

UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL

LICENCIATURA EN PEDAGOGÍA

CONSUME Y TE CONSUME

PROYECTO DE TESIS

QUE PRESENTAN

ZAIRA GUADALUPE CALDERÓN DOMÍNGUEZ

ANA LEYLANÍ GALINDO GERZSO

ALICIA CARLA SORIA LUCAS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PEDAGOGÍA

ASESORA: MTRA. ELIZABETH ROA LUCIO

MÉXICO, D.F.,

JUNIO 2013

"La salud no lo es todo, pero sin ella, todo lo demás es nada."

Arthur Schopenhauer
(Filósofo Alemán)

AGRADECIMIENTOS

Primero y antes que nada agradezco a Dios, por aquellas experiencias que me han hecho crecer como persona.

Agradezco a mi Madre Ma. del Pilar Domínguez Ramírez por su amor, fortaleza y acompañamiento incondicional que me hizo no desistir.

A mi hijo Manuel Gerardo Jiménez Calderón que es el autor primordial de esta Tesis y motor para seguir construyendo lo posible.

A mi hermana y amiga Jessica Abigail Calderón Domínguez, porque sin su ayuda hubiera sido complicado concluir uno de mis más grandes sueños.

En lo personal, a mi asesora de Tesis Elizabeth Roa Lucio por hacer posible esta Tesis.

Un agradecimiento especial, a aquellos que se marcharon antes de lo esperado. A mi padre Gerardo Calderón García por su infinito amor, a mi abuela Ma. Amanda Ramírez Laguna por sus consejos y a mi pareja Manuel Lucio Jiménez Torre por la enorme enseñanza que me dejó.

En general la presente Tesis, se la dedico a todos aquellos que han contribuido en la retroalimentación de uno de los aprendizajes más significativos de mi vida:

Maestros	Amigos	Familiares
Teresinha Bertussi Vachi	Ana Leylany Galindo Gerzso	Gerardo Calderón Domínguez
José Antonio Álvarez Cardiel	Alicia Carla Soria Lucas	Martha C. Domínguez Ramírez
Hiram Trillo	Laura M.Vilchis	Alejandro Domínguez Ramírez
Ervin Rodríguez	Azucena Alonso Santiago	Miriam García
Brenda A. Medrano	Raúl Vicente Olmedo	Antonio Domínguez Ramírez
Ángeles Varela	Fabiola Carrasco	José Luis Berrón Sevilla
Luis Alejandro García	Nadia Villaruel	Claudia Calderón Domínguez
Iván Arquieta	Manuel Oloarte	Alberto Almanza García
	Mirna Uc Perea	Gellely Berrón Domínguez
	Luis Fernando Ramírez	Luis A. Berrón Domínguez
	Alberto González Hernández	
	David Luviano Flores	
	Genaro Trejo	
	Alberto Santana	
	Yadira Alba Coria	

Y a cada niño y familiares que somos parte de la familia TDAH, porque siempre están en mi pensamiento y corazón. Por seguir acompañándonos en este aventurero camino, que no cesa de aprendizajes y consciencia.

A mi madre quien desde hace 27 años no ha habido un solo día en el que no crea en mí y me apoye, quien desde muy pequeña me enseñó el valor de creer y crear, de atrapar y soltar, de vivir. Sin ella jamás hubiera entendido que lo importante no es llegar a la meta, sino cómo llegas a ella. Mami, tu siempre serás mi ejemplo de entereza y de lucha, mi mayor y mejor motivo, gracias por ayudarme siempre a ser la mejor versión de mi, te amo.

A mis abuelos por enseñarme con su ejemplo lo que es el verdadero amor incondicional, por acogerme en su hogar desde pequeña y por apoyarme en todos los aspectos. Gracias por compartir conmigo la sabiduría de su época, por ayudarme a integrarla a mi vida y por intentar comprender y conjugar ambas. Para mí más que mis abuelos, siempre serán mis padres.

A Alexa a quien desde hace mucho más que mi prima la considero mi hermana y con quien a pesar de nuestra diferencia de edad siempre he podido coincidir. Gracias por tu sinceridad, por tu apoyo y por compartir mis locuras.

A mi "bff" Eduardo porque desde hace 10 años ha estado conmigo incondicionalmente haciendo que la distancia sea poca, sin importar cuantos kilómetros nos separen. Somos y siempre seremos.

A Mi Loco Extraño quien a pesar de ya no estar, siempre está, quien a pesar de ya no ser, siempre es y será. Gracias por prestarle magia e inspiración a mi vida y a mi corazón.

A mis amigas quienes además de acompañarme a lo largo de la carrera, siguen en mi vida y quienes sé continuarán a mi lado. Gracias por su tiempo, por su apoyo, por dejarme conocerlas y compartirme una parte de ustedes, por ayudarme a entretejer momentos y hacer camino a mi lado. Soria, Zai, Naya, Tam, Caro, Ellie y Annie las adoro, sin ustedes esto no hubiera sido lo mismo.

A mi asesora de Tesis **Elizabeth Roa Lucio** por su apoyo en éste trabajo y a lo largo de la carrera, por compartir conmigo sus conocimientos y sus experiencias, por sus palabras sinceras y su mirada objetiva, gracias.

Y finalmente GRACIAS a todas esas personas que se cruzaron en mi camino y quienes a pesar de no estar mencionadas aquí, contribuyeron a mi crecimiento personal y profesional.

"Porque lo que ha de ser... será."

Leylany ✨

A mis padres por darme la libertad de ser, a mis hermanas por su apoyo y porque siempre están presentes, a toda la familia Soria y Lucas por el hecho de ser parte de la familia y porque bien dicen "la familia no se mide por el número de miembros, sino por la unión que hay en ellos"

A mis amigos que he logrado hacer y conservar a lo largo de mi vida, por no dejar de crecer, por compartir un poco de su vida, cariño, apoyo y confianza, porque de cada uno he aprendido

A la maestra Elizabeth Roa Lucio por su tiempo, confianza y apoyo, a todos aquellos que con orgullo y por su ejemplo les dije maestros, por a su profesión con dedicación, por enseñarme a conocer y a aprender

SRA SR. "Cuando despertamos en la mañana, tenemos dos simples alternativas: volvernos a dormir y soñar o nos despertamos y perseguimos esos sueños. La elección es tuya..."

Gracias a todos los que en algún momento han sido parte de mi vida, porque gracias a todos hoy estoy aquí...

*"Podrás decir que has llegado, no tanto por
la posición que ocupas en la vida, si no por
los obstáculos que has superado en el camino"*

Booker T. Washinton

ÍNDICE

Introducción

Problema

CAPITULO I

Origen e industrialización del tabaco

- 1.1 Origen del tabaco y primeras formas de consumo.
- 1.2 El florecimiento y la expansión de la industria tabacalera por el mundo.
- 1.3 Estrategias de comercialización y publicidad del tabaco.

CAPITULO II

Tabaquismo y adicción

- 2.1 Clasificación de las drogas.
- 2.2 Adicción: uso, abuso y dependencia.
- 2.3 Componentes químicos del tabaco.
- 2.4 Tabaquismo activo y exposición al humo del tabaco.
- 2.5 Principales daños en fumadores activos y pasivos.

CAPITULO III

El adolescente y su relación con el tabaquismo

3.1 ¿Qué es la adolescencia?

- Cambios biológicos
- Cambios psicológicos
- Cambios sociales

3.2 Vulnerabilidad y factores de riesgo en la adolescencia.

3.3 ¿Por qué fuman los adolescentes?

Capítulo IV

Principales medidas de prevención, control y tratamiento del Tabaquismo en México

4.1 Legislaciones y normatividad para prevenir y controlar el consumo de tabaco en México.

- Convenio Marco para el Control del Tabaco
- Ley General para el Control del Tabaco 2008

4.2 Tratamiento para el tabaquismo en la Clínica de la UNAM.

4.3 Comercio ilícito: principal problema al que se enfrenta la lucha contra el tabaquismo.

4.4 Avances en la lucha contra el tabaquismo.

Capítulo V

Medidas de prevención de adicciones en educación básica:

Programa Escuela Segura.

5.1 Objetivos del Programa Escuela Segura.

5.2 Campos de acción del programa y aspectos operativos.

5.3 Escuela Segura y la Prevención de Adicciones.

5.4 La Estrategia Nacional para fortalecer la Prevención de Adicciones desde la Educación Básica.

- El Modelo de Prevención de Adicciones desde la Educación

Básica: Secundaria

Análisis y resultados de la investigación en la Secundaria Diurna

N°117 "Gabriela Mistral" turno vespertino.

Conclusiones

Bibliografía

Anexos

Introducción

El uso del tabaco genera problemas de salud ya que es un factor de riesgo que puede provocar la muerte prematura y desarrollar una serie de enfermedades que reduce la calidad de vida de quienes lo consumen de manera directa, o sea de los llamados fumadores activos y también a los que rodean o conviven con ellos, los llamados fumadores indirectos o pasivos (Reuters, 2010).

Tan sólo en el año de 2010, la defunción mundial rebasó los 5 millones de personas por enfermedades asociadas al tabaquismo (Reuters, 2010) y como señala la Organización Mundial de la Salud (OMS), de seguir así esta preferencia el número de muertes se duplicará en el año 2020.

Así mismo esta institución cita que cerca de 625 millones de varones en 2008 han adquirido esta adicción y que aproximadamente 250 millones de fumadoras son mujeres a nivel mundial (Medina, 2010).

Además, según la Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos 2009, el consumo de cigarro ha aumentado en países en vías de desarrollo como es el caso de México, en donde cerca de 10.9 millones de personas son fumadores activos (Reddy, 2006).

En ese sentido, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), reporta que en 2010 la adicción al tabaco se incrementó rebasando los 13 millones de fumadores y, en cuanto a la edad inicial de consumo, menciona que el comienzo ocurre en edades cada vez más tempranas, siendo actualmente los adolescentes y jóvenes ya la cuarta parte de la población mexicana fumadora.

El uso del cigarro ha prevalecido por la dependencia adictiva que genera en los que lo consumen a consecuencia de su composición química, que puede ocasionar daños mortales a la salud. Su elaboración incluye más de 4,000 elementos químicos que forman parte del humo entre los cuales los predominantes son: la nicotina, el monóxido de carbono y el alquitrán, que son también los más nocivos para la salud. Entre éstos, la nicotina es el compuesto responsable por causar la adicción en el organismo humano considerado según Tapia (2001), como un "alcaloide altamente tóxico que funciona como estimulante en dosis bajas o depresor, en dosis altas".

Entre las consecuencias del alto consumo del cigarro, también se desarrollan enfermedades como bronquitis crónica; enfisema y tabaquismo; enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC); hiperactividad de las vías respiratorias; cáncer broncogénico; cáncer de

laringe; cáncer de cavidad oral; cáncer de esófago; cáncer de páncreas entre otras (Tapia, 2001).

Consumidores de tabaco

Es impactante saber que actualmente según la OMS, los hombres y mujeres mexicanos ocupan el sexto y segundo lugar respectivamente como fumadores activos a nivel mundial.

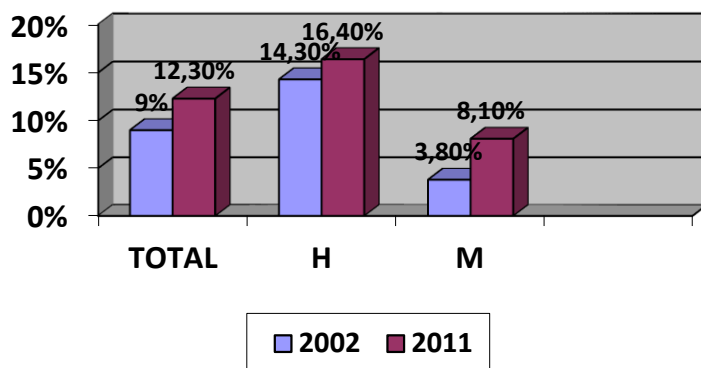
De acuerdo con estadísticas recientes, en México existen 11 millones de fumadores (23.3% de la población) y cada año mueren 60 mil personas por causas atribuibles al tabaco, lo que representa 165 muertes al día (ENA, 2008).

Sin embargo, según la ENA 2008, una de las etapas más vulnerables para el inicio del consumo de tabaco es la adolescencia, debido a que se encuentra frente a factores de riesgo que son dañinas para su desarrollo físico, psicológico y social. Como son, las adicciones al tabaquismo, al alcoholismo, las drogas; el sobrepeso; los accidentes; los homicidios; los suicidios; los embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual; entre otras. Además de que es la etapa en la que tratan de definir su identidad y sexualidad en la cual la imitación está presente. De ahí su vulnerabilidad frente a factores de riesgo como el tabaquismo.

Y en particular, según la Encuesta Nacional de Adicciones 2011, el 12.3% de los adolescentes mexicanos son fumadores activos (1.7 millones): 8.1% de las mujeres y 16.4% de los hombres. La mayoría de los fumadores adolescentes activos fuma de manera ocasional (1.4 millones), el resto fuma a diario (263 mil). El consumo promedio de los fumadores adolescentes diarios es de 4.1 cigarros por día. La prevalencia de fumadoras adolescentes activas aumentó entre 2002 y 2011 (de 3.8% a 8.1%), principalmente por el aumento en la prevalencia de fumadoras ocasionales (de 2.1% en 2002 a 7.0% en 2011).el tabaquismo en adolescentes mexicanos reporta una prevalencia de fumadores de 12.3%, lo que corresponde a 1.7 millones de adolescentes fumadores.

En el ámbito nacional, los fumadores adolescentes activos que fuman diariamente inician su consumo en promedio a los 14.1 años, siendo similar para hombres y mujeres. La edad de inicio ha permanecido estable de 2002 a 2011.

**Prevalencia de fumadores activos adolescentes
según sexo
(adolescentes de 12 a 17 años)**



Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones 2002 y 2011. Resultados disponibles en www.salud.gob.mx *Fumador activo: persona que al momento de la entrevista refirió haber fumador cigarros al menos una vez durante el año previo a la entrevista.

Por lo anterior, la población adolescente, es la que más preocupa al Gobierno Federal como lo indica la misma encuesta, ya que es una población vulnerable y muy expuesta a adquirir la adicción.

Medidas de prevención del tabaquismo

Hoy en día, existen datos que revelan el fallecimiento anual de 600 mil fumadores "pasivos" en el mundo, siendo los niños los que tienen mayor contacto con el humo del tabaco y los que más expuestos están ante este

problema. Según la OMS, cerca de 165 mil infantes mueren cada año por ser fumadores pasivos (Reuters, 2010). En este sentido aún con la existencia de una normatividad que hace referencia a los “lugares libre de tabaco”, investigadores coinciden que es complejo poder evaluar el cumplimiento de la misma en los hogares, siendo este el principal foco donde se inicia la experiencia del fumador tanto activo como pasivo(Hernández, 2007).

El Convenio Marco para el Control del Tabaco de la OMS (2005), ratificado por México como primer país en aceptarlo el 28 de mayo de 2004, establece diferentes medidas destinadas a reducir la demanda y la oferta del tabaco. Entre ellas destacan la necesaria reglamentación sobre los productos de tabaco; la divulgación de información sobre el contenido de empaquetado y etiquetado; una renovación en la educación, comunicación, formación y concientización de la población en general; la incorporación de contenidos referentes a los daños que genera el consumo de tabaco en grados iniciales de educación básica; la regulación de la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco; así como medidas que reduzcan la dependencia y faciliten el abandono del tabaco; protección contra la exposición al humo de tabaco para los fumadores pasivos y aquellas medidas relacionadas con los precios e impuestos (Valdés, 2006).

Por ello, para reducir el consumo de tabaco en 2008 fue publicada la Ley General para el Control del Tabaco que contempla diferentes medidas de detección, prevención, tratamiento y educación para la salud relacionada con el tabaquismo, así como control en la producción, comercialización y distribución. Entre las más importantes se encuentran la obligación de que en los empaquetados y etiquetados figuren leyendas y pictogramas o imágenes con advertencias que muestren los efectos nocivos del consumo del tabaco; limitaciones a la publicidad y promoción del tabaco como la prohibición de emplear incentivos que fomenten su compra; la implantación de espacios 100% libres de humo de tabaco y de zonas exclusivas para fumar; la prohibición de comercializar, donar, distribuir y suministrar productos de tabaco a menores de edad, así como en las instituciones públicas y privadas de educación básica y media superior, y la obligación de la Secretaría de Salud para establecer los lineamientos de ejecución y evaluación de un programa contra el tabaquismo.

Escuela Segura

Para contribuir a los desafíos anteriormente señalados, el *Programa Escuela Segura* ha desarrollado proyectos de difusión, formación y actualización para fortalecer la seguridad escolar, donde la prevención de las adicciones es un tema prioritario. En este esfuerzo, el Programa ha contado con el apoyo continuo de la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC), desarrollándose una estrategia de colaboración entre el sector educativo y el sector salud, que asumen el impacto de las adicciones en la población escolar como un asunto de interés colectivo, esto es, como un problema que requiere la intervención de toda la sociedad. Por ello, para afrontarlo, es indispensable la participación, el compromiso y sobre todo, la colaboración de las personas e instituciones que, por su relación con la escuela y por la naturaleza de su labor, están en condiciones de coadyuvar en los procesos para la prevención de adicciones.

Problema

En el marco de lo anterior, en México y según las estadísticas consultadas, el consumo de tabaco sigue incrementándose en la población en general, siendo que el inicio ocurre a edades cada vez más tempranas y son los adolescentes el grupo con mayor vulnerabilidad en adquirir esta adicción.

A pesar de la existencia de iniciativas enfocadas a la prevención y tratamiento de las adicciones como la creación del Consejo Nacional Contra las Adicciones (CONADIC), organismo gubernamental que coordina las acciones de los sectores público, social y privado -para reducir el consumo entre otras drogas del tabaco y la exposición a su humo- su impacto no ha logrado disminuir las cifras de adictos al tabaquismo.

Para fortalecer estos esfuerzos, la Secretaría de Salud (SS) también viene desarrollando políticas de salud para el control del consumo del tabaco. Por ello, antes del año 2000 la Ley General de Salud, ordenamiento que regula los productos de tabaco, ya consideraba la inclusión de leyendas de advertencia en el etiquetado de los paquetes de cigarrillos, la prohibición de venta o suministro a menores de edad. Sobre todo en los últimos años se censuró el consumo de tabaco en áreas como: Unidades Hospitalarias, Clínicas del Sistema Nacional de Salud, Instituciones Públicas y otros espacios de uso social. Otra medida está relacionada con el contenido de la publicidad y su difusión en medios de comunicación (Valdés, 2006). Además, el incremento de costo por cajetilla de cigarro en 2010, fue una de las medidas para disminuir el número de fumadores a nivel Nacional.

Por otra parte, hay que señalar también que este consumo no es exclusivo del sector de economía solvente sino que incluso, se encuentra presente entre personas y hogares de nivel socioeconómico menos favorecido cuyo nivel educativo en la mayoría de los casos es reducido y donde la parte del gasto familiar muchas veces está dirigido hacia el consumo del cigarro llegando esto en algunos casos al 34% (Reddy, 2006).

Lo anterior evidencia que su adquisición no está determinado ni es particular de un sector social con mayores niveles económicos y educativos.

Ciertamente, la escuela es una institución que también puede promover la prevención de adicciones como es el tabaco, fomentando en los adolescentes una cultura de cuidado a la salud con el fin tanto de evitar y prevenir nuevos adictos como posibles muertes prematuras además, de disminuir mayores gastos en la salud pública en México. En este Programa de Prevención, es importante, que este enfocado a las necesidades que se presentan en el panorama actual.

Por todo lo anterior es que esta investigación está enfocada a analizar “La Estrategia Nacional para fortalecer la Prevención de Adicciones desde la Educación Básica-Secundaria” y en específico: “*El programa Escuela Segura*” ya que desde el punto de vista pedagógico y

sociológico es importante analizar cómo se están utilizando las políticas implementadas en el país para contrarrestar los efectos del tabaco en la salud de la población y si realmente las medidas implementadas por el gobierno mexicano, específicamente en las escuelas de educación básica de nivel secundaria han tenido éxito en su aplicación, ya que a lo largo de los años se han modificado de manera automática los esquemas normalmente aceptados de comunicación y convivencia en la sociedad; y en los cuales se incluyen las drogas socialmente aceptadas como lo es el tabaco.

CAPITULO I

Origen e industrialización del tabaco

El tabaquismo es un problema de salud mundial que se asocia anualmente a 5.4 millones de defunciones, como se expone en la obra coordinada por María Elena Medina (2010). Esta fuente reveló que en 2008 aproximadamente 625 millones de fumadores era representado por el género masculino, mientras que por el femenino no rebasó los 250 millones de fumadoras, en el mundo. Además, señala que la Encuesta Global Jóvenes y Tabaco (GYTS), por sus siglas en inglés, fue desarrollada en 1999 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los Centros de Control y Prevención de Enfermedades de Atlanta (CDC). En ella participan organizaciones gubernamentales y no-gubernamentales de más de 100 países. El objetivo es permitir la comparación entre los distintos países y suministrar información útil para la formulación de planes de prevención y control. La cual se aplicó a 132 países, entre ellos México, donde se especificó que cerca de un cuarto de adolescentes varones probó su primer cigarrillo cerca de los 10 años y las mujeres a los 13 años en promedio (Medina, 2010).

Por otra parte, en México uno de los instrumentos más eficaz de medición en el consumo de tabaco, lo constituye la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA), que es aplicada desde 1988 cada 4 años por el Consejo Nacional Contra las Adicciones (CONADIC).

Así mismo, La ENA 2011 registró que aproximadamente 17.3 millones de mexicanos son fumadores, donde la edad inicio no rebasó los 14.1 años.

Por lo que el consumo de tabaco sigue siendo un problema de salud pública que contribuye a desarrollar diversas enfermedades vinculadas al cáncer de pulmón, cardiopatías entre otras precipitando o provocando la muerte prematura.

Por otro lado, se sabe que la nicotina es el componente principal causante de estimular la adicción al tabaquismo. Está compuesta por una sustancia química vegetal compleja, parte de una clase conocida como alcaloide que se encuentra en hojas, raíces y semillas de la mata del tabaco, pero: ¿De dónde es originaria esta singular planta? ¿Cómo inicia el gusto por el tabaco? ¿Qué uso inicial se le dio? Estas son algunas cuestiones que se describirán a continuación.

1.1 Origen del tabaco y primeros formas de consumo

Existen algunos registros que revelan que la obtención de la planta del tabaco asciende aproximadamente a unos 18,000 años, cuando el hombre atravesó de Asia a América. Y es en el continente Americano donde aparentemente floreció la planta del tabaco, proveniente de dos de las 64 especies del género nicotina: la nicotina rustica y sobre todo la nicotina tabacum (Medina, 2010). Siendo una sustancia farmacológicamente activa de doble efecto, estimulante y sedante generadora de dos tipos de dependencia: la física y la psicológica por lo que es considerada como la principal responsable a la adicción. (Tapia, 2001).

Pero ¿cuál fue su uso inicial? Según registros, fueron las culturas Mesoamericanas las primeras en darle diversos usos con distintos propósitos.

Según algunos cronistas como Fray Bartolomé de las Casas en su *Historia de las Indias*, una de las primeras formas de utilizar el tabaco fue de manera intra-nasal porque aparentemente estaba relacionado con los diferentes ritos religiosos y sociales que practicaban las diversas culturas mesoamericanas, ya que probablemente representaban un signo de amistad y de paz. Para ello utilizaban la pipa de diferentes formas y decoraciones siendo la imagen más frecuente la de distintas aves, tal vez

por el simbolismo que representa el viajar por el aire. También estas civilizaciones emplearon el tabaco de otras maneras por ejemplo, en bebidas, como narcótico, aplicadas sobre la piel e incluso se introducían en el recto a través de enemas, atribuyéndole propiedades medicinales y/o curativas (Tapia, 2001). En este sentido, estas culturas creían que la enfermedad era ocasionada por un mal espíritu que se apropiaba o cohabitaba en el enfermo y solamente podía ser expulsado mediante el humo del tabaco (Medina, 2010).

Por otra parte, el nombre de cigarro tiene su origen en el verbo maya *sikar* aunque también los aztecas lo conocían con el nombre de *yetl* (Amerlinck, 1988). Desde entonces, el modo de uso más popular del tabaco sigue siendo fumando, según dicen por el *placer* que produce y su medio más conocido es el "cigarro".

Así pues, el uso del tabaco a pesar de sus fines rituales y básicamente placenteros también se asoció desde sus orígenes a daños a la salud. Además Fray Bartolomé de las Casas relata que a principios del siglo XVI el tabaquismo era reprimido por ser un vicio por lo que en México se prohibía fumar en templos de la colonia española (Amerlinck, 1988).

1.2 El florecimiento y expansión de la industria tabacalera por el mundo

Como ya se describió, el origen del tabaco tiene sus raíces en Mesoamérica de donde también salieron las primeras remesas de semillas de tabaco e inicialmente se propagaron hacia el continente europeo.

Según registros, primero arribaron a España, a partir de los viajes de Colón; después llegaron a Inglaterra por medio de Sir Walter Raleigh y Sir Francis Drake; posteriormente Jean Nicot médico naturista, lo trasladó a Francia en 1560 ofreciéndolo a Catalina de Medicis quien lo utilizó para tratar sus jaquecas dándole así el nombre de nicotina, en honor a ese entusiasta simpatizante. Por otra parte en oriente, el tabaco fue introducido en la India como producto del comercio y de ahí se extendió hacia China, Japón y África Occidental (Amerlinck, 1988).

Es así como comenzó la propagación del tabaco por los diferentes continentes.

El uso continuo del tabaco fue incrementándose a nivel mundial debido a su creciente aceptación social, por lo que también aumentó su demanda y la necesidad de la elaboración de cigarros, lo que suscitó la invención de una máquina que fuera capaz de acelerar y lograr su producción de forma masiva. Esta singular herramienta fue creada a raíz

de que la cigarrera Alen & Ginter en 1876, ofreció un premio para quien la desarrollara, con el fin de acortar el tiempo de producción de cigarros.

En 1882 el estadounidense James Albert Bonsak presentó a la demandante empresa su invento: una máquina eficaz para fabricar un cigarro cada dos segundos, lo que significaba producir más de 70,000 cigarros en 10 horas (Amerlinck, 1988). Sin embargo, en aquel momento la producción excedía más que la demanda y por esta razón la empresa Allen & Ginter se negó a comprarla pues consideró que la acelerada producción le generaría pérdidas económicas. Aun así en 1889 James Buchanan "Buck" Duke (Amerlinck, 1988), con gran visión empresarial compró dos máquinas convirtiéndose aceleradamente en el presidente de la America Tobacco Company que posteriormente le generó grandes beneficios económicos y crecimiento a su gran fortuna. Cabe mencionar que esta compañía es considerada como la tabacalera propietaria de algunas de las marcas más importantes de cigarrillos, como Dunhill, Lucky Strike y Pall Mall. Igualmente, es distribuidora a través de su acuerdo con Rothmans Inc, de otras tantas marcas, entre ellas, Benson & Hedges, esta última compartida con Philip Morris (Amerlinck, 1988).

Es así como desde la revolución industrial, el uso del tabaco, como cigarro, puro, pipa u otras formas, se ha introducido entre los consumidores.

1.3 Estrategia de comercialización y publicidad del tabaco

Hasta hoy, la industria tabacalera sigue utilizando diversos medios publicitarios de información para promover esencialmente el consumo de cigarros.

En un inicio, el tabaquismo fue dirigido hacia los hombres adultos, ya que la participación de mujeres y niños era reducida por lo que aún no eran blancos de la industria tabacalera.

De cualquier modo, esta industria no tardó en aprovechar la producción excesiva que le generó la revolucionaria "máquina", y por ello, desde sus inicios tuvo el propósito de atraer a cualquier persona para inducirla a consumir alguno de los productos derivados del tabaco, primordialmente el cigarro.

Es así como sigue empleando todas las estrategias de publicidad posibles, como por ejemplo, durante la Primera Guerra Mundial donde utilizó la imagen del soldado fumador asociado a un importante significado: el de héroe. De esta manera la industria tabacalera aprovechó ese lamentable acontecimiento para sensibilizar a todo tipo de personas e incrementar el consumo de cigarro. Así mismo, la propaganda publicitaria estuvo encausada en apoyo a los soldados que en ese momento se encontraban en el campo de batalla y el propósito particular

fue la compra también de cajetillas de cigarros, en efecto, esto marcó un claro aumento en su consumo (Medina, 2010).

Posteriormente para continuar con su fin de invitar abiertamente al consumo de cigarro, en 1920 el blanco de las tabacaleras apuntó hacia el género femenino que en ese entonces, aún no fumaba en público y por ello Marlboro (Medina, 2010), se convirtió en la primera marca dirigida hacia este género, apoyándose en la popular creencia de que la mujer y el cigarro estaban asociados con el "glamour".

En la misma línea Medina describe cómo es que en 1949, se fabricó el primer cigarrillo con filtro en respuesta a la presión que en ese entonces manifestó un sector de fumadores preocupados por los daños nocivos a la salud. Aun así, la industria tabacalera hizo creer que con esta modificación los daños disminuirían.

También otra estrategia que ha resultado benéfica para seguir incrementando el consumo de cigarros fue contar con la influencia de "figuras" del medio artístico, político, cultural, científico y social relacionadas con el tabaquismo (Becoña, 1998). Lo que contribuyó a invitar a sus seguidores a la imitación por el mismo gusto de consumo a figuras como: Oscar Wilde, Sigmund Freud, Al Capone, Fidel Castro, Mauricio Garcés, Alberto Vázquez por mencionar sólo algunas.

Además en el siglo XX el tabaquismo no solamente fue visto como una "*actividad normal*", sino también deseable, creando todo un "*significado social*" que ha representado "*individualismo*", "*autoridad*" y "*poder*" tanto para hombres como para mujeres e incluso para los adolescentes; esto es, para identificarse con un marcador sexual y de rebeldía (Becoña, 1998).

Finalmente aunque no ha sido la última estrategia para seguir acrecentando la demanda de cigarros, se fueron implementando todo un abanico de opciones para el fumador haciéndole creer nuevamente que existían cigarros "menos dañinos", por lo que aparecen una variedad de presentaciones como: los "light", "extra light", "slim", "superslim", "mentolados", etc. A pesar de todo, estas innovadoras presentaciones no condujeron a ningún beneficio para la salud, ni mucho menos para contrarrestar los daños ya que todas son prohibitivamente tóxicas en cualquier cantidad (Chavez, 2004). En cambio lo que sí logró la industria tabacalera, fue fortalecer al cigarro como un producto "democrático" pues cubre diferentes segmentos de la población, según criterios como edad, género, raza y posición socioeconómica (Medina, 2010).

Estas son sólo algunas estrategias en las que se ha apoyado esta industria para seguir atrayendo posibles consumidores y prevalecer en el mercado mundial.

Por otro lado, en México actualmente la industria tabacalera está representada por un duopolio de compañías tabacaleras trasnacionales: Phillips Morris México (PMM) y British American Tobacco (BAT), ambas constituyen el Consejo Nacional de la Industria Tabacalera (CONAINTA) que apoya acciones legales para detener iniciativas que consideran poco favorables para sus industrias (Medina, 2010). Es decir, que se entorpece la aplicación eficaz de algunas medidas, tal como la accesibilidad que hasta hoy tienen los menores de edad en la compra de cigarros (Reddy, 2006), resultado revelado por la ENA 2011. En consecuencia, esta industria sigue atrayendo a que se adhieran “nuevos” fumadores.

Para concluir, es indudable la importancia que tiene conocer el origen del tabaco, industrialización, distribución y publicidad, porque son solamente algunos factores que contribuyen a seguir incrementando el número de fumadores en todo el mundo.

CAPITULO II

Tabaquismo y adicción

La ENA (Encuesta Nacional de Adicciones) en un principio registró que la edad de inicio en fumadores fue entre los 18 y 25 años, en el 2002 el rango se estableció entre los 15 y 17 años; para el 2008 cerca de los 13 años y finalmente en el 2011 a los 14.1 años (ENA, 2011).

Por otra parte, en la última encuesta de la ENA, refiere que cerca de 27 millones de mexicanos había probado el cigarro alguna vez en su vida, uno de cada cuatro personas entre los 12 y 65 años padece de esta adicción. Siendo la relación de consumidores por género en adultos de dos hombres por cada mujer.

Por lo anterior es evidente que el número de adictos al tabaco se ha incrementado en edades tempranas, siendo los adolescentes los que están en mayor riesgo.

De ahí que, el fumar a edades tempranas provoca una dependencia mayor a la vez que dificulta la rehabilitación y es la puerta de entrada para el consumo de drogas ilegales, afirmó María Elena Medina Mora-Mora, Directora General del Instituto Nacional de Psiquiatría, durante el

Simposio Tabaquismo en México: ¿Cómo evitar 60 mil muertes prematuras cada año? (Medina, 2010).

2.1 Clasificación de las drogas

Inicialmente, es necesario saber que se entiende por droga, ya que existen infinidad de conceptualizaciones para ello elegimos la elaborada por Yarúa (2005), quien la describe como: "cualquier sustancia natural o química que provoca cambios en el estado emocional, el funcionamiento del organismo y /o el comportamiento de una persona."

En la mayoría de los países incluyendo México las drogas se pueden clasificar en:

1. Según el Marco Jurídico.
2. Por los efectos que producen en el Sistema Nervioso Central (SCN)
3. Por el potencial de adicción

En primer lugar, según el Marco Jurídico, las drogas se dividen en "*legales*" e "*ilegales*" (Yarúa, 2005). Las primeras porque su uso es aceptado normativa y socialmente, debido a que sus efectos supuestamente son menores a los ocasionados por las drogas ilícitas. Las drogas *ilegales* son aquellas cuya fabricación, venta y compra están

prohibidas por las leyes por los altos efectos negativos que provocan en personas que las consumen, entre ellas están en la siguiente tabla.

Cuadro 1

Clasificación de las drogas por el Marco Jurídico

Clasificación	Tipos de drogas
Drogas Legales	Alcohol, tabaco y psicofármacos estrictamente prescritos por un especialista del sector salud
Drogas Ilegales	Mariguana, cocaína y sus derivados, heroína, metanfetaminas, alucinógenos, inhalables y sintéticas.

Fuente: Elaboración propia a partir de la fuente Yaría, Juan (2005).

En segundo lugar, de acuerdo a los efectos producidos a nivel del Sistema Nervioso Central (SNC), las drogas se pueden clasificar como se describe en la siguiente tabla.

Cuadro 2

Efectos producidos al Sistema Nervioso Central

Clasificación	Efectos	Tipos
Depresores del sistema nervioso central o Psicolépticos	Inhiben el funcionamiento del SNC enlenteciendo la actividad nerviosa y el ritmo de las funciones corporales. Entre los efectos que producen se encuentran relajación, sedación, somnolencia, sueño, analgesia e incluso coma.	Alcohol. Opiáceos: heroína, morfina, metadona, etc. Psicofarmácos: benzodiazepinas o barbitúricos, etc.

Estimulantes o Psicoanalépticos	Producen una activación general del sistema nervioso central, dando lugar a un incremento de las funciones corporales. Se establece una distinción entre estimulantes mayores y menores	Estimulantes mayores: cocaína o las anfetaminas Estimulantes menores: nicotina, cafeína, teína, teobromina
Alucinógenos o Psicodislépticos	Perturbadores que producen un estado de conciencia alterado, deforman la percepción y evocan imágenes sensoriales sin entrada sensorial.	Las drogas de síntesis o el LSD.

Fuente: Elaboración propia a partir de la fuente Yaría, J (2005).

Por último, las drogas se catalogan de acuerdo al potencial de adicción que generan (González, 1993). La siguiente tabla enlista algunas de ellas:

Cuadro 3
Abuso, Dependencia y Potencial de algunas sustancias

Droga	Abuso	Dependencia	Potencial de Adicción
Alcohol	X	X	81.85/100
Anfetaminas	X	X	81.09/100
Alucinógenos	X	X	17.13/100
Cafeína			72.02/100
Marihuana	X	X	21.16/100
Cocaína	X	X	73.13/100
			100/100

Nicotina		X	81.80/100
Opiáceos	X	X	

Fuente: Elaboración propia a partir de las fuentes L. Pantoja (2005) y Tapia (2001)

De acuerdo a los datos anteriores, la nicotina además de ser clasificada como una droga legal y estimulante es la que también tiene el potencial adictivo mayor, incluso que drogas ilícitas como la marihuana o cocaína. Esto es porque pasa directamente a la dependencia por lo que, si se consume en edades tempranas, es considerada como un potencial factor de riesgo en el desarrollo físico, psíquico y social (Hernández, 2007).

2.2 Adicción: uso, abuso y dependencia

Ahora que sabemos que el tabaco es una droga legal, por consiguiente necesitamos saber la diferencia entre uso, abuso y dependencia.

La Organización Mundial de la Salud junto con otras instituciones han intentado llegar a un acuerdo acerca de estos términos, dejando claro las diferencias entre un término y otro.

Por lo cual tomaremos los términos que determina la Organización Mundial de la Salud, los cuales son:

a) Uso

El uso de drogas es el consumo de una sustancia sin el objetivo de alcanzar un estado de intoxicación. Se habla de uso siempre y cuando no represente daño alguno a la salud o a la vida del consumidor.

b) Abuso

El abuso de drogas es una fase previa a la dependencia, de menor peligro y reversible.

El abuso es un modelo des-adaptativo de una sustancia psicoactiva diferenciado por un consumo continuo, a pesar de que el sujeto sabe que tiene un problema provocado por el consumo ocasional de sustancias peligrosas.

c) Dependencia

Se define como un estado psíquico y a veces físico, resultado de la relación entre un ser vivo y una droga. Se determina por un comportamiento compulsivo de ingerir la droga de forma continua, para sentir sus efectos psíquicos, a pesar de que la persona está consciente de que el consumo perjudica áreas de vida.

Los estándares más usados para determinar la presencia de una dependencia a las drogas, es el Manual de Enfermedades y Estadísticas

de la Asociación Americana de Psiquiatría, conocido por sus siglas en inglés DSM-IV (cuarta versión).

Es por eso que especifica cuales son los criterios para medir el abuso de alguna droga, que consiste en:

- a) Se debe presentar en un periodo de 12 meses
- b) No haber reunido los criterios de dependencia
- c) Cumplir al menos uno de los ítems de las siguiente tabla

Cuadro 4

Abuso de sustancias

Criterios para medir el abuso de sustancias DSM-IV
1. Uso recurrente de la sustancia, con el consiguiente fracaso en obligaciones laborales, escolares o domésticas.
2. Uso recurrente de la sustancia en situaciones en las cuales es físicamente peligroso.
3. Problemas legales recurrentes como consecuencia del uso de sustancias.
4. Uso continuo de la sustancia a pesar de tener problemas sociales o interpersonales, provocados o exacerbados por la sustancia.

Fuente: Elaboración propia a partir de la fuente Valleur (2005).

De acuerdo con este manual para determinar que hay dependencia debe presentarse un patrón des-adaptativo de uso de sustancias que

conlleva un deterioro clínicamente significativo, expresado por tres o más de los siguientes puntos en un periodo continuo de 12 meses.

Cuadro 5
Dependencia de sustancias

Criterios para medir la dependencia de sustancias DSM-IV	
1.Tolerancia	<p>a) Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.</p> <p>b) El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuo.</p>
2.Abstinencia	<p>a) El síndrome de abstinencia característico para la sustancia.</p> <p>b) Se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.</p>
3.Uso de la sustancia	Es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.
4. Deseo persistente	Por controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
5.Tiempo	Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, en el consumo de la sustancia o en la recuperación de los efectos de la sustancia.
6.Actividades	Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas, debido al consumo de la sustancia.
7.Uso de la sustancia	Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos que parecen causados o exacerbados por el consumo.

Fuente: Elaboración propia a partir de la fuente Valleur Marc. Las nuevas adicciones

Es de importancia mencionar que todo abuso o dependencia de sustancias comienza por la etapa del uso o consumo de drogas.

Al igual, no todas las personas que prueban, usan o consumen una droga van a caer en un abuso o adicción, per el consumo de sustancias psicoactivas constituye una vía de acceso a estos problemas.

2.3 Componentes químicos del tabaco

Tapia (2001) menciona, que tanto el cigarro como el humo del mismo contienen más de 4,000 sustancias químicas, y varias de ellas están conectadas con el desarrollo de ciertas enfermedades, de las cuales más de 40 producen cáncer.

Cuadro 6

Componentes químicos del cigarro

Componente	Efectos
Nicotina	Componente principal del tabaco y es la responsable de generar la adicción. Su potencial adictivo se debe a que produce liberación de dopamina en las regiones del cerebro, controlando la sensación de placer y bienestar
Monóxido de carbono	Es un gas venenoso que interfiere con la habilidad de la sangre para llevar el oxígeno debido a que bloquea el transporte de oxígeno a los tejidos e impide la función respiratoria. Contribuyendo a enfermedades del corazón y de pulmón

Amoniaco	Es un gas incoloro con un olor característico. El amoníaco actúa en el tabaco aumentando los niveles de nicotina libre. Cuando la nicotina está en forma libre se absorbe mejor en el organismo.
Ddt	Es un insecticida liposoluble, que no se elimina en la orina y se acumula en los tejidos grasos
Benzopireno	Es un hidrocarburo, tras largos períodos de consumo, puede desencadenar desórdenes celulares produciendo cáncer.
Arsénico	Los compuestos orgánicos de arsénico se usan como pesticidas. El arsénico no puede ser destruido en el medio ambiente. Hace que los pulmones y hace que la respiración se vuelva deficiente.
Polonio 210	Viene de los fertilizantes fosfatados que se utilizan en las plantaciones de tabaco; persiste en el proceso de secado e industrialización y al fumar queda atrapado en la mucosa bronquial
Cadmio	Causa daño en el hígado, los riñones y el cerebro y se mantiene en el cuerpo durante varios años.
Anilina	La anilina puede ser tóxica si se ingiere, inhala o por contacto con la piel.
Alquitrán	Es la sustancia encargada de transportar la nicotina y todos los químicos que contiene el tabaco hasta los pulmones.
Cianuro de hidrogeno	Esta paraliza las vellosidades que cubren los pulmones, los cuales le sirven para protegerlos de materias extrañas. Por lo cual los venenos ingresan fácilmente al pulmón.

Fuente: Elaboración propia a partir de las fuentes Tapia (2001) y Solano (2002).

Es por eso que, la intensidad dañina a la salud, va a depender de la cantidad de cigarros al día, del número de inhalaciones y de la profundidad de las mismas, además del tiempo que se tiene con la adicción.

2.4 Tabaquismo activo y exposición al humo del tabaco

El tabaquismo activo habitual está relacionado con aquellos consumidores directos, principalmente del cigarro, lo que ocasiona repercusiones altamente dañinas en la salud (Eseverri, 1995)

Por otro lado, el tabaquismo pasivo es definido como un fumador involuntario, es el sujeto no fumador que se expone al humo del tabaco de personas fumadoras al convivir con estas; se considera que el humo ambiental del tabaco contiene en esencia las mismas sustancias carcinógenas y los agentes tóxicos que inhalan directamente los fumadores (Kuri, 2006)

Actualmente el número de muertes anuales relacionadas con el tabaquismo, no solamente compete a los fumadores directos, sino que también afecta a aquellos que se exponen indirectamente al humo del tabaco. Se conoce que la exposición al humo del tabaco desarrolla enfermedades que están vinculadas principalmente con el sistema circulatorio y respiratorio, esto ha inducido a una elevada morbilidad en aquellas personas expuestas de manera indirecta. En ese sentido, la OMS reveló en 2010, que alrededor de 600 mil personas que están expuestas al humo del tabaco, mueren anualmente en el mundo, de los cuales cerca de 165 mil son niños (Reuters, 2010).

Es así que, el tabaquismo pasivo expone a las personas a alrededor del 1% del humo que inhalan los fumadores activos incluso, este humo de segunda mano puede dañar también a bebés en gestación (La Jornada, 2011).

El Humo Ambiental del Tabaco HAT, está compuesto por el humo que se exhala (humo primario) y el humo que se desprende del tabaco (humo secundario).

La exposición al HAT se liga con complicaciones respiratorias; distintos tipos de cáncer, especialmente de pulmón y enfermedad cardiovascular. El HAT aumenta un 20-30% el riesgo de cáncer de pulmón y en enfermedades coronarias en no fumadores, tanto en hombres como mujeres.

El humo del cigarrillo es un riesgo para la salud de los niños ya que se asocia con un índice mayor de bajo peso al nacer, disminución de la función pulmonar, infecciones respiratorias, tos, agrava el asma y el síndrome de muerte súbita del lactante (Reuters, 2011).

Por lo que los hijos de padres fumadores tienen una gran probabilidad de ser adictos a la nicotina durante la adolescencia (L. Pantoja, 2005), mayor frecuencia de caries, alergia a los alimentos, problemas en la piel. También pueden mostrar problemas de conducta,

síndrome hiperactividad, déficit de atención y tener poco rendimiento escolar.

Sobre lo anterior en México, según estadísticas como la ENA, refieren que en 1988, 42.5% de la población era sobre todo fumador pasivo y/o expuesto al humo del tabaco en su casa. Cinco años después, de estos fumadores pasivos el 31% tenía menos de 18 años. Posteriormente, en 1998 aumenta notoriamente pues el 52.6% de la población era fumador pasivo. Para 2002, los fumadores pasivos representaron sólo 36.1%, en 2008 se registró en la ENA (2011) el 23.3%, sin embargo, esta última encuesta revela que el 30.2% de mexicanos están expuestos al humo del tabaco. Esto quiere decir que 12.5 millones de mexicanos que nunca han fumado se encuentran expuestos a HTA, en donde el 26.1% de los adultos y el 36.4% de los adolescentes reportaron estar expuestos a HTA. Esta exposición es más frecuente entre la población joven, siendo mayor entre los adolescentes de 15 a 17 años y los adultos jóvenes de 18 a 25 años. La población está expuesta principalmente en el hogar (18%) y en los lugares de trabajo (10.2%). Para las mujeres el principal sitio de exposición es el hogar (19.7%), mientras que para los hombres es el trabajo (18.2%). En este sentido, la prevalencia más alta de exposición al humo de tabaco por regiones, se observa en el Distrito Federal (44%), seguido de las regiones

Centro (43.2%), Occidental (40.9%) y Norte Centro (40.6%). En todas las regiones la exposición fue más frecuente en el hogar, seguida del trabajo y la escuela.

Lo anterior, nos refleja que existe un grave problema de efectividad de aquellas medidas para incrementar los riesgos que origina el tabaquismo.

2.5 Principales daños en fumadores activos y pasivos

Actualmente, el consumo de tabaco constituye la segunda causa de mortalidad prevenible a nivel mundial, y la mitad de los fumadores actuales morirán por una enfermedad atribuible a este hábito. (Medida 2010)

Además, la OMS (2012), menciona que el consumo de tabaco es un factor de riesgo para desarrollar por lo menos:

- 1) Cánceres de pulmón, 80%.
- 2) Enfermedades cardiorespiratorias, debido a su consumo es la primera causa de invalidez y muerte prematura en el mundo. Por lo que, fumar un sólo cigarrillo da lugar a una elevación del ritmo cardíaco, la frecuencia respiratoria y la tensión arterial.

3) El humo del cigarro produce una reacción irritante en las vías respiratorias, la producción de moco y la dificultad de eliminarlo es la causa de la tos debido a la inflamación continua por lo que también produce bronquitis crónica y una disminución de la capacidad pulmonar, ocasionando al fumador mayor cansancio y disminución de resistencia en relación a un ejercicio corporal.

4) En el embarazo, el tabaco multiplica su potencial dañino generando riesgos para la fumadora como: provocar interrupción del embarazo, sufrir embarazo ectópico, hemorragias vaginales, alteraciones cardiacas. o en el bebé. Pero también para el bebé puede provocar: riesgo de nacer con bajo peso, insuficiencias respiratorias, riesgo de padecer muerte súbita, infartos, leucemia infantil y desarrollar TDAH (Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad).

Por lo que, desafortunadamente estas enfermedades no sólo se presentan entre los adictos al cigarro, sino también afecta a las personas cercanas a los fumadores.

CAPITULO III

El adolescente y su relación con el tabaquismo

México ha implementado y modificado algunas medidas para disminuir el acceso al tabaco sin embargo, según datos estadísticos que presento el INEGI 2010 revelo que: 1 de cada 10 fumadores son menores de edad, 2 de cada 10 iniciaron antes de los 10 años, además 5 de cada 10 adolescentes compraron el producto en la tienda e incluso 6 de cada 10 reporto que no se les fue negado (El Economista, 2011).

Así mismo, según la ENA 2011, las razones por las que los adolescentes inician el consumo del tabaco son principalmente dos: curiosidad e influencia. Donde el 68.6% de los fumadores jóvenes aseguraron haber iniciado su consumo por curiosidad y 24.1% por influencia de familiares y amigos.

Es evidente que la etapa de la adolescencia es la que presenta mayor riesgo en iniciar el consumo de tabaco por ser el trampolín que puede generar una dependencia adictiva a otras drogas ilegales, dañinas para su desarrollo físico, psicológico y social.

De ahí que, para comprender porque el adolescente es "vulnerable", primero describiremos esta etapa.

3.1 ¿Qué es la adolescencia?

El término "adolescente" etimológicamente procede del latín, del verbo *adolescere*, que significa crecer, desarrollarse (González, 2001). En el mismo sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la adolescencia como la segunda década de la vida, es decir, la etapa que abarca edades entre los 10 y los 20 años (Reyes, 2006). Sin embargo estas definiciones son incompletas ya que no toman en cuenta la edad madurativa en un sentido psicológico; debido a que durante esta etapa el adolescente no solamente presenta un desarrollo físico, sino también está en proceso de construcción de su identidad. Por lo que no solamente se puede delimitar en la edad cronológica, pues también depende de factores tanto individuales como del contexto en el que se desarrolla como persona.

Es así que, existen autores que la definen como: el periodo de transición entre la infancia y la edad adulta, que está caracterizada por la relación de importantes cambios biológicos, psicológicos y sociales en el ser humano, es por eso que debe ser considerada como un proceso y no como un período de la vida humana (Debasse, 1977). Así mismo, El Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), define a la adolescencia como: "una época de modificaciones, que conlleva

principales cambios físicos y emocionales los cuales, requieren del soporte familiar, escolar y social para que el niño arribe a la edad adulta (UNICEF).

Es por eso que la adolescencia es compleja de definir cronológicamente porque, si bien se entiende que inicia con los cambios fisiológicos de la pubertad, no es sencillo conocer cuándo concluirán.

Cambios biológicos

Para comenzar, explicaremos la relación que tiene el adolescente con los cambios biológicos. Estos se caracterizan por aquellos cambios fisiológicos y anatómicos que se presentan. Esto quiere decir, que están “relacionados con el crecimiento glandular donde las gónadas inician su funcionamiento dando al individuo una nueva fisionomía corporal, sexual y emocional” (González, 2001).

La causa de todos estos cambios es la secreción al torrente sanguíneo de hormonas, lo cual constituye una característica de las glándulas endocrinas que pasan directamente desde la glándula a la sangre. La encargada de estos cambios es una glándula que se localiza en el cerebro, denominada hipófisis. Esta glándula produce y libera unas sustancias llamadas hormonas, que circulan por la sangre y llegan a

diferentes partes del cuerpo. Estas hormonas intervienen sobre los testículos de los hombres y en los ovarios de las mujeres, para estimular la producción de las hormonas (Hiriati, 2009).

Para los hombres, la influencia de las hormonas sexuales provoca cambios en su cuerpo y en sus genitales, así como la producción de los espermatozoides en los testículos. En cambio para las mujeres, los estrógenos y progesterona producen modificaciones en el cuerpo, la maduración y liberación de los óvulos y la menstruación (Hiriati, 2009).

Cuadro 7 Principales cambios en los adolescentes

Hombres	Mujeres
<ul style="list-style-type: none"> • Se ensancha la espalda y hombros. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de estatura.
<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de estatura. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se ensanchan las caderas.
<ul style="list-style-type: none"> • Disminuye la grasa del cuerpo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se acumula grasa en las caderas y muslos.
<ul style="list-style-type: none"> • Salen espinillas (por el desarrollo de las glándulas sebáceas) 	<ul style="list-style-type: none"> • Salen espinillas (por el desarrollo de las glándulas sebáceas)
<ul style="list-style-type: none"> • El olor del sudor es más fuerte (por el desarrollo de las glándulas sudoríparas) 	<ul style="list-style-type: none"> • El olor del sudor es más fuerte (por el desarrollo de las glándulas sudoríparas)
<ul style="list-style-type: none"> • La voz es más ronca. 	<ul style="list-style-type: none"> • La voz es más fina.

<ul style="list-style-type: none"> • Se le ensancha el tórax. 	<ul style="list-style-type: none"> • Crecen los senos.
<ul style="list-style-type: none"> • Sale y crece vello en axilas, cara (bigote y barba), pecho, piernas, brazos y pubis. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sale y crece vello en las axilas y en el pubis.
<ul style="list-style-type: none"> • La piel de los pezones y genitales se te vuelve más oscura. 	<ul style="list-style-type: none"> • La piel de los pezones y genitales se te vuelve más oscura.
<ul style="list-style-type: none"> • Crecimiento de los testículos, próstata y pene. 	<ul style="list-style-type: none"> • Crecen los labios mayores y menores, clítoris, vagina y útero.
<ul style="list-style-type: none"> • Primera eyaculación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se presenta la primera menstruación.

Fuente: Elaboración a partir de la fuente Hiriati, (2009).

Estos cambios deben aparecer y se acentúan durante los primeros años de la adolescencia, en las mujeres se presentan aproximadamente entre los 10 y los 12 años, y en los hombres entre los 12 y los 14 años. Sin embargo, es posible que algunos adolescentes presenten estos cambios en edades tempranas o posteriores a las señaladas (Hiriati, 2009).

Principalmente los cambios físicos que se manifiestan en la adolescencia son más notorios visualmente, pero debemos tener en cuenta que esta metamorfosis, está relacionada con los psicológicos y

sociales. Es por eso, que es un proceso un tanto complejo porque se busca la construcción de una identidad (González, 2001) que debe ir acompañada por una buena autoestima para posteriormente llegar a la madurez del ser humano.

Cambios psicológicos

Como se describió en el apartado anterior, los cambios físicos que se presentan en la adolescencia se vinculan principalmente con la aceptación y adaptación al "nuevo" cuerpo, debido a que es muy distinto al que se tenía de niño o niña.

Todos estos cambios físicos pueden suscitar sentimientos de preocupación y ansiedad generando en el adolescente la preferencia de pasar mucho tiempo a solas. También, pueden sentirse avergonzados porque creen que las demás personas están demasiado pendientes de los cambios que refleja su cuerpo. Por lo que algunos adolescentes le dediquen más tiempo y atención a su aspecto físico (Hiriati, 2009).

Además, los adolescentes se interesan en problemas que no tienen que ver con su realidad cercana, si no que desarrollan su capacidad crítica,

piensan en valores y consecuencias a largo plazo, disfrutan de la capacidad de reflexionar y explorar sus sentimientos y pensamientos, entre otras cosas (Debasse, 1977).

Por otra parte, en el proceso del desarrollo psicológico, la adolescencia se caracteriza porque el individuo es más sensible a las influencias del grupo social, esto se debe a que el niño, en un momento de su vida en el que sentía cómodo consigo mismo, con su relación de dependencia; en un corto tiempo, se despierta con su cuerpo diferente y con responsabilidades diferentes a las que se le asignaban además con expectativas nuevas de sus padres respecto a ellos y su comportamiento. Ya no se siente el mismo, ha perdido su identidad. Según E. Erikson, la adolescencia es el período en dónde el ser humano vivencia la crisis de identidad, donde la tarea fundamental es consecución de un sentimiento de mismidad y de continuidad de la propia existencia en el tiempo y en el espacio (González, 2001).

Los pares son considerados como referentes primordiales en este proceso siendo su rol fundamental sobre todo en lo que tiene que ver con el logro de la independencia emocional de los padres, proceso de autonomía, sin el cual, afirma Erickson, no se puede superar con éxito la crisis de la identidad donde la imitación está presente. Además señala que

en el proceso de consolidación el adolescente asimilará la sociedad en la que vive y la identificación de las normas y valores que la rigen. Sin embargo, pueden tener una elección equivocada en sus decisiones, no solamente por imitación o romper normas como conducta de rebeldía (Gonzales, 2001).

Sino que también, aquellos cambios psicológicos que se puedan presentan como: síntomas depresivos y ansiedad, han resultado predictores del inicio de fumar en adolescentes (Anaya, 2006), que probablemente sean las drogas las siguientes sustancias para satisfacer esa adicción y así, dificultar la obtención de tal identidad.

Cambios sociales

Por último, en relación a los cambios en el ámbito social, el adolescente va haciendo ajustes referentes a su conducta diferenciando la niñez y construyendo su nueva identidad. Por lo que, modifica las distintas relaciones que establece ya sea con pares o adultos, con el firme propósito de ser reconocido socialmente. En este proceso de llegar a la madurez, es aquí donde el adolescente debe asumir nuevas responsabilidades en los distintos ámbitos: el escolar, familiar y social. Pero no siempre se reúnen las condiciones necesarias para tal finalidad, debido a que pueden

presentarse los denominados “factores” de riesgo (L. Pantoja, 2005) que llegan a interferir obstaculizando un adecuado desarrollo físico, social como emocional.

Es por eso que para los adolescentes, las relaciones que tienen con su entorno son muy significantes e indispensables, debido a que estas proporcionan entender mejor sus cambios y vivencias que se presentan. Y el hallar un espacio propio para recibir apoyo y afecto, así como también exteriorizar explícitamente sus anhelos y necesidades (L. Pantoja, 2005).

Para comprender mejor estos cambios, en el siguiente cuadro describiremos una síntesis general de los principales cambios que se presentan en la adolescencia.

**Cuadro 8 Principales Cambios:
Físicos, Psicológicos y sociales en adolescente**

Cambios Físicos	Cambios Psicológicos	Cambios Sociales
<ul style="list-style-type: none"> • Cambios en el cuerpo • Crecimiento acelerado • Incremento en su peso • Cambio de voz 	<ul style="list-style-type: none"> • Se presenta una crisis de identidad • Búsqueda para definir su identidad • Se centran en sí mismos • Creen que todo el mundo los está 	<ul style="list-style-type: none"> • Sus padres dejan de ser las figuras principales en sus vidas • Buscan la aceptación de sus pares

	mirando y hablando de ellos <ul style="list-style-type: none"> • Cambios continuos de estados de ánimo 	<ul style="list-style-type: none"> • Se esfuerzan por ser atractivos para los demás • Los amigos son los personajes más importantes
--	---	---

Fuente: Elaboración propia a partir de las fuentes Debasse, (1977), Hiriart, (2009), Lehalle, (1990) y Problemática, (2001)

3.2 Vulnerabilidad y factores de riesgo en la adolescencia

Como ya se ha mencionado anteriormente, uno de los sectores que se encuentra en situaciones más vulnerables entre los grupos sociales, es el de los adolescentes precisamente por su condición de dependencia (L. Pantoja, 2005). Es decir, que el adolescente se hallará en disposición de vulnerabilidad si no se cubren las necesidades de acuerdo a la sociedad en la que se encuentre inserto (Pantoja, 2005).

Es por eso, que la familia es una de las instituciones más importantes en el desarrollo óptimo del adolescente, debido a que puede ejercer una influencia tanto positiva como negativa. De manera que, aumentará o disminuirá la vulnerabilidad en el proceso de transición por el que pasa este sector social (Yaría, 2005).

Por ejemplo, si el entorno familiar protege y cuida las condiciones adecuadas para un idóneo desarrollo de la personalidad integral del adolescente, entonces se disminuirá la probabilidad de que se encuentre en una situación de riesgo.

No obstante, la familia ha pasado por importantes transformaciones en cuanto a su estructura, debido a que se ha modificado. Pues en comparación con la época industrial, el género masculino salía de la casa para trabajar, mientras que las mujeres se quedaban al cuidado de los hijos (Pantoja, 2005). En cambio, hoy en día la incorporación del género femenino al mercado laboral ha generado una disminución de las labores de cuidado y protección de los integrantes familiares más dependientes como lo son los adolescentes.

Esta situación puede favorecer a que se desarrolle una conducta adictiva porque tiene mayores factores de riesgo y escasas condiciones de protección (Pantoja, 2005).

Por otra parte, no debemos descartar la posibilidad de que existan antecedentes familiares de conductas adictivas, enfermedades mentales; violencia intrafamiliar; familias disfuncionales; entre otras (Problemática, 2001). Evidentemente, estos factores de riesgo facilitan aún más, a que el adolescente inicie conductas adictivas.

Por otro lado, los factores de riesgo se pueden clasificar en dos:

1.- Los factores socioculturales: los cuales están relacionados con el contexto del individuo principalmente la familia, la escuela y la sociedad. La familia como ya se ha descrito anteriormente, debe de proporcionar aquellos elementos de protección y desarrollo óptimo en el adolescente. En el caso de la escuela, esta institución, puede ser un ámbito favorable para desarrollar las capacidades individuales del adolescente pero también puede convertirse en un lugar desfavorable que propicie problemas de adaptación y perjudique la autoestima de los más vulnerables (Pantoja, 2001). Además la influencia de un grupo de amigos que compartan conductas adictivas refuerza mutuamente ese tipo de comportamiento.

2.- Factores individuales: estos factores están relacionados con las características propias del adolescente. Esto es, principalmente si existe un vínculo con algún trastorno emocional o de conducta (González, 2001). Así como, antecedentes en relación a que alguno de los padres haya o tenga alguna adicción; también si el menor presenta algún Trastorno como por ejemplo, la depresión. Y si no es tratada, impulsa a que se desarrolle una dependencia hacia alguna droga, para "equilibrar" la deficiencia que demanda el Trastorno.

Por lo tanto, la situación de inmadurez y fragilidad que caracteriza al adolescente durante su proceso de transición a un pleno desarrollo, se encuentra amenazado por el déficit de los factores de protección.

3.3 ¿Por qué fuman los adolescentes?

Las razones por las que los adolescentes fuman son abundantes y como ya se describió en el apartado anterior, existen factores multicausales que conllevan a iniciar una adicción, pese a ello se cree que se comienza por imitación.

Según, el género masculino lo vincula más con la atracción y el poder; en el caso de las mujeres se relaciona con ciertos valores femeninos que principalmente la publicidad le ha dado (Guzmán, 2011), como estereotipos relacionados con la esbeltez e independencia. En efecto, Erik Erikson plantea que en la crisis de la identidad por la que atraviesa el adolescente, la imitación está presente (Erikson, 1974).

En ese sentido, la catedrática de la Facultad de Psicología de la UNAM, Nazira Calleja (Rodríguez, 2011), llevó a cabo una amplia investigación en jóvenes mexicanos y a partir de la cual clasificó cuatro factores de riesgo:

1) Creencia en los beneficios de fumar.

2) Rebeldía, amigos fumadores y permisividad ante el consumo de tabaco en casa.

3) Creencia en la propiedad adictiva del tabaco.

4) Falta de supervisión de los padres.

Por lo que Calleja deduce que, en familias donde existe supervisión paterna y se cree que el tabaco es adictivo, la "susceptibilidad tabáquica" es menor. En cambio, en hogares donde se encienden cigarros, es más probable que "fume" (Rodríguez, 2011).

La misma investigación, revela que la curiosidad natural se da primordialmente en los niños, el grupo que prueba el primer cigarrillo antes de los 10 años de edad y son generalmente aquellos que se relacionan con fumadores en la familia y pueden acceder fácilmente a un cigarrillo.

Sin embargo, si el cigarrillo le hace sentir náuseas, tos o mareo, hay más probabilidad que cese en el empeño que si no sucede así. Pero indudablemente que la aprobación o rechazo que sienta a su alrededor en su nueva conducta, serán determinantes en que pueda llegar a la fase de mantenimiento y finalmente convertirse en fumador.

Así mismo, el estudio comparativo realizado en secundarias públicas y privadas del sur de la ciudad de México de las delegaciones Coyoacán, Tlalpan y Álvaro Obregón, Calleja descubrió que en las primeras hay más factores de riesgo que en las segundas. Señalando que en las públicas, 65% de los adolescentes entrevistados afirman que los maestros pueden fumar en su escuela y 29% que pueden hacerlo los alumnos. En cambio, en las privadas 31% y 11%, se refieren a lo mismo. En cuanto a una clara normatividad anti tabáquica, 52% de los alumnos de las públicas y 64% de las privadas señalan que ésta existe en su centro escolar (Rodríguez, 2011).

Es por eso, que la prevención enfocada invariablemente hacia los adolescentes es fundamental para fortalecer los factores de protección y atenuar, modificar o eliminar los riesgos que conducen al tabaquismo.

Capítulo IV

Principales medidas de prevención, control y tratamiento del Tabaquismo en México

La lucha contra el tabaquismo en México lleva un largo camino recorrido, remontándose al año de 1984 cuando la Secretaría de Salud comenzó a contemplarlo como un problema de salud general.

Desde entonces y hasta la fecha los esfuerzos para prevenir y controlar el tabaco en México se han establecido como un compromiso mucho más serio, haciendo legislaciones más efectivas con diferentes propuestas y medidas con el propósito de generar respuestas integrales en temas de prevención, control, tratamiento y rehabilitación.

Y así de esta manera poder ofrecer a la población alternativas de prevención y atención a los fumadores directos, pero también a los que están expuestos al humo del tabaco, y así desde la prevención fomentar una mayor cultura de salud.

4.1 Legislaciones y normatividad para prevenir y controlar el consumo de tabaco en México

En un principio, en México el Tabaquismo no era considerado como un grave problema de salud, sino que fue hasta 1984 cuando por primera vez la Ley General de Salud lo considero junto con las adicciones por farmacodependencia y alcoholismo como un problema de salubridad general (Molina, 2001).

De ahí que, en el campo de la atención preventiva al tabaquismo, en nuestro país se han implementado diferentes estrategias para disminuir su consumo entre ellas destacan:

- 1) La creación del Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC) el 8 de julio de 1986, cuya misión es promover y proteger la salud de los ciudadanos mexicanos, mediante la definición y conducción de la política nacional, en materias de investigación, prevención, tratamiento, formación y desarrollo de recursos humanos para el control de las adicciones, con el propósito de mejorar la calidad de vida individual, familiar y social. Se encuentra alineada con las expresiones que, tanto en el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, como en el Programa Nacional de Salud para el mismo periodo (ENA, 2002).

2) Debido a que el tabaco siguió ocasionando daños a nivel mundial, la Asamblea Mundial de la Salud en 1987 estableció el Día Mundial sin Tabaco considerando el tabaquismo como la principal epidemia prevenible debido a sus efectos letales a nivel mundial.

El "Día Mundial sin Tabaco", es decretado el 31 de mayo, para señalar los riesgos que supone el consumo de tabaco para la salud y fomentar políticas eficaces de reducción de dicho consumo. Y año con año es celebrado con la finalidad de que en ese día en particular se organicen actividades que sirvan para recordar a la población la importancia de esa política para la prevención ya que el consumo de tabaco es la segunda causa mundial de muerte, tras la hipertensión, y es responsable de la muerte de uno de cada diez adultos.

3) Después, en 1992, avances en estas líneas de trabajo constituyeron ser el fundamento para que el programa contra el tabaquismo fuera actualizado. Sin embargo, no se contó con mecanismos específicos para llevar a cabo el seguimiento y evaluación de los compromisos establecidos (Belsasso, 2002).

4) Posteriormente, en 1997 la Secretaría de Salud (SSA), a través de la Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades, instituyó el Programa para la Prevención y Control de Adicciones, a cargo del CONADIC, como uno de sus programas prioritarios buscando fortalecer,

ampliar la cobertura y aumentar el impacto en el ámbito nacional sobre la importancia del control del Tabaquismo. (Belsasso, 2002).

5) De igual manera se emitió el Reglamento sobre Consumo de Tabaco para hacer efectivas las disposiciones del Artículo 188 de la Ley General de Salud, que se refiere a la prohibición de fumar en instalaciones del Gobierno Federal, del Sistema Nacional de Salud y entidades que prestan servicios de nivel federal(Hernández, 2007).

Aun así, el número creciente de fumadores que reportaron las fuentes de información sobre adicciones, no disminuyó, de ahí que la SSA y los Gobiernos Estatales sistematizaron e implementaron acciones en el Programa Nacional de Salud y el Programa Nacional Contra el Tabaquismo 2001-2006 (Hernández, 2007).

- **Convenio Marco para el Control del Tabaco**

El Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT, 2005), es una iniciativa de la OMS que radica en la lucha contra el tabaco, ofreciendo estrategias que habrán de aplicarse para reducir de manera continua y sustancial la prevalencia del consumo y la exposición al humo de tabaco (Hernández, 2007).

El CMCT fue firmado por México el 12 de agosto de 2003 y ratificado el 28 de mayo de 2004 y así México se convirtió en el primer país del continente americano en ratificar el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT, 2005). Con ello el gobierno asumió el compromiso de cumplir con lo estipulado en el Convenio como lo establece el Artículo 133 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en relaciona los convenios internacionales (Hernández, 2007).

A todo esto, los puntos específicos que se estipularon en el Convenio Marco de la OMS fueron:

- 1) La necesaria reglamentación sobre los productos de tabaco.
- 2) La divulgación de información sobre el contenido de empaquetado y etiquetado.
- 3) Una renovación en la educación, comunicación, formación y concientización de la población en general.
- 4) La incorporación de contenidos referentes a los daños que genera el consumo de tabaco en grados iniciales de educación básica.
- 5) La regulación de la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco; así como medidas que reduzcan la dependencia y faciliten el abandono del tabaco.

6) Protección contra la exposición al humo de tabaco para los fumadores pasivos.

7) Aquellas medidas relacionadas con los precios e impuestos (Valdés, 2006).

En relación a una conciencia pública acerca de los daños a la salud ocasionados por el tabaco, el CMCT refiere que es esencial garantizar la aceptación de las políticas y las regulaciones, por lo que se promoverán:

- Los derechos de los no fumadores.
- Fortalecer la vigilancia de la venta a menores.
- Se promocionará la escuela para padres esto, para detectar situaciones familiares que originan conductas antisociales en los hijos y promover su solución.
- La integración de pictogramas en los empaques y envases de tabaco con mensajes para orientar al fumador hacia programas de tratamiento para dejar de fumar (Hernández, 2007).

Así mismo, la diversidad en las modalidades de tratamiento que se proponen para el combate de la dependencia al tabaco, están establecidas en el Artículo 14 del CMCT. Con el fin de adoptar medidas eficaces para la promoción de un tratamiento adecuado, cuyas principales acciones son:

- Establecer el tratamiento vía telefónica para la adicción a la nicotina, que permitirá ampliar la cobertura y accesibilidad del tratamiento.

- Se brindará mayor apoyo a las etapas de mantenimiento y prevención de recaídas.

- Se incluirá el número telefónico de la línea de tratamiento en los empaques y envases de tabaco; se promocionará, sensibilizará y capacitará a los profesionales de la salud acerca del tema del tabaquismo y la relevancia del ejercicio de la consejería para dejar de fumar.

- Se implementarán servicios de intervención breve y tratamiento a la adicción a la nicotina en todo el territorio nacional, primero en las Unidades Médicas Especializadas con Centros de Atención Primaria en Adicciones (UNEMES-CAPA), y, en su caso, en los Centros Comunitarios de Atención Integral de las Adicciones (CAPADICS) de tipo residencial.

- Se incluirá el tratamiento a la adicción a la nicotina en el Seguro Popular.

- Se promoverá e incentivará la conducción eficiente de las clínicas para dejar de fumar.

- Se promoverán las diversas formas de tratamiento del tabaquismo.

- Se promoverá y apoyará la formación de grupos de ayuda mutua.
- Se integrarán las innovaciones farmacológicas para el tratamiento médico.
- Se continuarán y fortalecerán las intervenciones y tratamientos psicológicos con un enfoque cognitivo- conductual enfocado al manejo de las emociones y ansiedad del paciente.

Por último, se establecerán líneas de ayuda de 24 horas y otras medidas para evitar recaídas (Hernández, 2007).

Sin embargo, cabe aclarar que el CMTC no tuvo el suficiente impacto dentro del país debido a las negociaciones políticas con las principales tabacaleras. Tres días después de firmado el CMTC, el Dr. Julio Frenk Mora, en aquel entonces Secretario de Salud del gobierno federal, promovió un convenio con la industria tabacalera para garantizarles diferentes privilegios. El Convenio fue instrumentado de agosto de 2004 a octubre de 2006 y durante ese periodo no se aprobó alzas de impuestos a los productos que contenían tabaco, las advertencias en dichos productos sólo incluyeron texto, no imágenes o pictogramas y la industria tabacalera podía colocar anuncios espectaculares y enviar publicidad a domicilio, entre otras irregularidades, por lo que tal situación representó un retroceso en la lucha contra el tabaquismo.

Las verdaderas modificaciones e implementaciones de dicho convenio a la par de otras legislaciones vieron la luz en mayo del 2007 cuando el presidente de la Comisión de Salud del Senado, Ernesto Saro Boardman, presentó una iniciativa para legislar en materia de control de tabaco en todo el país. Dicha iniciativa planteaba restringir la publicidad de los productos de tabaco, la prohibición de fumar en espacios públicos cerrados e incluir advertencias con pictogramas hasta de un 50% de la cajetilla.

El 31 de agosto de ese mismo año una iniciativa con alcances similares presentó el Diputado Héctor Jaime Ramírez Barba con el Senador Ernesto Saro. Debido a las interferencias de la industria tabacalera, la iniciativa que creaba una Ley General para el Control del Tabaco (LGCT,2008) aprobada por la Cámara de Diputados el 6 de diciembre de 2007 tuvo modificaciones significativas respecto a la propuestas presentadas y fue entonces que varias organizaciones civiles denunciaron cómo fueron suprimidas las disposiciones que otorgaban a la Secretaría de Salud la facultad de proponer medidas fiscales, se permitió la publicidad y promoción de productos de tabaco para mayores de edad, se redujo el tamaño de los pictogramas del 50% al 30% y se habilitaron espacios para fumadores. El 26 de febrero el Senado de la República aprobó la LGCT.

- **Ley General para el Control del Tabaco 2008**

Esta ley está constituida por siete títulos en los que se contemplan diferentes medidas de orientación, educación, prevención, producción, distribución, comercialización, importación, consumo, publicidad, promoción, patrocinio, muestreo, verificación y en su caso la aplicación de medidas de seguridad y sanciones relativas a los productos del tabaco. Entre las más importantes se encuentran (LGCT, 2008):

- En cajetillas y etiquetas deben aparecer leyendas y pictogramas o imágenes con advertencias que muestren los efectos nocivos del consumo del tabaco.
- Limitaciones a publicidad y promoción del tabaco, así como la prohibición del empleo de incentivos que fomenten su compra.
- La creación de espacios 100% libres de humo de tabaco y de zonas exclusivas para fumar.
- Prohibición de comercialización, donación, distribución y suministro de productos de tabaco a menores de edad, así como en instituciones públicas y privadas de educación básica y media superior.

- La obligación por parte de la Secretaría de Salud para establecer lineamientos de ejecución y evaluación de un programa contra el tabaquismo.

Estas iniciativas, están vinculadas con las estipuladas por el CMCT (2005), por lo que en México se tienen herramientas para combatir el tabaquismo. La última actualización de la LGCT (2008), se hizo el 6 de enero del 2010 y está vigente a la fecha.

Los distintos estados de la República Mexicana tienen la facultad de establecer lugares 100% libres de humo de tabaco, sin embargo, son escasas las entidades federativas que han ido más allá de lo que establece la LGCT. Hasta la fecha, las leyes locales que han tenido más avances en materia de control de tabaco son:

1.- A partir de abril de 2008 el Distrito Federal se convirtió en una ciudad libre de humo de tabaco, ya que se prohibió totalmente fumar en lugares públicos y lugares de trabajo cerrados, incluidos restaurantes y bares, designando espacios al aire libre para ese tipo de práctica.

2.- Así mismo en mayo de 2008 el Estado de Tabasco hizo una reforma a la Ley de Salud de la entidad para restringir las áreas en las que puede fumarse tanto en espacios públicos como en establecimientos particulares de cualquier giro en donde la atención al público sea de

manera directa, como lo es en hospitales y oficinas gubernamentales, entre otros.

3.- El Estado de Morelos en julio de 2011 prohibió fumar en espacios públicos cerrados, como lo son estadios, cines, palenques y parques. Además, restringió el servicio de alimentos y bebidas en zonas exclusivas para fumar estableciendo que dichas zonas deben estar al aire libre.

En cuanto a las medidas fiscales en la reforma aprobada en octubre de 2010, se establecieron impuestos mayores a los productos de tabaco, estos en la actualidad representan el 68.8% del precio de venta al público. Sin embargo, dicha disposición se encuentra por debajo de lo recomendado por la Organización Mundial de Salud, quien recomienda una carga impositiva para los productos de tabaco de 75% del precio de venta al público, además de que debido a una omisión por parte del Senado de la República no existe obligación para ajustar dicho impuesto conforme a la inflación del componente fijo.

Por otro parte el 9 de mayo de 2011 se hizo una modificación a la LGCT respecto a las advertencias sanitarias en productos con contenido de tabaco, declarando que dichas advertencias deberían ocupar el 65% de todos los empaques, distribuido en: 30% del frente con imágenes o

pictogramas, el 100% de la parte trasera y el 100% del dorso, estos dos últimos con texto solamente (PCT, 2012).

4.2 Tratamiento para el tabaquismo la Clínica de la UNAM

Tanto en el contexto mundial como en el nacional, la modalidad más utilizada para ayudar a los fumadores a liberarse de la adicción al tabaco son las Clínicas Contra el Tabaquismo (CCT), conocidas también como clínicas estructuradas (Guiza, 2005). Ejemplo claro de lo anterior es que en México, el modelo con resultados prometedores para el tratamiento del tabaquismo es la Clínica Contra el Tabaquismo de la Facultad de Medicina de la UNAM (CCTFM), que se basa en tres etapas integrales (Ponciano, 2007):

1) La primera es la Etapa 1 o de Pretratamiento. Como hecho inicial se realiza una entrevista individual con el psicólogo que abarca aspectos tanto de salud física y mental como del inicio y mantenimiento del tabaquismo.

2) Es la Etapa 2 o de Tratamiento. Aquí se utilizan dos tipos de recursos: el farmacológico y el psicológico, que en el caso de este último puede ser grupal o individual. Los grupos se conforman con 10 a 15 fumadores que se reúnen una vez por semana en sesiones de dos horas

de duración a lo largo de 10 semanas. La modalidad individual también consta de 10 sesiones semanales, básicamente con el mismo contenido de las grupales.

Es importante mencionar, que el tratamiento farmacológico. Se prescribe de manera paralela al tratamiento psicológico. En general, a los pacientes que consumen menos de 15 cigarrillos por día se les asigna TRN (inhalador bucal o parche transdérmico de nicotina) y a los que sobrepasan este número bupropión de liberación prolongada en dosis inicial de 150 mg c/24 h durante la primera semana, que se incrementa a 300 mg c/12 h el resto del tratamiento. Ambos tipos de fármacos se administran durante 8 semanas. La tercera sesión corresponde a la fecha indicada al sujeto para dejar de fumar de manera súbita; el bupropión se administra a partir de la segunda semana, cuando el paciente todavía fuma.

El inicio del uso de la TRN coincide con la fecha de cesación y su dosis se va reduciendo de manera gradual. También se pueden utilizar de manera conjunta TRN junto con bupropión cuando se considera que el paciente así lo requiere debido a su alto grado de dependencia física a la nicotina. Con una frecuencia semanal se realiza el registro del peso corporal y de las constantes fisiológicas (tensión arterial y frecuencia cardiaca) de los sujetos; al finalizar el tratamiento se lleva a cabo su

historia clínica completa, que se dirige en especial a investigar la presencia de afecciones secundarias al tabaquismo.

3) Por último, la Etapa 3 o de Seguimiento. Los ex fumadores asisten con una frecuencia mensual a las reuniones de seguimiento que permiten evaluar el mantenimiento de su abstinencia. Confirmación de la abstinencia: se lleva a cabo mediante la determinación por duplicado de cotinina urinaria con la técnica de radioinmunoensayo. La muestra de orina se toma en la última sesión del tratamiento y posteriormente en las sesiones mensuales. Se consideraron en abstinencia aquellos sujetos que en la sesión 10 del tratamiento declararon no haber fumado, que no habían fumado al menos siete días antes y que presentaban una concentración de cotinina en orina menor de 500 ng/ml.

Por otro lado, la abstinencia continúa: es aquel que no fumó tanto por su informe personal como por la determinación de cotinina urinaria en cada una de las visitas de seguimiento. Si los pacientes dejan de asistir a las reuniones mensuales o no se localizan, se asume que volvieron a fumar.

Este tratamiento en específico, ha dado resultados favorables en la reducción de fumadores activos. Es por eso que la CCTFM ha logrado un éxito alto tanto al final del tratamiento como en la abstinencia, siendo el

de mayor importancia para disminuir la morbilidad relacionada con el tabaquismo (Ponciano, 2007).

4.3 Comercio ilícito: principal problema al que se enfrenta la lucha contra el tabaquismo

El principal problema al que se enfrenta la lucha contra el tabaquismo en México es el comercio ilícito, el cual de acuerdo con el CMCT (2005), en su artículo primero inciso "a", se define como "toda práctica o conducta prohibida por la ley, relativa a la producción, envío, recepción, posesión, distribución, venta o compra, incluida toda práctica o conducta destinada a facilitar esa actividad."

Algunos ejemplos de ésta práctica son el contrabando, la falsificación de marcas y la fabricación ilícita de los productos del tabaco como la marca el mismo CMCT en su artículo 15. Sin embargo, no son las únicas conductas que las propias autoridades pueden considerar como prácticas ilícitas.

Los ejemplos más claros de comercio ilícito en México son la venta de cigarros a menores de edad y la propia venta por unidad, en la cual tanto el precio como el comercio por unidad no están regulado. Dichas

prácticas se encuentran prohibidas por la Ley General para el Control del Tabaco en su artículo 16, fracción I, en cuanto a la venta por unidad y en el artículo 17, fracción I, en cuanto a la venta a menores de edad. Pese a su prohibición, hasta la fecha no existe una medida eficaz que apliquen los gobiernos locales que prevenga dicha práctica y la elimine.

Por otra parte, los actos de comercio ilícito más graves y frecuentes son la falsificación de marcas y el contrabando de las mismas, dichos delitos no se encuentran tipificados en la LGCT (2008) y en el Reglamento para la Ley General del Control del Tabaco únicamente dentro de sus artículos 7 a 29 se establecen algunas normas para la prevención del mercado ilícito, obligando así tanto a importadores como exportadores de productos de tabaco a poseer una licencia para el tránsito internacional de su mercancía y permisos únicos por cada una de las importaciones o exportaciones que lleven a cabo.

Sin embargo, en México se encuentra una seria deficiencia en el diseño institucional para la prevención y eliminación del comercio ilícito de productos de tabaco, ya que no se cuenta una legislación adecuada debido a que cada ente gubernamental, tanto local como federal, realiza el combate de dichos actos de una manera aislada. En dicho sentido, la legislación y la administración pública carecen de acuerdos específicos en

los que la Procuraduría General de la República (PGR), la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) y el Servicio de Administración de Bienes, entre otros; establezcan acciones específicas en contra de este tipo de delitos en materia de tabaco. Se carece de un sistema de seguimiento y localización de los productos de cigarro que son incautados y que muchas veces son desviados para su distribución ilegal.

4.4 Avances en la lucha contra el tabaquismo

Desde el 19 de enero de 2004, en el Diario Oficial de la Federación se publicaron medidas y lugares precisos en los que productos de tabaco podían mostrar publicidad, restringiendo todo tipo de ésta dirigida directa o indirectamente a menores de edad. La principal medida dispuesta respecto a esto fue el eliminar al 100% la publicidad en medios de comunicación como lo es radio y televisión y limitar la misma en salas cinematográficas y en todo tipo de prensa escrita a la cual tengan acceso menores de 18 años.

Otras medidas que se adoptaron fueron el prohibir:

- Toda asociación de la imagen de figuras públicas, artísticas o deportivas, a cualquier producto de tabaco.

- Patrocinio de eventos a los cuales asistan menores de edad.
- Distribución, venta u obsequios, directa o indirectamente, de artículos promocionales que muestren el nombre o logotipo de productos de tabaco.
- Publicidad en farmacias, boticas, hospitales y centros de salud.

Posteriormente en el año 2010 en México se evaluaron los objetivos logrados, en relación a la disminución del uso del cigarro:

- 1) Aumentar el impuesto a los cigarros.
- 2) Incluir por primera vez, pictogramas en las cajetillas que visualmente han sido verdaderamente impresionantes.
- 3) Cerrar las puertas de lugares cerrados a los fumadores, como bares y restaurantes.
- 4) La prevalencia de un tratamiento integral propuesto por la CCTFM, que ha dado resultados eficaces para abandonar la dependencia del tabaco (Cruz, 2010).

Por otra parte, en relación con los indicadores de atención, la ENA 2011 reveló que un mayor porcentaje de los adolescentes varones

fumadores notaron las advertencias con mucha frecuencia (49.3% vs. 39.2%) y las leen con mucha frecuencia (45.6% contra 32.9%) en comparación con las adolescentes mujeres. En el efecto cognitivo de los pictogramas, 56% de los adolescentes fumadores reporta que los pictogramas los hacen pensar con mucha frecuencia en los daños que le causa fumar, siendo más frecuente entre los adolescentes de mayor (66.5%) que de menor ingreso (59.6%). Adicionalmente, tanto hombres (54.5%) como mujeres (58.9%) reportan que con mucha frecuencia las advertencias los hacen pensar en dejar de fumar. Las advertencias en cajetillas evitaron que más adolescentes hombres (41.4%) que mujeres (31.4%) fumaran cuando estaban por prender un cigarro.

Sin embargo, son solamente algunos aciertos que se han logrado, por lo que aún falta mucho para disminuir el creciente número fumadores. Y de acuerdo con una de esas sugerencias estipuladas anteriormente, la escuela es una de las instituciones que debe contribuir en fomentar la Prevención.

Capítulo V

Medidas de prevención de adicciones en educación básica a través del Programa Escuela Segura.

En éste capítulo presentamos una breve síntesis de lo que implica el Programa Escuela Segura en medidas de prevención de adicciones en la educación básica, específicamente a nivel secundaria.

La administración federal a cargo del gobierno de Felipe Calderón, dio una gran importancia al tema de la seguridad con la creación de diversos instrumentos de política pública dirigidos principalmente al combate contra el crimen organizado y sus efectos en la sociedad como lo es la inseguridad y la impunidad.

Es así como dentro de la estrategia Nacional de Seguridad, se creo el programa Limpiemos México en el cual el gobierno federal se encaminaba a la recuperación de la seguridad y la eliminación de la criminalidad, corrupción y creo medidas para la recuperación de escuelas y espacios públicos con el fin de asegurar que niños y jóvenes, no sean víctimas las drogas.

A través de la estrategia Limpiemos México, se crea el Programa Nacional Escuela Segura, como parte de su eje de seguridad nacional en

materia de prevención y desde su creación en julio de 2007 se propuso impulsar la gestión de ambientes escolares saludables, seguros, libres de violencia y de adicciones. Todo esto para propiciar el bienestar de los alumnos de educación básica, así como su aprendizaje y finalmente resguardar su integridad física y afectiva. Dicho programa fue creado pensando en los efectos que tienen los entornos violentos derivados del crimen, narcotráfico y delincuencia organizada, tanto a nivel comunitario y social. Originalmente el programa estaba dirigido a las escuelas públicas, principalmente a primaria y secundaria, sin embargo, con la reforma de educación básica, actualmente también comprende el preescolar.

El Programa Escuela Segura, tiene como finalidad la participación de la comunidad escolar y la sociedad para así generar un ambiente pacífico y seguro orientado al desarrollo de competencias ciudadanas y totalmente congruente con los criterios establecidos en el Artículo Tercero Constitucional y la Ley General de Educación en el sentido de que la educación debe contribuir a la convivencia pacífica. Por lo que, la seguridad en las escuelas es considerada una condición indispensable para que los alumnos de educación básica consoliden sus estudios y aprendizaje.

La vinculación institucional como estrategia del programa nacional de escuela segura comprende la participación de algunos organismos descentralizados, como:

- Consejo Nacional para el Deporte (CONADE)
- El Consejo Nacional Contra las Adicciones (CONADIC)
- El Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED) y
- El Consejo Nacional para la Cultura y las Artes (CONACULTA)

Estos organismos, han desarrollado programas para beneficiar el desarrollo integral de los alumnos gestionando estrategias para prevenir la delincuencia, la violencia y las adicciones. Además de ofrecer atención a víctimas dentro del entorno escolar o alguno que atente contra su dignidad como persona o limite su desarrollo integral.

5.1 Objetivos del Programa Escuela Segura

El objetivo general del programa escuela segura es el consolidar a las escuelas públicas de educación básica como espacios seguros y confiables a través de la participación social y la formación ciudadana de los alumnos de manera democrática y responsable, promoviendo el desarrollo de competencias para la convivencia y el desarrollo del ejercicio de los

derechos humanos, buscando fortalecer la cultura de la prevención en las escuelas.

Por lo que, el interés del programa esta centrado en aquellas situaciones que son un riesgo para el bienestar escolar. Como son aquellas situaciones que están relacionadas con el consumo de sustancias adictivas, actos de violencia y prácticas delictivas.

En el siguiente cuadro se describen los objetivos específicos que puntualiza el programa

Cuadro 9
Objetivos Específicos del Programa Escuela Segura

Objetivos Específicos
Promover el desarrollo de competencias enfocadas a la convivencia democrática y el ejercicio de los derechos humanos como vía para fortalecer la cultura de la prevención en las escuelas.
Favorecer la convivencia por parte de maestros, padres de familia y alumnos de manera democrática, solidaria y respetuosa en la comunidad escolar para generar ambientes seguros.
Impulsar acciones que beneficien la seguridad en la comunidad escolar con la colaboración con las autoridades municipales, estatales y federales, así como con organizaciones de la sociedad civil.
Crear e impulsar una cultura de convivencia pacífica dentro de la comunidad escolar fortaleciendo las competencias ciudadanas orientadas hacia la prevención y el autocuidado ante situaciones de riesgo social como la violencia, las adicciones y la delincuencia.
Potenciar la formación ciudadana que se brinda a los alumnos a través del currículo de educación básica en las asignaturas de Formación Cívica y Ética, Cultura de la Legalidad y de otras que contemplan aspectos del cuidado de la salud, la prevención del consumo de sustancias adictivas, la negociación y el diálogo para resolver conflictos, la toma de decisiones y el desarrollo de un plan de vida identificado con el mejoramiento de la convivencia social.

Orientar, monitorear y evaluar las experiencias generadas en las escuelas, zonas escolares y entidades para la construcción de ambientes democráticos y seguros en las escuelas.

Fuente: Elaboración propia a partir del Programa Escuela Segura 2007

5.2 Campos de acción y aspecto operativo

El programa aborda la seguridad escolar desde tres dimensiones:

1. **Participación social:** comprende la colaboración de padres de familia, maestros y alumnos para la creación de redes de prevención alrededor de la actividad escolar e incluye la articulación de esfuerzos con instituciones gubernamentales y organizaciones de la sociedad civil, las cuales contribuyen a consolidar las condiciones de seguridad en las escuelas.

2. **Gestión escolar:** consiste en desarrollar acciones relacionadas con la organización de la escuela y las cuales propicien un ambiente de convivencia democrática que favorezca la participación, discusión y análisis de situaciones y problemas que afectan el bienestar de la comunidad escolar. Dentro de este punto se requiere que los maestros, personal directivo y alumnos revisen las normas que regulan la vida escolar y así propiciar la participación en asuntos de interés colectivo.

3. Desarrollo de competencias ciudadanas: apunta al aprovechamiento de los aprendizajes que los alumnos logran a través de las diferentes asignaturas del currículo, especialmente aquellas que promueven el análisis de situaciones de riesgo, medidas de prevención, compromisos con el cuidado de uno mismo y de los demás, así como la reflexión sobre la perspectiva y la actuación ética.

Para conseguir tales objetivos el programa brinda a las escuelas de educación básica diversos apoyos entre los principales se encuentran:

- Realización de cursos y conferencias enfocados a la prevención.
- Organización de actividades deportivas.
- Organización de actividades a nivel nacional que favorecen en los alumnos de educación básica el desarrollo de habilidades, capacidades, valores y conocimientos sobre el cuidado de sí mismos, la resolución de conflictos de forma no violenta y la identificación y manejo de situaciones de riesgo así como la participación colectiva para el logro de la seguridad con apego a la legalidad y sentido de justicia.
- Diseño de materiales de trabajo dirigidos a alumnos de primaria y secundaria, maestros y padres de familia.

- Asignación de recursos financieros a las escuelas participantes para atender las necesidades materiales de seguridad de los planteles escolares.

5.3 Escuela Segura y la Prevención de Adicciones

Con el propósito de avanzar en la prevención de adicciones, la Secretaría de Educación Pública en coordinación con la Secretaría de Salud, a través de la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC), lleva a cabo una cruzada nacional de capacitación de la totalidad de los docentes de educación básica, para que a partir del trabajo en las aulas se contribuya a desarrollar habilidades en los alumnos para evitar, desde este nivel educativo, el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.

Atender un problema tan complejo como la prevención del consumo de sustancias adictivas, requiere iniciar un proceso informativo y formativo desde temprana edad y demanda la participación coordinada de gobierno y sociedad.

Por ello, resulta indispensable la conformación de redes interinstitucionales de colaboración que permitan la convergencia de recursos y capacidades para implementar acciones orientadas al

desarrollo de competencias ciudadanas en los alumnos, tales como el autocuidado y el uso responsable de la libertad.

Por tal motivo, la Secretaría de Educación Pública, a través del Programa Escuela Segura, y la Secretaría de Salud, a través de la conadic, agradecen ampliamente la participación de especialistas de los Centros de Integración Juvenil, A. C., quienes aportaron su conocimiento y experiencia para la actualización de contenidos del material *Orientaciones para la prevención de adicciones en escuela de educación básica*, publicado en 2008 para dar origen al *Manual para fortalecer la prevención de adicciones desde la educación secundaria*. De igual manera, se agradece la revisión y recomendaciones del Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz", de especialistas del Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones (CENADIC) y de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD).

En este sentido, merece especial atención el riesgo de consumo de sustancias adictivas, considerando que es uno de los problemas de salud pública que más estragos causa en términos de salud, de desarrollo individual y social.

Para ello, el *Programa Escuela Segura* ha desarrollado proyectos de difusión, formación y actualización para fortalecer la seguridad escolar, donde la prevención de las adicciones es un tema prioritario. En este sentido, el Programa con el apoyo continuo de la CONADIC, pusieron en marcha en el ciclo escolar 2008-2009 la *Estrategia Nacional para fortalecer la Prevención de Adicciones desde la Educación Básica*, cuyo propósito se centra en brindar a los colectivos escolares herramientas teóricas y metodológicas para participar como agentes de prevención y de contención para evitar el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, entre la población en edad escolar.

Esta estrategia proyecta la atención diferenciada y secuencial de los niveles secundaria y primaria, a través de dos acciones dirigidas a docentes, directivos y personal de apoyo:

1. El diseño de materiales didácticos para la implementación en el aula y en la escuela de un modelo preventivo enfocado en el quehacer escolar con apego a los contenidos curriculares.

2. La capacitación y formación continua de los agentes involucrados en la vida escolar, para fortalecer su preparación en torno a la prevención y al desarrollo de competencias vinculadas con el cuidado de la salud física, emocional y social.

Por ello, la estrategia parte de tres premisas básicas: en primer término, las características de la escuela permiten que sea un ámbito propicio para el desarrollo físico, emocional y social de las y los niños.

En segundo lugar, la convicción de que no hay mejor manera de prevenir que formando desde temprana edad individuos capaces de cuidar de sí mismos, de responsabilizarse de sus actos y de tomar decisiones de forma libre y conscientemente.

Por último, esta estrategia tendrá éxito sólo si se cuenta con el compromiso y la dedicada participación de todos y cada uno de los docentes, directivos y personal de apoyo de las escuelas de educación básica de nuestro país.

Ciertamente, la escuela constituye uno de los ámbitos prioritarios de la prevención, colaboran estrechamente, junto con el esfuerzo y la convicción de autoridades, personal directivo, docentes, estudiantes, madres y padres de familia, en el desarrollo de la *Estrategia Nacional para fortalecer la Prevención de Adicciones desde la Educación Básica*, promovida por el *Programa Escuela Segura* cuya intención es preparar a los docentes para que participen en la prevención universal, en la detección y canalización de casos de riesgo o de consumo.

De esta manera, se dirigen las acciones preventivas hacia los integrantes de la comunidad escolar para que incrementen sus estrategias en favor de una cultura libre de drogas y del desarrollo integral de las niñas y los niños que asisten a escuelas de educación básica.

Es por eso que, el programa ha diseñado materiales específicos de trabajo, los cuales son dirigidos a los alumnos de primaria y secundaria, maestros y padres de familia para fomentar la participación organizada en la prevención de riesgos en el entorno escolar.

En las escuelas de educación básica a nivel secundaria estos materiales son:

- Manual para fortalecer la prevención de adicciones desde la educación secundaria.
- Orientaciones para la prevención de adicciones en escuelas de educación básica. (Manual para profesores de secundaria)
- Orientaciones para la prevención de adicciones en escuela de educación básica. (Guía de capacitación para profesores de secundaria)

5.4 La Estrategia Nacional para fortalecer la Prevención de Adicciones desde la Educación Básica

Esta estrategia, tiene como principal punto, prevenir el primer consumo, anticiparse a la primera oferta, lo que significa preparar a los alumnos para que sean capaces de rechazar las drogas y manejar la presión social que, en muchas ocasiones, es la real puerta de entrada del tabaco, el alcohol y de las demás drogas.

Pues, la escuela contribuye al desarrollo integral del individuo porque además de propiciar el desarrollo cognitivo, también promueve el desarrollo social y físico; por ello es un espacio altamente favorable para el desarrollo de factores de protección contra las adicciones.

Los docentes y los demás actores de la comunidad educativa son agentes preventivos primordiales debido a su cercanía con los alumnos, su papel como modelos de comportamiento y su función educadora. A través de su labor profesional, generaciones de maestras y maestros han aportado —directa e indirectamente—, en las “labores de prevención”, porque desde lo académico, y desde la relación cotidiana, acompañan, asesoran y orientan a las niñas, niños y adolescentes.

Con ello se logra un impacto directo en la construcción de la identidad personal, en el acervo cultural y en la manera en que se

enfrentan las situaciones de riesgo que puedan vulnerar su salud e integridad. Los valores, actitudes y principios que se promueven desde la escuela favorecen una postura de rechazo ante las adicciones.

Es por eso que, las acciones preventivas operadas desde la escuela permiten detectar y ofrecer asistencia a los alumnos en forma oportuna. Su propósito es evitar el incremento en el número de adolescentes que adoptan prácticas de riesgo para la salud, tales como probar cigarrillos, consumir bebidas alcohólicas, tener relaciones sexuales sin protección que les pueden provocar enfermedades de transmisión sexual o embarazo precoz, etcétera.

Para reforzar su impacto, la prevención desde la escuela debe involucrar a la comunidad escolar en su conjunto, es decir, a los alumnos, profesores y a las madres y padres de familia para ello es necesario:

- Actuar sobre el consumo durante la primera infancia.
- Ejercer control sobre los factores de riesgo personal y social incidiendo en las consecuencias del consumo de drogas.
- Retrasar lo más posible la edad de inicio en el consumo de drogas, particularmente las socialmente permitidas como el tabaco y el alcohol.

Además en secundaria:

Deben aumentar la competencia académica y social a través del desarrollo de habilidades, el fortalecimiento de la autoestima y el autoconcepto, la convivencia armónica y el refuerzo de actitudes anti-drogas.

En este modelo preventivo, la responsabilidad de la escuela se concentra en el nivel de prevención universal. Definida como aquella que se dirige a la población en general y se lleva a cabo mediante la promoción de la salud con la intención de informar y orientar sobre la problemática del consumo de sustancias y las alternativas de actuación de mayor cobertura.

En esta modalidad, se dirige a todos sin importar si son consumidores o no, o si se encuentran en condiciones de riesgo asociadas al inicio del consumo; por ello, cualquier persona puede beneficiarse de los programas de prevención que se instrumentan bajo esta modalidad. Esta modalidad, desarrolla mediante estrategias generales, poco costosas y aplicadas globalmente. Sus acciones tienen la intención de evitar o posponer el uso y abuso de alcohol, tabaco y otras drogas, mediante la difusión de mensajes con información veraz sobre las sustancias psicoactivas y sus repercusiones, sensibilizando acerca del problema e incrementando la percepción de riesgo.

Así como, promover alternativas de protección frente a las situaciones específicas de riesgo presentes en el contexto o en las características de la población a la que pertenecen los adolescentes a los que se dirige. Esto implica el empleo de sistemas de comunicación persuasivos que logren generar, en los participantes, una actitud crítica y proactiva respecto a su realidad y su relación frente al consumo. Por lo que, las actividades escolares, en todas las asignaturas deben representar una oportunidad para informar y sensibilizar a los alumnos sobre los riesgos de las adicciones.

En este sentido, desde la tarea preventiva, puede entenderse como la transmisión de mensajes específicos a personas de cualquier edad, alumnos, padres y madres de familia, profesores, autoridades, comunidades (religiosas, deportivas, de salud, etc.), que requieren información veraz sobre las sustancias psicotrópicas, sus efectos, daños y consecuencias. Y mediante el proceso de influencia social es posible establecer y cambiar las actitudes, valores y conductas de la gente.

- **Modelo de Prevención de Adicciones desde la Educación Básica**

El Modelo de Prevención de Adicciones desde la Educación Básica centra la labor de la escuela en el nivel del enfoque de prevención

universal. El Plan de estudios de Educación Básica está plagado de oportunidades para favorecer el desarrollo de competencias que permitan a los alumnos enfrentar y superar el riesgo de consumo de tabaco, alcohol y otras drogas. La idea es aprovechar tanto los contenidos curriculares como las experiencias de aprendizaje que se generan en la cotidianidad de la escuela.

Para orientar este aprovechamiento, se han definido cinco ejes preventivos que fortalecen conocimientos, habilidades, valores y actitudes vinculadas con los rasgos del perfil de egreso de la educación básica, por lo que se pueden asociar con el trabajo de todas las asignaturas. Estos ejes preventivos son:

- 1) Resiliencia
- 2) Proyecto de Vida
- 3) Habilidades para la vida
- 4) Ambientes Protectores
- 5) Estilos de Vida saludables

1) Resiliencia

Se refiere al conjunto de atributos y habilidades internos para hacer frente adecuada y efectivamente a factores estresores y situaciones de riesgo (Biscoe, 1999).

En materia de adicciones, la resiliencia se asocia con la vulnerabilidad ya que ambas se refieren a una mayor o menor capacidad de ajuste de la persona, o bien, a la fortaleza o debilidad ante la influencia de factores de riesgo o situaciones adversas.

La resiliencia ha sido estudiada desde diversos ámbitos y temáticas como: enfermedades crónicas, consumo de drogas, deserción escolar, crisis familiares, problemas sociales, entre otros. A continuación se presentan algunas definiciones de este concepto:

- Habilidad individual para enfrentar de manera efectiva la adversidad o el estrés, de tal forma que influye positivamente en la capacidad de respuesta para situaciones futuras (Mangham, 1995).
- Plasticidad necesaria para hacer frente a los golpes de la vida y adaptarse a situaciones cotidianas adversas, comprendiendo el desarrollo de habilidades sociales, manejo del estrés, capacidad de autocorrección e imaginación (Soriano, 1998).
- Capacidad para reencontrar una condición original establecida antes de la exposición a situaciones de estrés o eventos traumáticos

Los estudios sobre resiliencia en niños, adolescentes y jóvenes señalan algunas características en común como: capacidad para enfrentar activamente problemas; adecuado control de emociones en situaciones difíciles (optimismo, persistencia); manejo constructivo del dolor, enojo y frustración; mayor autonomía y autoobservación; actitud positiva, resistencia y liberación ante estigmas negativos, así como sentido del humor y condescendencia.

2) Habilidades para la vida

Se conforma por destrezas psicosociales que buscan desarrollar o fortalecer habilidades en áreas específicas, a fin de que niños, adolescentes y jóvenes las apliquen en su vida cotidiana y en situaciones de riesgo, en su relación con ellos mismos, con los demás y en su entorno socio-cultural.

Bajo esta perspectiva, las actividades preventivas buscan que los participantes desarrollen competencias psicosociales que les permitan incorporar conocimientos, actitudes positivas y valores; pero sobre todo aprender a "decir no" y manejar la presión social de pares

En cuanto a la prevención del consumo de drogas, resulta de suma importancia que los adultos responsables del cuidado o educación de niños, adolescentes y jóvenes favorezcan el conocimiento y análisis crítico sobre:

- Riesgos y daños asociados al consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.
- Mitos, expectativas y creencias erróneas sobre los efectos de sustancias psicoactivas.
- Influencia de los medios masivos de comunicación (cine y televisión) para favorecer el uso de tabaco y alcohol, en jóvenes y adolescentes, especialmente en mujeres.
- Situaciones potenciales para afrontar adecuadamente la oferta de drogas.
- Recursos de la comunidad para tratar las adicciones en la comunidad.

Sin embargo, la promoción de estas acciones por sí solas no garantiza que el adolescente las adquiera o refuerce. Es preciso emplear técnicas y actividades que favorezcan la interacción grupal, el aprendizaje cooperativo, la crítica constructiva y el modelado de habilidades por otros pares y adultos. Algunos métodos que pueden utilizarse para estimular el desarrollo de habilidades son: juego de roles, análisis de situación, debate, árbol de decisiones, ejercicios de relajación, entre otros.

3) Estilos de vida saludable

Esta situación evidencia la necesidad de promover hábitos saludables mediante una nutrición equilibrada y la actividad física a través del deporte, el ejercicio y la activación física.

4) Ambientes protectores

Respecto a la prevención de las adicciones, los ambientes protectores se caracterizan por ser espacios físicos y temporales que permiten desarrollar conductas contrarias o incompatibles al consumo de drogas u otros problemas de salud relacionados. Para que esto sea posible, es necesario tener un amplio conocimiento de los factores de riesgo asociados, de manera que se pueda tener mayor control sobre éstos.

La familia y la escuela son los ambientes protectores por excelencia, se caracterizan por ser los principales ámbitos donde se satisfacen las necesidades básicas de niños y adolescentes, tales como el cuidado de la salud, la alimentación, la educación y la seguridad.

5) Proyecto de vida

El desarrollo de un proyecto de vida implica la planeación de un futuro próximo acorde a los deseos, expectativas y aspiraciones personales.

Esta tarea requiere reflexionar sobre: ¿quién soy? y ¿quién quiero ser?, ¿qué me puede ayudar a lograr lo que deseo?, ¿qué me puede frenar? Estos cuestionamientos conllevan a pensar en el futuro deseado y

conducen a definir un plan de acción, describiendo los recursos con que se cuenta, los que se deben obtener y cómo se puede acceder a ellos.

Además, permiten identificar aquellas situaciones, como la dependencia a una droga, que pueden poner en riesgo el logro de ese plan, de sus metas a corto, mediano y largo plazo.

Finalmente, el currículo de la educación básica brinda la posibilidad de impulsar en los alumnos el desarrollo de herramientas para prevenir y hacer frente a situaciones que propician el consumo de sustancias adictivas. Para ello, es preciso reconocer que, al promover el desarrollo de habilidades para la vida, así como competencias específicas en cada asignatura, el currículo sienta las bases de una cultura de la prevención. El desarrollo de competencias para el manejo de situaciones permite a los alumnos asumir las consecuencias de sus actos, enfrentar el riesgo y la incertidumbre; plantear y llevar a buen término procedimientos o alternativas para la resolución de problemas, así como aprender a manejar el fracaso y la desilusión.

Análisis y resultados de la investigación en la Secundaria Diurna N°117 “Gabriela Mistral” turno vespertino

Se realizó una investigación de campo en la Escuela Secundaria N°117 “Gabriela Mistral” turno vespertino en la que hicimos uso del estudio de caso en el cual aplicamos una entrevista estructurada y cuestionarios a los principales actores en nuestra investigación, los cuáles elegimos a raíz de que en el Programa Escuela Segura menciona que para alcanzar los objetivos de prevención planteados es necesaria la participación de los actores de la comunidad educativa, entre los que se encuentran el director, los profesores, alumnos y padres de familia, ya que ellos aportan directa e indirectamente desde lo académico y la relación cotidiana asesoramiento, orientación y acompañamiento a los adolescentes.

Para el programa uno de sus objetivos es fomentar la cultura de la prevención en cuanto a adicciones y así obtener un ambiente seguro dentro de la comunidad escolar, promoviendo la participación social para esto. Dentro de la participación social comprende en primer lugar al director de la escuela, ya que él es quién se encarga de la gestión escolar y por lo tanto es importante para nuestra investigación.

Considerando lo anterior, el primer acercamiento que tuvimos fue con el Director de la secundaria, a quien se le aplicó una entrevista

estructurada, la cual no se pudo grabar debido a que no dio su autorización; la causa de esto es que en ocasiones anteriores la misma escuela se ha visto involucrada en problemas por el mal manejo de la información obtenida, incluso solo autorizo la aplicación de cuestionarios a dos profesores.

En la entrevista el director de 52 años, dijo ser católico, no fumar y conocer los efectos negativos del consumo de tabaco, tener 31 años ejerciendo el puesto de director y 5 años dentro de esta secundaria, lo que nos indica que ha estado presente desde los inicios de la aplicación del programa dentro de la escuela.

Mencionó que actualmente la escuela no recibe ningún apoyo económico por parte del programa, sin embargo, en las reglas de operación del Programa Escuela Segura en sus lineamientos generales, se menciona en el punto 4.3.1 referente al apoyo de carácter financiero, que las escuelas incorporadas al programa deben beneficiarse con un importe mínimo de \$5,000.00 y un máximo de \$35,000.00 el cual debe ser utilizado por las escuelas para implementar las acciones planteadas en sus agendas de seguridad escolar, dicho apoyo es otorgado por única ocasión y no es regularizable.(Diario de la Federación, 2013).

En cuanto al material que reciben dice que consta de: "Guía y manual de Orientaciones" para profesores y alumnos respectivamente, "Material de apoyo para maestros en prevención de adicciones" y "Guía para padres: cómo proteger a tus hijos de las adicciones"; sin embargo, reporta que dicho material es escaso y hace falta mayor número de ejemplares para poder trabajar con los alumnos.

En cuanto a la puesta en marcha del programa dentro de la institución dice que se realizan comisiones entre el personal de la escuela, sin embargo, éstas no se llevan a cabo en colaboración con otras escuelas como lo indica el programa; se programan pláticas informativas con profesores y alumnos, así como con padres de familia, sin embargo, la convocatoria de los padres de familia no es la esperada, ya que la participación de los mismos es escasa, debido a que dicen no tener tiempo para asistir a las pláticas.

Los padres de familia son informados del programa en la primera junta del ciclo escolar, en la cual se les comenta la información más relevante del programa y se pide su participación para trabajar con sus hijos desde casa, así como su asistencia en siguientes juntas informativas, a las cuales la mayoría no asiste, lo cual resulta contraproducente porque

la familia es el principal agente que proporciona los factores de protección y orientación para un desarrollo óptimo del adolescente.

Respecto a los alumnos, dice que se muestran antipáticos hacia el programa, la mayoría trabaja el mismo dentro de sus propias materias, siendo las más relevantes para la inclusión de la información Tutoría y Cívica y Ética. El programa por su parte, especifica que debe trabajarse también en las materias de Español, Teatro I, Ciencias I y Educación Física, las cuales no mencionó el director.

En general, considera que hace falta información en cuanto a la prevención de adicciones y los efectos de éstas, ya que a los alumnos no les queda realmente claro el riesgo que representan para su salud las diferentes adicciones. También menciona que la falta de material, como guías y manuales, desfavorece la puesta en marcha del programa y no permite que se alcancen los objetivos propuestos en el programa.

En cuanto a la participación social y de las autoridades de la zona en la que se encuentra la escuela, menciona que no reciben apoyo por parte de las autoridades correspondientes, que la vigilancia se limita únicamente a la seguridad pública, la cual si es efectiva en cuanto a la prevención del delito, pero no en cuanto a prevención de adicciones, ya que ese no es su objetivo.

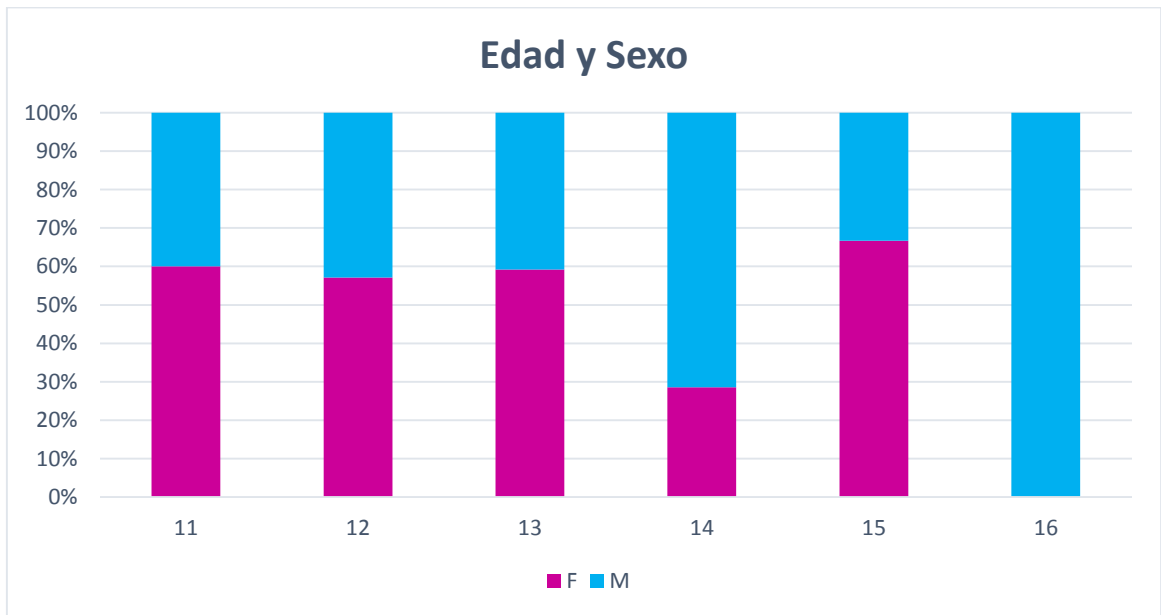
La escuela no proporciona vigilancia en los alrededores para prevenir adicciones, únicamente en el interior, por lo cual el mismo director menciona que los alumnos, aunque no son muchos, si fuman en los alrededores de la escuela.

En cuanto a ésto, cabe mencionar, que alrededor de la escuela se encuentran cuatro tiendas de abarrotes en las que los menores adquieren productos de tabaco, lo cual se entienden como comercio ilícito, ya que de acuerdo con el Convenio Marco para el Control de Tabaco (CMTC), éste se define como "toda práctica o conducta prohibida por la ley, relativa a la producción, envío, recepción, posesión, distribución, venta o compra, incluida cualquier práctica o conducta destinada a facilitar esa actividad"(CMTC, 2005). En éste caso, las prácticas de venta a menores de edad y el comercio por unidad, son claros ejemplos de comercio ilícito y ambas prácticas son prohibidas por la Ley General para el Control de Tabaco (LGCT, 2008).

Por último, menciona que se ha notado un cambio en cuanto a la disminución de adicciones, pero falta ampliar el trabajo integral con padres de familia, profesores y alumnos.

❖ **Estudiantes. ***

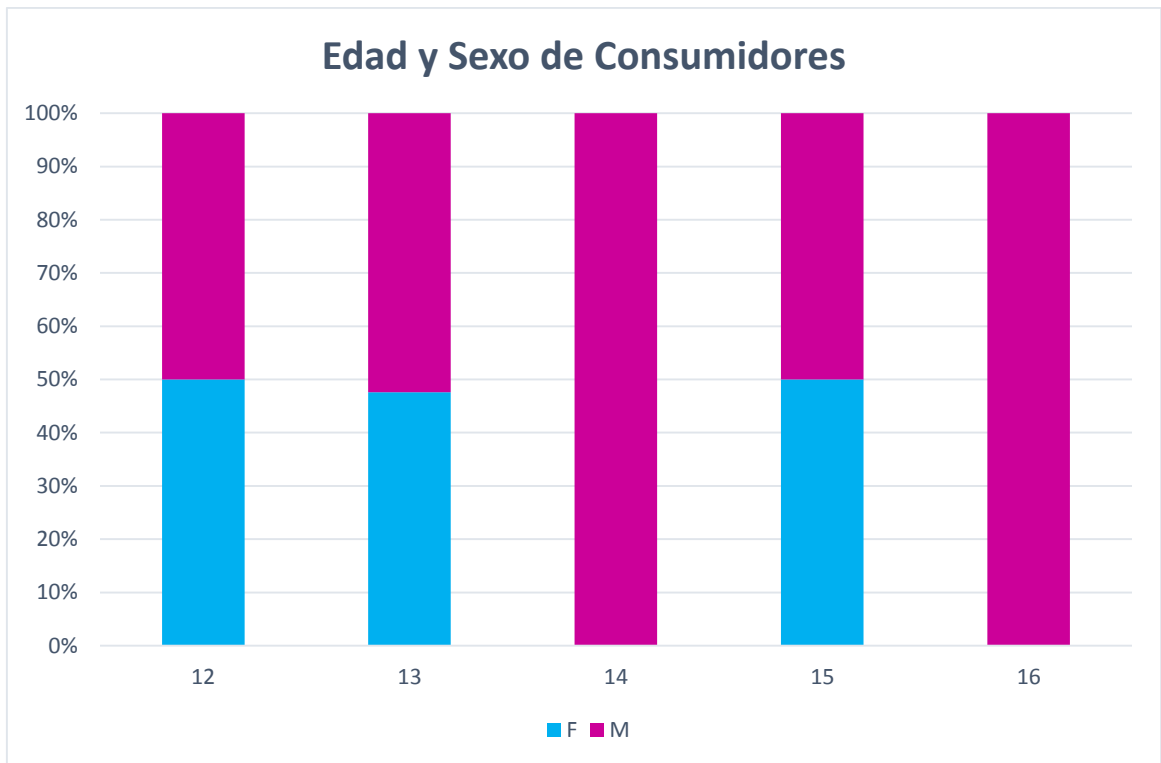
1. La escuela y turno cuentan con una población de 470 alumnos aproximadamente, de los cuales 95 fueron tomados en cuenta para ésta investigación entre mujeres y hombres, reportando el 57% y 43% respectivamente; notando que la mayoría se encuentran en los 13 años de edad.



Fuente: cuestionario aplicado a estudiantes de la secundaria Diurna N°117 "Gabriela Mistral" turno vespertino

2. Edad y sexo de población consumidora de tabaco: los resultados arrojan que la mayoría de los consumidores se encuentran en los 13 años de edad y de éstos el 11% son mujeres y el 12% son varones. Según Calleja, el género masculino lo vincula más con la atracción y el

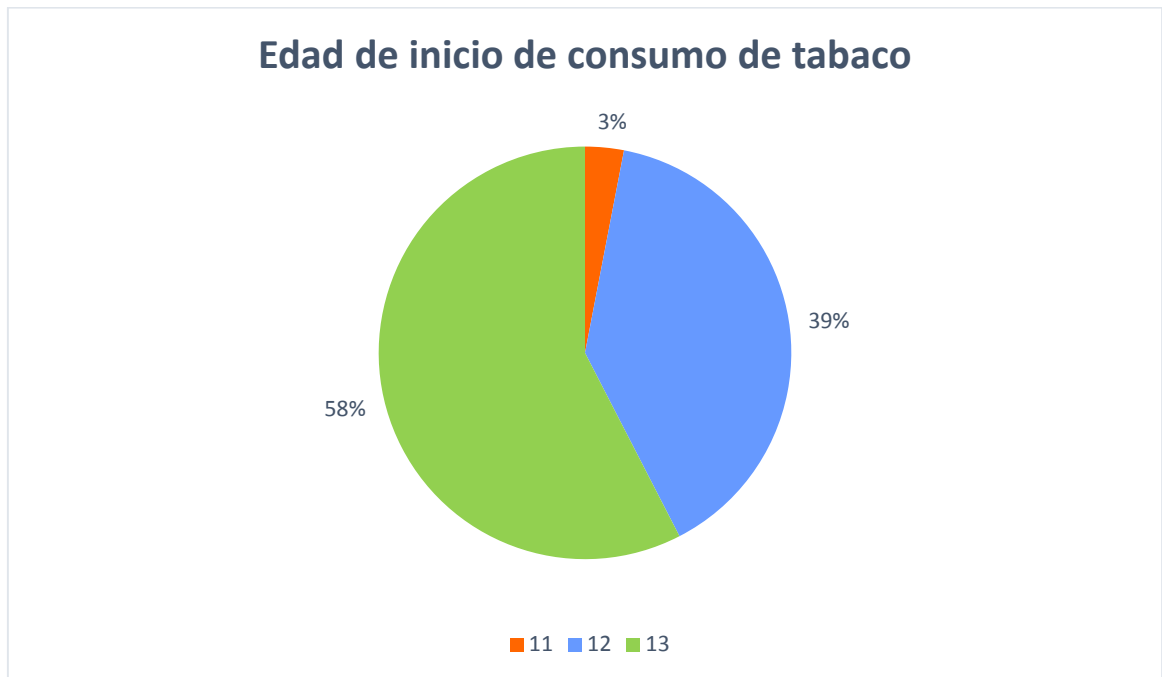
poder; en el caso de las mujeres se relaciona con ciertos valores femeninos que principalmente la publicidad le ha dado, como estereotipos relacionados con la esbeltes e independencia. Por su parte Erikson plantea que la crisis de identidad por la que atraviesa el adolescente, la imitación está presente.



Fuente: cuestionario aplicado a estudiantes de la secundaria Diurna N°117 "Gabriela Mistral" turno vespertino

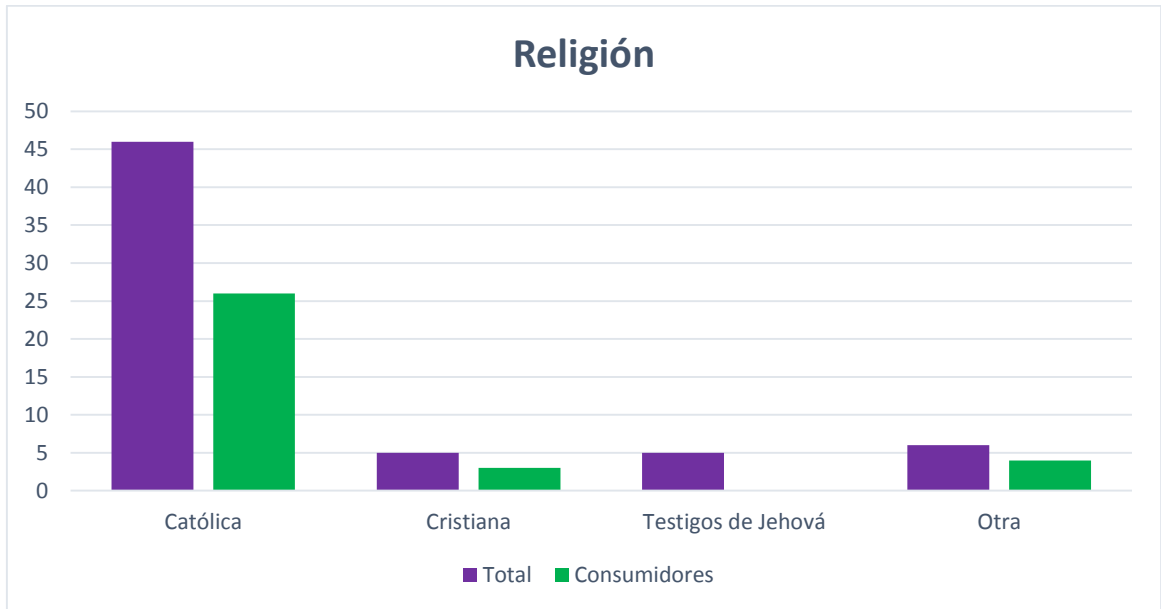
- Inicio de consumo: según la ENA en el 2011 el promedio de inicio de consumo de tabaco en adolescentes era de 14 años, sin embargo, en nuestro estudio en 2013 se vio reflejado que los adolescentes en comparación al 2011, inician el consumo a una edad más temprana ya

que el 58% de los encuestados indicó que comenzó a consumir tabaco a los 13 años.



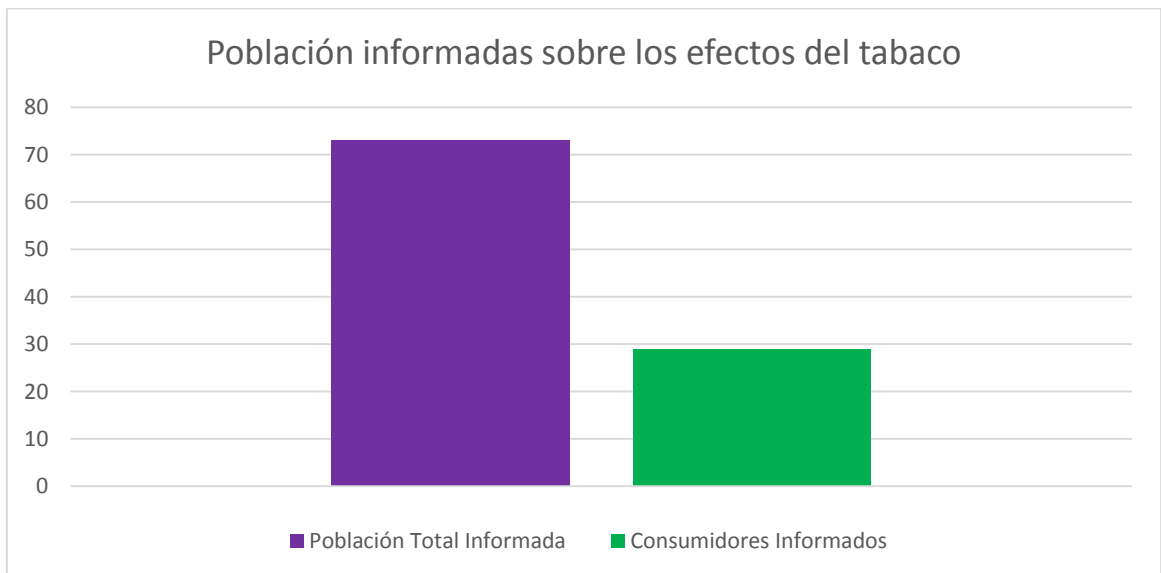
Fuente: cuestionario aplicado a estudiantes de la secundaria Diurna N°117 "Gabriela Mistral" turno vespertino

4. Religión: en una población tan pequeña no podemos decir que influye no se considera la religión como un factor que influya directamente en la decisión de consumir tabaco, sin embargo, la mayoría de la población corresponde a la religión católica y los correspondientes a los Testigos de Jehová, ninguno declara consumir tabaco.



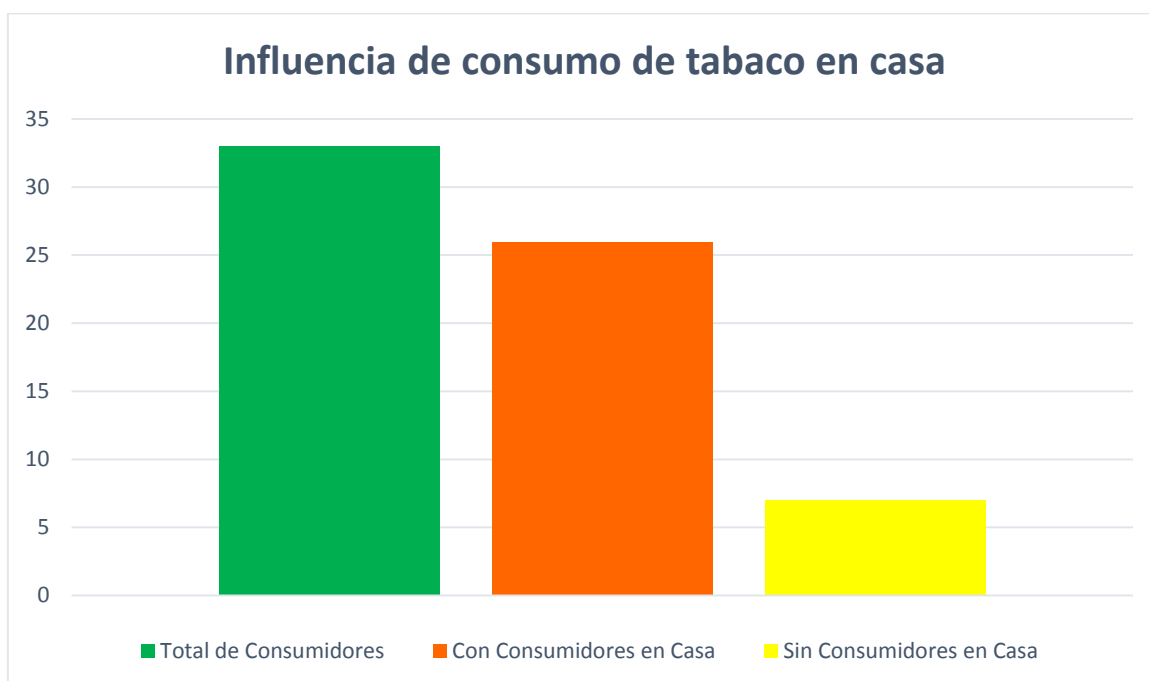
Fuente: cuestionario aplicado a estudiantes de la secundaria Diurna N°117 "Gabriela Mistral" turno vespertino

5. Información sobre efectos del tabaco: el 77% de los estudiantes confirma que conoce los efectos negativos que produce el consumo de tabaco, sin embargo, de éstos el 31% es consumidor.



Fuente: cuestionario aplicado a estudiantes de la secundaria Diurna N°117 "Gabriela Mistral" turno vespertino

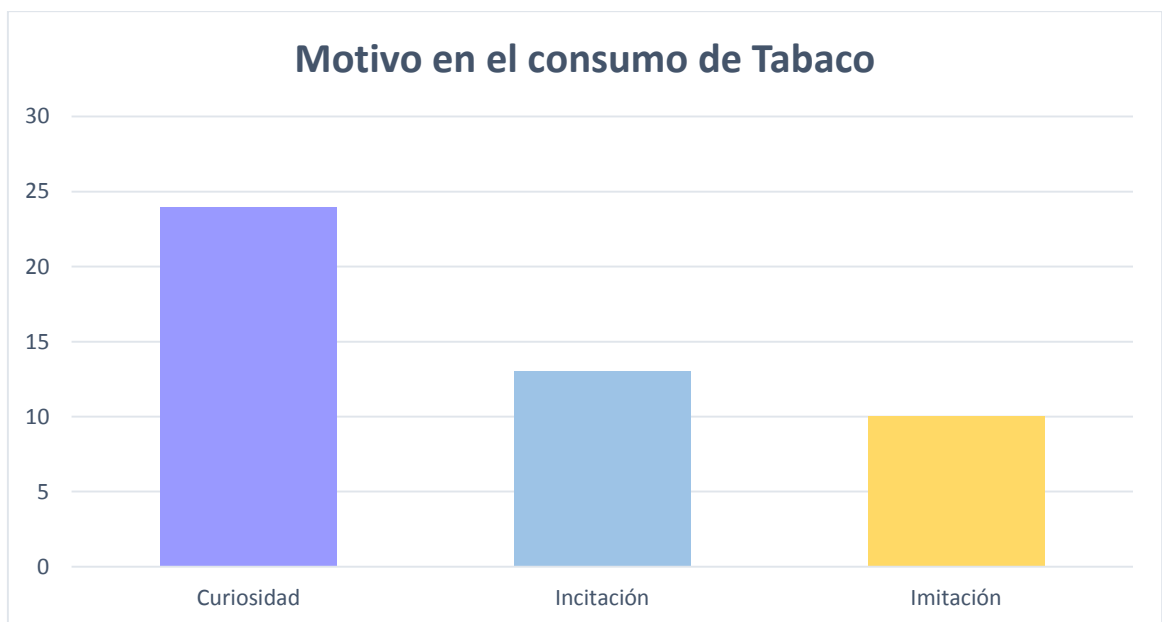
6. Influencia de consumidores en casa: de los estudiantes consumidores de tabaco, el 79% menciona que tiene algún familiar que consume tabaco en casa y les prohíben fumar. En base a esto, los factores individuales del adolescente nos indican que si existen antecedentes en relación a que alguno de los padres haya o tenga alguna adicción, es más vulnerable para adquirirla.



Fuente: cuestionario aplicado a estudiantes de la secundaria Diurna N°117 "Gabriela Mistral" turno vespertino

7. Inicio y motivo de consumo: la mayoría de la población consumidora reportó que se inició en el consumo por curiosidad, sin embargo, también existen otras razones como la incitación o la imitación y aunque mencionan haber mantenido el consumo por gusto, la realidad

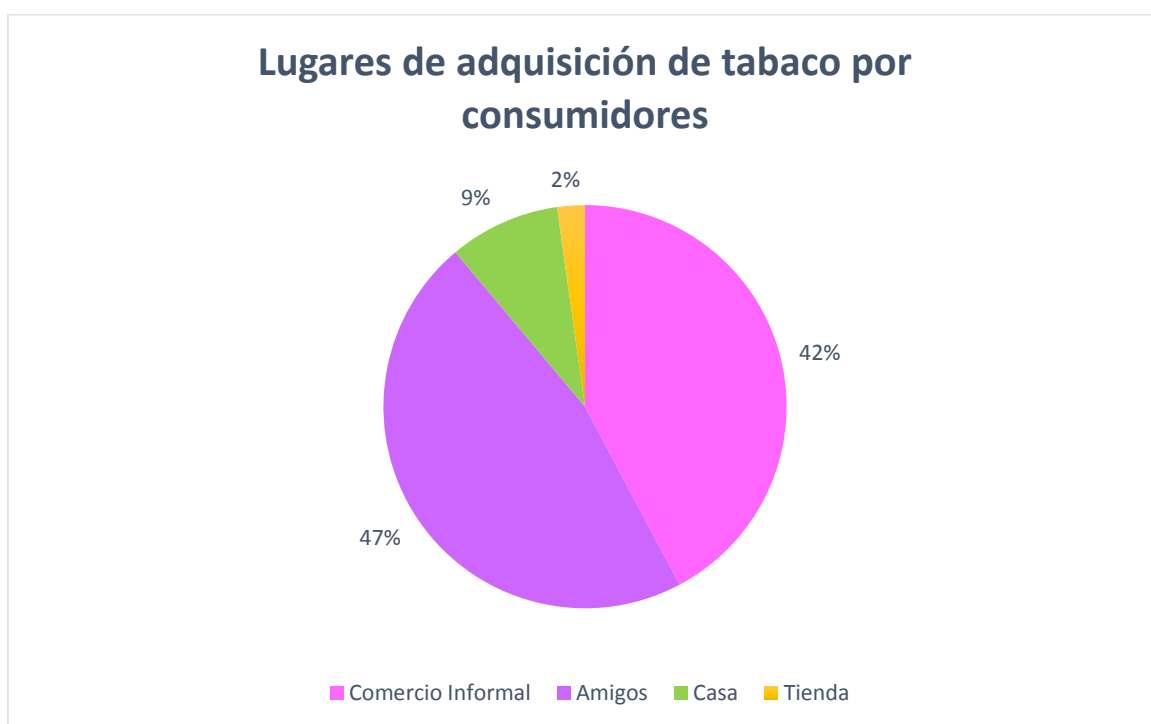
es que la nicotina siendo la principal sustancia adictiva que contienen los cigarrillos, está clasificada como droga legal y estimulante, además de ser la que tiene el mayor potencial adictivo, incluso que drogas ilícitas como la marihuana o la cocaína. Esto es por que pasa directamente a la dependencia y si se consume en edades tempranas es considerada como un potencial factor de riesgo en el desarrollo físico, psíquico y social.



Fuente: cuestionario aplicado a estudiantes de la secundaria Diurna N°117 "Gabriela Mistral" turno vespertino

8. Adquisición: a pesar de que la Ley General para el Control de Tabaco en sus artículos 16 y 17 castiga la venta de cigarrillos a menores y además la venta por unidad del producto, el 64% de los estudiantes

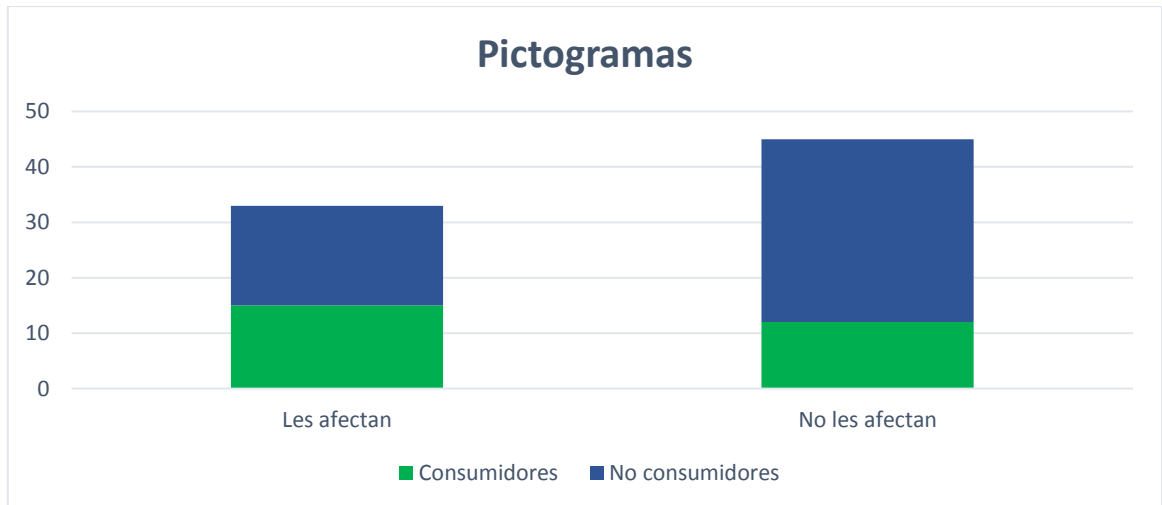
consumidores reporta adquirir los cigarrillos con sus amigos y en el comercio informal; a los cuales tienen fácil acceso ya que la escuela secundaria está rodeada de tiendas en las cuales no se aplica la normativa y además cuenta con otro tipo de atractivos para los menores como las máquinas de apuestas.



Fuente: cuestionario aplicado a estudiantes de la secundaria Diurna N°117 "Gabriela Mistral" turno vespertino

9. Pictogramas: del total de la población analizada, el 82% reporta haber visto las imágenes de las cajetillas; sin embargo, al 54% no les afectan éstas. Cabe mencionar que al respecto, la Ley General para el Control

de Tabaco en su artículo 18 menciona a la inclusión de imágenes o pictogramas en los productos de tabaco como advertencia de los efectos nocivos que causa su consumo.



Fuente: cuestionario aplicado a estudiantes de la secundaria Diurna N°117 "Gabriela Mistral" turno vespertino

10. Padres que hablan con sus hijos sobre el riesgo del consumo de tabaco: el 69% dice haber hablado con sus padres en alguna ocasión sobre los riesgos del consumo. Según Pantoja, si el entorno familiar es propicio para que los padres se comuniquen con sus hijos, entonces disminuye la probabilidad de que se encuentren en una situación de riesgo.

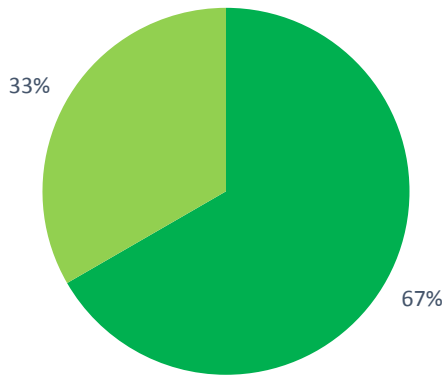
Padres que hablan con sus hijos sobre el riesgo del consumo de tabaco



Fuente: cuestionario aplicado a estudiantes de la secundaria Diurna N°117 "Gabriela Mistral" turno vespertino

11. Padres que hablan con sus hijos sobre el riesgo del consumo de tabaco (consumidores): el 23% de la población estudiantil consumidora dice haber hablado con sus padres de los riesgos del consumo.

Padres que hablan con sus hijos sobre el riesgo del consumo de tabaco (consumidores)

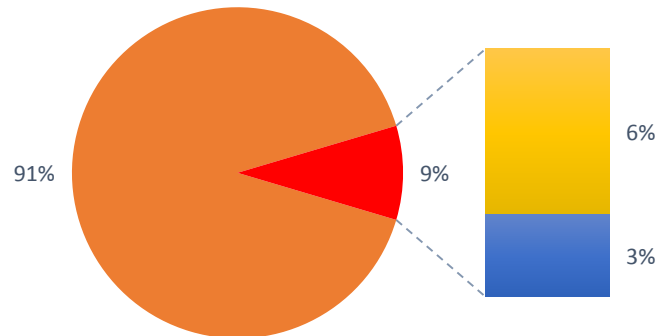


■ Consumidores que han hablado con sus padres ■ Consumidores que no han hablado con sus padres

Fuente: cuestionario aplicado a estudiantes de la secundaria Diurna N°117 "Gabriela Mistral" turno vespertino

12. Enfermedades y fallecimientos por consumo de tabaco: el 100% de la población estudiantil consumidora asegura no haber enfermado por consumir tabaco, sin embargo, el 9% reporta haber tenido algún familiar o amigo enfermo o fallecido por dicho consumo, que corresponde al 6% y 3% respectivamente. Según Medina, mueren 165 mexicanos a diario por una enfermedad relacionada con el tabaco y al año suman 60 mil. Por lo que se estima que de seguir con ésta tendencia para el 2020 el tabaco será el responsable del 12% de todos los fallecimientos.

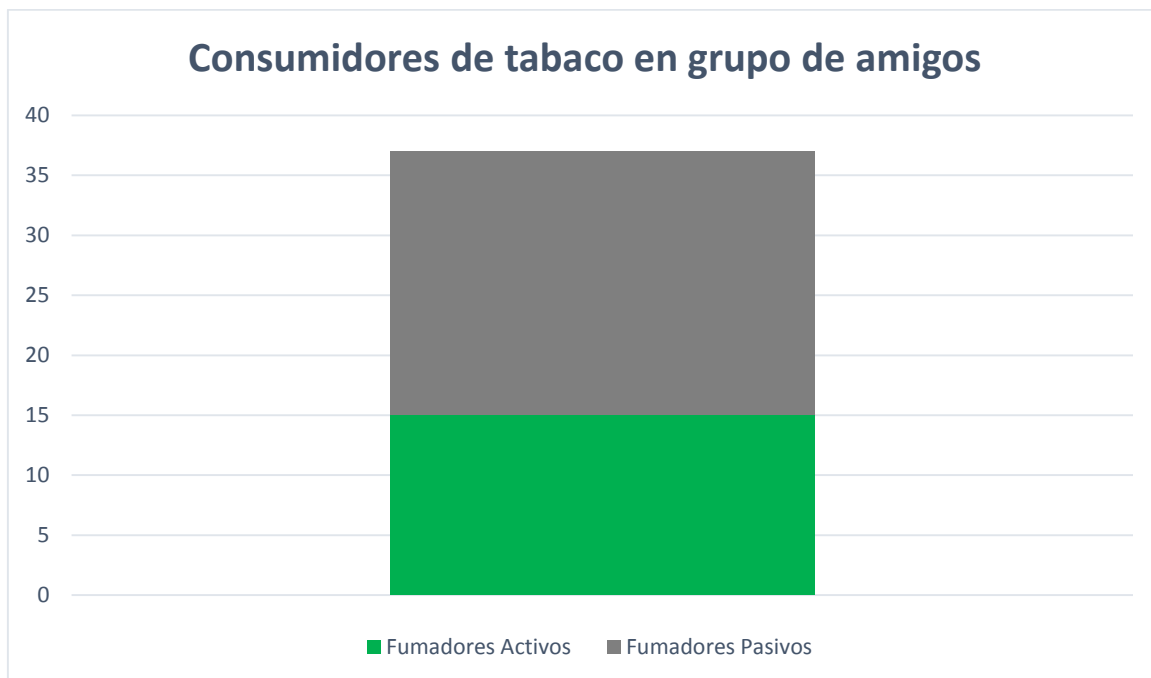
Familiares o amigos enfermos y/o fallecidos por consumo de tabaco



■ Sin familiares o amigos enfermos
■ Con familiares o amigos enfermos o fallecidos
■ Con familiares o amigos fallecidos
■ Con familiares o amigos enfermos

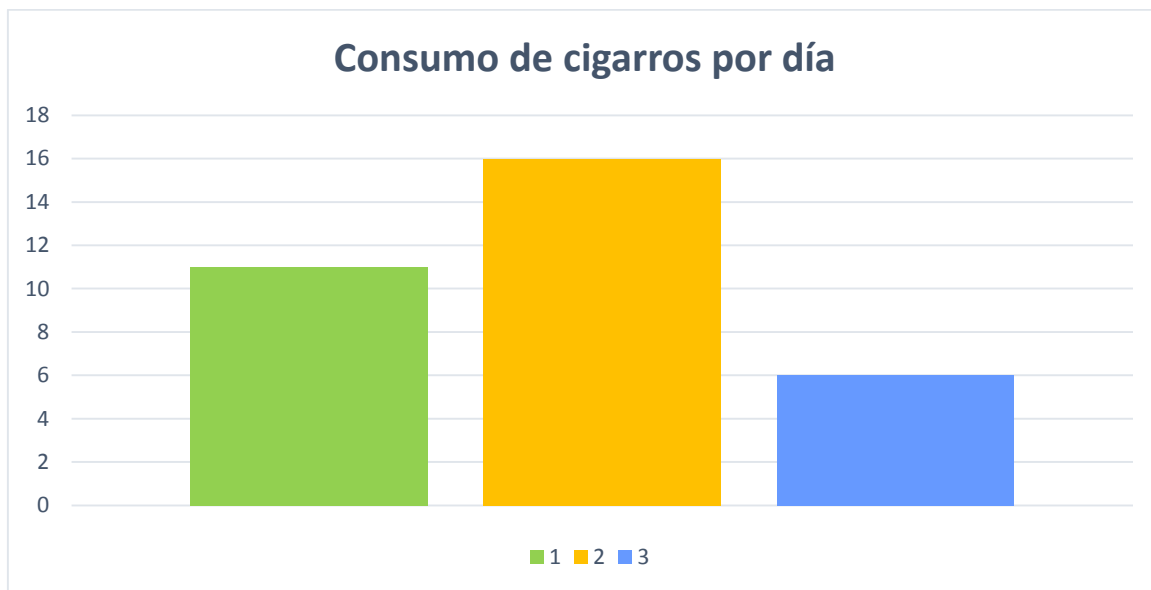
Fuente: cuestionario aplicado a estudiantes de la secundaria Diurna N°117 "Gabriela Mistral" turno vespertino

13. Consumo de tabaco dentro de grupo de amigos: el 39% de los estudiantes reporta que en su grupo todos sus amigos son fumadores, de los cuales tan solo el 41% es fumador activo, por lo tanto el 51% se considera fumador pasivo, ya que aunque todos sus amigos fuman, ellos no. Según datos de la OMS El tabaquismo pasivo causa 600 000 muertes prematuras por año, ya que en el humo de tabaco hay más de 4000 sustancias químicas, de las cuales se sabe que al menos 250 son nocivas y más de 50 cancerígenas.



Fuente: cuestionario aplicado a padres de familia de alumnos de la secundaria Diurna N°117 "Gabriela Mistral" turno vespertino

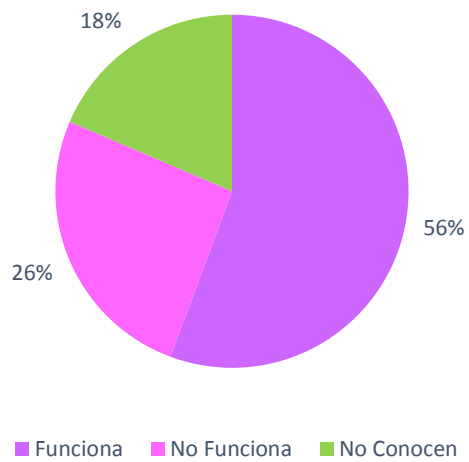
14. Consumo de cigarros por día: la mayoría de los estudiantes consumidores de tabaco, reporta que consumen dos cigarros por día; lo cual coincide estadísticamente con las cifras reportadas por la ENA 2011.



Fuente: cuestionario aplicado a estudiantes de la secundaria Diurna N°117 "Gabriela Mistral" turno vespertino

15. Conocimiento del Programa Escuela Segura: el 83% del total de los estudiantes, dicen conocer el programa y que éste es aplicado dentro de su escuela. De éstos, sólo el 49% opina que funciona.

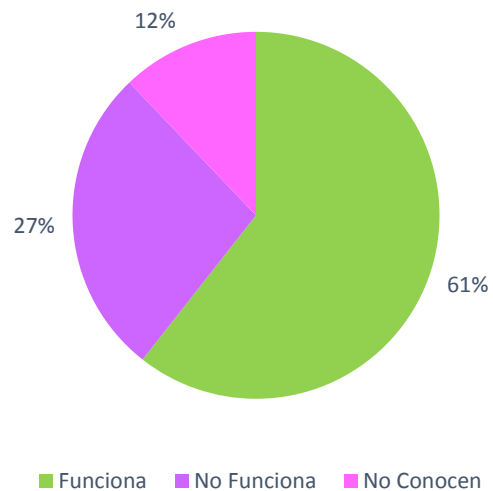
Conocimiento del Programa Escuela Segura



Fuente: cuestionario aplicado a estudiantes de la secundaria Diurna N°117 "Gabriela Mistral" turno vespertino

16. Conocimiento y funcionalidad del Programa Escuela Segura, según estudiantes consumidores: el 31% de los estudiantes que conocen el programa son consumidores y de ellos el 61% considera que éste si funciona.

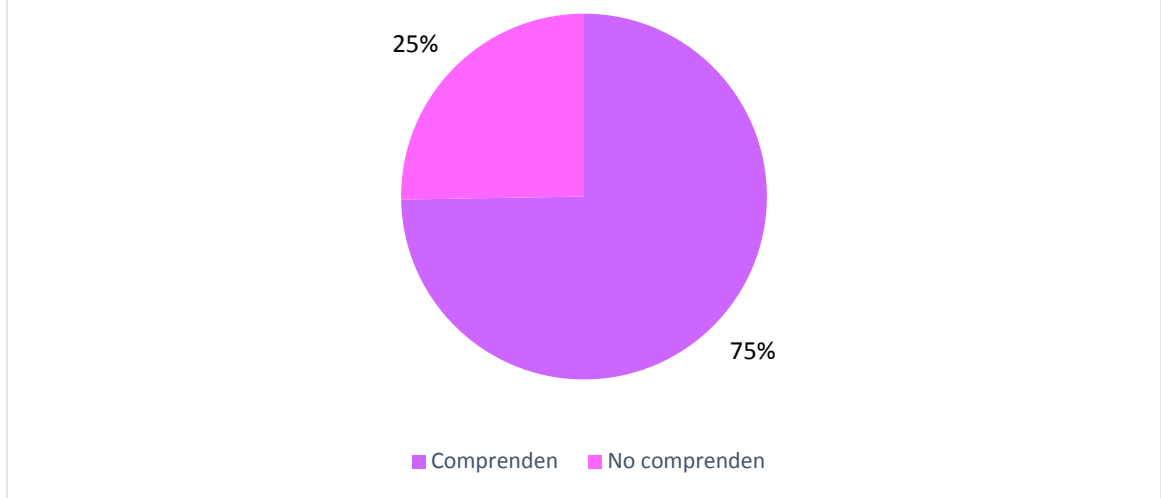
Conocimiento del Programa Escuela Segura (consumidores)



Fuente: cuestionario aplicado a padres de familia de alumnos de la secundaria Diurna N°117 "Gabriela Mistral" turno vespertino

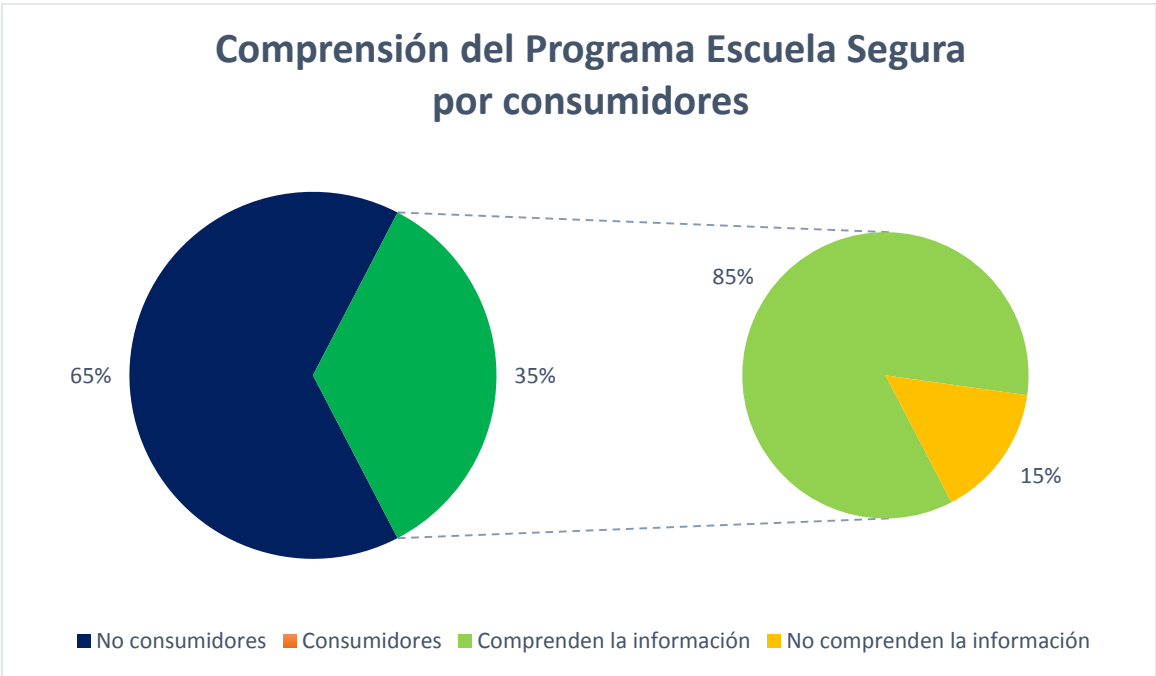
17. Comprensión de la información del Programa Escuela Segura: el 75% de los estudiantes dicen entender la información del programa.

Comprensión del Programa Escuela Segura



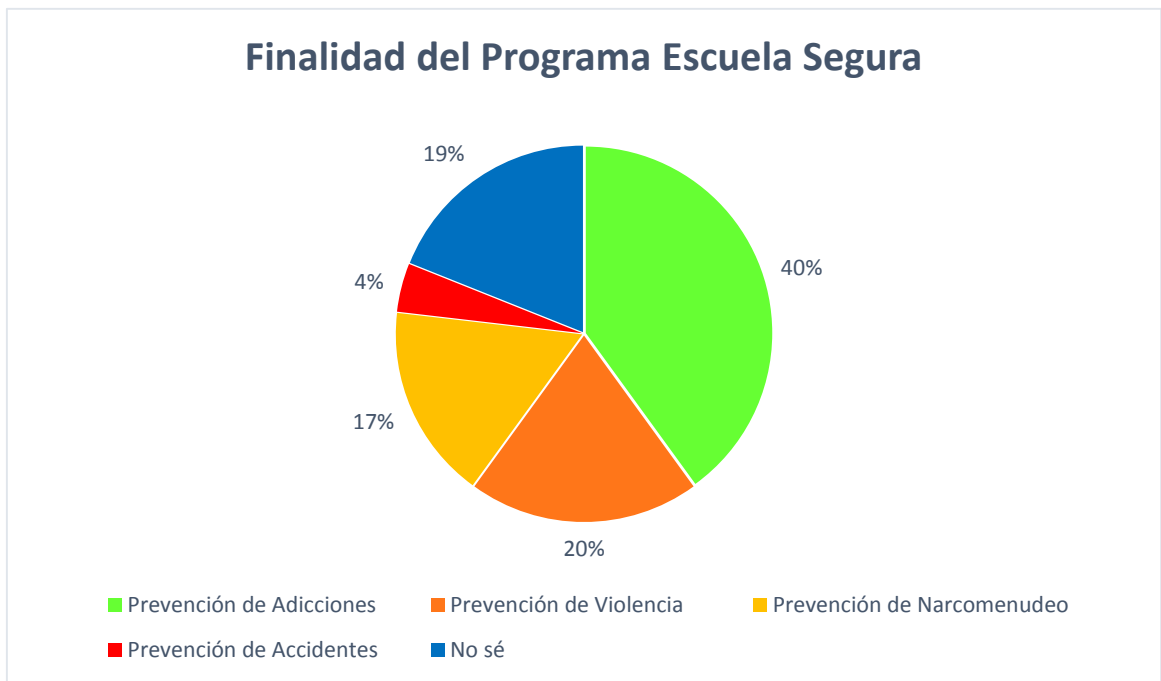
Fuente: cuestionario aplicado a estudiantes de la secundaria Diurna N°117 "Gabriela Mistral" turno vespertino

18. Comprensión de la información del Programa Escuela Segura por consumidores: el 35% de los estudiantes son consumidores, de los cuales el 85% declara comprender la información proporcionada por el programa. Lo cual implica que a pesar de que los estudiantes afirman estar recibiendo la información y comprenderla, ésta no está evitando que consuman tabaco.



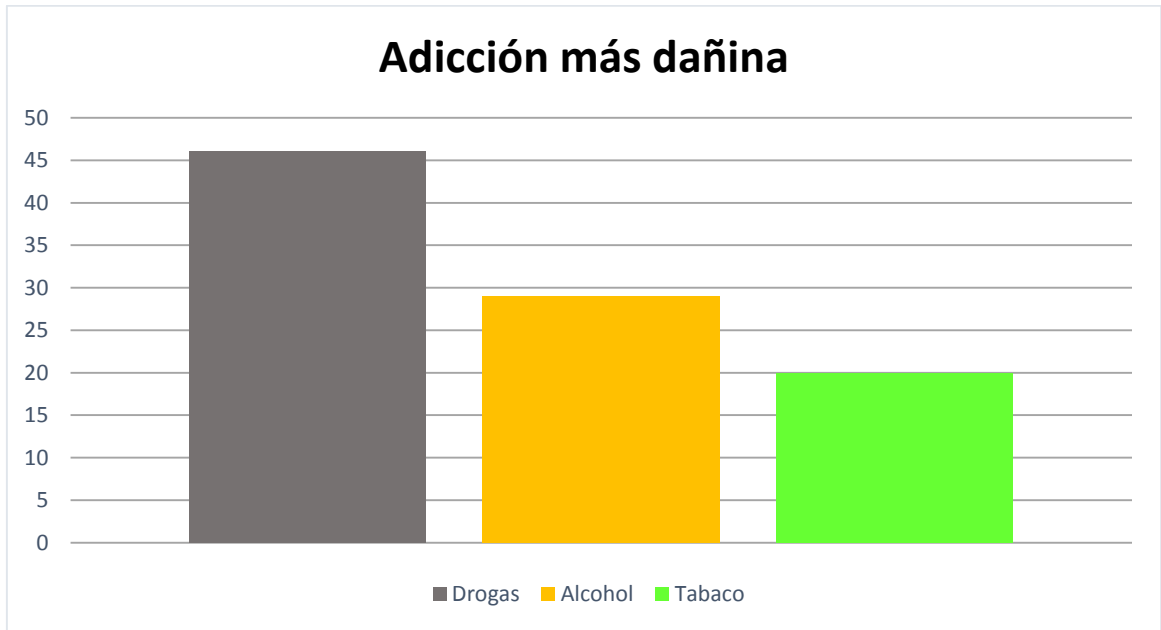
Fuente: cuestionario aplicado a estudiantes de la secundaria Diurna N°117 "Gabriela Mistral" turno vespertino

19. Finalidad del Programa Escuela Segura: el 40% de los estudiantes cree que la finalidad es la prevención de adicciones, el 20 % no la sabe y el 36% restante menciona otros puntos que cubre el Programa Escuela Segura.



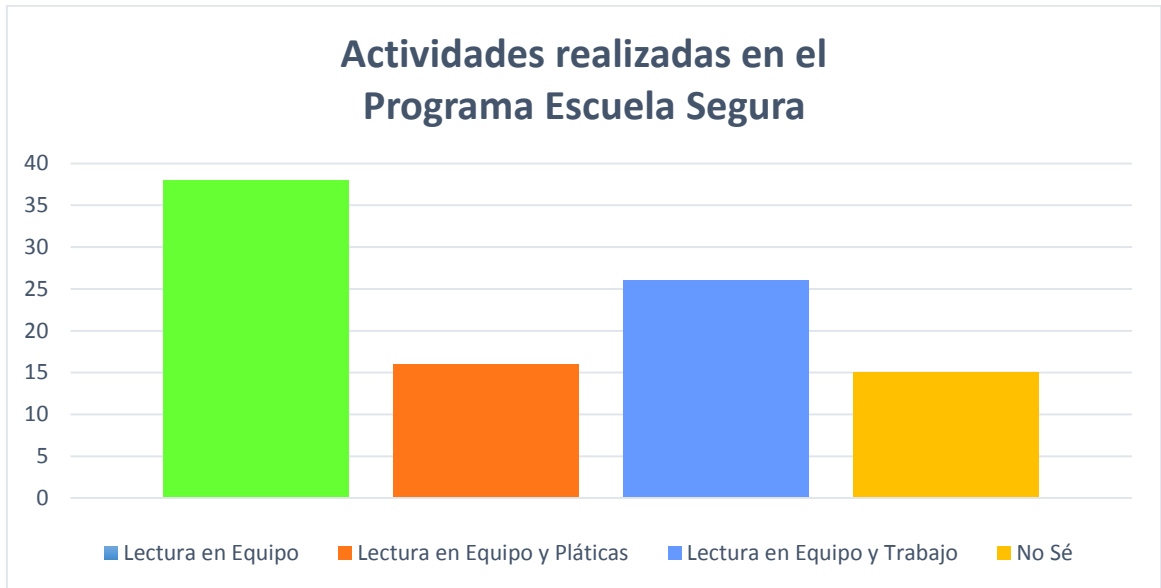
Fuente: cuestionario aplicado a estudiantes de la secundaria Diurna N°117 "Gabriela Mistral" turno vespertino

20. Adicciones: se le cuestionó a los estudiantes qué adicción es más dañina para su salud, el 48% consideró que la más dañina es el consumo de drogas, seguida del alcohol, dejando en último lugar el consumo de tabaco. Lo que se puede apreciar en estas cifras es que a pesar de que el tabaco ya se considera como una droga, aunque sea legal, los estudiantes no lo consideran como tal y tampoco tienen en cuenta los daños que éste les provoca.



Fuente: cuestionario aplicado a estudiantes de la secundaria Diurna N°117 "Gabriela Mistral" turno vespertino

21. Actividades que se realizan con base en el Programa Escuela Segura: el 44% de los estudiantes señalan que como actividades del programa realizan lecturas en equipo y presencian pláticas sobre adicciones.



Fuente: cuestionario aplicado a estudiantes de la secundaria Diurna N°117 "Gabriela Mistral" turno vespertino

22. Material del Programa Escuela Segura: al respecto del material manejado en las actividades, los estudiantes reportan en un 36% que utilizan la guía de actividades y en ocasiones les muestran un video educativo.



Fuente: cuestionario aplicado a estudiantes de la secundaria Diurna N°117 "Gabriela Mistral" turno vespertino

23. Materias en las que se trabaja el Programa Escuela Segura: el 100% de los estudiantes dice que en su clase de Tutoría ven la mayor parte de la información sobre adicciones.



Fuente: cuestionario aplicado a estudiantes de la secundaria Diurna N°117 "Gabriela Mistral" turno vespertino

❖ **Profesores.** *

Se aplicó un cuestionario a dos profesores, no se pudo aplicar a más profesores, debido a que el director impuso las reglas de la investigación al interior de la escuela, a causa de que en ocasiones anteriores la misma escuela se ha visto involucrada en problemas por el mal manejo de la información obtenida.

1. El profesor de la materia de Educación Cívica y Ética dijo tener 37 años, ser católico, conocer las consecuencias del consumo de tabaco y tener 6 años ejerciendo su puesto dentro de la institución. Dice conocer la finalidad del Programa Escuela Segura, así como cuándo comenzó a aplicarse dentro de la institución, aunque manifiesta no creer que en realidad el programa funcione debido a la falta de material de trabajo así como de información dentro del mismo.

Respecto al consumo de tabaco, niega ser consumidor y menciona que sí habla con sus estudiantes sobre las adicciones porque es importante brindar información de las consecuencias resultantes del consumo de sustancias nocivas para la salud.

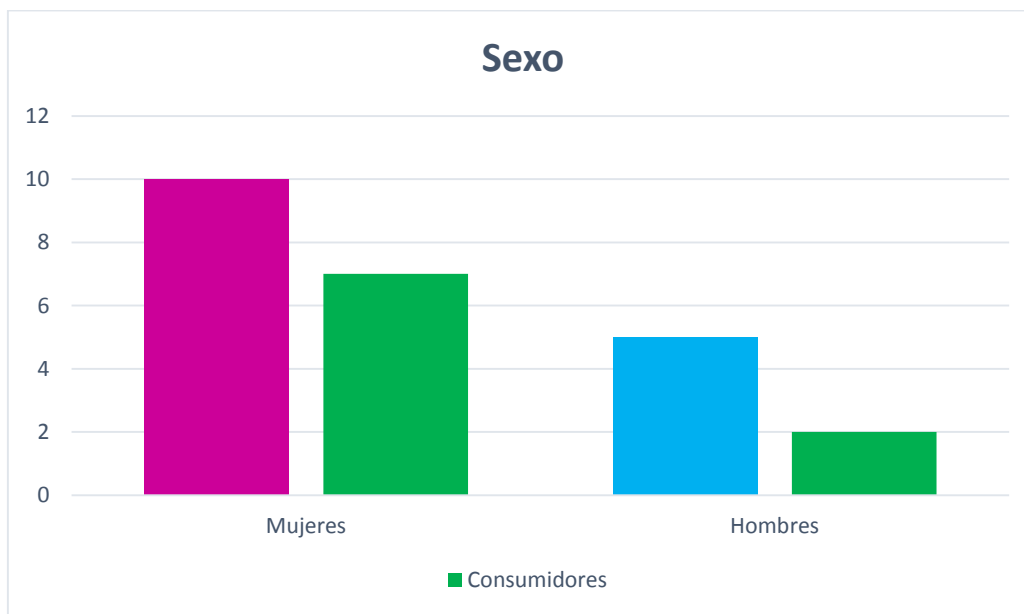
2. El otro profesor imparte la materia de Física, dijo tener 47 años, ser católico, tener 14 años dentro de la institución ejerciendo su puesto y conocer las consecuencias del consumo de tabaco; a diferencia del otro profesor, manifiesta ser consumidor de tabaco desde hace 10 años y consumir alrededor de 5 cigarros por día.

Dijo conocer la finalidad del Programa Escuela Segura, así como cuándo comenzó a aplicarse dentro de la institución, aunque manifiesta no creer que en realidad el programa funcione debido a la falta de información referente a la prevención y consecuencias de las adicciones, además de campañas descriptivas de las consecuencias a las que conllevan las adicciones de manera más específica. También menciona que los estudiantes no se prestan a platicar al respecto de las consecuencias del consumo de tabaco.

❖ **Padres de familia. ***

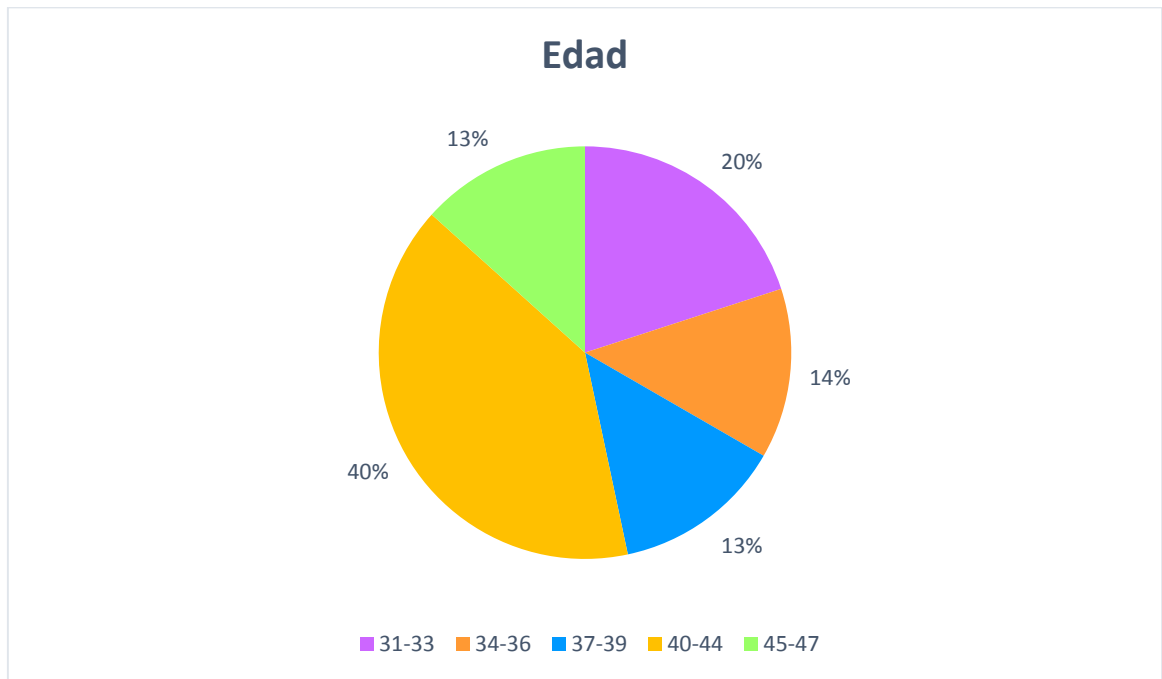
Se aplicó un cuestionario a 15 padres de familia, la aplicación fue de manera aleatoria, indistintamente del grado y grupo en el que fueran sus hijos dentro de la institución y con la variante de la disposición a contestar.

1. Sexo: la población encuestada fue de 15 padres de familia, de los cuales el 67% corresponde a mujeres y el 33% restante corresponde a varones; de los cuales 70% de las mujeres son consumidoras de tabaco y 40% de los hombres son consumidores de tabaco.



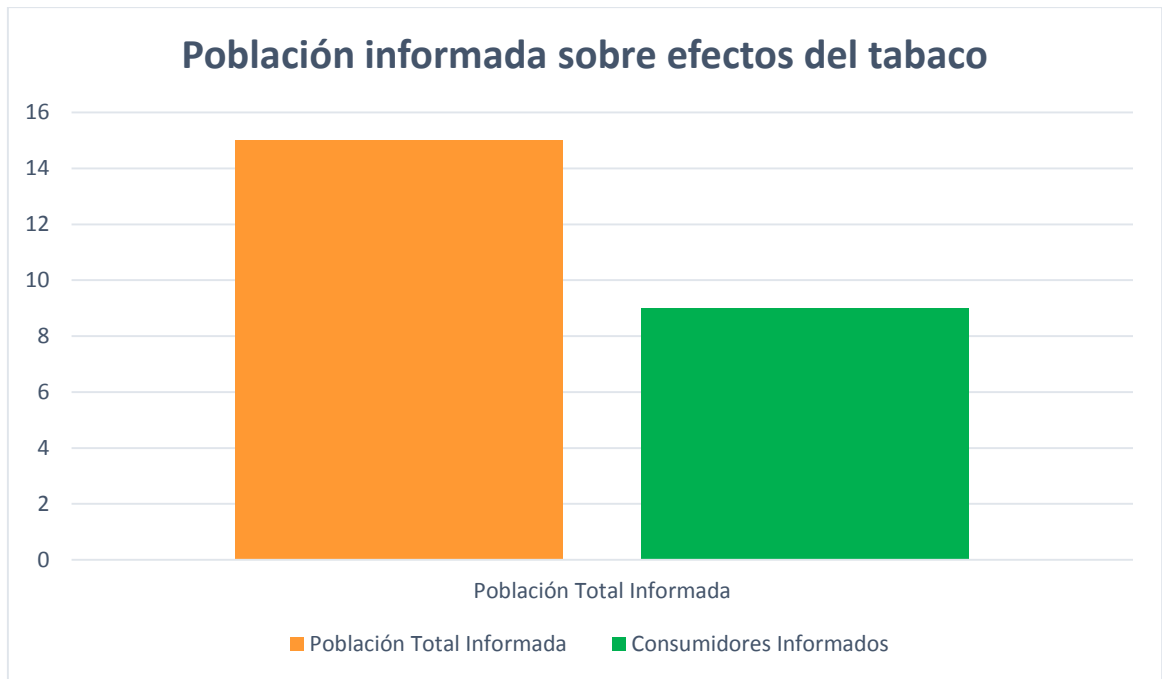
Fuente: cuestionario aplicado a padres de familia de alumnos de la secundaria Diurna N°117 "Gabriela Mistral" turno vespertino

2. Edad: según los datos recabados la edad de los padres de familia va de los 31 a los 47 años, notando que la mayoría se encuentra entre los 40 y 44 años como se muestra a continuación.



Fuente: cuestionario aplicado a padres de familia de alumnos de la secundaria Diurna N°117 "Gabriela Mistral" turno vespertino

3. Información sobre efectos del tabaco: todos los padres de familia confirman que conocen qué efectos negativos produce el consumo de tabaco, sin embargo, de éstos el 60% es consumidor.



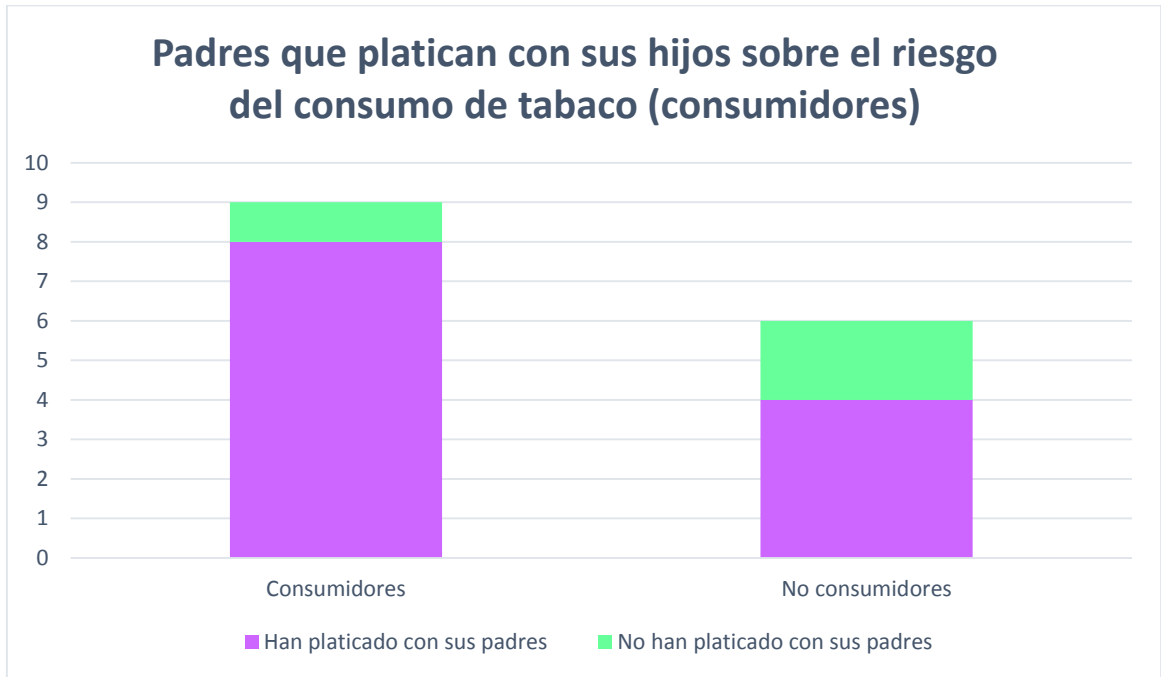
Fuente: cuestionario aplicado a padres de familia de alumnos de la secundaria Diurna N°117 "Gabriela Mistral" turno vespertino

4. Del total de padres el 80% dice haber hablado con sus hijos en alguna ocasión sobre los riesgos del consumo.



Fuente: cuestionario aplicado a padres de familia de alumnos de la secundaria Diurna N°117 "Gabriela Mistral" turno vespertino

5. De los padres consumidores de tabaco, el 67% dice haber hablado con sus hijos de los riesgos del consumo.



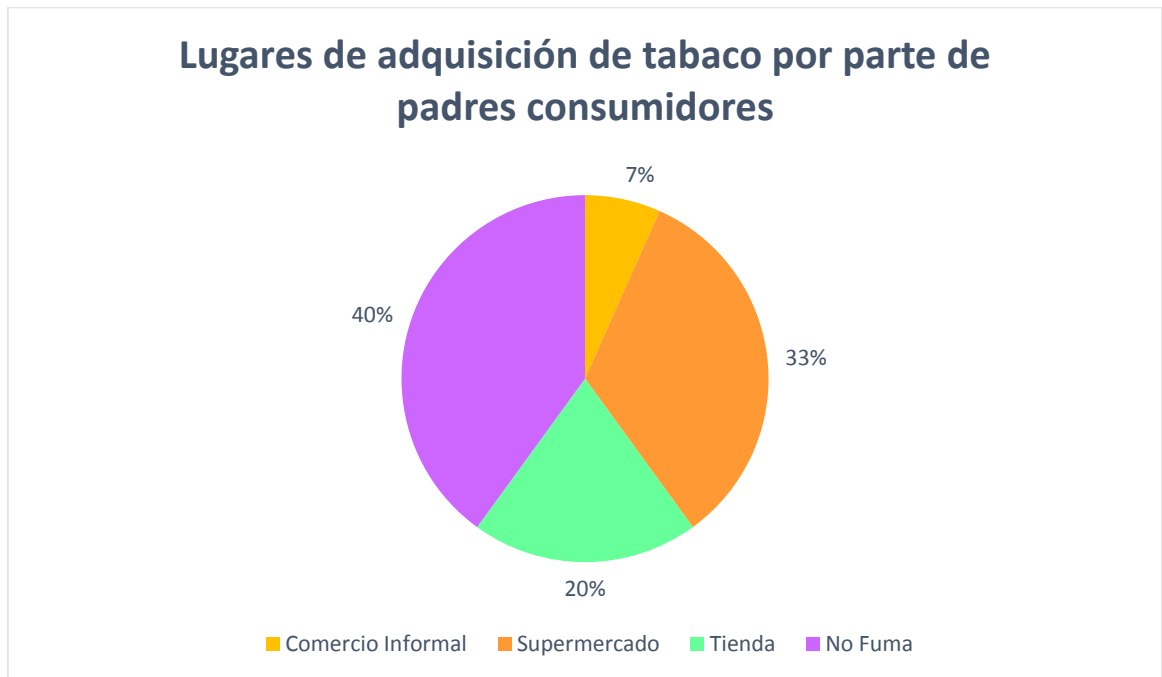
Fuente: cuestionario aplicado a padres de familia de alumnos de la secundaria Diurna N°117 "Gabriela Mistral" turno vespertino

6. Conocimiento de hijos consumidores: el 87% dice conocer si sus hijos consumen o no tabaco, sin embargo, sólo el 23% afirma conocer que sus hijos son consumidores.



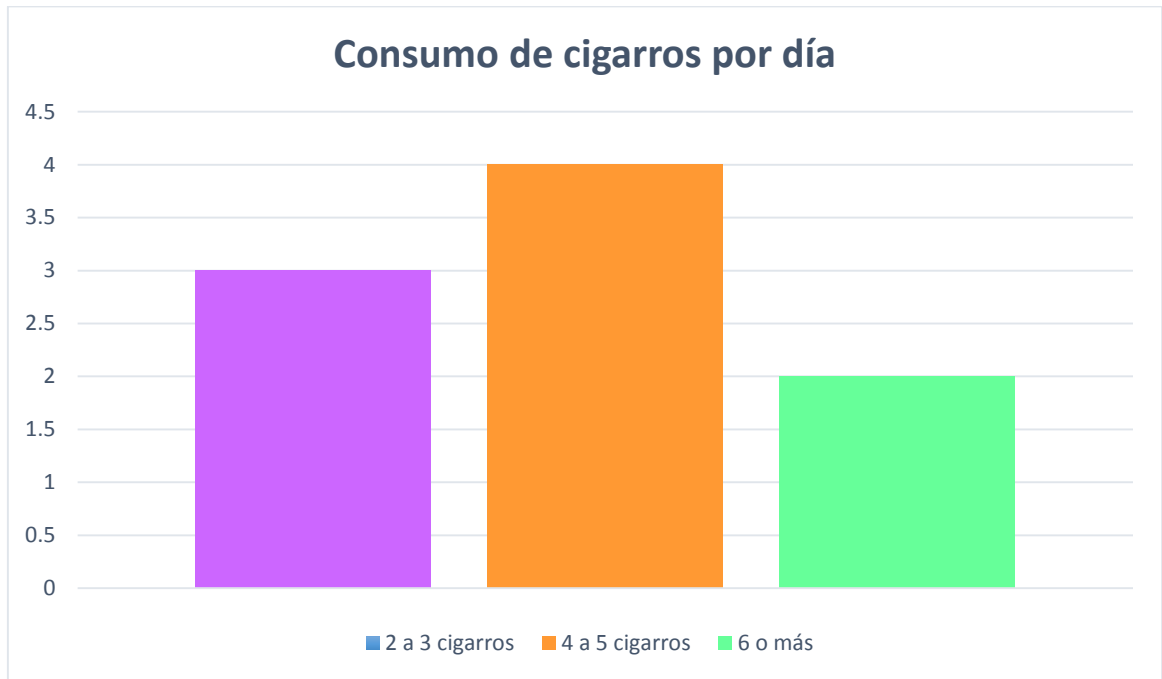
Fuente: cuestionario aplicado a padres de familia de alumnos de la secundaria Diurna N°117 "Gabriela Mistral" turno vespertino

7. Adquisición de cigarrillos por los padres consumidores: el 33% reporta adquirir los cigarrillos en tienda y sólo el 7% en comercio informal.



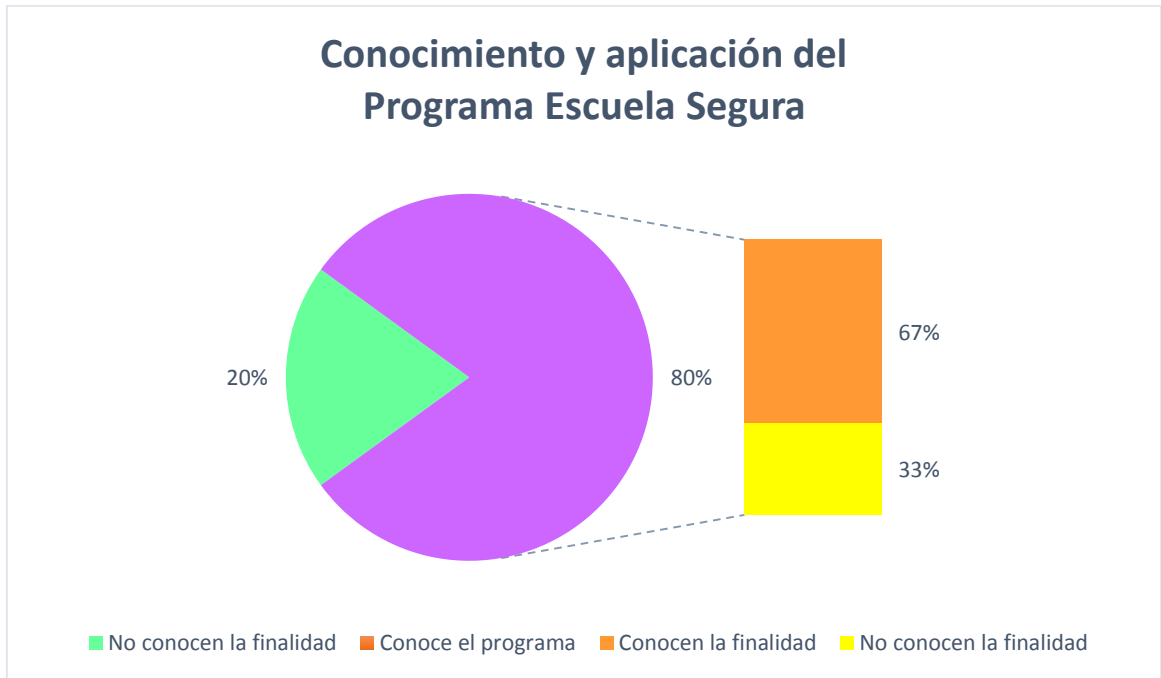
Fuente: cuestionario aplicado a padres de familia de alumnos de la secundaria Diurna N°117 "Gabriela Mistral" turno vespertino

8. Consumo de cigarros por día: la mayoría de los padres consumidores de tabaco, reporta consumir de 4 a 5 cigarros por día.



Fuente: cuestionario aplicado a padres de familia de alumnos de la secundaria Diurna N°117 "Gabriela Mistral" turno vespertino

9. Conocimiento del Programa Escuela Segura: el 80% de los padres dicen conocer el programa y que es aplicado dentro de la escuela de sus hijos. De éstos padres, el 67% dice que la finalidad del programa es la de prevenir adicciones.



Fuente: cuestionario aplicado a padres de familia de alumnos de la secundaria Diurna N°117 "Gabriela Mistral" turno vespertino

10. Información distribuida a padres de familia: el 80% de los padres dice recibir información del programa. Ahora bien, recordando la entrevista que se le realizó al director, hizo mención que dicha información del programa le es entregada a los padres de familia en la primera junta que tienen con ellos.

Información distribuída a padres de familia



Fuente: cuestionario aplicado a padres de familia de alumnos de la secundaria Diurna N°117 "Gabriela Mistral" turno vespertino

CONCLUSIONES

Actualmente a nivel mundial, el problema de tabaquismo ha cobrado importancia, la información acerca del mismo ha crecido y tal parece que, aunque se tiene más información sobre esta adicción y los riesgos que hay al consumir tabaco, éste se ha vuelto más aceptado socialmente, el problema ha permanecido e incluso va en aumento.

El Programa Escuela Segura en cuanto a prevención de adicciones, en específico, del tabaquismo, aplicado desde el año 2007 en la escuela secundaria diurna N°117 "Gabriela Mistral" turno vespertino podemos señalar que en cuanto al consumo de tabaco en adolescentes entre 11 y 16 años:

- a) La mayoría inicia el consumo de tabaco a los 13 años.
- b) Consumen aproximadamente dos cigarros al día.
- c) Adquieren los cigarros en comercio informal

A pesar de que el Programa Escuela Segura contiene información sobre la prevención de la adicción al tabaquismo, la cual reciben los adolescentes por medio del material y actividades proporcionado por sus profesores:

- a) Solo el 83% de los estudiantes encuestados dice conocer el programa.
- b) El 49% de los estudiantes opina que el programa funciona.
- c) De los cuales, el 31% de los estudiantes que conoce el programa son consumidores y de éstos el 61% considera que el programa funciona.
- d) El 75% de los estudiantes comprende la información del programa.
- e) Del 35% de los estudiantes consumidores, el 85% dice comprender la información del programa.

Por todo lo anterior consideramos que a pesar de que se aplica el Programa Escuela Segura en cuanto a la prevención del tabaquismo en ésta secundaria, esto no es suficiente.

Teniendo en cuenta que los estudiantes reciben información acerca de la prevención a la adicción del tabaco por parte del programa a través de sus profesores y de que los padres de familia y alumnos indican que tienen pláticas en casa sobre los riesgos del consumo de tabaco, esto no evita que los adolescentes se inicien en el consumo.

En cuanto a esto, nosotros consideramos que el programa no está siendo efectivo, ya que aunque se está abarcando la parte educativa que requiere el problema, se están dejando de lado las medidas psicológicas, médicas y legislativas, las cuales son requeridas para que el programa funcione de manera global y en forma.

Además como lo indica el director y los profesores hace falta material de trabajo actualizado y que sea más explícito en cuanto a los efectos que el consumo de tabaco tiene tanto para los fumadores activos, como para los fumadores pasivos, ya que los adolescentes no consideran al tabaco ni como droga ni como algo dañino para su salud, además de no conocer realmente los efectos que éste causa en su organismo, ya que el 100% de los encuestados indicaron no haberse enfermado nunca a causa del consumo de tabaco, ni tampoco del humo del mismo.

Por otra parte, se requiere que el programa sea preciso en su aplicación ya que el mismo plantea que debe ser aplicado de manera transversal, lo cual se contrapone a su propia indicación sobre en que materias debe ser aplicado.

En cuanto a la parte médica y psicológica, debe considerarse que el tabaco es adictivo debido a su principal componente activo, la nicotina, la cual actúa sobre el sistema nervioso central causando dependencia física y psicológica, dicha dependencia crea un síndrome de abstinencia, llamado tabaquismo. Por ello es necesario que se contemplen medidas médicas y psicológicas para atacar el problema, ya que la información no es suficiente cuando se tiene una necesidad o dependencia a una sustancia y tampoco es totalmente efectiva para evitar que quienes no han consumido, no lleguen a consumir.

En cuanto al ámbito legislativo, es necesario que las medidas legales se apliquen totalmente para evitar que los adolescentes tengan la facilidad para adquirir cigarros. Para esto se necesita que en el ámbito de seguridad pública se contemplen las medidas necesarias para que en los establecimientos cercanos a la secundaria se les niegue la venta a los menores.

Finalmente como lo menciona el programa, la participación social, la cual incluye al director, profesores, alumnos y padres de familia, debe ser integral, ya que el mismo director indica que la mayoría de los padres de familia son apáticos al momento de participar y esto no debería ser ya

que los padres de familia proporcionan los factores de protección para un desarrollo óptimo del adolescente.

BIBLIOGRAFÍA

- Becoña, E. (1996). *La ludopatía*. Madrid: Aguilar.
- Becoña, E. (1998). *Tabaco y Salud: Guía y Prevención del Tratamiento del Tabaquismo*. Madrid: Pirámide.
- Belsasso, G. (2002). *Acciones institucionales en materia de tabaquismo*. México: CONADIC.
- 1. Educación para Todos. *El imperativo de la calidad*. (2005) Francia: UNESCO.
- Erikson, E. (1974) *Identidad, juventud y crisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Escochato, A. (2002). *Historia de las drogas 1*. España.
- Eserverri, C.et.all. (1999) *Educar para la salud*. Madrid:CCS.
- Debasse, Maurice. (1977). *La adolescencia*. tr, Francescs Lloveras. Barcelona España: Oikos-Tau.
- Delval, J. (1994). *Desarrollo Humano*. Madrid: Siglo XXI.
- Dieterich, H. (2001). *Nueva guía para la investigación científica*. México: Planeta.
- Garza, F. et. all. (1999). *La juventud y las drogas*. México: Trillas.
- Gilles, L. (1996). *La era del vacío: ensayos sobre el individualismo contemporáneo*. Barcelona: Anagrama. Novena edición.

- González, J. (2001). *Psicopatología de la Adolescencia*. México.
- González, J. (2001). *El tabaquismo en el mundo*. México: CONADIC.
- Hiriart, Vivianne. (2009). *Adolescencia y sexualidad: una experiencia inédita*. México: Terracota
- Jensen A, (2008). *Adolescencia y adultez emergente*. México: Pearson. 3ra edición.
- Lehalle, H. (1990). *Psicología de los Adolescentes*. México: Grijalbo.
- L. Pantoja. (2005). *Los menores vulnerables y su relación con las drogas: avances en drogodependencias*. Bilbao España: Universidad de Deusto.
- Medina, M. (2010). *Tabaquismo en México. ¿Cómo evitar 60,000 muertes prematuras cada año?* México: El Colegio Nacional.
- *Problemática de la adolescencia y otros aspectos de la edad evolutiva*. (2001). Barcelona, España: Laertes.
- Rubio M. y Fuentes P. (2006). *Tabaquismo y su repercusión en la salud. Los profesionales en la salud como líderes en la lucha contra el tabaquismo*.
- Solano, S. (2002). *Manual de Tabaquismo*. Barcelona: Separ. Masson. 2da edición.
- Taba, H. Trad. Rosa, A. (1979). *Elaboración del currículo: Teoría y Práctica*. 4ª edición, Buenos Aires: Troquel.

- Tapia, R. (2001). *Las adicciones: dimensión, impacto y perspectiva*. México: El Manual Moderno.
- Valleur M. (2005). *Las nuevas adicciones del siglo XXI: sexo, pasión y videojuegos*. España: Paidós.
- Vázquez, Z. et.all. (1997). *Libro para el maestro de Orientación Educativa: Educación Secundaria*. México: SEP.
- Yaría, J. (2005). *Drogas: escuela, familia y prevención*. Argentina: Bonum.
- Zaragoza, JR. et. all. (1980). *Tabaco y Salud*. Madrid: AC Colección Alfa.

Revistas

- Anaya, R. et. all. (2006). Bajo desempeño escolar relacionado con la persistencia del tabaquismo en una cohorte de estudiantes en México. *Salud Pública de México*, 48 supl 1.
- Guiza, C. et. all. (2005). Clínicas contra el tabaquismo en México. Primer Informe sobre el combate al tabaquismo. En: Valdés-Salgado R. Primer informe sobre el combate al tabaquismo. México ante el Convenio Marco para el Control del Tabaco. Cuernavaca, Morelos: *Instituto Nacional de Salud Pública*.

- Hernández, A. et .all. (2007). *Perspectivas para el control del tabaquismo en México: reflexiones sobre las políticas actuales y acciones futuras. Salud Pública de México, 49* supl 2.
- Kuri, M. et. all. (2006). Políticas, vigilancia y acceso de los menores de edad a los cigarros en la Ciudad de México. *Salud Pública de México, 48* supl 1.
- Kuri,M. et. all. (2006). Epidemiología del tabaquismo en México. *Salud Publica México, 48* supl.
- Ponciano, G. y Morales, A. (2007). Evaluación del Programa de Tratamiento para la Cesación del Tabaquismo en la clínica de la Facultad de Medicina de la UNAM. *Salud Pública de México, 49* supl 2.
- Reddy, C. (2006). Pobreza, Jóvenes y Consumo De Tabaco en México. *Salud Pública de México, 48, Supl. 1.*
- Reyes, J. (2006). Efectividad de Oportunidades en el comportamiento de riesgo de adolescentes. *Salud Pública de México, 49, edición especial, XII Congreso de Investigación en Salud Pública.*
- Valdés, R. (2006). Los Retos del Convenio Marco Para El Control del Tabaco En México: Un Diagnostico a partir de la encuesta sobre tabaquismo en jóvenes. *Salud Pública de México, 48, supl. 1.*

Fuentes electrónicas

- Acosta, Alberto. (2011, 23 de noviembre). Refuerzan Lucha contra el tabaco. Recuperada el 26 de noviembre de 2011, en:

<http://cmct.mx/noticias-sobre-tabaquismo/refuerzan-lucha-contra-el-tabaco-reforma/>

- Chavez, R. et. all. (2004). Consumo de tabaco, una enfermedad social. *Rev. Inst. Nal. Enf. Resp. México*. México. Vol 17, n 3. 2004. Recuperado el 14 de septiembre de 2011 en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-75852004000300007&lng=es&nrm=iso.

- Como proteger a tus hijos contra las drogas. Recuperada el 2 de enero de 2013, en:

<http://basica.sep.gob.mx/escuelasegura/pdf/adicciones/contralasdrogas.pdf>

- Convenio Marco de la OMS para el control del tabaco (2005). Recuperado el 13 de febrero de 2011, en:

http://www.who.int/tobacco/framework/WHO_fctc_spanish.pdf

- Cruz, Ángeles (2011, 30 de mayo). Asignatura pendiente en México, el control del tabaquismo: ONG. *La Jornada*. p. 42. Recuperada el 2 de junio de 2011, en:

<http://www.jornada.unam.mx/2011/05/30/sociedad/042n1soc>

- Diario Oficial de la Federación (2004, 19 de Enero). Tomo DCIV No. 12.

Recuperado el 14 de marzo de 2013, en:

<http://www2.scjn.gob.mx/Leyes/ArchivosLeyes/00361022.pdf>

- Diario Oficial de la Federación (2013, 25 de Febrero). Acuerdo número 633.

Recuperado el 14 de abril de 2013, en:

http://normatecainterna.sep.gob.mx/work/models/normateca/Resource/361/1/images/acuerdo_663.pdf

- Encuesta Nacional de Adicciones 1998 (ENA). (1998). Recuperada el 14 de noviembre de 2010, en:

http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/publicaciones/obs2002_2.pdf

- Encuesta Nacional de Adicciones 2008 (ENA). (2008). Recuperada el 18 de noviembre de 2010, en:

http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ena08/ENA08_NACIONAL.pdf

- Encuesta Nacional de Adicciones 2011 (ENA). 2011. Recuperada el 26 de febrero de 2013, en:

http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_TABACO.pdf

- Enciso, Angélica. (2011, 25 de enero). Camel, Marlboro y Delicados no incluyen los pictogramas de ley. *La Jornada*. p. 44. Recuperada el 1 de febrero de 2011, en:

<http://www.jornada.unam.mx/2011/01/25/sociedad/044n1soc>

- Guía para el acompañamiento escolar en la detección y canalización de casos de consumo de sustancias adictivas. Recuperada el 2 de enero de 2013, en:

<http://basica.sep.gob.mx/escuelasegura/pdf/adicciones/guiadeadicciones.pdf>

- Guzmán, Fernando. (2011, 24 de marzo). Mujeres: más susceptibles al tabaco y sus efectos. *El universal*. Recuperada el 18 de mayo de 2011, en:

<http://www.eluniversal.com.mx/cultura/65088.html>

- Habilidades para la vida. Recuperada el 2 de enero de 2013, en:

<http://basica.sep.gob.mx/escuelasegura/pdf/adicciones/habilidadesparalavida.pdf>

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2010). Estadísticas a propósito del día mundial sin tabaco. Recuperada el 1 de febrero de 2011, en:

www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/.../estadisticas/.../tabaco09.doc

- Ley General Para el Control del Tabaco (LGCT). (2008). Consultada el 22 de noviembre de 2011. Recuperada el 22 de noviembre de 2010, en:

http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgct/LGCT_orig_30may08_ima.pdf

- Manual para fortalecer la Prevención de Adicciones desde la Secundaria. Recuperada el 2 de enero de 2013, en:

<http://basica.sep.gob.mx/escuelasegura/pdf/adicciones/mpfpaes.pdf>

- Orientaciones para la Prevención de Adicciones en escuelas de Educación Básica. Manual para profesores de secundaria. Recuperada el 2 de enero de 2013, en:

<http://basica.sep.gob.mx/escuelasegura/pdf/adicciones/manualorientaciones.pdf>

- Orientaciones para la Prevención de Adicciones en escuelas de Educación. Guía de capacitación para profesores de secundaria. (2008) Recuperada el 2 de enero de 2013, en:

<http://basica.sep.gob.mx/escuelasegura/pdf/adicciones/guiaorientaciones.pdf>

- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2012). *10 datos sobre la epidemia de tabaquismo y el control mundial del tabaco*. Recuperado el 20 de abril de 2012, en: http://www.who.int/features/factfiles/tobacco_epidemic/es/index.html
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (n.f.). *Salud de los adolescentes*. Recuperado el 17 de noviembre de 2010.
- Programa Contra el Tabaquismo Actualización 2011-2012. (PCT). (2012). Recuperada el 21 enero de 2012, en: <http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/publicaciones/tabaquismo.pdf>
- Programa Escuela Segura (PES). (2007). Recuperada el 2 de enero de 2013, en: <http://basica.sep.gob.mx/escuelasegura/start.php?act=objetivo>
- Reuters. (2010, 27 de noviembre). Tabaquismo pasivo causa 600 mil muertes cada año, revela la OMS. *La jornada*. P2. Recuperada el 3 de diciembre de 2010, en: <http://www.jornada.unam.mx/2010/11/27/ciencias/a02n1cie>

- Reuters. (2011,3 de mayo). Humo de segunda mano daña más a bebés en gestación. *La Jornada*. p. 2. Recuperada el 12 de julio de 2012, en:

<http://www.jornada.unam.mx/2011/05/03/index.php?section=ciencias&article=a02n2cie>

- Rodriguez, Galdys (2010, 31 de mayo). Aumenta Tabaquismo de Adolescentes en BCS. *El Universal*. Recuperada el 11 de noviembre de 2010, en:

<http://www.eluniversal.com.mx/notas/684463.html>

- Velasco, Elizabeth. (2011, 31 de mayo). Anuncian ONG que presentarán una iniciativa para elevar costo de cigarros. *La Jornada*. p 40. Recuperada el 2 de junio de 2011, en:

<http://www.jornada.unam.mx/2011/05/31/sociedad/040n1soc>

- UNICEF México. (n.f.). *La adolescencia*. Recuperada el 16 abril de 2012. Disponible en:

http://www.unicef.org/mexico/spanish/ninos_6879.htm

- Violencia familiar y adicciones. Recuperada el 2 de enero de 2013, en:

http://basica.sep.gob.mx/escuelasegura/pdf/adicciones/violenciafamiliar_yadicciones.pdf