como no fumadores se pueden agrupar en tres clusters: 1) Personas con alto nivel de ansiedad y conductas de rebeldía y grandes demandas de afecto; 2) Personas con un bajo nivel de ansiedad. Pasivos, dependientes y necesitados de apoyo y protección; y 3) Personas con un nivel de maduración más alto, que canalizan sus energías a la obtención de logros y metas creativas.

Palabras clave: Adolescentes fumadores, Reacciones emocionales.

ABSTRACT

A researching made to 2 groups of teenagers between 16 and 18 years old, one of the them was a smokers group and the other one non smokers base don a date questionnaire about socialdemographic, another questionnaire about dependency to nicotine of Fargeström, and a last one questionnaire about motives for smoking by Rusell. Finally an abbreviate way of colors test by Max Lüscher was applied to the statistic process suggested by the author and the graphic report by Annemarie Brugman. As a result of this both groups don't show a meaningful difference in the emotions and either the smokers or non smokers can be grouped in 3 clusters: 1) People with a high anxiety and rebeldy level and huge needs of affection; 2) People with low anxiety level, dependent and needed of love and protection; 3) People with a high level of endurance who send, their energy to get their achievements and creative goals.

Key word: Teenagers smoking, Emotions.

INTRODUCCION

El uso de drogas es relativamente común entre los adolescentes y el abuso es un problema creciente; sin embargo, mucha gente joven es bastante sensata y no tan inconsciente de los riesgos del uso excesivo de drogas como lo están de beber en exceso. La adolescencia puede ser un tiempo difícil para alguna gente joven que se encuentra bajo presión en la escuela, aquellos que están en malos términos con sus padres o no tienen ninguna relación con sus pares; todo esto resulta una tentación cuando un conocido le ofrece al joven algo que es “emocionante” o “divertido”, algo que todo el mundo esta tomando o fumando. Muchos niños dicen que no, un creciente número apacigua su curiosidad o cede a la presión social, pero no se puede decir que todos aquellos que utilizan alcohol, nicotina, marihuana u otras drogas son infelices, trastornados emocionalmente o vulnerables en un sentido psiquiátrico, debido a que muchos jóvenes superan la droga y sus escenarios.

El riesgo para algunos es que se vuelvan adictos de manera accidental a causa de que no han evaluado con amplitud los peligros, de ahí la importancia de la educación de las drogas. Lo que puede comenzar como una experimentación bastante inofensiva con varias sustancias por placer, puede convertirse en una dependencia. La persona que se desliza, sin darse cuenta, hacia la dependencia es bastante diferente del joven que le interesa trabajar para lograr el cumplimiento de sus metas.

El tabaquismo es la drogodependencia mundialmente más extendida. La Organización Mundial de la Salud considera al tabaquismo como una creciente epidemia en los países en vías de desarrollo, en donde se localizan 800 millones de fumadores, es decir, 75% del total del mundo; esta epidemia pasa casi inadvertida al convertirse en parte de lo cotidiano. El tabaquismo es la causa prevenible de muerte y enfermedad más importante del mundo.

El paso del consumo inicial a ser un fumador regular corresponde con el período de transición de la adolescencia a la vida adulta, cuando aparecen mayores cotas de libertad y de responsabilidad. Los afectos de los modelos tienen aquí una gran importancia y la publicidad influye de modo decisivo en los jóvenes. Sin embargo, el inicio y mantenimiento del consumo de tabaco no son actos de libertad. El tabaco es una sustancia tóxica de gran poder adictivo, con capacidad de generar dependencia física, psicológica y psicosocial.

La nicotina es la sustancia psicoactiva responsable de adicción fisiológica, efecto de tolerancia y síndrome de abstinencia tan serios como los producidos por otras drogas psicoactivas, como cocaína o heroína.

El fumador aprende a controlar los niveles de nicotina en sangre para lograr los efectos neuropsicológicos buscados (ansiolítico, estimulante, evitación de síntomas de abstinencia, etc.). En la actualidad el hábito tabáquico es considerado como la drogodependencia más extendida. La dependencia afecta al 95% de los fumadores. Cada año una elevada proporción de fumadores intenta abandonar el hábito, pero menos de un 10% lo consigue.

La mayoría de los fumadores se iniciaron en el consumo y se mantienen fumando sin haber realizado un proceso de elección racional, consciente de las alternativas y consecuencias y en plena libertad. La falta de experiencia, de información y la propia dependencia condicionan esta elección.

El inicio y mantenimiento del consumo de tabaco no son actos de libertad, aunque para el adolescente lo sea. Hay una negación de las consecuencias del tabaco en la salud en más de la mitad de los jóvenes y se interpreta sesgadamente la información que poseen a su favor en el sentido de creer que esos datos no les atañen o que no les van a afectar ni a corto ni a largo plazo. Sin embargo, el efecto reforzante o “beneficios” del consumo de fumar lo perciben de modo inmediato, como son: relajación, estimulación, etc., de esta manera los cigarrillos se convierten en una especie de herramienta psicológica para enfrentarse a distintos problemas.

Las personas que se hacen fumadoras regulares descubren que a través de su consumo de cigarrillos pueden, entre otras cosas, reducir el estrés, dado el papel modulador que tiene la nicotina. Conforme avanza en su dependencia también aprecian que fumar sirve como una estrategia de afrontamiento ante distintas situaciones, lo cual refuerza aún más el consumo y van apreciando que fumar es “útil”, que mediante el mismo se funciona “socialmente mejor” o al menos “subjetivamente mejor”. (Becoña, 2000)

La dependencia física, psicológica y social es el principal obstáculo para la cesación, limita la autopercepción de los riesgos para la salud del consumo de tabaco a través de mecanismos de defensa como la negación. La adicción al tabaco plantea la necesidad de una respuesta efectiva y suficiente de apoyo por parte de los servicios sanitarios. (López, 1999)

“El tabaquismo es una enfermedad contagiosa. Se contagia por medio de la publicidad, del ejemplo de los fumadores y debido al humo al que los no fumadores, especialmente los niños, están expuestos”. - GRO HARLEM BRUNDTLAND - Organización Mundial de la Salud.

CAPITULO 1. TABAQUISMO

1.1 Definición de tabaquismo

El tabaco es un producto de consumo legal, no ecológico, tóxico y que crea adicción.

El concepto de tabaquismo ha variado en las últimas décadas. En los 60 se consideraba un hábito, ya en los 70 se habla de dependencia, reconociéndose a mediados de los 80 la nicotina como una sustancia altamente adictiva y, en los 90, se avanza en los procesos diagnósticos y terapéuticos. (Calero, 2001)

Actualmente el tabaquismo debe ser considerado como una drogodependencia apareciendo dependencia psicológica (factores iniciadores y de mantenimiento), dependencia física y tolerancia al factor adictivo (la nicotina) y síndrome de abstinencia al abandonar la droga.

Al parecer no hay un total acuerdo sobre los límites del consumo necesario para hablar de tabaquismo como adicción. Y aunque tampoco la Organización Mundial de la Salud sea excesivamente explícita cuando define la dependencia como “una pauta de conducta en la que el uso de una sustancia psicoactiva tiene una absoluta prioridad sobre otras actividades que tuvieron anteriormente un valor significativamente alto”, usualmente se considera adicción tabáquica o tabaquismo al “consumo habitual de productos elaborados de tabaco, especialmente cigarrillos, en forma que supone un riesgo para la salud a medio o largo plazo” a lo cual también habría que añadir el riesgo para la salud provocado para otras personas presentes (fumadores pasivos) como consecuencia de la inhalación del humo generado por la combustión de los cigarrillos consumidos por el fumador (Gil, 1994)

1.2 Tabaquismo pasivo

Se denomina tabaquismo pasivo a la inhalación involuntaria del humo de tabaco; este repercute negativamente sobre la salud e induce un riesgo cierto, innecesario, en cierto modo involuntario y no insignificante para el organismo del fumador. En el momento actual se estima que las personas más susceptibles al tabaquismo pasivo son las mujeres gestantes, los recién nacidos, los niños, los adolescentes y los enfermos crónicos, especialmente los que sufren enfermedades respiratorias.

Durante mucho tiempo se ha creído que el tabaquismo pasivo tenía escasa o nula importancia, dado lo mínimo de la exposición que ocasionaba; se pensaba que sólo producía leves efectos irritantes sobre la conjuntiva ocular o el tracto respiratorio superior. Sin embargo, hoy en día los efectos del tabaquismo pasivo son algo más que una molestia, es un riesgo para la salud ya que se ha demostrado que incrementa el riesgo de padecer cáncer de pulmón en los no fumadores, supone un riesgo para las personas que padecen enfermedades respiratorias y del corazón, se asocia a otitis media aguda en los niños de guarderías y agrava enfermedades existentes de base como son el asma y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). El tabaco no solo pone en peligro la salud de los fumadores activos, sino también la de las personas que les rodean. (Lorenzo, 1998)

Los niños son especialmente vulnerables a los efectos del tabaquismo pasivo ya que su sistema inmunológico está menos desarrollado, de esta manera pueden desarrollar enfermedades respiratorias o bien si ya padecen alguna enfermedad pueden agravar su estado, como son el asma, bronquitis, otitis, etc.

En el caso de la exposición al humo de tabaco en el trabajo, las personas expuestas pueden padecer asma o agudización de ésta sensación nocturna de presión en el pecho y falta de aire por la noche, así como afecciones recurrentes de las vías respiratorias.

La exposición al humo de tabaco en el ambiente disminuye la eficiencia de los pulmones y altera la función en los chicos de todas las edades. El fumar pasivamente agrava la sinusitis, la rinitis, la fibrosis quística, y los problemas respiratorios crónicos tales como la tos y el goteo nasal posterior. También aumenta el número de episodios de resfríos y de dolores de garganta.

El humo del tabaco puede hacer daño a los niños:

- Si una mujer fuma mientras se encuentra embarazada, su bebé corre riesgo de nacer prematuro y de bajo peso.
- Los niños expuestos al humo del cigarrillo tienen gran riesgo de sufrir de asma, alergia, otitis y eczema.
- Y riesgo también de un acontecimiento terrible: la muerte súbita del lactante mientras duerme.
- Los niños expuestos al humo del cigarrillo tienen gran riesgo de ser hospitalizados por problemas respiratorios.

En forma esquemática y sin puntualizar todos los problemas respiratorios, se puede destacar que el humo del tabaco produce en los niños tres procesos que

afectan su salud, su crecimiento, su futuro como adulto y llegan a poner en peligro su vida. Estos son:

- **La tos irritativa** es un proceso simple pero que perdura en el tiempo mientras persista el agente productor, pudiendo aumentar las lesiones al afectar la mucosa y los cilios bronquiales, manifestándose principalmente como tos nocturna. Esto se incrementa en las familias con antecedentes de alergia debido a que el humo del tabaco aumenta la respuesta alérgica, y además disminuye los factores de defensa propios de la mucosa respiratoria a la infección, motivando que los niños que tienen la herencia de la predisposición alérgica comiencen con tos, luego espasmos bronquiales y posteriormente la instalación del asma infantil.

Esto implica que no debe haber fumadores en la casa de una persona con alergia; no sólo quiere decir que no deben fumar dentro de casa, sino que no deben fumar, sobre todo los padres de un niño alérgico, pues las partículas de humo se acarrean dentro de la casa por medio de la ropa, cabello ó la piel.

- **El Asma Infantil** por el humo del tabaco es una patología comprobada producida por esta causa. En casos de asma de otra etiología el humo interviene produciendo ataques más frecuentes y más serios. El tabaco tiene varios papeles en el asma infantil. Por un lado los hijos de madre fumadora durante el embarazo tienen más episodios de sibilancias y a una edad más temprana. Por otro lado, una vez nacidos, los niños cuya madre fuma, desarrollan más precozmente asma. Por último el tabaco tiene un papel irritante sobre las vías aéreas, lo que facilita el desarrollo de más procesos catarrales y el aumento de la hiperreactividad bronquial de los niños (fumadores pasivos), lo que aumenta el número de crisis y síntomas de asma.

Siendo el humo de tabaco un disparador muy fuerte para el asma, y uno que todos los niños deberían evitar, en la casa de un niño con asma no se debe fumar nunca. No sólo puede provocar un ataque de asma, sino que es un importante factor de riesgo en el desarrollo esta enfermedad.

- **Síndrome de Muerte Súbita del Lactante:** El Síndrome de la Muerte Súbita del Lactante (SMSL) se define clínicamente como "la muerte repentina e inesperada de un lactante aparentemente sano". Representa la causa de muerte más importante en lactantes con edad inferior a un año, excluyendo el período neonatal. La sorpresa y el desconsuelo que causa en la familia son enormes, y es una respuesta normal ante una pérdida inesperada que produce un terrible impacto social a nivel de la familia. Si bien el SMSL puede ocurrir durante el

primer mes de vida, su frecuencia máxima es entre el segundo y cuarto mes de vida.

Todavía hoy no se han podido determinar la o las causas últimas que originan el SMSL. Es una de las enfermedades más desconocidas de nuestros días. Se considera el SMSL como un proceso causado por varios factores, incidiendo en un lactante aparentemente sano, que altera su respiración y conduce a su muerte inesperada mientras duerme.

El cigarrillo durante el embarazo y el humo del cigarrillo en el ambiente del niño después del nacimiento son importantes factores de riesgo. El hábito tabáquico de la madre se ha convertido en el principal factor evitable conocido del síndrome de la muerte súbita del lactante (Carrión, 1999)

1.3 Sustancias del Tabaco / Farmacología del Tabaco

El fumar un cigarrillo produce diversas sustancias químicas que son inhaladas a través del tabaco como corriente principal de humo o emitidas al aire como corriente secundaria; el humo de tabaco es un aerosol compuesto de gotitas dispersas en un gas o vapor. Contiene sustancias muy diversas, se han identificado 4000 de las cuales más de 60 son dañinas para la salud; entre ellas están representados muchos de los principales compuestos químicos orgánicos, por sus efectos en los tejidos corporales, esos compuestos se pueden clasificar como asfixiantes, irritantes, compuestos ciliásticos, cancerígenos y sus coadyuvantes o sustancias farmacológicamente activas.

De los componentes tóxicos del tabaco se destacan tres principales sustancias, por su capacidad para producir patología: la Nicotina, el Alquitrán y el Monóxido de carbono.

EFFECTOS DE LA NICOTINA EN EL CEREBRO

Dentro de los efectos psicofarmacológicos de la nicotina se ha apuntado que las propiedades farmacológicas de la nicotina pueden llevar a seguir fumando y hoy se reconoce que el efecto adictivo de la nicotina es muy importante. La nicotina, en pequeñas dosis, tiene un efecto placentero en el individuo por la liberación de una mayor cantidad de impulsos y de elevación del estado de ánimo, esta satisfacción inmediata lleva a que se incremente la probabilidad de repetición de la conducta.

La nicotina tiene un efecto bifásico, a pequeñas dosis actúa como estimulante del sistema nervioso central, pero a dosis elevadas lo bloquea; la nicotina en altas dosis también puede resultar aversiva tanto a nivel subjetivo (malestar) como físico, como es dolor de cabeza, vómitos, etc. La nicotina estimula la secreción de diversas sustancias tanto en el cerebro, como es la acetilcolina, como en otros órganos como es la noradrenalina, e interactúa con gran número de fármacos.

La vida media de la nicotina es de dos a tres horas, pero en los fumadores puede llegar a las seis u ocho horas por la tasa de acumulación, razón por la cual durante la noche consiguen dormir.

La nicotina fumada llega al cerebro en menos de veinte segundos mientras que la nicotina administrada por la vía transdérmica es absorbida en forma gradual y lenta; de modo que en el tratamiento con parches o chicles de nicotina es necesaria la reeducación del fumador, a quien hay que ayudarlo psicoterapéuticamente para que aprenda a tolerar la frustración que le ocasiona la espera.

La nicotina en el cerebro produce efectos eufóricos y sedativos modulados por la dosis, procesos neurohormonales, etc. La ingestión continua de la nicotina, como cualquier otra droga produce tolerancia, dependencia y síntomas de abstinencia físicos y psicológicos al dejar de fumar.

Las acciones farmacodinámicas ocurren fundamentalmente en el sistema nervioso central, aunque también se extienden al sistema nervioso periférico donde se encuentran numerosos receptores acetilcolínico-nicotínicos, que se estimulan y desensibilizan por la acción de la nicotina.

Dado que la nicotina puede servir tanto para reducir la ansiedad como para producir euforia, mejorar la vigilancia para ciertas tareas cognitivas, regular el peso corporal y modular el humor, son un modo útil de regular la relación del individuo fumador con el ambiente. Este efecto de la nicotina junto con los factores de aprendizaje hacen que se convierta pronto en una conducta bien consolidada.

EFFECTOS DEL ALQUITRAN

Los alquitranes del cigarrillo son los productos que componen la fracción sólida del humo, es una sustancia untuosa, de color oscuro, olor fuerte y sabor amargo, muy nocivo para la salud y uno de los principales componentes sólidos del cigarrillo. Este se va acumulando en los pulmones de los fumadores, dificultando

la entrada del oxígeno. Cada vez que se absorbe el cigarrillo, se deposita una película de sustancia alquitranada en todas las zonas en que el humo entra en contacto con los tejidos que revisten la boca, garganta y pulmones. Estas sustancias alquitranadas tienen la misma composición química que provoca el cáncer.

EFFECTOS DEL MONOXIDO DE CARBONO

El Monóxido de Carbono es un gas incoloro y muy tóxico que se desprende de la combustión del tabaco y del papel del cigarrillo. En la sangre se combina con la hemoglobina y forma la carboxihemohlobina, la cual al aspirarse por vía pulmonar desplaza al oxígeno de lo hematíes e impide un adecuado abastecimiento de oxígeno a los distintos tejidos y órganos. Trabajos recientes indican que es el factor de mayor responsabilidad en la aparición de infarto, muerte súbita, arteriosclerosis, enfermedades respiratorias crónicas y daños al feto. (Becoña, 2000)

1.4 Efectos del tabaquismo

El uso del tabaco es común desde la antigüedad y se ha mantenido a pesar de las numerosas enfermedades que provoca. Esto es explicable porque el tabaco es una sustancia que produce dependencia, es decir, que crea en las personas un deseo irresistible de seguir fumando.

La dependencia al tabaco puede ser de dos tipos:

1. *Dependencia psicológica.* Se refiere al uso constante de una droga, en este caso la nicotina. Es peligroso para el individuo debido a que la conducta de fumar se va asociando con un sin número de situaciones, como son el hecho de fumar cuando se encuentran en una situación de angustia, inseguridad, tensión o depresión; en otras ocasiones fuman cuando están a gusto, tranquilos, cuando se encuentran en alguna reunión con los amigos o en momentos de descanso, después de la comida, en el trabajo, etc. Entonces, el cigarro se vuelve un recurso indispensable para estos momentos.
2. *Dependencia física.* Implica la necesidad que el organismo tiene de mantener un nivel de nicotina. Las personas que fuman más de diez cigarrillos por día (5mg de nicotina por cigarrillo), con inhalación profunda y rapidez de consumo, se consideran generalmente personas con dependencia física al tabaco.

Cuando una persona deja de fumar durante cierto tiempo se presentan molestias debido a la disminución del nivel de nicotina en la sangre; a estas molestias se les ha llamado *Síndrome de abstinencia o supresión*. Estas molestias pueden variar, entre ellas se encuentran: deseos intensos de fumar, enojo, dificultad de concentración, molestias gastrointestinales, inquietud, dolor de cabeza, sueño o insomnio, temblor de manos, depresión, tensión, ansiedad, sudoración y cambios en la presión sanguínea. (González, 2001)

Las repercusiones del tabaquismo en la salud de las personas se ve reflejado a corto y a largo plazo. Es bien conocido que el tabaco mata y mata a la mitad de sus consumidores crónicos, pero lo que es menos conocido es el efecto que fumar puede tener sobre la capacidad de la gente para vivir su vida en plenitud, especialmente de aquellas personas que disfrutaban de realizar actividades físicas.

Los efectos a largo plazo que provoca el abuso del tabaco son:

- ◆ Riesgo de muerte prematura
- ◆ Afecciones cardiovasculares como son enfermedad coronaria, cerebro vascular y alteraciones en la vasculatura periférica.
- ◆ Aceleración o agravamiento de arteriosclerosis
- ◆ Mayor incidencia en problemas respiratorios crónicos como son bronquitis, enfisema pulmonar, EPOC, sinusitis, neumonía, úlceras, etc.
- ◆ Mayor riesgo para desarrollar cáncer de pulmón, laringe, cavidad bucal, esófago, estómago, vejiga, páncreas y piel.
- ◆ Potenciación de los efectos cancerígenos ambientales
- ◆ Disminución de la fertilidad, problemas de erección, abortos espontáneos
- ◆ Problemas de sueño, depresión, irritabilidad y angustia

Además de los efectos a largo plazo, el consumo de tabaco puede provocar efectos a corto plazo, como son:

- ◆ Resequedad en la piel
- ◆ Manchas dentales
- ◆ Mal aliento
- ◆ Bajo rendimiento deportivo
- ◆ Envejecimiento prematuro
- ◆ Tos
- ◆ Irritación de nariz y garganta
- ◆ Alteraciones en la función pulmonar

Los efectos citados hacen más difícil vivir una vida activa ya que hacen más dificultosas actividades como son el subir escaleras, estas desventajas están directamente relacionadas con la duración del consumo y el número de cigarrillos diarios.

Para que los pulmones y el corazón trabajen en forma eficiente requieren disponer de sangre bien oxigenada; el monóxido de carbono del humo de tabaco ambiental ocasiona que haya menor cantidad de hemoglobina disponible para transportar oxígeno a los tejidos corporales, alcanzando así menos oxígeno el corazón y los pulmones; además, el fumar reduce la capacidad de los pulmones para absorber oxígeno ya que destruye los alvéolos, los pequeños sacos aéreos donde tiene lugar el intercambio de gases, haciendo que los pulmones sean menos elásticos y menos capaces de intercambiar oxígeno, y por lo tanto tienen un menor flujo sanguíneo, por consecuencia los pulmones reciben menos nutrientes y oxígeno del que necesitan para mantener una función normal.

Cada inhalación de humo causa disminución del calibre de las vías aéreas (bronco constricción), con el tiempo ocurre una obstrucción permanente y el daño pulmonar puede ser irreversible. Además, todos los productos del tabaco, incluido el tabaco de mascar o de absorción nasal, aumentan la frecuencia cardiaca de reposo, lo cual reduce la resistencia física.

1.5 Factores que favorecen la conducta de fumar

Los factores que favorecen el inicio en el tabaquismo son bastante generalizables y vienen condicionados por el entorno social, familiar y publicitario, que influyen poderosamente en edades entre los 13-18 años, donde el 90% de los fumadores comenzaron a serlo. Imitación de conductas adultas, deseo de seguridad, asociación del cigarrillo con la aventura, la libertad, etc. Valores muy deseables en esta etapa adolescente.

La American Academy of Child and Adolescent Psychiatry destaca que los niños o adolescentes corren mayor riesgo de consumir tabaco si tienen ciertas condiciones, algunas de las cuales son: si tienen padres, hermanos o amigos que fuman; poseen pocas destrezas para hacerle frente a la vida y el tabaco les alivia el estrés; tienen una baja autoestima y depresión. (AACAP, 1999)

Los factores que favorecen que una persona consuma tabaco son:

- ◆ *Disponibilidad.* Para una persona es más fácil fumar si tienen acceso a los cigarrillos, por ejemplo, si en su casa hay personas que fuman y puede encontrar los cigarrillos fácilmente.
- ◆ *Curiosidad.* Muchas personas inician el consumo de tabaco simplemente por el hecho de saber que se siente al fumar.
- ◆ *Rebeldía.* En los adolescentes es un mecanismo muy importante; muchos jóvenes, hombres y mujeres, comienzan a fumar para mostrar su inconformidad.
- ◆ *Obstinación.* Muchos jóvenes fuman a pesar de que los primeros cigarrillos no les resultaron agradables y a pesar de que los familiares les expliquen el daño que puede hacerles el tabaco.
- ◆ *Anticipación a la vida adulta.* A través de los medios de publicidad se transmite información mostrando que una persona que fuma es adulta, con personalidad, dinero, éxito, y de esta manera los jóvenes comienzan a fumar para sentirse o parecerse a los adultos.
- ◆ *Seguridad del grupo.* Cuando un joven pertenece a un grupo social en el cual todos los miembros fuman, comenzará a fumar para sentirse parte del grupo y tener cierta tranquilidad.
- ◆ *Ejemplo de los padres.* Los niños y los adolescentes obtienen gran cantidad de información y aprenden a través de los padres, ya que los observan y tienden a seguir su ejemplo.
- ◆ *Hermanos mayores y amigos fumadores.* Al igual que sucede con los padres, los hermanos y los amigos pueden funcionar como modelos para que una persona comience a fumar.

Estos factores psicosociales influyen en gran parte para que una persona continúe fumando, una vez que ya se inició la conducta, los factores químicos y farmacológicos del tabaco, principalmente la nicotina, adquieren gran importancia y vuelven dependiente a la persona. (González, 2001)

1.6 Algunos estudios sobre tabaquismo

Encuesta Nacional de Adicciones 2002.

Los datos de la Encuesta Nacional de Adicciones de 2002 (ENA-2002), indican que 26.4% (una de cada cuatro personas) de la población urbana de entre 12 y 65 años de edad son fumadores activos, mientras que en el ámbito rural la prevalencia es de 14.3%, es decir una de cada seis personas.

Si se compararán los resultados de ésta última encuesta con los de la primera que se realizó en 1988, se puede afirmar que el número de fumadores se ha incrementado de 9 millones a más de 13 millones.

La ENA-2002 muestra que por lo menos la mitad de la población encuestada son fumadores involuntarios o pasivos; lo cual quiere decir que 8 de cada 10 personas en las ciudades de nuestro país, que tienen entre 12 y 65 años de edad se encuentran expuestas a los daños que el humo de tabaco ocasiona. Por lo tanto se puede señalar que las tendencias que hasta ese momento muestra la epidemia del tabaquismo en nuestro país son: disminución de la edad promedio de inicio de consumo de tabaco; mayor consumo entre menores de edad; incremento de prevalencia de consumidores y estabilidad en la prevalencia de consumidores.

Además la Encuesta Nacional de Adicciones realizada en 2002 encontró que en el área urbana 9.2 millones de fumadores son hombres y 4.6 millones son mujeres, lo que representa que del total de hombres, 4 de cada 10 fuman, mientras que una de cada 6 mujeres lo hace. Respecto al ámbito rural, del total de fumadores 2 millones son hombres y 325 mil son mujeres, es decir que uno de cada 3 hombres fuman, mientras que 3 de cada 100 mujeres lo hace; de acuerdo a estos datos podemos observar que en el ámbito rural existe una gran diferencia respecto a la prevalencia de fumadores por sexo.

Cabe señalar que cada día es más la población femenina que fuma, especialmente en las áreas urbanas de nuestro país.

Magnitud del tabaquismo en el mundo

El tabaquismo es la causa prevenible de muerte y enfermedad más importante del mundo.

Se estima que existen alrededor de 1 100 millones de fumadores en el mundo; de los cuales 300 millones se localizan en países desarrollados, 800 millones en países en vías de desarrollo, en donde el 30% de los adultos en el mundo son fumadores.

Cada minuto mueren 7 personas por enfermedades asociadas al tabaquismo; al año mueren 3.5 millones de personas por enfermedades asociadas al tabaquismo. La OMS estima que para el año 2020, de continuar la tendencia actual, habrá 10 millones de muertes por año, de las cuales el 70% serán en países en desarrollo. Se afirma que los fumadores pierden entre 20 y 25 años de vida.

Respecto a México, mueren anualmente más de 53 mil personas por enfermedades asociadas al tabaquismo, lo cual significa que día con día fallecen 147 personas por consecuencia de ésta conducta, estas defunciones representan un 10% de las muertes nacionales. La distribución por padecimientos y porcentajes atribuible es: un 45% de la enfermedad isquémica del corazón (20,573 personas); el 51% de la enfermedad cerebro vascular (13,123 personas); un 84% de enfisema pulmonar y bronquitis (13,385 personas) y un 90% de cáncer de pulmón, bronquios y tráquea (6,544 personas).

El Consejo Nacional Contra las Adicciones informa que estudios recientes indican que cada día, de 14 a 15 mil jóvenes comienzan a fumar en los países de altos ingresos, mientras que en los de bajos y medios ingresos la cantidad de jóvenes que comienzan a fumar es de 68 a 84 mil.

Las tendencias de la epidemia del tabaquismo muestran una disminución de la edad promedio de inicio, mayor consumo entre menores de edad e incremento en el número de fumadores, sobre todo por parte de la población femenina de las áreas urbanas.

CAPITULO 2. ADOLESCENCIA

2.1 Pubertad y Adolescencia

La adolescencia es una etapa de cambio, exploración, exhuberancia y búsqueda juvenil; en donde también puede ser un tiempo de preocupación y problemas. Incluso podría ser adecuado describir a la adolescencia como “la mejor y la peor de las épocas”.

La adolescencia es el periodo definido culturalmente entre la infancia y la edad adulta. Desde el punto de vista social, el adolescente ya no es niño, pero tampoco adulto. Casi todas las culturas reconocen este estado de transición, sin embargo, la duración de ésta etapa de la vida varía en gran medida de una cultura a otra. Por ejemplo, en Estados Unidos la mayoría de las niñas de 14 años de edad viven en el hogar, asisten a la escuela, en contraste como muchas mujeres de esa edad en aldeas rurales se encuentran ya casadas y tienen hijos (Santrock, 1995 citado en Coon, 1999). Entonces, de acuerdo a nuestra cultura, las personas de 14 años de edad son adolescentes, mientras que en otras culturas pueden ser adultas.

En ocasiones se confunde adolescencia con pubertad. Sin embargo, la pubertad es un hecho biológico, no un estado social; durante la pubertad, los cambios hormonales promueven el rápido crecimiento físico y la madurez sexual, este crecimiento acelerado máximo durante la pubertad ocurre primero en las niñas que en los niños. Para las niñas el inicio de la pubertad ocurre normalmente entre los 11 y los 14 años, mientras que en los niños el rango de edad se encuentra entre los 13 y 16 años.

Desde el punto de vista biológico, la mayoría de las personas alcanzan una madurez reproductiva a principios de la adolescencia. Sin embargo, la madurez social e intelectual todavía puede encontrarse a algunos años de distancia. Los adolescentes jóvenes a menudo toman decisiones fatídicas que afectan toda su vida, aunque sean inmaduros desde el punto de vista de su desarrollo cognoscitivo, conocimiento y experiencia social. (Coon, 1999)

En alguna forma los primeros años de este período se relacionan un poco con los primeros años de la infancia. Los pequeños de dos años son famosos por su negativismo, por su constante deseo de mayor independencia y por su lucha por aprender una amplia gama de capacidades, como son el caminar bien, hablar, jugar con nuevos juguetes, entender los objetos, etc. Muchas de estas cualidades, a

nivel más abstracto, son características de los primeros años de la adolescencia; por lo regular hay un aumento en el conflicto con los padres, que a menudo parece como un tipo de negativismo, hay una mayor independencia por una oportunidad para intentar algunos de los aspectos del papel adulto. Además, existe un nuevo nivel de complejidad de las tareas intelectuales que se deben enfrentar en la escuela; cada uno de estos cambios en la escuela requiere de nuevas capacidades sociales y cognoscitivas.

En términos descriptivos, parece haber un desequilibrio importante en casi todos los aspectos, en particular en los primeros años de la adolescencia. Los viejos patrones de conducta son hechos a un lado y es necesario encontrar nuevos patrones tanto a nivel sexual como intelectual y socialmente (Bee, 1987).

Entonces, la adolescencia es un periodo durante el cual los individuos comienzan a afirmarse como seres humanos distintos entre sí, por lo que realizan una importante transición (Grinder, 1992)

2.2 Búsqueda de Identidad

La adolescencia a menudo es una época turbulenta. Atrapado entre la infancia y la edad adulta, el adolescente enfrenta problemas únicos. Muchos psicólogos consideran la formación de la identidad como una tarea clave de la adolescencia. Los problemas de identidad no son solo en esta etapa sino que también se llegan a presentar en otros momentos. Pero en un sentido real, la pubertad indica que es tiempo de comenzar a formar una nueva y más madura imagen de sí mismo. Muchos problemas de la adolescencia provienen de normas imprecisas acerca del papel que deben tener los jóvenes en la sociedad. ¿Son adultos o niños?, ¿Deben ser autónomos o dependientes?, ¿Deben trabajar o jugar? Estas y muchas más ambigüedades dificultan a los adolescentes la formación de imágenes claras de sí mismos y de la forma en la cual deben actuar (Alsaker, 1995 citado en Coon, 1999).

El desarrollo cognoscitivo también está trabajando para poder responder a la pregunta ¿Quién soy?. Después de que los adolescentes han alcanzado la etapa de las operaciones formales, tienen la capacidad de responder a preguntas acerca de su lugar en el mundo, la moral, los valores, la política, las relaciones sociales y los pensamientos privados. Entonces, al ser capaz también de meditar posibilidades hipotéticas, el adolescente logra contemplar el futuro y de preguntarse en forma más realista ¿Quién voy a ser? (Suls, 1989 citado en Coon, 1999).

El teórico de la personalidad Erik Erikson (1903-1994) cree que la identidad de una persona experimenta cambios durante toda su vida, haciéndose cada vez más compleja, cada vez más integrada. Sin embargo, según el punto de vista de Erikson, es en la adolescencia que la pregunta ¿Quién soy yo? se vuelve absolutamente central para la persona en desarrollo. Cuando la persona llega a la adolescencia ya ha desarrollado un sentido de sí mismo, pero las antiguas definiciones son cuestionadas debido a los cambios sexuales de la pubertad y a las nuevas capacidades intelectuales y físicas del adolescente. Además hay nuevas expectativas por parte de los padres, la escuela y la sociedad en general; se espera que el muchacho de 14 o 15 años sea más independiente y más responsable de sí mismo. Estos cambios físicos, mentales y sociales, desde el punto de vista de Erikson, llevan al adolescente a sufrir una crisis de identidad.

Para resolver esta crisis, el adolescente debe desarrollar tres aspectos de una nueva identidad: 1) una *identidad sexual*, la cual no debe confundirse con el concepto de género, que incluye un concepto maduro del papel sexual, al igual que cierto entendimiento de su propia sexualidad; 2) una *identidad ocupacional*, una idea de lo que hará cuando sea adulto; y 3) una *identidad ideológica*, que tiene que ver con las creencias, actitudes e ideales del adolescente. En general, lo que el adolescente debe descubrir es cuál será su papel o función como persona adulta. (Bee, 1987). Si el adolescente no descubre o encuentra un papel adecuado y no desarrolla la ideología que debe acompañarlo se quedará en un estado que Erikson describió como confusión de papeles o difusión de la identidad, es decir, una incertidumbre acerca de quiénes son y hacia dónde van.

David Elkind ha indicado un patrón interesante en el pensamiento adolescente; de acuerdo con su teoría, muchos adolescentes están preocupados por la “audiencia imaginaria”, es decir, personas que imaginan que los observan. Dicho de otro modo, los adolescentes pueden actuar como si otros percibieran sus ideas y sentimientos. En ocasiones esto lleva a una conciencia dolorosa de sí mismo, como al pensar que todos están observando un mal corte de pelo que le hicieron. (Elkind, 1978) Los adolescentes se preocupan mucho por controlar las impresiones que causan en los demás (Santrock, 1995 citado en Coon, 1999). Para muchos adolescentes, estar “en escena” de esta forma ayuda a definir y formar una identidad naciente. (Coon, 1999)

2.3 Emociones y adolescencia

Las emociones son sentimientos subjetivos que se experimentan en respuesta a estímulos. La palabra *emoción* significa literalmente “el acto de ser removido o agitado”. Un estado emocional es un estado de conciencia que se experimenta como una reacción integrada del organismo. (Bisquerra, 2001)

El tipo de sentimientos que se desarrollan, la intensidad con que se experimentan y el tiempo en que persisten son factores importantes por diversas razones. El estado emocional afecta el bienestar y la salud física; el cuerpo entero participa y reacciona en la experiencia emocional. El sistema nervioso autónomo, que no está bajo control voluntario, transporta estímulos a las glándulas adrenales que a su vez secretan adrenalina, que actúa sobre órganos internos como son el corazón, los pulmones, el estómago, los intestinos, el colon, los riñones, el hígado y el páncreas, y sobre otras glándulas como las lacrimales, salivales, las gónadas y los genitales. Por medio de esta red de conexiones, los estímulos emocionales pueden inhibir o incrementar la tasa de respiración o de los latidos cardiacos, dilatar las pupilas, etc. Entre más intensos sean los estímulos emocionales y más tiempo persistan, mayores y más duraderas serán las reacciones físicas. Más aún, los estados emocionales que persisten por largos periodos pueden mejorar o deteriorar el bienestar y la salud física. Por ejemplo, estímulos emocionales intensos y duraderos ocasionan que el estómago secrete grandes cantidades de ácidos digestivos que pueden destruir la superficie interna del estómago.

Las emociones también son importantes porque afectan la conducta en las relaciones con los demás; lo que la gente siente controla en gran parte la forma en que actúa, la gente que siente amor consciente o inconscientemente actúa más amable con los demás; la gente que siente furia puede golpear o lastimar a otros, mientras que la gente que siente miedo puede tratar de escapar.

Dado que las emociones y los sentimientos determinan en gran parte el comportamiento, su estudio y comprensión permitiría entender, al menos parcialmente, la conducta de los adolescentes. En este sentido, las emociones actúan como una fuente de motivación al impulsar al individuo a la acción. Por ejemplo, el temor al fracaso puede ocasionar que el adolescente se esfuerce por obtener el éxito académico, pero el temor excesivo puede paralizarlo e impedirle actuar. Dependiendo de su tipo y de su intensidad las emociones pueden tener efecto positivo, ser fuente de placer, gozo y satisfacción, o bien pueden tener efecto negativo sobre la conducta.

Las emociones pueden clasificarse en tres categorías de acuerdo con su efecto y resultado:

- 1) *Estados de júbilo*: emociones positivas de afecto, amor, felicidad y placer.
- 2) *Estados inhibitorios*: temor o espanto, preocupación o ansiedad, tristeza o pena, vergüenza, arrepentimiento o culpa y disgusto.
- 3) *Estados hostiles*: ira, aborrecimiento, disgusto y celos.

Cada quien experimenta esos tres estados de cuando en cuando, pero los que predominen son los que tendrán mayor influencia en la vida y el comportamiento; la elección de cuál predominará depende a su vez de los sucesos y de la gente a la que se haya estado expuesto en la niñez.

El punto importante es que para el tiempo en que los niños llegan a la adolescencia ya exhiben patrones bien desarrollados de respuestas emocionales a los acontecimientos y a las personas. Entonces, el patrón de respuesta emocional que se muestra durante la adolescencia es sólo una continuación del que ha ido apareciendo lentamente durante la niñez. (Rice, 1997)

Diversos investigadores han intentado ofrecer otras clasificaciones empleando diversas metodologías como son cuestionarios, diferencial semántico, entrevistas, cluster analysis, análisis factorial, escalas multidimensionales, etc., los cuales han llegado a conclusiones diferentes. Sin embargo en un aspecto hay coincidencia: las emociones están en un eje que va del placer al displacer. Por tanto se puede distinguir entre emociones agradables y desagradables, o emociones positivas y emociones negativas.

Las *emociones negativas* son desagradables, se experimentan cuando se bloquea una meta, ante una amenaza o una pérdida. Estas emociones requieren energías y movilización para afrontar la situación de manera más o menos urgente, dentro de este tipo de emociones se incluyen: ira, susto-ansiedad, culpa-vergüenza, tristeza, envidia-celos, disgusto. Las *emociones positivas*, en cambio, son agradables, se experimentan cuando se logra una meta. El afrontamiento consiste en el disfrute y bienestar que proporciona la emoción; dentro de este grupo se encuentran: felicidad-alegría, estar orgulloso, amor-afecto, alivio.

Pero además, tenemos una tercera categoría, que son las *emociones ambiguas*, que algunos autores denominan *problemática o borderline* (Lazarus, 1991) y otros *neurais* (Fernández-Abasjal, 1997), es decir, aquellas que no son ni positivas ni negativas; o bien pueden ser ambas según las circunstancias; dentro de las que se encuentran: esperanza, sorpresa, compasión (empatía/simpatía) y emociones estéticas.

Es importante tener presente que “emociones negativas” no significa “emociones malas”; en ocasiones se ha establecido de manera errónea una identificación negativo = malo y positivo = bueno, lo cual incluso ha llevado a pensar que “soy malo porque tengo emociones malas” (ira, rabia, miedo), y de esto se puede derivar un complejo de culpabilidad. Por eso es necesario tener presente que la inevitabilidad de experimentar emociones negativas cuando se presentan obstáculos en nuestro camino no debe confundirse con la maldad de la persona; esta maldad solo es atribuible al comportamiento subsecuente a la emoción pero no a la emoción en sí.

Por ejemplo, una emoción que es clasificada como negativa es la *Ansiedad*. Las situaciones amenazadoras a menudo van acompañadas por una emoción desagradable conocida como ansiedad; una persona que está ansiosa se siente tensa, intranquila, aprensiva, preocupada y vulnerable. Esto puede conducir a un afrontamiento orientado a la emoción que es de naturaleza *defensiva* (Lazarus, 1991 citado en Coon, 1999)

Las preocupaciones se encuentran dentro de la génesis de la ansiedad, la preocupación es, en cierto sentido, una búsqueda de lo que puede ir mal y cómo evitarlo. Si el miedo se desencadena ante un peligro real, la ansiedad es la anticipación de un peligro futuro, indefinible e imprevisible, cuyos desencadenantes son imprecisos. La urgencia de la respuesta ante la ansiedad se puede catalogar de “media”, mientras que ante el miedo se exige una respuesta inmediata, de urgencia máxima. La carencia de un estímulo desencadenante concreto es lo que caracteriza la ansiedad. Por eso se ha definido como un miedo sin objeto; aunque esto no siempre se cumple, por ejemplo en la ansiedad social. La ansiedad es desproporcionadamente intensa respecto a la supuesta peligrosidad del estímulo.

La tarea de la ansiedad es aportar soluciones a los peligros de la vida, anticipando los efectos negativos antes de que lleguen; el problema está en las preocupaciones repetitivas que se convierten en crónicas, sin llegar nunca a una solución. De esta forma genera un estado general de ansiedad como rasgo personal.

Entre las causas relacionadas con la ansiedad y el estrés están las dificultades económicas, sentirse inseguro en el trabajo, verse forzado a dejar el trabajo, estar en proceso de separación con un ser querido, etc. La “ansiedad ante los exámenes” es un ejemplo característico del sistema educativo; es interesante observar que hay

dos tipos de estudiantes ansiosos: aquellos en que la ansiedad rebaja los resultados y aquellos que son capaces de hacerlo bien, incluso mejor, en situaciones de estrés.

La principal tendencia a la acción de la ansiedad es una propensión a atender selectivamente o a amplificar las informaciones consideradas como amenazantes, desatendiendo las condiciones estímulares consideradas como neutras. (Bisquerra, 2001)

Como la ansiedad es desagradable e incómoda, por lo general estamos motivados para evitarla, algunos teóricos afirman que es posible disminuir la ansiedad causada por situaciones estresantes, o por nuestros propios defectos y limitaciones, si empleamos *mecanismos de defensa*.

Un *mecanismo de defensa* es cualquier técnica usada para evitar, negar o distorsionar las fuentes de amenaza o ansiedad. Los mecanismos de defensa también se usan para mantener una imagen idealizada de uno mismo de modo que podamos vivir tranquilos con nosotros mismos. Muchas de las defensas fueron identificadas por Sigmund Freud, quien suponía que operaban de manera inconsciente. A menudo, los mecanismos de defensa crean grandes “puntos ciegos” en la conciencia, como cuando una persona excesivamente avara no reconoce que es tacaña. Así mismo se afirma que todos los seres humanos llegamos a emplear algunas de estas defensas en una u otra ocasión. Los mecanismos de defensa psicológicos son los siguientes:

- **Compensación.** Contrarrestar una habilidad real o imaginada poniendo énfasis en los rasgos deseables o buscando sobresalir en el área de la debilidad o en otras áreas.
- **Negación.** Protegerse uno mismo de una realidad desagradable, negándose a percibirla.
- **Fantasía.** Satisfacer deseos no cumplidos en logros o actividades imaginadas.
- **Intelectualización.** Separar la emoción de una situación amenazadora o que provoca ansiedad al hablar o pensar en ella de un modelo “intelectual” impersonal.
- **Aislamiento.** Separación de pensamientos o sentimientos contradictorios en compartimentos “lógicos rígidos”, de modo que no puedan entrar en conflicto.
- **Proyección.** Atribuir los sentimientos, defectos o impulsos inaceptables de uno a los demás.
- **Racionalización.** Justificación del comportamiento propio, dando razones razonables y “racionales” pero falsas.

- **Formación reactiva.** Evitar la expresión de impulsos peligrosos del comportamiento, exagerando el comportamiento opuesto.
- **Regresión.** Retraerse a un nivel anterior de desarrollo o a hábitos o situaciones anteriores menos demandantes.
- **Represión.** Impedir inconscientemente que pensamientos dolorosos o peligrosos entren en la conciencia.
- **Sublimación.** Desahogar los deseos insatisfechos, o los impulsos inaceptables, en actividades constructivas. (Coon, 1999)

En cambio, los *enfoques conductistas* ponen énfasis en el comportamiento abierto observable y los efectos del aprendizaje y el condicionamiento. En consecuencia, los conductistas suponen que los ataques de ansiedad reflejan respuestas emocionales condicionadas que se generalizan a situaciones nuevas.

Un punto en que concuerdan los teóricos es que el comportamiento desordenado es, a final de cuentas, contraproducente y paradójico; una paradoja es una contradicción. La contradicción en el comportamiento autoimprecatorio es que a la larga hace más desdichada a la persona, pero su efecto inmediato es disminuir temporalmente la ansiedad.

La explicación conductual es que el comportamiento autoimprecatorio comienza con el aprendizaje de evitación. El aprendizaje de evitación ocurre cuando la emisión de una respuesta particular demora o impide el inicio de un estímulo doloroso o desagradable.

Un conductista diría que *“una poderosa recompensa del alivio inmediato de la ansiedad mantiene vivo el comportamiento de evitación contraproducente”*; al aparecer esta opinión conocida como la hipótesis de la reducción de la ansiedad, explica porque los patrones de comportamiento de las personas que tienen ansiedad a menudo les parecen *“tontas”* a los observadores externos o en ocasiones resultan ser autodestructivas, como es el caso del empleo de cigarrillo, u otro tipo de droga psicoactiva, como medio para reducir la ansiedad. (Coon, 1999)

Una forma de prevenir la ansiedad consiste en identificar las situaciones que generan preocupación; esta identificación debe realizarse progresivamente en una etapa anterior a que se inicie la *“espiral de la ansiedad”*

Otra forma de afrontar la ansiedad es mediante técnicas de relajación; pero éstas no funcionan si sólo se utilizan en el momento en que se genera la ansiedad. Hay que practicarlas a diario como medida preventiva y estar preparado para aplicarlas en el momento en que se reconozca que se inicia una preocupación.

La reestructuración cognitiva es otra alternativa para la ansiedad; la reestructuración cognitiva consiste en cambiar los pensamientos derrotistas por otros más realistas. Esto supone cuestionar la objetividad de los pensamientos autodestructivos y transformarlos en otros más esperanzados, positivos e incluso optimistas. (Bisquerra, 2001)

2.4 Emociones y problemas conductuales

La adolescencia es una etapa de transición y cambio importante y aunque de acuerdo a la opinión popular no parece ser una fase notablemente más vulnerable del desarrollo que otras, cerca de uno de cinco adolescentes experimenta problemas psicológicos significativos. Entre estos problemas se encuentran:

- *Depresión* e intentos de suicidio, un fenómeno cuya cima está entre los 15 a 19 años de edad.
- *Ansiedades* en particular temores acerca de la escuela y situaciones sociales.
- *Problemas de conducta y delincuencia*
- *Trastornos de la alimentación* (anorexia nerviosa y bulimia nerviosa)
- *Toxicomanía*

Lo que resulta realmente diferente es que debido a que los adolescentes experimentan y ensayan roles adultos, las implicaciones de los errores de juicio o inexperiencia pueden ser más graves. (Berryman, 1994)

En ocasiones las emociones negativas producen problemas conductuales, como son el uso de drogas, dentro de las cuales se encuentra el tabaco. En estos casos, la droga se convierte en un medio de encontrar alivio, comodidad o seguridad.

Algunas personas desarrollan una dependencia psicológica hacia drogas que además son físicamente adictivas, como la cocaína, crack, los barbitúricos, el alcohol, la heroína y la nicotina. La dependencia se ve fuertemente reforzada por el deseo de evitar el dolor y la incomodidad producidas por la abstinencia física. En ocasiones logra romperse la dependencia física, pero los individuos logran regresar al consumo de la droga por su dependencia psicológica; por ello es erróneo suponer que las únicas drogas peligrosas son las que generan adicción física.

En la actualidad, los jóvenes están usando drogas a edades cada vez más tempranas, tanto que ya no es inusual encontrar el consumo de drogas en niños de

8 a 10 años. El director de una escuela elemental de Washington se quejaba de no haber logrado evitar que un niño de tercer grado fumara marihuana cada día durante el recreo, pues las amenazas de expulsarlo no funcionaron porque el niño insistía en que no podía romper el hábito. Por otro lado, el niño se negaba a compartir sus cigarrillos con sus compañeros porque, según decía, “el hábito es peligroso” (Drug Pushers, 1979 citado en Rice, 1997). Otro estudio realizado en el área de San Francisco demostró que la probabilidad de iniciar el consumo de drogas a una edad temprana era mayor entre las muchachas socialmente precoces que entre los varones, aunque tanto para los muchachos como para las muchachas la transición a la escuela secundaria jugaba un papel importante en el inicio del consumo de drogas (Keyes y Block, 1984 citado en Rice, 1997)

Algunos estudios afirman que es más probable que los consumidores de drogas sufran perturbaciones psicológicas y sentimientos de depresión, que muestren perturbación interpersonal, falta de confianza en sí mismos y devaluación.

Pedersen (1990) identifica cinco patrones de consumo de drogas:

1. *Consumo recreativo-social*, ocurre principalmente entre conocidos o amigos como parte de la socialización. Por lo general no se incluyen drogas adictivas y no se escala en la frecuencia e intensidad del consumo para volverlo incontrolado
2. *Consumo experimental*, motivado principalmente por la curiosidad o el deseo de probar a corto plazo nuevos sentimientos. En este caso es raro el consumo diario de la droga; los usuarios no suelen usarla para escapar a las presiones de los problemas personales. Sin embargo, si los usuarios experimentan con drogas físicamente adictivas pueden volverse adictos sin darse cuenta.
3. *Consumo circunstancial-causal*, que es una indulgencia para lograr un efecto conocido y deseado. Una persona puede tomar estimulantes para permanecer despierto mientras conduce o toma sedantes para aliviar la tensión y poder dormir; algunas personas usan las drogas para tratar de escapar de los problemas. El peligro es que aumente el consumo.
4. *Consumo intensificado de la droga*, implica el uso de la droga por lo menos una vez al día por un largo período, es empleada para lograr el alivio de una situación estresante o un problema persistente. Las drogas se convierten en una parte habitual de la rutina diaria, y su uso puede afectar el funcionamiento dependiendo de su frecuencia, intensidad y cantidad
5. *Consumo compulsivo de la droga*, se refiere al uso extensivo y frecuente por tiempos relativamente largos de sustancias que producen dependencia psicológica y adicción física y que cuya abstinencia produce estrés

psicológico y peligro fisiológico. La amenaza del sufrimiento psicológico y físico que tiene lugar con la abstinencia se convierte en la motivación para continuar con el consumo. Los usuarios de esta categoría no solo incluyen al alcohólico de los barrios bajos y al adicto a de las calles, sino también a los adolescentes que dependen del crack, al hombre de negocios que depende del alcohol, al ama de casa que depende de los barbitúricos, al médico que depende de los opiáceos y al fumador habitual (Rice, 1997)

2.5 Adolescencia y Tabaco

El inicio en el hábito de fumar se produce principalmente entre la niñez y la adolescencia y se está realizando cada vez en edades más tempranas, entre los 9 y 11 años. Debido a que es más fácil frenar el inicio que conseguir que los fumadores dejen de serlo, para los médicos es importante la prevención del inicio en el tabaco; en cambio para la industria del tabaco es importante conseguir todo lo contrario, es decir lograr que los niños comiencen a fumar tempranamente, pues así se afianza la adicción. Hacia esto se dirige la publicidad del tabaco, antítesis de la salud y la cordura.

El ambiente familiar tabáquico, sobre todo los padres y hermanos fumadores, la presión de grupo y los maestros de la escuela son patrones vivos e inevitables a seguir por el joven. Las películas, televisión, radio y la publicidad en general son circunstancias evitables en teoría pero no en la práctica. La publicidad en el tabaco sirve exclusivamente para el reclutamiento en masa de los jóvenes y el mantenimiento de esta adicción. (De la Cruz, 2000; Gómez, 2000)

2.6 Publicidad y tabaquismo

En todo el mundo la publicidad del tabaco apunta más a las mujeres, los niños y los países de bajos recursos que es la franja de población por la cual puede seguir aumentando sus ventas.

Las tácticas agresivas de comercialización de las compañías tabacaleras multinacionales han contribuido, enormemente, a aumentar el consumo de tabaco en los países en vías de desarrollo, especialmente, entre las mujeres, y serán los países en vías de desarrollo quienes llevarán la mayor parte de la carga de la enfermedad debido al consumo de tabaco.

Los enormes beneficios obtenidos por la industria del tabaco son mantenidos en virtud de la capacidad de las compañías tabacaleras para pasar sus gastos a otros. Son los gobiernos, las familias y los particulares quienes han de soportar el peso de los costos generados por el tabaquismo, mientras que las compañías tabacaleras se limitan a retener los beneficios.

Actualmente, el 80%, aproximadamente, de los fumadores del mundo viven en los países en vías de desarrollo donde las tasas de tabaquismo han aumentado dramáticamente en las décadas pasadas. Y debe destacarse que gran parte de esta industria tabacalera está en manos de las multinacionales, por lo que los beneficios fluyen desde los países pobres hacia los ricos. (OPS, 2000)

En las poblaciones de los países de ingreso medio y bajo se está produciendo un aumento del consumo de cigarrillos desde el decenio de 1970. En estos países el consumo mostró un ascenso constante entre 1970 y 1990, aunque la tendencia ascendente parece haber cedido un poco desde los primeros años de la década del noventa.

Durante ese mismo período, si bien el hábito de fumar se incrementó en los varones de los países de ingreso medio y bajo, mostró un descenso generalizado entre los varones de los países con niveles de ingreso más altos. Por ejemplo, en el momento culminante del consumo, hacia la mitad del siglo XX, fumaban más del 55% de los varones estadounidenses, pero la proporción cayó al 28% a mediados de los años noventa, pero aumentó en ciertos grupos, como los adolescentes y las mujeres jóvenes. Así pues, la epidemia de tabaquismo se está extendiendo desde su foco inicial, los varones de los países de ingreso alto, a las mujeres de esos mismos países y a los varones de los países con ingresos más bajos. (Epidemia de tabaquismo, 2001)

La estrategia central de las empresas tabacaleras es el consumo de tabaco por parte de los menores. Sin embargo Philip Morris, con respecto al consumo de tabaco por los jóvenes, asegura que desde hace tiempo las tabacaleras han cambiado la forma de hacer negocios y ahora "lucha para evitar que fumen los menores de edad".

Los avisos publicitarios de las revistas muestran todo lo contrario y la lucha de Philip Morris "para evitar que fumen los menores de edad", no es tal y la palabra "evitar" debe cambiarse por "lograr"(<http://www.tabaquismo.freehosting.net/> Diciembre 2001)

Desde el inicio de la producción industrial de cigarrillos manufacturados, éstos se han convertido en uno de los productos más accesibles del mercado. La red de distribución con decenas de miles de puntos de venta y el bajo precio del producto facilitan su adquisición inmediata en cualquier sitio y a cualquier hora, día o noche, superando la accesibilidad de otros productos básicos como alimentos, medicamentos, productos de limpieza, libros y otros artículos de ocio. Es con mucha diferencia la sustancia adictiva más disponible para todos los ciudadanos, adultos, jóvenes o adolescentes.

Existe una gran disponibilidad tanto en el acceso como en el uso. Se puede fumar casi en cualquier momento, lugar y situación (trabajando, conduciendo, durante cualquier actividad de ocio, en casa, en la calle, charlando, comiendo, solo o acompañado, etc.). La gran accesibilidad dificulta el cumplimiento de la legislación que pretende restringir el acceso a los menores (expendedores automáticos, supermercados, venta de cigarrillos sueltos).

La industria del tabaco mantiene una decisiva y continuada presión para cuestionar o negar las evidencias científicas acumuladas en las últimas décadas sobre los efectos del consumo de tabaco sobre la salud, de las características adictivas de la nicotina y de los efectos de la exposición al humo de tabaco ambiental. Ha sido probada la ocultación a la población de información disponible por la industria tabaquera sobre estos efectos. Las compañías tabaqueras mantienen artificialmente la confusión sobre estos aspectos y tratan de desviar el debate público alertando sobre la restricción de la libertad individual.

A comienzos del S.XX, el esfuerzo comercial para la promoción de los productos de tabaco, en especial de los cigarrillos, se centró en la utilización de un instrumento que ha alcanzado su máximo nivel de desarrollo y sofisticación a lo largo del siglo: la publicidad. En la actualidad, y a pesar de las progresivas restricciones publicitarias aplicadas por las legislaciones de la mayoría de países desarrollados, la industria tabaquera continúa invirtiendo en publicidad, proporcionalmente más que cualquier otro sector del mercado. Las mayores inversiones las realizan las grandes multinacionales con el objeto de penetrar en nuevos mercados, compitiendo con las marcas nacionales. El objetivo de la publicidad y promoción de los productos del tabaco no es informar adecuadamente a los consumidores sino mantener la fidelidad a cada marca e incrementar el consumo de los productos de cada compañía, fundamentalmente incorporando a nuevos sectores de población al consumo de tabaco, que luego, la capacidad adictiva de la nicotina mantiene. Así, nuevos grupos sociales, mujeres, adolescentes y jóvenes constituyen la bolsa de donde se puede generar nueva

demanda de forma constante. En ellos se concentran las inversiones de captación de nuevos clientes que se espera seguirán fieles a las marcas de iniciación.

El inicio al consumo de tabaco se produce entre los niños y la adolescencia y se consolida en los primeros años de la juventud. La industria del tabaco siempre ha negado que las enormes inversiones que dedica a publicidad directa e indirecta estén dirigidas a captar nuevos clientes. Cada nuevo adolescente o joven que se inicia en el consumo representa para las compañías años de consumo fiel a sus marcas. En este grupo la inversión publicitaria es muy rentable. Los niños y adolescentes están expuestos a la publicidad de los productos de tabaco y aprenden que el tabaco es algo aceptado y tolerable socialmente. Además existe publicidad directa con gran impacto (como es la distribución gratuita de muestras de cigarrillos, *pins*, entradas a espectáculos, concursos, etc.).

La publicidad dirigida a adolescentes utiliza símbolos de liberación, rebeldía, iniciación y simulación de la vida adulta, señas de madurez, capacidad de seducción y éxito sexual, rendimiento deportivo, sociabilidad y desinhibición. Estos contenidos se adaptan al proceso de transición vivido por los adolescentes.

Las evidencias científicas acumuladas sobre el efecto de la publicidad del Camello Joe (Camel) sobre los niños y su riesgo de iniciarse en el consumo creó un importante y prolongado debate social en los EEUU que acabó con la retirada de esta publicidad.

El aumento progresivo de las restricciones a la publicidad directa ha provocado que la industria dedique cada vez más recursos al patrocinio de productos y actividades atractivas para los jóvenes (deportes de riesgo y competición, aventura, conciertos de rock, sorteos de motos, etc.). También cada vez más productos llevan marca de cigarrillos (ropa vaquera, prendas juveniles, calzado, relojes, equipos deportivos, etc.).

Los acuerdos voluntarios de autorregulación de la industria del tabaco para limitar su estrategia promocional de acuerdo a criterios éticos y sociales se han demostrado de escasa utilidad. Las vías de la industria para escapar al espíritu de las leyes y normas de limitación de la publicidad han demostrado ser muy amplias. El patrocinio de deportes de competición (Formula I, motociclismo, fútbol), y de eventos musicales y culturales permite mantener en los medios de comunicación (incluida la TV) el mensaje del tabaco asociado a valores de rendimiento físico, compañerismo y afán de superación. El patrocinio y la publicidad directa crea espacios sociales en deuda con la industria del tabaco

(grandes compañías publicitarias, prensa y otros medios de comunicación, industria del deporte de competición, etc.)

Ante este horizonte, la industria del tabaco lleva ya tiempo desarrollando estrategias de promoción capaces de contrarrestar el efecto de estas limitaciones, previstas ya desde hace años. En este marco, las estrategias de promoción se basan en todo tipo de actividades de la industria para fomentar el uso lucrativo de sus productos. Estas estrategias, parten del análisis de los factores que todavía son favorables a la expansión de su mercado:

- La promoción de la incorporación constante de nuevos consumidores: adolescentes en general y mujeres.
- La poca percepción de riesgo entre las mujeres, debida a que hoy las tasas de mortalidad atribuible al consumo de tabaco entre la población femenina todavía son bajas.
- La cultura del riesgo que define a importantes sectores de una juventud con creciente poder adquisitivo.
- La existencia de marcas consolidadas desde hace muchos años, progresivamente asociadas a otros productos consumibles por jóvenes: vaqueros, ropa y complementos deportivos, botas, relojes, cadenas comerciales especializadas en el sector del ocio y la aventura, etc.
- La diversidad de productos de tabaco existente en el mercado internacional: cigarrillos, puros, picadura para pipa, tabaco de liar a mano, tabaco de mascar, etc.
- El apoyo de poderosos aliados: políticos y personajes públicos, aparentemente independientes, pero en realidad comprometidos con la industria del tabaco.
- El crecimiento económico en muchas regiones del mundo en las que, hasta ahora, el poder adquisitivo de la población era muy escaso, y el consumo de tabaco, prácticamente irrelevante.
- Restricciones insuficientes para controlar las estrategias de promoción en la mayoría de países del mundo.
- El poder adictivo de la nicotina que asegura la lealtad de los clientes desde edades muy tempranas.

A partir de este análisis, la estrategia promocional de la industria del tabaco se centra en dos objetivos generales:

1º Incrementar la disponibilidad y la accesibilidad del tabaco, haciéndolo apetecible para los nuevos clientes: los jóvenes, mantener contenidos altos de

nicotina, diversificar el tamaño de los paquetes de cigarrillos, promover la proliferación de máquinas expendedoras, mantener precios bajos, tolerar o participar en el contrabando internacional, luchar contra la armonización legislativa, retrasar la aplicación y el seguimiento de las leyes, buscar vacíos legales, reunir datos de clientes mediante concursos, y utilizar las marcas en otros productos y como identificación de cadenas comerciales.

2º Promover una imagen positiva de la industria tabaquera en la sociedad mediante el estrechamiento de vínculos con aliados poderosos como:

- Propietarios de medios de comunicación
- Políticos y responsables de decisiones políticas
- Realización de actividades culturales y benéficas
- Patrocinio de grupos de presión cuya imagen corporativa pretende ser la independencia, la tolerancia y la defensa de las libertades civiles (ejemplo: el "Club de fumadores por la tolerancia")
- Oferta a los gobiernos de programas de educación para la salud en las escuelas, que pretenden transmitir a los alumnos el mensaje de "ahora no fumes, ya podrás hacerlo cuando seas mayor".
- Financiación de investigación supuestamente independiente.
- Financiación de jornadas y congresos sobre temas como la democracia, solidaridad, apoyo a minorías. (López, 1999).

En lugar de evitar que fumen los menores de edad lo que hace la publicidad es seguir reclutando nuevos clientes, los cuales no observan las consecuencias a largo o mediano plazo sino que más bien lo único que observan son las consecuencias inmediatas que le ofrece el consumo del tabaco ante su grupo social o bien en su estado emocional. La idea que compran es la de un ser que obtiene libertad, sofisticación, virilidad, etc.

El fenómeno publicitario ha llegado a tal nivel que en un estudio realizado por Fischer y colaboradores (1991) se ha mostrado como los niños norteamericanos de 3 a 6 años reconocen mayoritariamente el logotipo de Mickey Mouse, y que de igual modo tienen un alto grado de reconocimiento del logotipo del camello de Camel ("*Old Joe*", el viejo Joe) de tal modo que a los 6 años lo reconocen el 90% de los niños, lo que muestra el gran impacto que está teniendo la publicidad del tabaco en tan corta edad.

De esta manera podemos concluir que la publicidad facilita conocer el producto, identificarse con lo que le rodea y crear la conciencia de que fumar es normal

CAPITULO 3. MOTIVACION Y TABAQUISMO

3.1 La motivación como un factor de acción

El concepto de motivación es usado para explicar cada uno de los aspectos básicos del comportamiento; para ser más específicos, la *motivación* se refiere a la dinámica del comportamiento: las formas en que se inician, sostienen y dirigen nuestras acciones. (Petri, 1996 citado en Coon, 1999)

La historia ilustra que el comportamiento motivado puede ser energizado por el “tirón” de estímulos externos, además del “empujón” de las necesidades internas. Al tirón ejercido por una meta se le llama *valor incentivo*, es decir, el atractivo de una meta más allá de su capacidad para satisfacer una necesidad. Algunas metas son tan deseables que motivan al comportamiento en ausencia de una necesidad interna. Otras metas tienen un valor de incentivo tan bajo que se rechazan aunque podrían satisfacer la necesidad interna.

En casi todos los casos, las necesidades internas y los incentivos externos energizan las acciones. Además, de un estado fuerte de necesidad puede convertir a un incentivo menos atractivo en una meta deseable; los incentivos también ayudan a explicar los motivos que no parecen tener ninguna necesidad interna identificable. (Coon, 1998)

Algunos autores agrupan los factores motivacionales en dos categorías: búsqueda de placer y evitación del dolor. Otros autores hablan de necesidades instintivas primarias: sed, hambre, sexo. Otros elementos motivacionales son: incentivos, curiosidad, hedonismo, mantener el equilibrio interior, autorrealización.

Los motivos se pueden dividir en tres categorías principales:

1. Los *motivos primarios* se basan en necesidades biológicas que deben satisfacerse para la supervivencia. Los motivos primarios más importantes son el hambre, la sed, la evitación del dolor y las necesidades de aire, sueño, eliminación de desechos y regulación de la temperatura corporal. Los motivos primarios son innatos.
2. Los *motivos de estímulo* son necesidades de estimulación e información. La actividad, la curiosidad, la exploración, la manipulación y el contacto físico

son ejemplos de motivos de estímulo. Aunque estos motivos también parecen innatos, no son estrictamente necesarios para la supervivencia.

3. Los *motivos secundarios* se basan en necesidades, pulsiones y metas aprendidas. Muchos motivos secundarios se relacionan con necesidades aprendidas de poder, afiliación (la necesidad de estar con otros), aprobación, posición, seguridad y logro. El temor y la agresión también parecen sujetos al aprendizaje.

3.2 Motivación y Emoción

Emoción y motivación se encuentran estrechamente relacionados, el deseo suscita la motivación, suscitar interés por algo o alguien es un factor de motivación que ayuda a sentirse bien. La pasividad, pereza, aburrimiento, desidia, etc., demuestran un nivel bajo de madurez emocional. La persona emocionalmente inteligente es capaz de motivarse, ilusionarse, interesarse, en las personas y en la realidad que nos rodea. (Bisquerra, 2001)

La motivación intrínseca es sólo uno de los muchos vínculos que se pueden encontrar entre la motivación y la emoción.

Las relaciones entre emoción y motivación quedan de manifiesto como mínimo en los siguientes argumentos: 1) las emociones desencadenan una acción, por lo tanto constituyen una motivación para hacer algo; 2) la raíz etimológica latina de ambos términos es la misma "*movere*"; 3) en la literatura especializada se pone repetidamente de relieve esta relación en el título de libros, artículos o capítulos.

La activación emocional es la esencia de la motivación; estar motivado es anticipar sucesos agradables o desagradables, los primeros se buscan y los segundos se evitan.

Desde la neurofisiología también se ha comprobado la relación entre emoción y motivación. Las estructuras neuronales y los sistemas funcionales responsables de la motivación y la emoción, a menudo coinciden, conformando un cerebro motivacional/emocional conocido con el nombre de Sistema Límbico.

Una vez que se ha generado una emoción suele producirse una predisposición urgente a la acción; se trata de una motivación reactiva, es una acción motivada como reacción a las condiciones ambientales.

Reaccionamos emocionalmente solamente cuando tenemos algo en juego en una relación; en otras palabras, la emoción depende de lo que es importante para nosotros para nuestros objetivos personales.

Emoción y motivación tienen muchos puntos en común, pero también presentan diferencias. Los desencadenantes motivacionales pueden ser múltiples, algunos de los cuales son: herencia, aprendizaje, interacción social, hedonismo, crecimiento, procesos cognitivos, etc., mientras que la emoción se desencadena a partir de la valoración de una situación.

En resumen, la emoción es un camino hacia la motivación y la cognición.

Las emociones juegan un papel muy importante para la salud; las personas con un buen estado de ánimo tienden a estar menos enfermas. Los efectos de las emociones negativas sobre la salud pueden manifestarse de múltiples formas, por ejemplo en enfermedades somáticas o psicosomáticas, consumo de drogas, practicar sexo con riesgo, desórdenes en la comida, etc., por lo que si se realiza una intervención emocional se verían mejores resultados.

Goleman (1995) expone dos implicaciones a la luz de la incidencia de las emociones en la salud:

- 1) Ayudar a la gente a manejar mejor sus sentimientos negativos, como son ira, ansiedad, depresión, pesimismo, soledad, etc., como forma de prevención.
- 2) Muchos pacientes pueden beneficiarse considerablemente cuando se atienden sus necesidades psicológicas paralelamente a sus necesidades de atención médica.

Una teoría científica sostiene que las personas drogadictas o alcohólicas utilizan esas sustancias como "medicación": una forma de atenuar la ansiedad, ira o depresión. Los estudiantes con más perturbaciones emocionales son los más propensos al consumo de drogas (Goleman, 1995)

El adquirir la habilidad de manejar estos sentimientos resta ímpetu al uso de drogas. Las habilidades emocionales básicas forman parte de programas educativos dirigidos a la rehabilitación de drogadictos y alcohólicos, lo cual se maneja como una intervención en crisis correctiva o terapéutica.

3.3 Motivos de inicio del tabaquismo

El aprender a fumar comienza en la niñez y/o adolescencia y es justamente en esta etapa del desarrollo en la cual la persona se encuentra en búsqueda de sí mismo y es en donde comienza a querer ser independiente de su familia y se le da mayor importancia a pertenecer a un grupo social, en donde es necesario cubrir con ciertas características para pertenecer al grupo.

Durante este periodo las personas se encuentran vulnerables a la influencia del medio por lo que intervienen diversos factores que pueden provocar que la persona comience a fumar.

3.3.1 Modelo afectivo de adquisición del tabaquismo

Tomkins (1966) propuso un modelo explicativo de la adquisición del tabaquismo como aplicación de su teoría general de la afectividad; el modelo parte del hallazgo de que las razones típicas para probar con los cigarrillos suelen ser la curiosidad, la conformidad con los patrones del grupo de compañeros o amigos, la rebelión, el inconformismo y la identificación con los adultos. Estas razones representan casos especiales de fumar por afectos positivos, en los cuales genera un sentimiento de afectividad positiva, o fumar por afectos negativos, en los cuales se acentúa un sentimiento de afectividad negativa. (Gil, 1994)

De esta manera, el modelo afectivo del tabaquismo desarrollado por Tomkins sugiere que fumar se emplea como forma de regular los estados emocionales internos, produciendo reacciones emocionales positivas y reduciendo reacciones emocionales negativas provocadas por diversas situaciones. Estas fuentes subyacentes de afectividad son las variables clave para continuar fumando ya que este modelo propone que sin la implicación de estas cargas afectivas, fumar cesaría con la simple experimentación.

3.3.2 Modelo conductual de adquisición del tabaquismo

Este modelo es También conocido como aprendizaje social y se basa en la idea de que el reforzamiento social es el principal responsable de la adquisición del hábito de fumar. (Gil, 1994)

Describe que en un principio fumar representa en sí mismo una experiencia aversiva, que con la práctica y la habituación que se va formando llegará a convertirse en una experiencia reforzante, ya sea positiva o negativa, de manera

terminaría por mantenerse debido a sus propias consecuencias y llegará a generalizarse en un sin fin de situaciones y contextos.

Pomerleau (1980) en virtud de su asociación con fumar, establece algunas situaciones tales como un paquete de cigarrillos vacío, una llamada telefónica, estar ante la barra de un bar o frente a la televisión, pueden servir como estímulos condicionados que provocan respuestas encubiertas que incrementan la probabilidad de fumar.

Estas mismas situaciones pueden funcionar como estímulos discriminativos que representan la ocasión para obtener el reforzamiento proporcionado por fumar.

3.3.3 Motivos de inicio según las categorías de Russell

Russell, en 1971, elaboró una categorización de los motivos de inicio y mantenimiento de la conducta de fumar, basada en sus estudios acerca de la naturaleza y clasificación de la conducta de dependencia a la nicotina.

- ◆ *Aceptación del grupo social:* En donde el grupo constituye un factor de gran importancia, tanto en el desarrollo personal y social del adolescente como en el acercamiento de éste al consumo del cigarro. Debido a que la mayoría de las veces el primer contacto con el tabaco se produce a través de compañeros que ya lo consumen y dentro de un contexto de pandilla, el grupo aporta al individuo la posibilidad de realizar actividades nuevas y reconoce los logros que de ellas se deriven. En este ambiente, se llega de un modo u otro, a la primera invitación al consumo de cigarrillos.
- ◆ *Disponibilidad:* A cualquier persona joven le resulta más fácil fumar si tiene acceso a los cigarrillos, por ejemplo, en las familias en las cuales los padres o hermanos mayores fuman suelen dejar los cigarrillos a disposición del resto de la familia y aún sin la intención de que los menores fumen, éstos pueden encontrar fácilmente los cigarrillos en casa.
- ◆ *Imitación:* Los niños y adolescentes obtienen una gran cantidad de información además de aprender conductas a través de sus padres, quienes sirven como modelos; también aprenden de personas que son significativas en su vida como lo son amigos, actores, cantantes, maestros, etc., si estas figuras fuman, es probable que los jóvenes los imiten para tratar de igualarlos y empiecen a fumar.

- ◆ *Anticipación a la adultez:* El hecho de iniciarse en un hábito como lo es el fumar tabaco, produce en el adolescente una sensación de incorporación al mundo de los adultos. Los medios masivos de comunicación muestran a los individuos que fuman como las personas adultas con “personalidad”, resaltando la masculinidad y femineidad de los modelos que utilizan, lo cual provoca en el adolescente un deseo de parecerse a ellos y ser adultos antes de tiempo.

3.4 Motivos de mantenimiento del tabaquismo

Además de los factores que actúan como motivadores para el comienzo de fumar, existen también teorías que se encargan de describir los motivos por los cuales se mantiene esta conducta. Algunos autores como Jarvik (1977), Russell (1977) y Schachter (1978), entienden la conducta de fumar como una respuesta de escape a la estimulación aversiva producida por la privación nicotínica; afirmando que no solo se mantiene esta conducta por el síndrome de abstinencia sino que también es importante la dependencia psicológica.

3.4.1 Modelos farmacológicos o de adicción a la nicotina

Hay tres diferentes modelos que se han propuesto la tarea de explicar el papel de la nicotina en el mantenimiento del tabaquismo. Los cuales se describen a continuación:

a) Modelo del efecto fijo de la nicotina

Este modelo propone que el comportamiento de fumar se mantiene debido a que la nicotina estimula centros neuronales específicos que actúan como reforzadores. En efecto, se conocen varios niveles de afectación neural de la nicotina, por ejemplo, ésta sustancia actúa directa e indirectamente alterando el nivel de catecolaminas, reduciendo los potenciales evocados producidos por la estimulación externa., cambiando los niveles de neuroaminas, incrementando el ritmo cardíaco y produciendo relajación muscular. (Gil, 1994)

b) Modelo de regulación nicotínica

Establece que fumar sirve para regular el nivel de nicotina en el organismo, de manera que los descensos del nivel de nicotina en sangre motivaría al fumador a

consumir un cigarrillo. Este modelo establece que cada fumador tiende a mantener un “nivel óptimo” de nicotina en sangre, por debajo del cual se hace necesario ingerir la cantidad suficiente de sustancia para recuperar el “equilibrio”.

Este modelo concuerda con los puntos de vista de algunos autores como son Jarvik (1977), Russell (1977) y Schachter (1978), quienes entienden la conducta de fumar como una respuesta de escape a la estimulación aversiva producida por la privación nicotínica, manifestándose en forma de tensión y malestar.

Entonces, este modelo afirma que el nivel de nicotina es regulado por un mecanismo interno que lo mantiene dentro de ciertos límites que regulan la frecuencia de fumar. (Gil, 1994)

c) Modelo de regulación múltiple

Leventhal y Cleary, en 1980, propusieron la adopción de un modelo que asumiera que el fumador fuma para regular sus estados emocionales, y que los niveles de nicotina están siendo regulados debido a que ciertos estados emocionales han llegado a condicionarse a ellos en una variedad de contextos.

La asunción central de este modelo es que la regulación emocional es la clave para explicar la conducta de fumar. El modelo combina variables emocionales con fisiológicas en la explicación del mantenimiento del tabaquismo.

De esta manera, el fumador dependiente fuma para regular sus niveles de nicotina en sangre, de manera que las caídas de los niveles de nicotina provocan un estado emocional negativo o disfórico que se reconoce como “ansias, urgencias o deseos” por fumar que también puede ser provocado por ciertas estimulaciones externas. Las sensaciones de malestar provocadas por los deseos de los niveles de nicotina pueden también combinarse con el malestar o tensión que puede producirse en ciertas situaciones o tareas, tales como son el enfrentamiento al dolor, conflictos personales, etc., en la medida en que el fumador va recuperando sus niveles de nicotina, podrá afrontar las situaciones con el mismo nivel de efectividad que un no fumador, con lo que fumar queda ligado a señales generadas interna y externamente que, a su vez, adquieren control sobre los cambios en los estados emocionales.

Dicho modelo propone dos fuentes de control para los “deseos, ansias o urgencias” provenientes de los efectos de la nicotina en sí misma y de las estimulaciones externas que provocan en forma condicionada estados afectivos negativos. De esta

manera, fumar no solo se ve potenciado por el hecho de que produzca un estado emocional positivo que controla el efecto emocional negativo producto de una situación de tensión; fumar provoca, además, ciertos cambios en la actividad del organismo, tales como un aumento de la activación neural, con el consiguiente aumento del estado de alerta y la facilitación del enfrentamiento de las situaciones difíciles.

Por último, este modelo sugiere la existencia de una "memoria emocional" que explica la integración y mantenimiento de la combinación de ciertas estimulaciones externas, las señales internas derivadas de la disminución del nivel de nicotina y las reacciones emocionales. Con ello, el modelo combina aspectos farmacológicos y conductuales, e incorpora constructos hipotéticos cognitivos. (Gil, 1994)

3.4.2 Teoría del proceso oponente

La teoría del proceso oponente de motivación adquirida fue propuesta por Solomon y Corbit (1973, 1974) y Solomon (1977) como un modelo explicativo de los comportamientos adictivos derivado de la experimentación animal. (Gil, 1994)

Este modelo parte de la base de que cualquier desequilibrio afectivo significativo, ya sea positivo o negativo, provoca la activación de mecanismos centrales que operaran intentando restablecer el equilibrio perdido. Los eventos capaces de alterar el equilibrio afectivo son aquellos estímulos incondicionados o reforzadores primarios que serían capaces de provocar procesos afectivos primarios o respuestas incondicionadas que se denominan "*proceso a*".

Un "*proceso a*" puede implicar la producción de afecto positivo o negativo dependiendo del tipo de estímulo que lo haya provocado. Un "*proceso a*" desencadena una respuesta afectiva opuesta denominada "*proceso b*". El "*proceso a*" genera un estado afectivo A, y el "*proceso b*" genera un estado afectivo opuesto, o estado B. Ambos son contingentes, de forma que durante la presentación de un estímulo incondicionado el "*proceso a*" es superior al "*proceso b*" y el estado afectivo de la persona estaría en un estado A. Cuando desaparece el estímulo incondicionado, la relación se invierte y el "*proceso b*" llega a ser superior, con lo cual el estado afectivo se determina por aquel y el individuo presenta un estado B. Este modelo plantea que el "*proceso b*" se ve fortalecido con el uso y debilitado con el desuso. (Gil, 1994)

Aplicando este modelo a la conducta de fumar, podemos encontrar que el tabaquismo es reforzado positivamente por sus consecuencias placenteras y

negativamente por reducir o eliminar un estado aversivo, funcionando así como cualquier otro tipo de comportamiento adictivo.

3.4.3 Modelo ecológico del tabaquismo

Mausner y Platt (1971) Mausner (1973) elaboraron un modelo explicativo del tabaquismo según el cual el comportamiento se configura mediante un estímulo o input, un mediador o sistemas mediadores y un resultado o output.

El input hace referencia a tres aspectos del ambiente: biológico, social y físico; el mediador o sistemas mediadores está formado por una serie de constructos hipotéticos y el output corresponde a la conducta. Este modelo considera que la conducta de fumar no puede ser entendida sin tener en cuenta el marco sociocultural en el que vive cada fumador.

De acuerdo al modelo ecológico, fumar cada cigarrillo es “una función de la interacción entre los inputs de cada situación y las consecuencias de fumar”.

Por lo que fumar puede cumplir tres funciones: la primer función deriva de las propiedades estimulantes del cigarrillo, que puede proporcionar placer al fumador, o recuperación cuando está cansado, o reducir tensión, o liberarle del malestar producido por el descenso de los niveles de nicotina, lo cual correspondería a los efectos farmacológicos, pero también a la estimulación proveniente del aire caliente y del impacto sensorial de la manipulación del cigarrillo encendido con las manos y la boca.

La segunda función tiene que ver con los aspectos sociales de fumar, pues puede aumentar la cohesión social de los grupos al convertirse en un ritual común compartido. La tercera función se refiere a que fumar es una forma de conducta expresiva que para muchos fumadores forma parte del concepto que tienen de sí mismo.

3.4.4 Motivos de mantenimiento según las categorías de Russell

- 1) *Tabaquismo Psicosocial*. La ingestión de nicotina es virtualmente nula, se utiliza el valor simbólico del fumador para crear una imagen de intelectualidad, precocidad, sensualidad o sofisticación para ganar aceptación dentro de un grupo determinado a través del incremento de la imagen social. Son fumadores que generalmente lo hacen por la supuesta

adquisición de estereotipos y fuman más en compañía de persona y eventos sociales.

- 2) ***Tabaquismo Sensoriomotor.*** El fumar se convierte en un ritual que incluye el goce de numerosas sensaciones y manipulaciones manuales, orales y olfativas; la sensación del cigarrillo en la boca, el acto de encenderlo, la forma como se agarra, el olor, el sabor, etc.
- 3) ***Tabaquismo por Placer.*** Es la forma más común de fumar y generalmente las personas que se mantienen fumando por este motivo, no fuman mucho, lo hacen cuando toman café, té o alcohol y en situaciones sociales, fuera de estos casos no tienen necesidad de fumar.
- 4) ***Tabaquismo Tranquilizante.*** En este caso se fuma para reducir sentimientos desagradables como la tensión, ansiedad, coraje, vergüenza, etc. la acción aquí es a nivel farmacológico y se refiere a la elevación de los niveles de nicotina en sangre. El efecto que se obtiene es sedante y la forma en que se fuma es a bocanadas profundas.
- 5) ***Tabaquismo Estimulante.*** Las personas que fuman por esta razón obtienen una sensación de aumento de energía, fuman para evitar la fatiga y/o el aburrimiento. La forma en que estas personas fuman es a bocanadas cortas y espaciadas. El efecto es el de nivelar la nicotina en sangre.
- 6) ***Tabaquismo Adictivo.*** El fumador experimenta síntomas de supresión si deja de fumar por más de 20 minutos. Generalmente fuman para evitar el síndrome de abstinencia. Corresponde la descripción de un fumador con una adicción fuerte.
- 7) ***Tabaquismo Automático.*** Las personas fuman sin estar conscientes de ello, esta forma de fumar ocurre sin percatarse de cómo se fuma, o cuantos cigarros se consumen al día. En ocasiones, encienden más de un cigarro a la vez sin darse cuenta.

Las categorías 1, 2 y 3 pertenecen a un ámbito de tipo psicológico predominante, la categoría 4 se encuentra en un punto intermedio, mientras que las categorías 5,6 y 7 pertenecen a una esfera predominantemente física (Russell, 1971)

De acuerdo a los modelos de adquisición y mantenimiento del tabaquismo se puede concluir que para que pueda producirse la adquisición de esta conducta es

necesario que: 1) haya algún tipo de control incitador a la prueba del primer cigarrillo; 2) la emisión de la respuesta de aproximación al producto o contacto con el primer cigarrillo; 3) algún tipo de control que resulte incompatible con las primeras reacciones al consumo que resultarán de manera aversiva, es decir, que compense su efecto respecto al malestar físico que provoca el primer cigarrillo; y 4) nuevas aproximaciones, que se producirán dependiendo de la sensibilidad diferencial a las contingencias sociales o extrínsecas, dependiendo principalmente del control incitador, y a las diferencias internas provenientes de los efectos de la inhalación del humo, del sabor y olor del tabaco, etc., los cuales continuarán provocando cambios de naturaleza aversiva por corto tiempo. (Gil, 1994)

Los mecanismos psicológicos que contribuyen al mantenimiento del tabaquismo son muy particulares. Hay fumadores que no conciben una relación interpersonal sin el cigarrillo “mediador”, otros no toman una decisión sin su cigarrillo “decisorio”, o precisa de un cigarrillo “controlador” de su labilidad emocional, también aparece el cigarrillo “compañero”, el “gustativo” relacionado con las comidas, etc. En fumadores de más de 20 cigarrillos al día también aparece el factor “automatismo”, que se refiere a la acción repetitiva de encender los cigarrillos casi por inercia.

Respecto a la dependencia física, está comprobada la gran capacidad adictiva de la nicotina, comparable a la de otras drogas consideradas duras como la heroína. Las características de la nicotina como sustancia psicoactiva y el uso que el fumador aprende a hacer de ellas, hacen que el cigarrillo sea utilizado tanto para controlar situaciones de estrés, como para mejorar la concentración. (Calero, 2001)

CAPITULO 4. METODO

4.1 Planteamiento del problema

En la actualidad el tabaquismo se ha convertido en un problema de Salud Pública que está afectando a la población de una forma considerable, por lo que surge la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las diferencias o semejanzas en las reacciones emocionales de adolescentes no fumadores y de adolescentes fumadores y cuáles son los motivos que tienen para fumar?

4.2 Objetivo general

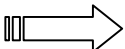
- ◆ Investigar para describir cuales son las reacciones emocionales del adolescente fumador y del adolescente no fumador, y describir los motivos que tiene el adolescente para fumar.

4.3 Hipótesis

- H₁** Existen diferencias estadísticamente significativas entre las reacciones emocionales del adolescente fumador y del adolescente no fumador.
- H₀** No existen diferencias estadísticamente significativas entre las reacciones emocionales del adolescente fumador y del adolescente no fumador.

4.4 Variables

VD. Tabaquismo

VI. Emociones  Reacción emocional

VI. Motivos para fumar

VI. Adolescencia

4.5 Definición conceptual de variables

Tabaquismo

Consumo habitual de productos elaborados del tabaco, especialmente cigarrillos. Es una pauta de conducta en la que el uso de una sustancia psicoactiva tiene una absoluta prioridad sobre otras actividades que tuvieron anteriormente un valor

significativamente alto. Un abuso excesivo de la acción de fumar, inhalar y exhalar los humos producidos al quemar tabaco conduce al tabaquismo. (Gil, 1994)

Emociones

Estado de ánimo caracterizado por una conmoción orgánica consiguiente a impresiones de los sentidos, ideas o recuerdos, la cual produce fenómenos viscerales que percibe el sujeto emocionado, y con frecuencia se traduce en gestos, actitudes u otras formas de expresión. (Palmero, 1998)

Motivo

Causa o razón que mueve para una cosa. (Monterde, 1985)

Adolescencia

Es el periodo de transición entre la niñez y la vida adulta durante el cual acontece la maduración sexual, empieza el pensamiento de operaciones formales, y ocurre la preparación para ingresar al mundo de los adultos. Una tarea Psicosocial importante de esta etapa es la formación de una identidad positiva. A medida que los adolescentes buscan una mayor independencia de los padres, también desean un mayor contacto y un sentido de pertenencia y compañía con sus pares. (Rice, 1997)

4.6 Definición operacional de variables

Tabaquismo

Determinada por Fargeström.

Emoción \iff Reacción emocional

Determinada por Lüscher.

Motivo

Razones que los fumadores dan para justificar su conducta, determinada por Rusell.

Adolescencia

Etapa del desarrollo humano ubicado de los 13 a 18 años.

4.7 Sujetos

Se trabajó con una población de hombres y mujeres estudiantes de nivel medio superior del Colegio de Ciencias y Humanidades plantel Vallejo. La muestra se llevó a cabo por Autoselección, participaron 100 adolescentes cuyas edades

oscilaban entre 16 y 18 años, 50 de los cuales eran fumadores y 50 no fumadores; cumpliendo con los criterios de inclusión determinados. De cada grupo participaron 25 mujeres y 25 hombres.

4.8 Tipo de estudio

La presente investigación es de tipo Ex post-facto, debido a que no hubo manipulación de variables y sólo se observó a los participantes en su situación ya existente, por lo que no se influyó en las variables ya que estas ya habían sucedido al igual que sus efectos. También es de tipo Transversal y Comparativo debido a que el propósito de esta investigación es describir las variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado en dos grupos diferentes, así como realizar la comparación de estos dos grupos.

4.9 Diseño experimental

Para el cuestionario de dependencia a la nicotina de Fargeström y el cuestionario de motivos para fumar de Rusell se empleó como método estadístico las Frecuencias; para la prueba de colores de Lüscher se formaron tres clusters del grupo de fumadores y tres clusters del grupo de no fumadores y se empleó como método estadístico el coeficiente de correlación por rangos de Spearman.

4.10 Instrumentos y materiales

➤ *Se elaboró una hoja de datos sociodemográficos*

➤ *Cuestionario de Dependencia a la Nicotina Fargeström*

El Fargeström se utiliza para evaluar cual es el nivel de dependencia que tiene el sujeto a la nicotina. Fue diseñado en 1978 y desde entonces ha sido utilizado en numerosos estudios y situaciones clínicas. Para mejorar su validez, se modificó en 1991 ampliando las categorías de respuestas en dos de las preguntas iniciales y eliminando dos ítems, de esta manera se presentó un mayor grado de consistencia interna. Actualmente el cuestionario consta de 7 ítems, las dos primeras presentan cuatro opciones de respuesta con un valor de cero, uno, dos ó tres; las cuatro siguientes presentan dos opciones de respuesta con un valor de cero o uno; y la última presenta tres opciones de respuesta con un valor de cero, uno o dos. Al sumar los puntajes de 4 a 6 indican un nivel bajo de dependencia, mientras que de 7 en adelante indica un nivel elevado de dependencia a la nicotina.

➤ *Cuestionario de Motivos para Fumar de Rusell*

Éste cuestionario sirve para evaluar el motivo por el cual la persona fuma. Consta de 18 oraciones dirigidas a la identificación del motivo de fumar, a un costado de cada una de las oraciones aparecen tres columnas de respuesta, con un valor determinado. Frecuentemente, tres puntos; Ocasionalmente, dos puntos; Nunca, cero puntos. Una vez contestado se coloca el valor de cada respuesta en la plantilla de calificación y de ahí se obtiene la puntuación para cada uno de los 6 motivos identificados y designados por Rusell, los cuales son:

- *Estimulo (Tabaquismo estimulante)*: Fuma como una forma de estimularse
- *Manipulación (Tabaquismo sensoriomotor)*: Su motivo es el ritual que se realiza alrededor de fumar un cigarro.
- *Relajamiento (Tabaquismo por placer)*: Su motivo es obtener placer en periodos de descanso.
- *Reducción de tensión (Tabaquismo tranquilizante)*: Su motivo es tranquilizarse o sobrellevar estadios displacenteros de ansiedad o tensión.
- *Necesidad (Tabaquismo adictivo)*: Fuma por que ya existe una dependencia física y con esto evita el síndrome de abstinencia.
- *Adicción (Tabaquismo automático)*: Fuma sin ser consciente de ello.

Una puntuación de 6 a 9 indica que es un motivo muy importante, una de 3 a 5 no es muy importante y una de 0 a 2 no es importante. Esta prueba no ha sido estandarizada en población mexicana, sin embargo, es empleada en algunas Clínicas Contra el Tabaquismo, como son: la clínica del Hospital General de México, la clínica del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, entre otras.

➤ *Prueba de colores de Lüscher*

El test de Lüscher consta de 8 tarjetas, cuatro de colores primarios: azul, verde, rojo y amarillo, y cuatro de colores “modificados”: violeta, café, gris y negro que el examinado debe ordenar en grado jerárquico de preferencia; cada uno de los colores se encuentra asignado por un color, para que de esta manera al finalizar la tarea, el examinado obtenga una serie de ocho números. Esta tarea se le presenta en dos ocasiones con un breve intervalo y de esta manera obtenemos al final dos series por examinado. Esta es la que se considera la prueba abreviada y es la que se aplicó en la presente investigación. Cada uno de los ocho colores ha sido escogido por Max Lüscher por su significado especial psicológico y fisiológico, el cual es:

- ◆ *Azul (1)*: Representa la serenidad absoluta, tiene un efecto tranquilizador en el sistema nervioso central; psicológicamente representa felicidad que significa paz y satisfacción. Representa los vínculos que uno tiene a su alrededor, la integración social y el sentido de pertenencia a algo o a alguien. Esta relacionado con la profundidad de sentimiento, es un requisito previo para la empatía, para la experiencia estética y para la meditación consciente.
- ◆ *Verde (2)*: Representa la condición fisiológica de “tensión constante”; se expresa psicológicamente como la voluntad en actividad, como perseverancia y tenacidad, por lo tanto manifiesta firmeza, perseverancia, resistencia al cambio, indica constancia de criterio y conciencia de sí. Da suma importancia al Yo en todas sus formas de dominio y autoestima, se considera como un modo de incrementar tanto su seguridad como la autoestima.
- ◆ *Rojo (3)*: Representa una condición de exceso de energía. Es la expresión de fuerza vital y de actividad nerviosa y glandular, por lo que significa “deseo” en todas las gamas de apetencia y anhelo; es el apremio de lograr éxitos, de alcanzar el triunfo, de conseguir ávidamente todas aquellas cosas que ofrecen intensidad vital y experiencia plena; es el impulso hacia la acción. Los deportes, la lucha, la competición, la actividad sexual y la aventura; es “la fuerza de la voluntad”.
- ◆ *Amarillo (4)*: Sus efectos son de luz y alegría; sus principales características son claridad, reflexión, brillo y alegría insustancial. Manifiesta expansividad desinhibida, laxitud y relajación; psicológicamente se traduce en liberación de cargas, problemas, impedimentos y cortapisas. Simbólicamente corresponde a la llegada de los rayos solares, al ánimo jubiloso y a la felicidad.
- ◆ *Violeta (5)*: Quiere decir identificación en una unión mística, un alto grado de intimidad sensible que lleva a la completa fusión entre sujeto y objeto de modo que todo lo que se piensa y desea debe convertirse en realidad; puede llevar a una comprensión intuitiva y sensible. Representa imaginación, excitación sensual o afectiva, inmadurez, inseguridad y por tanto fantasía.
- ◆ *Marrón (6)*: Representa lo sensitivo, lo que hace referencia a los sentidos corporales; su vitalidad es sensorial y pasivamente receptiva. Es sensual, se relaciona directamente con el cuerpo físico y su posición en la fila da una indicación de la condición sensorial de éste.
- ◆ *Negro (7)*: Es la negación misma del color, representa el límite absoluto detrás del cual la vida cesa y, en consecuencia, expresa la idea de la nada y de la extinción. Representa renunciamiento, la última entrega o abandono y tiene un efecto muy intenso en cualquier color que esté en el mismo grupo, acentuando las características de ese color.
- ◆ *Gris (0)*: Representa neutralidad. Es neutral con respecto al sujeto y objeto, sea interno o externo, con tensión o relajamiento. El gris no es una zona ocupada, sino una frontera, que es “tierra de nadie”, es una región de separación que divide campos contrarios.

4.11 Escenario

La muestra se seleccionó en el Colegio de Ciencias y Humanidades plantel Vallejo, el cual se encuentra ubicado en Av. Cien metros, delegación Gustavo A. Madero; y la aplicación se llevó a cabo en un aula del plantel, con las condiciones y mobiliario apropiados.

4.12 Procedimiento

La investigadora asistió al Colegio de Ciencias y Humanidades plantel Vallejo en primera instancia con el fin de solicitar la autorización correspondiente para iniciar la investigación en dicho plantel. Las autoridades accedieron y propusieron un calendario de trabajo con el cual la investigadora se guió para llevar a cabo la aplicación de las pruebas determinadas de acuerdo a los horarios asignados en los diferentes grupos.

Antes de comenzar con la aplicación de las pruebas la investigadora se presentó en cada uno de los grupos y les explicó en forma breve en qué consistía la investigación y se les invitó a colaborar; una vez decidido quién participaría se dio inicio a la aplicación de cada una de las pruebas de manera individual.

En primer lugar se les dio la hoja de datos sociodemográficos, después se les aplicó la prueba de Lüscher por primera vez para ver su estado emocional, posteriormente el cuestionario de dependencia de la nicotina de Fargeström y si el estudiante era fumador se le aplicaba el cuestionario de motivos para fumar de Rusell, en caso de que no fuera fumador no se le aplicaba este cuestionario. Una vez realizadas estas aplicaciones se les aplicó por segunda vez la prueba de Lüscher y al finalizar esta última aplicación se les agradeció su participación; este procedimiento fue con cada uno de los estudiantes que ayudaron a la investigación. Al finalizar la muestra se agradeció a los grupos y a las autoridades que hicieron posible la presente investigación.

Posteriormente se hizo la recolección de datos de cada una de las aplicaciones y se procedió a trabajar con el programa estadístico SPSS, a excepción de los datos obtenidos de la prueba de colores de Lüscher debido a que el autor tiene su propio método estadístico, por lo que los datos de esta prueba se trabajaron de manera manual bajo la asesoría de la Lic. Annemarie Brugman, una vez trabajados los datos con los dos grupos (Fumadores/No fumadores) participantes se observó la

posibilidad de la formación de clusters, en cada grupo, con el fin de obtener más datos de la prueba, y se procedió a trabajar manualmente el estadístico.

Debido a que no es muy conocido el método estadístico que se emplea para el Test de Lüscher, aclararemos a grandes rasgos como se empleo en esta investigación.

Como se mencionó con anterioridad, el test de Lüscher nos da como resultado dos series, que representan el orden jerárquico de preferencia de colores, por examinado, debido a que en nuestro planteamiento de trabajo se menciona que trabajamos con dos grupos es necesario obtener una serie que represente a cada uno de los grupos; por tanto al trabajar estadísticamente los datos obtenemos dos series, una serie que representa el grupo de fumadores y una serie que representa el grupo de no fumadores, al obtener éstos datos se procede a realizar la interpretación clínica de ambas series, de acuerdo a los parámetros que Lüscher nos ofrece.

En cuanto a la formación de los clusters, Lüscher nos ofrece la posibilidad de encontrar un nivel de ansiedad, por lo que se tomo este criterio para formar dos de los tres pequeños grupos en cada una de nuestras poblaciones (Fumadores y No fumadores), el otro cluster se tomo debido a que Luscher menciona que una parte de la seriación que corresponde a personas que presentan un nivel de rendimiento alto o como lo define el autor "grupo laboral". Entonces, los clusters quedán definidos de la siguiente forma: 1) Ansiedad alta; 2) Alto nivel de Rendimiento; 3) Ansiedad baja. Se empleó el mismo método estadístico con el fin de obtener una serie de números que represente a cada uno de los clusters y de esta manera continuar con la correlación por rangos de Spearman de cada uno de los clusters de los dos grupos participantes, posteriormente se graficaron cada una de las series que representan los grupos y clusters de cada grupo, finalmente se continuó con la interpretación clínica.

Formula de Correlación por rangos de Spearman:

$$\text{Rho} = 1 - \frac{6 \cdot D^2}{N(N^2-1)}$$

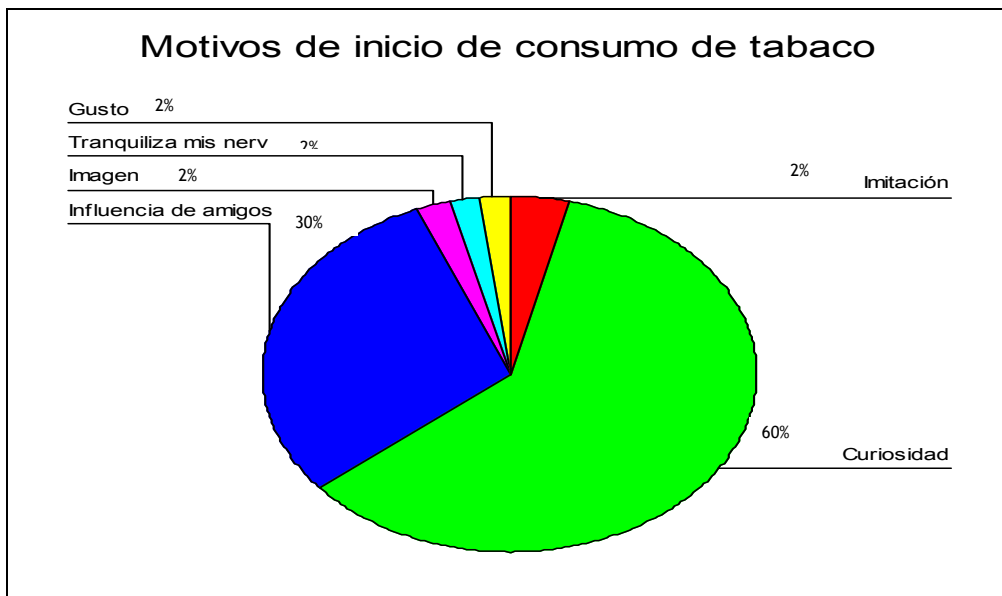
CAPITULO 5. RESULTADOS

Con el fin de poder entender los resultados es necesario realizar un análisis minucioso, es decir analizar prueba por prueba. Comenzaremos por el cuestionario de dependencia a la nicotina de Fargeström. Tomando en cuenta que sólo el grupo de fumadores dio alguna puntuación a este cuestionario, se observa que el 12% del total de la muestra de dicho grupo presenta dependencia a la nicotina (Gráfica 1), por lo que se puede concluir que en general con la población que se trabajó no existe dependencia física, lo que nos podría indicar que es momento apropiado para realizar una intervención para la cesación de esta conducta.



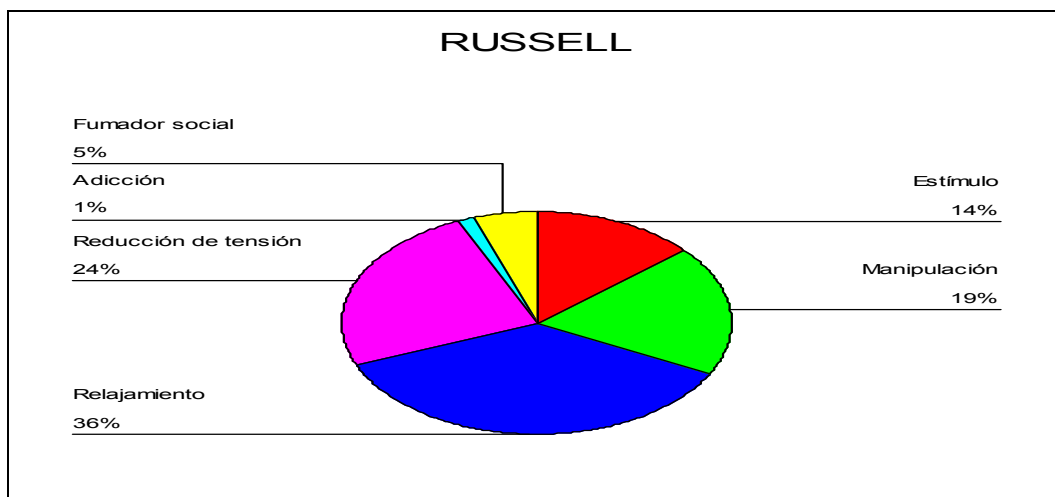
Gráfica 1. Muestra los resultados obtenidos en el cuestionario de dependencia a la nicotina de Fargeström del grupo de fumadores.

De acuerdo a la hoja de datos sociodemográficos se observó que el motivo, consciente, principal para dar inicio a la conducta de fumar fue la curiosidad con un 60%, siguiéndole la influencia de amigos con un 30%. (ver Gráfica 2)



Gráfica 2. Motivos de inicio de consumo de tabaco en adolescentes, obtenido en la hoja de datos sociodemográficos.

Respecto al cuestionario de motivos para fumar de Rusell (Gráfica 3) podemos observar que el motivo principal en esta población (grupo de fumadores) con un 36% es el de relajamiento, siguiéndole con un 24% el de reducción de tensión, quedándose como último motivo el de adicción con el 1%. Vemos entonces que hasta este momento, en esta población, es más importante el factor social (con un 5%) que el factor adictivo.

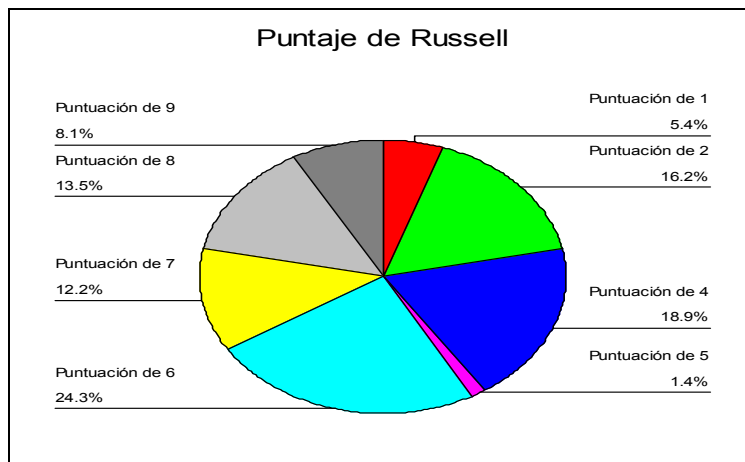


Gráfica 3. Muestra los resultados obtenidos en el cuestionario de motivos para fumar de Rusell., porcentajes por categoría

De acuerdo a la puntuación obtenida vemos que para el 58% de los fumadores su motivo es muy importante. (Tabla 1, Gráfica 4)

Tabla 1. Importancia del motivo por el cual los estudiantes consumen tabaco, de acuerdo a la puntuación que dieron.

PUNTUACION	IMPORTANCIA	FRECUENCIA
0-2	Motivo no es importante	22%
3-5	Motivo no es muy importante	20%
6-9	Motivo muy importante	58%



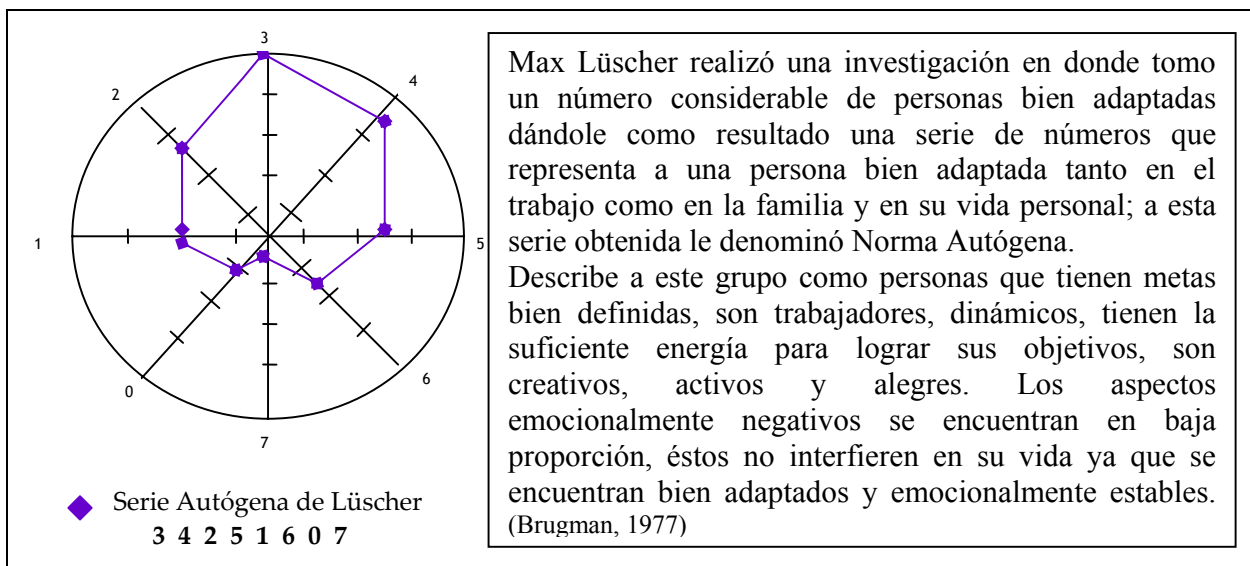
Gráfica 4. Muestra la frecuencia del puntaje dado al cuestionario de motivos de fumar de Rusell.

Cabe mencionar que algunos participantes dieron más de una respuesta en este cuestionario, obteniendo de esta manera un 24% más de respuestas; de las cuales un 57% fueron dadas por el sexo femenino y un 43% por el sexo masculino (Gráfica 5). Esto nos indica que el cigarrillo es empleado para más de un motivo tanto para hombres como para mujeres.

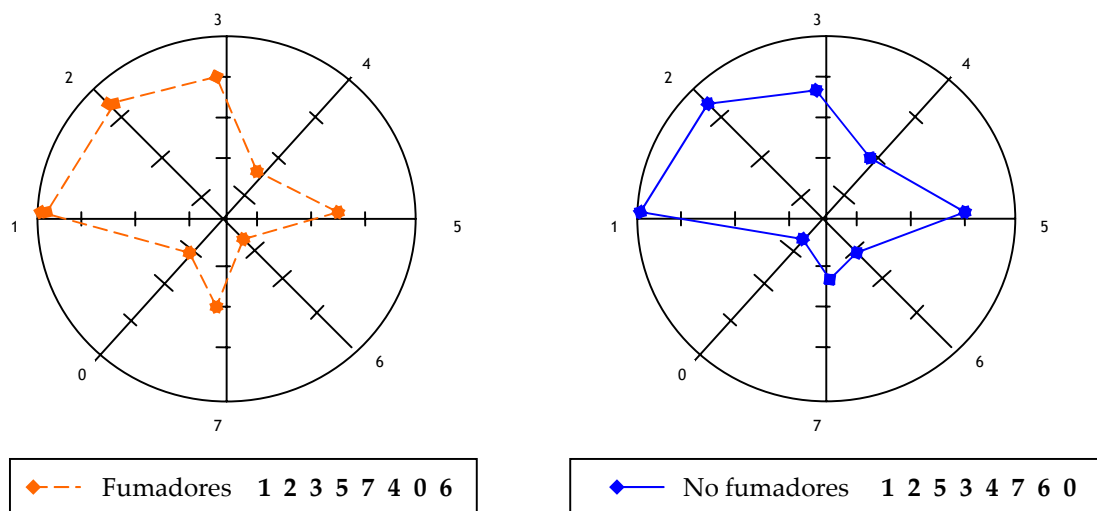


Gráfica 5. Muestra el porcentaje de respuestas dadas al cuestionario de motivos para fumar de Rusell, por género.

En cuanto a la prueba de colores de Lüscher se puede observar en la representación gráfica número 7, que los dos grupos en general (Fumadores/No fumadores) son muy parecidos, lo cual se confirma al trabajar los datos estadísticamente, ya que se encontró una correlación con un nivel probabilístico significativo entre estos grupos; esto quiere decir que reaccionan emocionalmente de manera muy semejante. Sin embargo, de acuerdo a la Norma Autógena que Lüscher plantea como normalidad emocional, ambos grupos se observan diferentes a dicha gráfica planteada por el autor. (ver Gráfica 6 y Gráfica 7)



Gráfica 6. Representación gráfica de la serie Autógena de Lüscher en donde se representa la normalidad, es decir una persona sana emocionalmente; sugerida por Lic. Annemarie Brugman, 1977.



Gráfica 7. Representación gráfica de la serie de Lüscher que representa al grupo de fumadores. Gráfica sugerida por Lic. Bruaman. 1977.

Gráfica 8. Representación gráfica de la serie de Lüscher que representa al grupo de no fumadores. Gráfica sugerida por Lic. Bruaman. 1977.

Tabla 2. Correlación de Spearman del grupo de No fumadores con el grupo de Fumadores

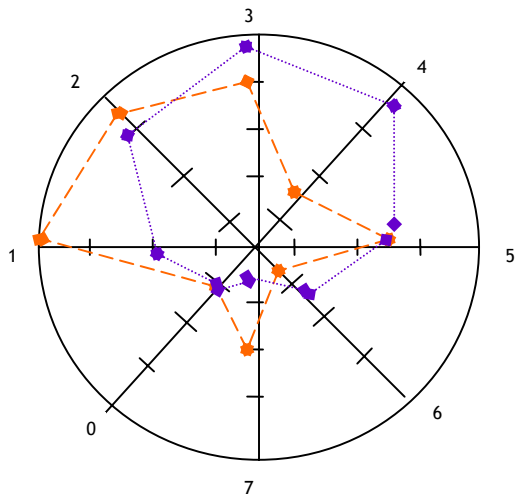
COLOR	Rango NF	Rango F	D ₁	D ₁ ²
Gris	0	8	7	49
Azul	1	1	0	0
Verde	2	2	0	0
Rojo	3	4	1	1
Amarillo	4	5	-1	1
Violeta	5	3	-1	1
Café	6	7	-1	1
Negro	7	6	1	1
Suma:				6

$$1 - \frac{6 \cdot D^2}{N(N^2-1)} = 1 - \frac{6(6)}{8(63)} = 1 - \frac{36}{504}$$

1 - 0.09 = 0.91 Correlación con significancia del 1%

Para lograr una mejor apreciación de la diferencia existente entre la norma autógena de Luscher, veamos las representaciones gráficas 9 y 10, así como las correlaciones (Tabla 3 y 4) en donde comparamos la normalidad planteada por el autor con cada una de las series que representan nuestras dos poblaciones participantes.

Tabla 3. Correlación de Spearman del grupo de Fumadores con la norma autógena de Lüscher.



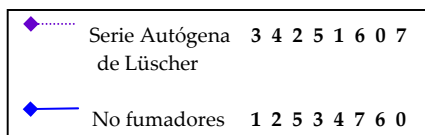
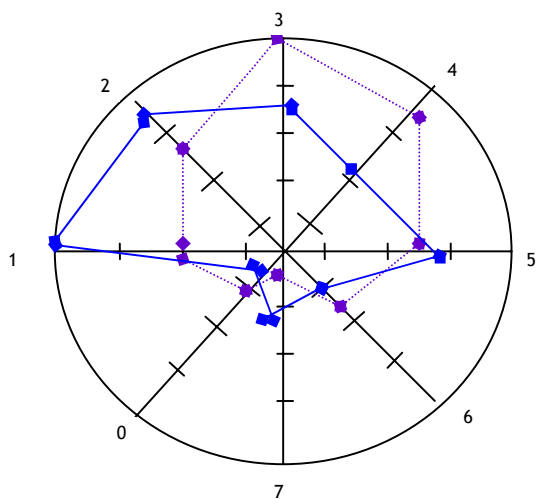
COLOR	Rango NAL	Rango F	D ₁	D ₁ ²
Gris	0	7	7	49
Azul	1	5	4	16
Verde	2	3	1	1
Rojo	3	1	-2	4
Amarillo	4	2	-4	16
Violeta	5	4	0	0
Café	6	6	8	64
Negro	7	8	5	25
Suma:				50

◆ Serie Autógena de Lüscher	3 4 2 5 1 6 0 7
◆ Fumadores	1 2 3 5 7 4 0 6

$$1 - \frac{6 \cdot D^2}{N(N^2-1)} = 1 - \frac{6(50)}{8(63)} = 1 - \frac{300}{504}$$

1 - 0.59 = 0.41 Correlación con significancia del 10%

Gráfica 9. Comparación gráfica de la serie que representa al grupo de adolescentes fumadores con la norma autógena que Lüscher plantea como estabilidad emocional. Gráfica sugerida por Lic. Brugman, 1977.



Gráfica 10. Comparación gráfica de la serie que representa al grupo de adolescentes no fumadores con la norma autógena que Lüscher plantea como estabilidad emocional. Gráfica sugerida por Lic. Brugman, 1977.

Tabla 4. Correlación de Spearman del grupo de No fumadores con la norma autógena de Lüscher.

COLOR	Rango NAL	Rango NF	D ₁	D ₁ ²
Gris	0	7	-1	1
Azul	1	5	4	16
Verde	2	3	1	1
Rojo	3	1	-3	9
Amarillo	4	2	-3	9
Violeta	5	4	1	1
Café	6	6	-1	1
Negro	7	8	2	4
Suma:				42

$$1 - \frac{6 \cdot D^2}{N(N^2-1)} = 1 - \frac{6(42)}{8(63)} = 1 - \frac{252}{504}$$

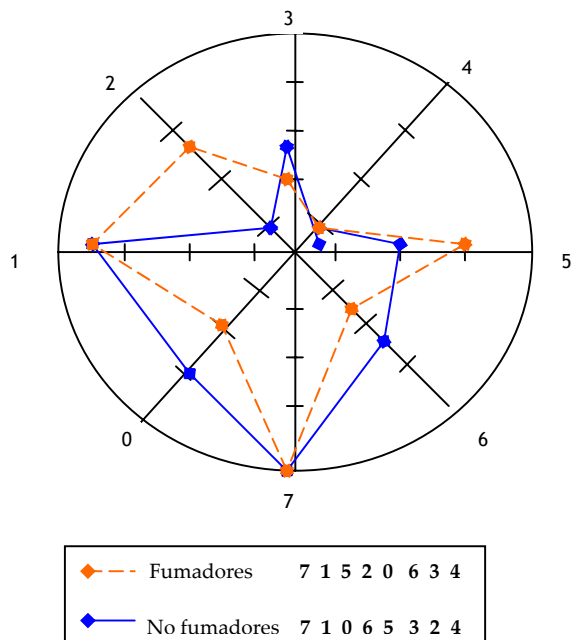
$$1 - 0.5 = 0.5 \quad \text{Correlación con significancia del 10\%}$$

De acuerdo a los clusters formados podemos observar (Tabla 5) que los datos obtenidos se asemejan en ambos grupos, tanto en número de sujetos y/o datos obtenidos se encuentran muy semejantes.

Tabla 5. Relación de series obtenidas en la prueba de Lüscher de cada uno de los grupos y número de respuestas participantes (número de series).

NÚMERO DE SERIES	GRUPO	SERIE
100	Fumadores	1 2 3 5 7 4 0 6
100	No Fumadores	1 2 5 3 4 7 6 0
21	Fumadores con ansiedad alta	7 1 5 2 0 6 3 4
20	No Fumadores con ansiedad alta	7 1 0 6 5 3 2 4
59	Fumadores sin ansiedad	1 3 2 5 4 7 6 0
62	No Fumadores sin ansiedad	1 2 5 3 4 7 6 0
20	Fumadores con alto rendimiento	4 3 2 5 1 0 7 6
18	No Fumadores con alto rendimiento	2 3 5 4 1 6 0 7

Si observamos cada uno de los clusters de cada grupo (Fumadores/No fumadores) podemos observar nuevamente que los grupos no son muy diferentes entre sí respecto a cada uno de los puntos que se retoman, esto es ansiedad alta, sin ansiedad y alto rendimiento (ver Gráficas 11, 12, 13), confirmándose la correlación de los clusters de ambos grupos con los resultados estadísticos obtenidos (ver Tabla 6, 7, 8) Así mismo, podemos observar que la Gráfica 10 nos muestra que los dos grupos, Fumadores y no fumadores, se asemejan de forma considerable a lo que Lüscher muestra como personas emocionalmente sanas, estables, con fines y metas bien determinada (ver Gráfica 6)



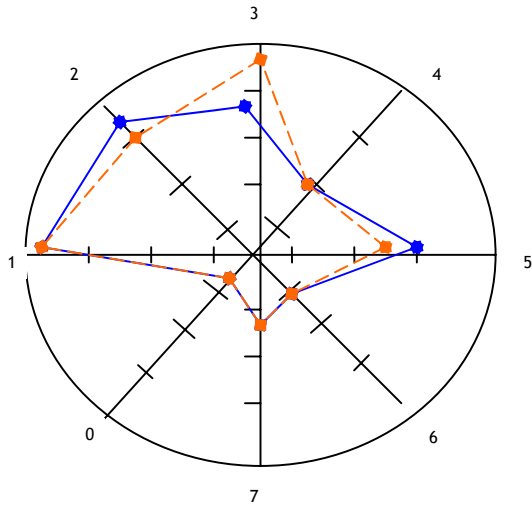
Gráfica 11. Comparación gráfica de series obtenidas en la prueba de Lüscher de adolescentes fumadores y no fumadores con nivel de ansiedad alto.

Tabla 6. Correlación de Spearman del grupo de Fumadores y No fumadores con ansiedad alta

COLOR	Rango F A	Rango NF A	D ₁	D ₁ ²	
Gris	0	5	3	2	4
Azul	1	2	2	0	0
Verde	2	4	7	-3	9
Rojo	3	7	6	1	1
Amarillo	4	8	8	0	0
Violeta	5	3	5	-2	4
Café	6	6	4	2	4
Negro	7	1	1	0	0
Suma: 22					

Rho = 0.74

Correlación con significancia del 5%



○----- Fumadores	1 3 2 5 4 7 6 0
●----- No fumadores	1 2 5 3 4 7 6 0

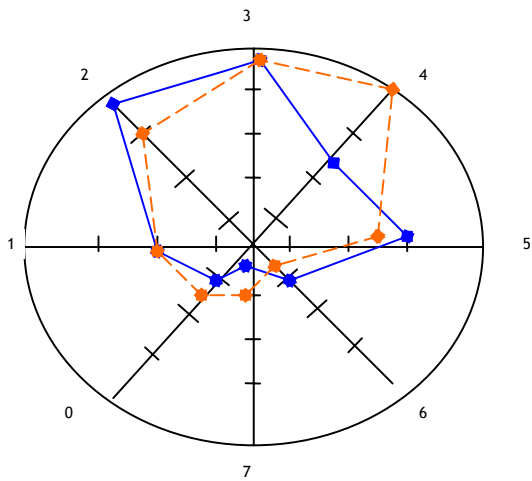
Gráfica 12. Comparación gráfica de series obtenidas en la prueba de Lüscher de adolescentes fumadores y no fumadores con nivel de ansiedad bajo.

Tabla 7. Correlación de Spearman del grupo de Fumadores y No fumadores sin ansiedad.

COLOR	Rango F SN/A	Rango NF SN/A	D ₁	D ₁ ²
Gris	0	8	8	0
Azul	1	1	1	0
Verde	2	3	2	1
Rojo	3	2	4	-2
Amarillo	4	5	5	0
Violeta	5	4	3	1
Café	6	7	7	0
Negro	7	6	6	0
Suma:				6

Rho = 0.93

Correlación con significancia del 1%



○----- Fumadores	4 3 2 5 1 0 7 6
●----- No fumadores	2 3 5 4 1 6 0 7

Gráfica 13. Comparación gráfica de series obtenidas en la prueba de Lüscher de adolescentes fumadores y no fumadores con nivel de rendimiento alto.

Tabla 8. Correlación de Spearman del grupo de Fumadores y No fumadores con alto nivel de rendimiento

COLOR	Rango F R	Rango NFR	D ₁	D ₁ ²
Gris	0	6	7	-1
Azul	1	5	5	0
Verde	2	3	1	2
Rojo	3	2	2	0
Amarillo	4	1	4	-3
Violeta	5	4	3	1
Café	6	8	6	2
Negro	7	7	8	-1
Suma:				20

Rho = 0.76

Correlación con significancia del 5%

Además de la demostración gráfica y de los resultados estadísticos para los datos obtenidos de la prueba de colores de Lüscher, es indispensable la interpretación clínica para cada una de las series obtenidas en los clusters para una mayor comprensión. Mostrándonos, nuevamente, como cada uno de los grupos formados se asemejan.

En la Tabla 9 podemos observar que a nivel clínico, en general, el grupo de fumadores y el grupo de no fumadores reaccionan emocionalmente semejantes.

Tabla 9. Interpretación clínica de la prueba de colores de Lüscher de cada uno de los grupos (Fumadores/ No fumadores)

GRUPO	SERIE	INTERPRETACIÓN CLÍNICA
Fumadores	1 2 3 5 7 4 0 6	Existe una necesidad de tranquilidad emocional, paz, armonía y felicidad a una necesidad fisiológica de descanso y posibilidad de recuperarse, desean un ambiente sereno y ordenado. Tienen la suficiente energía como para vivir en plenitud y poder lograr sus éxitos; sin embargo no son muy trabajadores. Se sienten decepcionados por lo que tratan de protegerse mediante el aislamiento
No fumadores	1 2 5 3 4 7 6 0	Existe una necesidad de tranquilidad emocional, paz, armonía y felicidad a una necesidad fisiológica de descanso y posibilidad de recuperarse, desean un ambiente sereno y ordenado. Manifiestan firmeza, orgullo y autosuficiencia; sin embargo, son soñadores, sensibles y aún les falta decisión, lo cual es normal en la adolescencia. Quieren abarcarlo todo, sienten que tienen derecho de participar en todo lo que ocurre a su alrededor; se comprometen a hacer muchas cosas por la facilidad en que son estimulados y por la ansiedad que sienten de no pasar por alto absolutamente nada.

En cuanto a los clusters formados en cada uno de los grupos (fumadores y no fumadores) observamos, en la siguiente tabla, que se sigue confirmando la correlación entre los grupos participantes.

Tabla 10. Resumen de la interpretación clínica de la prueba de colores de Lüscher de cada uno de los clusters de los dos grupos (Fumadores/ No fumadores)

Grupo	Clusters	Serie	Interpretación clínica
FUMADORES	Alto nivel de ansiedad	7 1 5 2 0 6 3 4	Es un grupo rebelde, tienen una necesidad de afecto muy alta, son soñadores, tienen ideas y pensamientos irreales, actúan de manera precipitada, tienen falta de vitalidad, sienten que su ambiente es peligroso, ya no tienen ideales, se sienten decepcionados y desconfían de los demás por lo que prefieren aislarse para sentirse protegidos.
	Sin ansiedad	1 3 2 5 4 7 6 0	Existe una necesidad de tranquilidad emocional, paz, armonía y felicidad o una necesidad fisiológica de descanso y posibilidad de recuperarse. Desean un ambiente sereno y ordenado, tienen energía y fuerza vital, son constantes y manifiestan firmeza, son soñadores. Quieren abarcarlo todo, sienten que tienen derecho de participar en todo lo que ocurre a su alrededor.
	Alto nivel de rendimiento	4 3 2 5 1 0 7 6	Son dinámicos, firmes, tienen metas bien definidas y trabajan para obtenerlas; sin embargo buscan liberación para sentirse más satisfechos y felices, quieren estar en armonía espiritual. Rechazan la necesidad de reposo o descanso físico.
NO FUMADORES	Alto nivel de ansiedad	7 1 0 6 5 3 2 4	Es un grupo que se encuentra en rebelión contra su propio destino, tiene una necesidad de afecto muy alta, sienten la necesidad de liberarse de alguna situación incómoda. Tienen poca energía, sienten disminuida su imagen por falta de reconocimiento lo cual los lleva a tensiones y angustias, sienten que su ambiente es peligroso y prefieren aislarse para sentirse protegidos, se muestran irritables y desconfiados. Sus metas e ideales ya no son tan importantes por lo que no trabajan para obtenerlos.
	Sin ansiedad	1 2 5 3 4 7 6 0	Tienen una necesidad de tranquilidad emocional, paz, armonía y felicidad a una necesidad fisiológica de descanso y posibilidad de recuperarse. Desean un ambiente sereno y ordenado, tienen constancia de criterio y manifiestan firmeza y seguridad, son soñadores y en ocasiones sus sueños interfieren en sus metas, tienen energía y fuerza vital, son trabajadores y reflexivos. Quieren abarcarlo todo, se comprometen a hacer muchas cosas por la facilidad en que son estimulados ya que sienten que tienen derecho de participar en todo lo que ocurre a su alrededor
	Alto nivel de rendimiento	2 3 5 4 1 6 0 7	Desean impresionar, necesitan ser reconocidos y desean aumentar la certeza de su propio valer, sea por autoafirmación o por reconocimiento de los demás. Tienen energía y fuerza vital para cumplir sus metas, son trabajadores pero en ocasiones interfieren sus sueños o pensamientos irreales con sus metas u objetivos reales. Tienen un deseo más o menos normal de no dejar nada y de controlar sus propias acciones y decisiones.

Como puede observar el lector, y de acuerdo a los datos obtenidos vemos que sólo el 19% corresponde a las personas emocionalmente sanas o estables, mientras que el 20.5% corresponde a quienes presentan un nivel alto de ansiedad, de acuerdo a los criterios establecidos por Lüscher, y el 60.5% corresponde a quien no presenta ansiedad o bien presenta un nivel mínimo, este grupo es el que define y representa a la mayoría de la muestra.

En general podemos observar que el grupo de fumadores es semejante al grupo de no fumadores tanto a nivel general como en los clusters; y podemos observar también que Lüscher nos arroja datos que nos indican que el 20.5% de la población es ansiosa y de acuerdo a Rusell un 36% de la población fumadora emplea el cigarrillo como medio para obtener placer en periodos de descanso (relajamiento), y un 24% para tranquilizarse o sobrellevar estadios displacenteros de ansiedad o tensión (reducción de tensión). Además observamos en este mismo cuestionario que solo el 2% de los fumadores lo hacen por adicción, lo cual se corrobora con el cuestionario de Fargeström en donde nos dice que un porcentaje pequeño tiene ya en este momento dependencia a la nicotina mientras que el 88% aún no es dependiente. Sin embargo, de acuerdo a Rusell vemos que el cigarrillo sí es empleado específicamente para un motivo determinado que va generando dependencia psicológica.

DISCUSIÓN

El objetivo de la presente investigación era averiguar cuál es el estado/reacción emocional del adolescente no fumador y del adolescente fumador, así como el describir los motivos que tiene el adolescente para fumar.

Se trabajó con adolescentes de entre 16 y 18 años de edad del Colegio de Ciencias y Humanidades plantel Vallejo; participaron 100 adolescentes, 50 de los cuales eran fumadores y 50 no fumadores, con el fin de que la muestra se homogeneizara y no interfirieran variables extrañas por el género, se trabajó con 25 mujeres y 25 hombres de cada grupo.

Para cumplir con el objetivo de la investigación se les aplicaron varios cuestionarios, uno de ellos fue la hoja de datos sociodemográficos, otro fue el cuestionario de dependencia a la nicotina de Fargeström, otro fue el cuestionario de motivos para fumar de Rusell y finalmente la prueba de colores de Lüscher.

Los datos obtenidos muestran que, la mayoría de la población participante en esta investigación, aún no presenta dependencia a la nicotina, es un 12% quién en este momento ya es dependiente físicamente a la nicotina (ver gráfica 1) por lo que resulta importante realizar una intervención antes de que este porcentaje incremente entre los adolescentes.

Se consideró importante retomar de la hoja de datos sociodemográficos la respuesta referente al motivo de inicio del consumo de tabaco que tienen consciente los adolescentes; y vemos que el motivo que dieron para justificar su consumo de tabaco fue la curiosidad en primer lugar, siguiéndole a éste la influencia de amigos (ver gráfica 2), lo cual coincide con las investigaciones realizadas por Tomkins (1966) y Rusell (1971) en donde ambos autores en sus investigaciones correspondientes afirman éstos entre otros motivos como los principales para dar inicio al consumo de tabaco.

Retomando un poco más estas teorías, observamos que nuestra muestra obedece a la teoría de la afectividad de Tomkins (1966) en donde lo que ocasiona el seguimiento de esta conducta es el poder regular los estados emocionales internos, en este caso un ejemplo podría ser el sentir ansiedad o tensión, provocando reacciones emocionales positivas y reduciendo reacciones emocionales negativas. (Gil, 1994)

De acuerdo a Rusell (1974) durante la etapa inicial del tabaquismo existen reforzadores positivos y reforzadores negativos, los cuales promueven o evitan según el caso, la persistencia de la conducta de fumar.

En relación a los reforzadores positivos para fumar se destaca la rebeldía y la curiosidad, actitudes de oposición que acompañan la etapa adolescente, las facilidades para disponer de cigarrillos, la anticipación a la vida adulta, así como el ejemplo de padres, hermanos mayores o amigos fumadores; lo cual se logra confirmar con la prueba de colores de Lüscher, al encontrar un cluster que presenta como característica principal un nivel alto de ansiedad cuya reacción emocional esencial es la rebeldía y necesidad de afecto.

Por otra parte, se encuentran los reforzadores negativos, los cuales se refieren a poder evitar emociones desagradables o el poder evitar rechazo ante el círculo de amistades, a la actitud de la escuela, etc.

Se concluye, por lo anterior que el fumar es una actividad que lleva a estimularse a sí mismo y que está relacionada con el involucramiento a interactuar, lo cual sería una fuente de ansiedad para el fumador. (Rusell, 1974)

Sin embargo, esos motivos ya no son los que favorecen el mantenimiento de su conducta, de acuerdo al cuestionario de Rusell (ver gráfica 3) el motivo principal del mantenimiento de la conducta de fumar es el obtener placer en periodos de descanso con un 36%, siguiéndole a éste el poder sobrellevar estadios displacenteros de ansiedad o tensión con un 24%; y de acuerdo a los datos obtenidos en la prueba de colores de Luscher, un 20.5% del total de la muestra participante presenta niveles de ansiedad altos. Entonces, si en nuestra muestra existen niveles de ansiedad altos se justifica el hecho de que aparezca como uno de los motivos principales el reducción de tensión y ya no sea la influencia o aceptación de los amigos, debido a que sólo para el 5% de la muestra es importante este aspecto.

De acuerdo a la teoría, el mantenimiento de esta conducta al principio es intermitente y está relacionada a situaciones sociales. El fumador joven es un fumador psicosocial más que un fumador farmacológico, pero a medida que va aumentando su consumo y agrega las gratificaciones sensoriomotoras y farmacológicas, al paso del tiempo, las gratificaciones psicosociales disminuyen y sólo se mantiene la conducta mediante las gratificaciones farmacológicas (Rusell, 1974), esto ocurre en personas que consumen de una cajetilla de cigarrillos a más, en

donde si dejan de consumir tabaco o nicotina por periodos de 30 minutos o más aparece el síndrome de abstinencia.

Nuestra muestra se ve reforzada positivamente por sus consecuencias placenteras y negativamente por reducir un estado aversivo de ansiedad o tensión, funcionando el cigarrillo como un comportamiento adictivo, que aunque hasta este momento se observa más dependencia psicológica que física, si tomamos en cuenta que conforme pasan los días y se continúa fumando, poco a poco y sin que se den cuenta, el cigarrillo se va asociando a muchas otras situaciones de la vida diaria y para entonces ya habrá no sólo dependencia psicológica sino también física y resultará más complicado terminar con esta conducta y adicción.

Tomando en cuenta que uno de los principales objetivos de la presente investigación se refiere al estado o reacción emocional de nuestra muestra es indispensable observar los resultados obtenidos en la prueba de colores de Lüscher, en donde ambos grupos (fumadores y no fumadores) en general se muestran semejantes respecto a su forma de reacción emocional e inquietudes. Los dos grupos muestran serenidad por alcanzar un objetivo concreto con el fin de asegurar que la razón prevalecerá para mantener su ambiente estable, y aunque ambos muestran ser competitivos y tener la suficiente energía y fuerza de voluntad, para el grupo de no fumadores esa energía es empleada más en estar fantaseando que en aplicarla para el cumplimiento de sus objetivos reales, lo cual es normal debido a la etapa de desarrollo en la que se encuentran. Sin embargo, vemos que para el grupo de fumadores las fantasías no son tan importantes como para el grupo de no fumadores y aquí ya podemos observar una pequeñísima diferencia entre los grupos que aunque esta diferencia se encuentra presente a nivel clínico, a nivel estadístico no es significativo.

En el test de Lüscher se observó la posibilidad de crear clusters, y debido a que estadísticamente no hay diferencias significativas entre el estado o reacción emocional de adolescentes fumadores y adolescentes no fumadores, se creyó indispensable la formación de estos pequeños grupos o clusters en cada una de las muestras participantes, para ofrecer un mejor análisis. Se logró formar tres pequeños clusters de cada grupo, los cuales son: 1) Grupo con alto nivel de ansiedad; 2) Grupo con alto nivel de rendimiento o grupo laboral; y 3) Grupo sin ansiedad, en donde se encuentra ubicado el resto de la muestra.

Se encontró que en cada uno de los clusters de ambos grupos existe semejanza tanto en reacción emocional como en número de integrantes de cada grupo (ver

tabla 5). Sin embargo, es indispensable ofrecer la interpretación clínica de cada uno de los clusters formados para lograr un mejor entendimiento.

En el grupo de alto nivel de ansiedad vemos (grafica 11, tabla 6) que tanto para los adolescentes fumadores como para los adolescentes no fumadores existe una inclinación considerable por la rebeldía y se observa que ambos tienen una necesidad de afecto muy grande, en donde el grupo de fumadores intenta satisfacer ésta necesidad de manera fantasiosa e irreal mientras que en los no fumadores simplemente hay desequilibrio entre la rebeldía y su necesidad de afecto y tranquilidad; ninguno de los dos grupos tienen objetivos claros y no les preocupa el trabajar en ello, lo dejan como algo que no es importante, se sienten solos, tienen desconfianza y su forma de actuar es con irritabilidad y desanimo, no tienen vitalidad y evitan todo lo que los pueda excitar o emocionar. Para el grupo de no fumadores se observa, a diferencia de los fumadores, que su autoestima está disminuida, sienten disminuida su imagen por falta de reconocimiento, lo cual los lleva a tensiones y angustias, hay un estado irritante de tensión mayor que en los fumadores.

Además, el grupo de los no fumadores muestra que no están dando la atención debida al estado sensorial y a la condición del organismo a diferencia de los fumadores, lo cual resulta algo inquietante por la contradicción que esto resulta ya que se espera que los no fumadores se preocupen por su salud ya que no están dañándola con el tabaco como lo hacen los fumadores, lo que nos hace pensar que los fumadores no ven necesidad de cuidar su cuerpo porque creen que está en perfectas condiciones puesto que al consumir tabaco calma sus ansiedades o tensiones y aunque por el momento no perciben los daños que éste les está causando, es el grupo que en teoría está desatendiendo más su condición orgánica.

A pesar de que en la prueba de colores de Lüscher los no fumadores sean quienes se encuentran desatendiendo su estado corporal, si tomamos en cuenta que este grupo presenta una baja autoafirmación y por tanto baja autoestima podríamos comprender el por qué de su desatención al organismo, ya que éste también se encuentra implicado en la baja autoestima.

En cambio, el grupo que no presenta ansiedad o presenta muy poca (ver gráfica 12, tabla 7), tanto para fumadores como para no fumadores, muestra la empatía con los demás como su forma de reacción emocional, tienen tendencia a ser excesivamente sensibles y susceptibles con su alrededor, psicológicamente hay una búsqueda de afecto, felicidad, paz, satisfacción y tranquilidad; demuestran constancia de voluntad y criterio, firmeza y conciencia de sí mismos, sienten que tienen derecho

de participar en todo lo que ocurre a su alrededor, se comprometen a hacer muchas cosas por la facilidad en que son estimulados. Son sensibles, soñadores y en cierto grado dependientes e infantiles, lo cual es una característica clásica de los adolescentes por lo que resulta normal en la población participante.

Los fumadores presentan una ligera diferencia respecto a los no fumadores, en cuanto a que muestran entusiasmo y un exceso de energía y fuerza vital, lo cual sugiere que son capaces de lograr sus objetivos y se vean a sí mismos exitosos, les gusta aventurarse a nuevas cosas siempre y cuando éstas les ofrezcan intensidad vital. A pesar de que son trabajadores, sus sueños y objetivos irreales interfieren en su desempeño académico.

Por último, vemos que el cluster de alto nivel de rendimiento de los dos grupos (ver gráfica 13, tabla 8) coincide en que ambos son dinámicos, tienen suficiente energía como para lograr sus metas u objetivos, son creativos y trabajadores, sin embargo, el grupo de no fumadores en ocasiones le da más importancia a sus sueños, fantasías y metas mágicas o irreales y deja las metas objetivas para después, y aunque es así, es normal debido a que se encuentran en una etapa de desarrollo en la cual esos sueños mágicos roban gran parte de la atención de la persona.

Cabe mencionar que el grupo de fumadores correspondiente a este cluster le da mucha importancia a sus metas reales, se preocupa por cumplir con sus tareas y responsabilidades escolares y después de cumplir con éstas se da la oportunidad de soñar y fantasear, este grupo manifiesta firmeza, perseverancia, constancia de criterio, autosuficiencia, seguridad y buena autoestima, se cree capaz de lograr sus metas y se sienten exitosos, son alegres, reflexivos, se perciben como personas desinhibidas y relajadas, aunque también muestran ansia de liberación y la esperanza de obtener mayor felicidad, se impulsan hacia lo nuevo, lo moderno, lo que está por formarse. En cambio, respecto a sus sentidos corporales rechazan la necesidad de reposo laxo, interpretan el descanso físico y la satisfacción sensorial como una debilidad que debe superarse, desean distinguirse como individualistas y no aceptan características sociables; esta supresión de la capacidad de gozar de las sensaciones físicas puede provocar una deficiencia que le ocasione ansiedad.

Respecto al grupo de no fumadores esta necesidad de descanso y satisfacción sensorial se encuentra satisfecha, tienden a actuar de forma adecuada con el fin de no dejar nada y de estar en control con sus propias acciones y decisiones; presentan una necesidad de ser reconocidos, desean aumentar la certeza de su propio valer para que de esta manera incrementen su seguridad y autoestima. Suprimen la necesidad de mostrar una actitud exigente de independencia en forma

orgullosa y rebelde por lo que satisfacen esta necesidad a nivel mágico, fantaseando en ser independientes y por tal motivo en algunas ocasiones no cumplen completamente con sus metas académicas en el tiempo establecido.

Podemos observar que a nivel clínico en la prueba de colores de Lüscher sí existen algunas diferencias entre cada uno de los clusters formados en cada grupo, sin embargo a nivel estadístico estas diferencias no resultan significativas, a pesar de ello observamos que los adolescentes de cada uno de los clusters de ambos grupos muestran necesidades, las cuales les llevan a actuar de cierta forma, algunos emplean el cigarrillo como medio de controlar o de no permitirse demostrar sus necesidades, los demás emplean otro tipo de “apoyo” para suprimir sus necesidades, el hecho de que ciertas personas empleen un método y las demás otro dependerá de las estrategias de afrontamiento que cada uno de ellos ha aprendido a lo largo de la vida para satisfacer o no sus necesidades.

CONCLUSIÓN

De acuerdo a los resultados obtenidos se puede concluir que a pesar de que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre adolescentes fumadores y adolescentes no fumadores vemos que ambos grupos presentan inquietudes y necesidades que los llevan a emplear diversas estrategias de afrontamiento, tal vez algunas de ellas favorezcan para lograr la satisfacción de éstas, en cambio también hay algunos que emplean estrategias que en lugar de apoyarlos favorablemente solo engañan las consecuencias, es decir, hacen creer que son útiles para resolver algún tipo de conflicto o necesidad mientras que lo que están haciendo es formar algún tipo de dependencia o adicción en la persona y por supuesto no resuelven nada, al contrario solo afectan más la situación en la que se encuentran. Tal es el caso del tabaquismo, en donde vemos que los adolescentes de nuestra muestra aducen como motivación para fumar que el tabaco les disminuye la ansiedad sobre todo cuando van a tener un examen, y les permite concentrarse y aprender más, y que son mejor aceptados en su grupo social.

Los resultados de la prueba de colores de Lüscher apuntan a que una parte de los fumadores y no fumadores tienen un alto índice de ansiedad y que el uso de tabaco no parece reducir esa ansiedad y por lo tanto tampoco mejora la concentración. Por lo que concluimos que las razones que dan no son objetivas sino racionalizaciones. A este grupo se le caracteriza por reacciones de oposicionismo y rebeldía a las condiciones sociales, y exigen ser aceptados, ser valorados y tomados en cuenta como "seres excepcionales" según menciona Lüscher.

De esta manera aceptamos la hipótesis nula, que dice que no existen diferencias estadísticamente significativas en las reacciones emocionales entre los adolescentes fumadores y los adolescentes no fumadores.

La investigación cumple también con los objetivos planteados al principio, encontrando y describiendo los motivos principales por los cuales los adolescentes dicen mantenerse fumando, los cuales son el poder obtener placer en periodos de descanso (relajamiento) y para tranquilizarse o sobrellevar estadios displacenteros de ansiedad o tensión (reducción de tensión). Así como el investigar y describir cuales son las emociones o reacciones emocionales del adolescente fumador y del adolescente no fumador; encontrando que no sólo los adolescentes fumadores tienen necesidades emocionales sino que también los adolescentes no fumadores las tienen.

Los datos obtenidos a partir de la prueba de colores de Max Lüscher establecen que los dos grupos participantes, tanto adolescentes fumadores como adolescentes no fumadores presentan una correlación de 0.91, lo cual indica que no hay una diferencia significativa entre fumadores y no fumadores. Sin embargo, al comparar ambos grupos se pueden discriminar personas con un alto nivel de ansiedad, un segundo grupo con un bajo nivel de ansiedad y un tercer grupo que presenta las características de lo que Max Lüscher denomina el grupo “ergotrófico”, esto es personas que tienen una alta disposición para ser creativos y productivos. A esto le llamamos clusters.

Se considera que la principal aportación de esta investigación es el haber encontrado que los adolescentes en general, tanto fumadores como no fumadores, se encuentran en un momento de su vida en la cual necesitan apoyo en cuanto al empleo de estrategias más saludables, con saludables me refiero a que no dañen o afecten la integridad física y emocional del individuo, para la resolución de conflictos emocionales; puesto que el cigarrillo hasta el momento, en esta población, se comienza a emplear como “muletilla” o “apoyo” para enfrentarse ante las situaciones que se les presentan, es decir, que el consumo de cigarrillo tiene un motivo específico a decir de cada adolescente.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Se considera que la principal limitación es el haber trabajado con una muestra pequeña y consideramos para futuras investigaciones se amplíe más la muestra, tanto en número como en estatus sociocultural.

Por lo que se propone para futuras investigaciones tomar una muestra más representativa que incluya diferentes clases socioeconómicas o socioculturales, puesto que en esta investigación sólo se tomó la muestra de una sola escuela.

Se propone para futuras investigaciones el emplear una estrategia de intervención que brinde apoyo a todos los adolescentes, ya que de acuerdo a los teóricos del desarrollo, la adolescencia forma parte de una crisis y búsqueda de identidad en la cual existen necesidades que es indispensable satisfacer, y tal vez el hecho de que se asesore emocionalmente a los adolescentes ayudará a que éstos puedan elegir mejores estrategias para poder afrontar las diversas situaciones que se les presenten, de una mejor manera y sin afectar su salud física, y de esta manera quizá se logre una prevención primaria del tabaquismo.

También se hace la propuesta de trabajar no sólo con adolescentes sino también con adultos ya que un gran número de personas adultas consumen tabaco, y aunque no apoya la prevención primaria, sí sería interesante realizar un estudio comparativo que demuestre si las necesidades emocionales de los adolescentes son similares o iguales a los de los adultos, esto con el fin de poder diseñar un programa de intervención para dejar de fumar más eficiente.

Tomando en cuenta que no todas las personas reaccionan igual, se sugiere trabajar con adultos fumadores que ya presentan sintomatología neumológica y compararla con adultos que aún no presentan sintomatología.

Así mismo, se propone realizar un estudio comparativo entre fumadores de tabaco con fumadores de marihuana.

BIBLIOGRAFIA

- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP)- EL TABACO Y LOS NIÑOS -N°68- 1999.
- Becoña, E. (2000) Tabaco y Salud: Guía de prevención y tratamiento del tabaquismo. Ediciones Pirámide: Madrid.
- Bee, H. (1987) El desarrollo de la persona en todas la etapas de su vida. Ediciones Harla: México
- Berryman, J. (1994) Psicología del desarrollo. Manual Moderno: México
- Bisquerra, R. (2001) Educación emocional y bienestar. Editorial CISSPRAXIS: Barcelona, España
- Bobes, J. (2003) Manual de evaluación y tratamiento de drogodependencias. Editorial Ars Medica: Barcelona, España.
- Brugmann, A. (1977) La prueba de Lüscher en la detección de cambios en el estado de ánimo. Tesis de Licenciatura, UNAM
- Calero, C. (2001) Tabaquismo. Recuperado de http://www.buscasalud.com/boletin/analisis/2001_09_17_05_49_59.html
- Carrión, F. (1999) El tabaquismo pasivo en la infancia Editorial Arch Bronconeumol: España
- Coon, D. (1999) Psicología: Exploración y aplicaciones. 8ª edición. Internacional Thomson Editores: México
- De la Cruz, E. (2000) Amorós-SEDET (Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo) -Tabaquismo en pediatría: prevención en adolescentes- Anales Españoles de Pediatría 2000
- Elkind, D. (1978) Niños y adolescentes: ensayos interpretativos sobre Jean Piaget. Ediciones Oikos-tau: España, Barcelona

- Epidemia de tabaquismo. Recuperado de <http://www.tabaquismo.freehosting.net/EPIDEMIOLOGIA/EPIDEMIATABACO.htm> Actualización Diciembre 2001
- Fargestrom, K.O., Melón B. Nicotina chewin gum in smoking cessation: efficiency, nicote dependence, therapy duration, and clinical recommendations. En: Grabowski J, Hall SM (eds): Pharmacological adjuncts in the treatment of tabacco dependence, National Institute of Drugs Abuse Research. Monograph 1985; 53: 102-9
- Gil, J. (1994) Tratamiento del tabaquismo: Medicina y Sociedad. McGRAW-HILL: España
- Goleman, D. (1995) (trad. cast. 1998) Inteligencia emocional. Kairós: Barcelona
- Grinder, R. (1992) Adolescencia. Limusa:México
- Gómez, A. (2000) Grupo de Trabajo sobre Tabaquismo en la Infancia - Tabaquismo en la infancia y adolescencia. Papel del pediatra en su prevención y control- Anales Españoles de Pediatría - Vol 52 - Febrero 2000) Recuperado de <http://www.tabaquismo.freehosting.net/> Actualizado Diciembre 2005
- González, E. (2001) Papel del médico general en el hábito de fumar: Manual operativo. Facultad de Medicina, UNAM: México.
- López, A. (1999) Guión e imágenes de apoyo a la formación de profesionales de la salud en Prevención y tratamiento del tabaquismo "*Corta por lo sano*". Realiza Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud (CEPS) Edita Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT) y Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC): Madrid
- Lorenzo, P. (1998) Drogodependencias: Farmacología, patología, psicología y legislación. Editorial Medica Panamericana: España

- Lüscher, Max. (1974) Lüscher-Test. (11ª ed.) Ed. Test-Ferlag: Basilea, Suiza (versión Alemana)
- Lüscher, Max. (1997) Test de los colores [Test de los colores de Lüscher] Paidós: España
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) Nuevos hallazgos sobre la repercusión en la salud y la economía de las políticas para el control del consumo de tabaco: *La epidemia de tabaquismo: Los gobiernos y los aspectos económicos del control del tabaco* - Nota descriptiva N° 4 .31 de Mayo 2000
- Palmero, F. (1998) Emociones y Adaptación. Ediciones Ariel: España.
- Rice, F. Philip. (1997) Desarrollo humano: Estudio del ciclo vital. 2ª edición. Prentice-Hall Hispanoamericana: México.
- Rusell, M. A. H. The smoking habit and its classification. Symposium on addiction. Behavior Research and Therapy. Londres 1974, Vol 212, 780-791
- Russell Ma. Wilson H. Effects of general practioners advine against smoking. Brit Med J 1979; 231(2): 2325
- Sistema Virtual de Información, Consejo Nacional contra las Adicciones 2005
- SSA/CONADIC 2000. Programa Nacional Contra las Adicciones. Programa Contra el Tabaquismo. Secretaria de Salud- Consejo Nacional Contra las Adicciones
- SSA/CONADIC 2004. Programa Nacional Contra las Adicciones. Programa Contra el Tabaquismo. Secretaria de Salud- Consejo Nacional Contra las Adicciones

Comunicado de prensa No. 100 ...

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Sexo: _____ Edad: _____ Edo. Civil: _____

Fecha y lugar de nacimiento: _____

Religión: _____ Escolaridad: _____

Ocupación: _____

Con quién(es) vives: _____

Cuántas personas conforman tu familia: _____

Que lugar ocupas entre tus hermanos: _____

A que se dedican las personas que conforman tu familia

Papa: _____ Mama: _____

Hermanos: _____

Tus papás están casados

a) Por lo civil b) Unión libre c) Por la Iglesia

Cuál es el ingreso mensual en tu casa: _____

En la familia quién(es) aporta(n):

a) Mamá b) Papá c) Hermanos

Cuál es la escolaridad de tus familiares:

Papa: _____ Mama: _____

Hermanos: _____

Fumas: _____

A qué edad iniciaste: _____ Que te llevo a fumar: _____

Consumes alguna droga, cuál: _____

Algún familiar tuyo fuma, quién(es): _____

CUESTIONARIO DE DEPENDENCIA A LA NICOTINA FARGESTRÖM

¿Cuántos cigarros fuma?

- 0) 10 o menos 1) 11 a 20 2) 21 a 30 3) Más de 30

¿Cuánto tiempo después de despertar fuma su primer cigarro?

- 0) >60 minutos 1) 31 a 60 minutos 2) 6 a 30 minutos 3) <5 minutos

¿Puede abstenerse en lugares donde esta prohibido fumar?

- 0) Si 1) No

¿Qué cigarro le cuesta más trabajo dejar de fumar?

- 0) Cualquier otro 1) El primero del día

¿En qué momento del día fuma más?

- 0) Tarde/Noche 1) Mañana

¿Fuma aún más cuando esta tan enfermo que debe permanecer en cama la mayor parte del día?

- 0) No 1) Si

¿Inhala el humo ("dar el golpe")?

- 0) Nunca 1) A veces 2) Siempre

Puntuación total: _____

CUESTIONARIO DE MOTIVOS PARA FUMAR

SOLO SEÑALE UNA RESPUESTA	MUY FRECUENTE	OCASIONAL- MENTE	NUNCA	
A. FUMO CIGARRILLOS PARA SENTIRME CON MÁS ENERGÍA CUANDO TRABAJO				1
B. EL TENER UN CIGARRILLO EN LA MANO ES PARTE DEL PLACER DE FUMARLO				2
C. EL FUMAR CIGARRILLOS ES AGRADABLE Y TRANQUILIZADOR				3
D. CUANDO ME SIENTO ENOJADO POR ALGO FUMO PARA TRANQUILIZARME				4
E. CUANDO ME HE QUEDADO SIN CIGARROS LO SIENTO CASI INSOPORTABLE HASTA QIE PUEDO OBTENER ALGUNOS MAS				5
F. FUMO CIGARRILLOS AUTOMÁTICAMENTE SIN DARME CUENTA DE REPENTE ESTOY FUMANDO				6
G. FUMO CIGARROS PARA ANIMARME, PARA DARME ENERGIA				1
H. PARTE DEL GOCE DE FUMAR PROVIENE DE LO QUE TENGO QUE HACER PARA ENCENDER UN CIGARRO				2
I. CUANDO ESTOY TRANQUILO ME GUSTA FUMAR				3
J. SI ESTOY MOLESTO POR ALGO, ENCIENDO UN CIGARRO PARA QUE SE ME PASE				4
K. CUANDO NO FUMO ME SIENTO MAL				5
L. ENCIENDO UN CIGARRO SIN DAME CUENTA QUE TENGO OTRO ENCENDIDO EN EL CENICERO				6
M. FUMO CIGARROS PARA ANIMARME				1
N. CUANDO FUMO UN CIGARRO, PARTE DE MI PLACER ES VER EL HUMO QUE PRODUZCO				2
O. MI DESEO DE FUMAR AUMENTA CUANDO ESTOY COMODO Y TRANQUILO				3
P. FUMO CUANDO QUIERO OLVIDARME DE MIS PREOCUPACIONES				4
Q. CUANDO NO HE FUMADO POR UN BUEN RATO SIENTO UNA NECESIDAD CASI INCONTROLABLE POR FUMAR UN CIGARRO				5
R. ME HE ENCONTRADO CON QUE TENGO UN CIGARRO EN LA BOCA SIN QUE YO RECUERDE HABERLO PUESTO AHÍ				6

1) Estímulo
5) Necesidad

2) Manipulación
6) Adicción

3) Relajamiento

4) Reducción de tensión

RESULTADO: _____