

**PREVALENCIA DE TABAQUISMO Y FACTORES ASOCIADOS AL HÁBITO EN
ADOLESCENTES DE BASICA SECUNDARIA DE LAS INSTITUCIONES
EDUCATIVAS
CARTAGO - VALLE 2011.**

**ALBA LUCIA RIOS
ENFERMERA**

**ANA CELIS PRADO CARDENAS
ENFERMERA**

**GUSTAVO MUÑOZ LOZANO
CONTADOR PÚBLICO**

**AURA LORENA CARDONA ALVAREZ
PSICOLOGA**

**UNIVERSIDAD CATOLICA DE MANIZALES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACION EN ADMINISTRACION DE LA SALUD
BUGA - VALLE
FEBRERO 2012**

**PREVALENCIA DE TABAQUISMO Y FACTORES ASOCIADOS AL HÁBITO EN
ADOLESCENTES DE BASICA SECUNDARIA DE LAS INSTITUCIONES
EDUCATIVAS
CARTAGO - VALLE 2011.**

**DOCENTE
MARTHA LUCIA CUJIÑO Q.
ENF. MGR. MATERNO INFANTIL
ESP. ADMINISTRACION DE SALUD
ESP. EN DOCENCIA UNIVERSITARIA**

**UNIVERSIDAD CATOLICA DE MANIZALES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACION EN ADMINISTRACION DE LA SALUD
BUGA - VALLE
FEBRERO 2012**

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION	5
1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO	6
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
3. JUSTIFICACION	10
4. OBJETIVOS	14
4.1 OBJETIVO GENERAL	14
4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	14
5. MARCO TEORICO	15
5.1 TERMINOS DE REFERENCIA	15
5.2 TABAQUISMO (CONCEPTOS BASICOS, ESTADISTICAS)	19
5.3 POBLACION VULNERABE AL CONSUMO DE TABACO	26
5.4 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL TABAQUISMO	26
5.5 MARCO LEGAL	28
5.6 PROMOCION Y PREVENCION	32
6. METODOLOGIA.	42
6.1. TIPO DE ESTUDIO.	42
6.2 POBLACION.	42
6.3 TAMAÑO MUESTRAL	42
6.3.1 MUESTRA.	42
6.3.2 SELECCIÓN DE LA MUESTRA.	43
6.4 INSTRUMENTO	45
6.4 .1 PROCEDIMIENTO.	45
7. ANALISIS DE LA INFORMACION Y RESULTADOS	47
7.1 RESULTADOS	47
8. ANALISIS Y DISCUSION	62

9.	CONCLUSIONES	67
10.	RECOMENDACIONES	70
11.	PLAN DE MEJORAMIENTO	72
13.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.	74

ANEXOS

INTRODUCCION

Esta investigación busca corresponder al objetivo general de la Secretaría del Salud de Cartago, la cual busca mejorar la salud de la población Cartagüeña (niñez, adolescencia, juventud, mujeres y hombres adultos y adultos mayores) promocionando la salud, previniendo la enfermedad y vigilando la prestación de los servicios en los distintos aspectos (inmunidad, nutrición, sexualidad y reproducción, salud oral y mental, riesgos laborales, seguridad sanitaria y ambiental) donde a través de este trabajo de grado se intenta desde un punto de vista administrativo gestionar y tomar decisiones en un problema crítico que está teniendo el municipio y así mismo aportar elementos significativos generando posibles políticas de recomendación para que se implementen soluciones que realmente ayuden a disminuir el consumo de cigarrillo de los adolescentes.

Para lograr esto se planteó descubrir cuáles son los factores que motivan determinado comportamiento sobre la prevalencia de tabaquismo y los factores asociados al hábito en adolescentes de básica secundaria de las Instituciones educativas del municipio de Cartago - Valle durante el 2011, específicamente en la instituciones publicas y privadas, que conlleven a cambios de pensamiento y comportamiento.

Para lograrlo, se hizo una revisión conceptual sobre el origen del cigarrillo y los diversos aspectos que han generado y apoyado su alto consumo. Así mismo, se realizó una minuciosa revisión en una muestra de la población objetivo sobre la motivación de estos hábitos de consumo; el conocimiento de las implicaciones, de la norma y la eficiencia de algunas advertencias, ya que estas percepciones y experiencias resultan importantes y necesarias; por último, se reconoce la importancia del papel persuasivo de la Secretaría de Salud municipal y se hacen recomendaciones estratégicas para infundir elementos claves que contribuyan al cese en torno al consumo de cigarrillo suscitadas de los elementos críticos de la investigación realizada

1. ANTEDECENTES

En los últimos años se han llevado a cabo varios trabajos investigativos orientados hacia una caracterización del uso de drogas y la problemática asociada en el ámbito nacional, tales como:

- La “Encuesta nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes de 10 a 24 años” realizada en el 2001 por el programa RUMBOS de la Presidencia de la República¹, el “Estudio Nacional de Salud Mental” del año 2003 realizado por el Ministerio de la Protección Social en asocio con la Organización Mundial de la Salud OMS²
- La “Encuesta Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas en Jóvenes Escolares entre 12 y 17 años”, realizada por el Ministerio de la Protección Social y la CICAD/OEA en el 2004³. Estos dos últimos estudios comparables internacionalmente.
- En el año 2008 se realizó el estudio nacional de consumo de drogas en Colombia⁴ el cual corresponde a una encuesta de hogares en una población de 12 a 65 años de años de las ciudades con 30.000 o más habitantes. Se seleccionó una muestra de 46.000 hogares lográndose un total efectivo de 29.164 personas, la que representa a 19.764.799 habitantes del país. Se construyó un cuestionario que contiene preguntas para estimar la magnitud del uso tanto de drogas lícitas (tales como tabaco, alcohol, tranquilizantes y estimulantes sin prescripción médica) como

¹ Comisión Nacional de Investigación en Drogas, Programa RUMBOS y Observatorio Colombiano sobre consumo de Sustancias Psicoactivas.

² Ministerio de la Protección Social, Fundación FES Social 2003

³ Ministerio del Interior y de Justicia, Ministerio de la Protección Social, Dirección Nacional de Estupefacientes, CICAD- OEA.

⁴ Ministerio de la Protección Social, Ministerio del Interior y de Justicia, Dirección Nacional de Estupefacientes

drogas ilícitas (marihuana, cocaína, basuco, éxtasis entre otras). También permite estudiar el uso problemático de alcohol mediante en test AUDIT (Test de Identificación de los Trastornos Debido al Consumo de Alcohol) de la Organización Mundial de la Salud, y también estimar el Abuso (mediante el cuestionario del DSM-IV) y Dependencia (mediante la CIE-10) de algunas drogas ilícitas. Por otra parte se indagó respecto de la facilidad de acceso a las drogas y si las personas han recibido o no oferta para comprar o usar drogas.

- En el año 2007 se realizó un estudio sobre consumo diario de cigarrillo en Bucaramanga, Colombia⁵, cuyo objetivo fue establecer la prevalencia y algunos factores asociados con el consumo diario de cigarrillo en Bucaramanga, Colombia. Se realizó un estudio transversal con muestra multietápica de la población general. Se consideraron fumadores diarios quienes informaron consumo de al menos un cigarrillo por día durante el último mes.
- Bogotá D.C. en el año 2009, realizó el estudio de consumo de sustancias psicoactivas⁶, el cual se llevó a cabo mediante una alianza entre el gobierno del distrito capital a través de la Secretaría Distrital de Salud, en asocio con el Hospital de Engativá, y el gobierno nacional a través de la Dirección Nacional de Estupefacientes y el Ministerio de la Protección Social, con el apoyo de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) y la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la Organización de Estados Americanos (OEA).
- A partir del estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia - 2008, y teniendo como insumo la información específica sobre la capital del país recolectada en ese estudio, se tomó la decisión de

⁵ Campo Arias Adalberto, Astrid Jaimes Dorian, Díaz Martínez Luis Alfonso.

⁶ Parte del estudio Nacional de consumo de SPA que se realizó en el 2008 por el Gobierno Nacional y la UNODC.

ampliar la muestra en la ciudad y ejecutar una segunda fase de recolección de información, con el fin de contar con datos desagregados por variables demográficas y zonas. Para esto último, las autoridades del distrito capital establecieron una zonificación, agrupando las veinte localidades que conforman el territorio de Bogotá en diez zonas, las cuales corresponden a la división espacial y administrativa del sistema de servicios de salud pública en la ciudad.

- El estudio de consumo de sustancias psicoactivas en Bogotá D.C. – 2009 se hizo mediante una encuesta de hogares en población general de 12 a 65 años. Se seleccionó una muestra de 14.645 hogares y se logró entrevistar a un total de 6.617 personas. Al igual que en el estudio nacional, se utilizó la metodología SIDUC (Sistema Interamericano de Datos Uniformes sobre Consumo de Drogas), que ha sido aplicada y validada en otros países del continente.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Desde mediados del siglo XX se ha comenzado a crear una cultura antitabaco, en la cual muchas organizaciones internacionales que buscan el bienestar común como por ejemplo, La Organización Panamericana de Salud, entre otras han venido desarrollando programas de anti-publicidad frente al consumo de nicotina, y así mismo muchas campañas para la cesación de consumo de cigarrillos.

Ante esta problemática se pretende estimar la prevalencia de consumo de tabaco en los adolescentes, el efecto de consumir cigarrillos y desde cuando los estudiantes comienzan a fumar, sin importar el lugar donde lo hagan o a quien estén afectando.

A fin de aportar a esta causa se hace la siguiente investigación en donde el problema planteado es:

¿Cual es la prevalencia de tabaquismo y los factores asociados al hábito en adolescentes de básica secundaria de las Instituciones educativas del municipio de Cartago - Valle durante el 2011?

3. JUSTIFICACION

El tabaquismo es una enfermedad causada por el consumo excesivo de tabaco, no sólo es un problema de salud pública sino también es un problema social ya que tiene efectos nocivos a la salud, no solo para las personas que lo consumen, sino de las que conviven con ellas.

Un problema severo del tabaquismo, es que produce no solo daños a la salud de los consumidores, sino también de las personas que los rodean, a quienes se conoce como fumadores pasivos, y los que les ocasiona muchas molestias provocadas por el humo y el olor. También existen muchos riesgos en el crecimiento y desarrollo de los niños en gestación o durante la lactancia, cuando sus madres son fumadoras. Es importante el estudio del tabaquismo ya que esta drogadicción es el causante del 30% de los cánceres, genera o ayuda a desarrollar una serie de enfermedades especialmente en el aparato respiratorio, cardiovascular y gastrointestinal.

Un programa de apoyo para dejar de fumar es importante para los fumadores, por varias razones, más aún cuando son ellos los mismos que subestiman la fuerza de la dependencia del tabaco. Una de las razones más importantes para dejarlo es la oportunidad de prevenir las enfermedades causadas por el tabaquismo en el mediano y largo plazo, y existe mayor probabilidad de evitar estas enfermedades si los fumadores lo dejan en una etapa temprana de sus vidas. Un estudio reciente, de la Sociedad Americana del Cáncer (American Cancer Society, Inc.), demuestra que los programas de prevención del consumo de tabaco en la temprana edad tiene un alto poder de eficiencia como parte de programas de control del tabaco. Así mismo, esta misma Sociedad recomienda iniciar programas de prevención del consumo de tabaco centrándose en el corto plazo porque las

consecuencias a largo plazo del hábito de fumar, que aunque parece remota a los fumadores adolescentes, es vital. Las personas que dejan de fumar cuando son jóvenes experimentan los beneficios mayores a la salud.

Aquéllos que dejaron el hábito en sus 30s puede que hayan evitado la mayor parte del riesgo debido al consumo de tabaco.

Habitualmente las personas son bombardeadas con información como la presentada anteriormente sobre los efectos y amenazas del consumo de cigarrillo, y sin embargo es muy fácil encontrar consumidores de cigarrillos por cualquier lado, sin discriminar raza, edad, nivel de educación o estrato socio-económico.

Alrededor del 90% de los fumadores adultos (en Estados Unidos) comienzan a fumar a los 19 años o antes. Aproximadamente de los 3.000 niños que prueban su primer cigarrillo cada día, alrededor de 1.000 de estos se convierten en consumidores activos de cigarrillos y no pueden dejar de fumar, lo cual equivale aproximadamente al 33.3% de esta población en estudio. Esta problemática que con el día a día se va convirtiendo en un tema de orden público es preocupante para la sociedad de hoy en día, este hecho a parte de afectar directamente al consumidor afecta el medio ambiente y también afecta a los grupos sociales más cercanos al consumidor.

Por tanto, la justificación es social, ambiental, cultural y económica al buscar disminuir el consumo del cigarrillo de los jóvenes estudiantes de las instituciones educativas del municipio de Cartago, no solo dentro de los establecimientos, si no en general, descubriendo los factores determinantes y diferenciales.

Este tema también afecta directamente al objetivo social de la Secretaria del Salud de Cartago porque entre uno de sus puntos a gestionar en la misión es tratar de contribuir especialmente a la solución de la problemática en la irracionalidad en el manejo del medio ambiente y de los recursos naturales; a través de este trabajo

de grado se intenta desde un punto de vista administrativo gestionar y tomar posición en un problema crítico que está teniendo el municipio y así mismo aportar elementos significativos generando posibles políticas de recomendación para que en el corto plazo se implementen soluciones que realmente ayuden a disminuir el consumo de cigarrillo de los adolescentes.

Conociendo la prevalencia de tabaquismo y factores asociados al hábito en adolescentes de básica secundaria **de las** instituciones educativas del municipio de Cartago, 2011, se busca ampliar la información en este grupo el cual no ha sido estudiado a profundidad, y así apoyar la campaña 'Espacios Libres de Humo', liderado por la Secretaria de Salud del municipio y el Ministerio de la Protección Social, el cual busca favorecer la articulación de acciones relacionadas con la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. De este modo es posible llegar a generar oportunidades y elementos críticos con el fin de formular estrategias para el cese en torno al consumo de cigarrillo en esta comunidad.

Esta investigación beneficiará a la Secretaria de Salud de Cartago – Valle, ya que se pretende por medio de estudios de campo, análisis de datos estadísticos y resultados acertados de los factores que motivan a consumir cigarrillo de la población objetivo, aportar ideas estratégicas sobre programas de cesación de consumo de cigarrillo. Los datos serán recolectados de fuentes primarias y se realizará su respectivo análisis con el fin de construir conclusiones basadas en hechos reales. De este modo, la Secretaria de Salud como la dependencia encargada del medio ambiente y la salud de los estudiantes, que en este caso le compete al programa de Escuelas Saludables, esté en condiciones óptimas para tomar decisiones con certeza a corto y mediano plazo que afectará positivamente la comunidad Cartagüesa.

Esta investigación al mismo tiempo es muy útil para encontrar que variables están asociadas en un momento dado con el hábito de fumar, además de establecer una

una línea base frente al consumo, la cual sería de gran importancia para poder empezar a trabajar fuertemente desde los diferentes rangos de edad y de acuerdo a las necesidades de la población en general. Además como se ha nombrado con anterioridad dejar indicado y hacer sugerencias de continuidad en la investigación para realizar programas de cesación que funcionen de manera eficiente en los estudiantes objeto de estudio.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar la prevalencia de tabaquismo y los factores asociados al hábito en adolescentes de básica secundaria de las instituciones educativas del Municipio de Cartago Valle, 2011

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Estimar la prevalencia de consumo de cigarrillo en los adolescentes de básica secundaria del municipio.
- Caracterizar sociodemográficamente la población objeto de estudio.
- Determinar las motivaciones familiares, escolares, de pares y de los medios de comunicación para el inicio del hábito de fumar.
- identificar la edad de inicio o primeras experiencias de consumo de tabaco.
- Explorar conocimientos y actitudes de la población objeto de estudio hacia el tabaco y el abandono del hábito.
- Explorar el conocimiento y aplicación de la normatividad actual frente a la prevención del tabaquismo por parte de los adolescentes de básica secundaria del municipio.
- Plantear recomendaciones que contribuyan a la disminución del consumo de tabaco.

5. MARCO TEORICO

5.1 TERMINOS DE REFERENCIA

- **AGREGACION PLAQUETARIA:** Adhesión de las plaquetas entre sí. Esta formación de grumos puede ser inducida por distintos agentes (por ej. trombina, colágeno) y es parte del mecanismo que conduce a la formación de un trombo.
- **ALQUITRAN:** una sustancia bituminosa, grasa, oscura y de olor fuerte, que se obtiene de la destilación de ciertas materias orgánicas, principalmente de la hulla, el petróleo, la turba, los huesos y de algunas maderas resinosas.
- **EPOC:** Es una de las enfermedades más comunes de los pulmones que causa dificultad para respirar. Hay dos formas principales de EPOC: Bronquitis crónica, definida por una tos prolongada con moco y el Enfisema, definida por la destrucción de los pulmones con el tiempo. La mayoría de las personas con EPOC tienen una combinación de ambas afecciones.
- **ESTEREOTIPOS:** (etimológicamente proviene de la palabra griega *stereos* que significa sólido y *typos* que significa marca): Es una imagen trillada, con pocos detalles acerca de un grupo de gente que comparte ciertas cualidades, características y habilidades. Por lo general ya fue aceptada por la mayoría como patrón o modelo de cualidades o de conducta. El término se usa a menudo en un sentido negativo, considerándose que los

estereotipos son creencias ilógicas que limitan la creatividad y que sólo se pueden cambiar mediante la educación.

- **FUMADOR PASIVO:** es aquel sujeto que, pese a no consumir directamente productos provenientes de las labores del tabaco, aspira las sustancias tóxicas y cancerígenas provenientes de su combustión y propagadas por el humo que desprende la misma.
- **HERMODINAMICA:** es aquella parte de la cardiología que se encarga del estudio anatómico y funcional del corazón mediante la introducción de catéteres finos a través de las arterias de la ingle o del brazo. Esta técnica conocida como cateterismo cardíaco permite conocer con exactitud el estado de los vasos sanguíneos de todo el cuerpo y del corazón
- **MONOXIDO DE CARBONO:** también denominado óxido de carbono cuya fórmula química es CO, es un gas inodoro, incoloro, inflamable y altamente tóxico. Puede causar la muerte cuando se respira en niveles elevados. Se produce por la combustión incompleta de sustancias como gas, gasolina, keroseno, carbón, petróleo, tabaco o madera. Las chimeneas, las calderas, los calentadores de agua o calefones y los aparatos domésticos que queman combustible, como las estufas u hornallas de la cocina o los calentadores a kerosina, también pueden producirlo si no están funcionando bien. Los vehículos detenidos con el motor encendido también lo despiden. También se puede encontrar en las atmósferas de las estrellas de carbono.
- **NICOTINA:** es un compuesto orgánico, un alcaloide encontrado en la planta del tabaco (Nicotiana tabacum), con alta concentración en sus hojas. Constituye cerca del 5% del peso de la planta. La nicotina debe su nombre

a Jean Nicot, quien introdujo el tabaco en Francia en 1560. Se sintetiza en las zonas de mayor actividad de las raíces de las plantas del tabaco, transportada por la savia a las hojas verdes. El depósito se realiza en forma de sales de ácidos orgánicos. Es un potente veneno e incluso se usa en múltiples insecticidas (fumigantes para invernaderos). En bajas concentraciones, la sustancia es un estimulante y es uno de los principales factores de adicción al tabaco. Es soluble en agua y polar.

- **REFUERZO NEGATIVO:** es ese reforzador que aumenta nuestra conducta porque al hacer esta conducta nos quitan algo que no nos gusta o que queremos evitar. Un niño acabará de comerse la sopa (Conducta) con la promesa de que no tendrá que comerse el pescado que tanto le disgusta (la retirada del pescado como Refuerzo Negativo).

Es importante no confundir los términos de Positivo o Negativo en el sentido de Bueno o Malo; se habla de Refuerzo, o Castigo, Positivo SIEMPRE que se reciba algo por la Conducta, y se habla de Refuerzo, o Castigo Negativo SIEMPRE que se nos quite algo por la conducta.

- **REFUERZO POSITIVO:** es ese reforzador que aumenta nuestra conducta porque al hacer esta conducta recibimos algo que nos gusta. Es un Refuerzo Positivo dar un caramelo a un niño por haber concluido sus obligaciones; la conducta de hacer sus obligaciones aumenta porque el niño recibe algo que le agrada (un caramelo). El reforzador positivo es aquello que va a ayudar a que la conducta se mantenga. Por ejemplo cuando se le compra un helado a un niño que ha obtenido buenas notas.
- **TABACO:** es un producto de la agricultura originario de América y procesado a partir de las hojas de varias plantas del género Nicotiana

tabacum. Se consume de varias formas, siendo la principal por combustión produciendo humo. Su particular contenido en nicotina la hace muy adictiva. Se comercializa legalmente en todo el mundo, aunque en muchos países tiene numerosas restricciones de consumo, por sus efectos adversos para la salud pública.

Su composición incluye un alcaloide, la nicotina, que se encuentra en las hojas en proporciones variables (desde menos del 1% hasta el 12%). Cuando estas hojas se procesan para producir cigarrillos se añaden sustancias químicas que pueden ser dañinas para la salud.

El género *Nicotiana* abarca más de 50 especies clasificadas en cuatro grupos principales: *N. tabacum*, *N. petunoides*, *N. rustica* y *N. polidiclia*. La especie *N. tabacum*, se puede clasificar en cuatro variedades: *havanesis*, *brasiliensis*, *virgínica* y *purpúrea*, que son el origen de las distintas variedades usadas en la comercialización.

- **TABAQUISMO:** es la adicción al tabaco, una intoxicación crónica provocada principalmente por uno de sus componentes activos, la nicotina; la acción de dicha sustancia acaba condicionando el abuso de su consumo. Según la Organización Mundial de la Salud el tabaco es la primera causa de invalidez y muerte prematura del mundo
- **TISIONEUMONOLOGIA:** surge de la unión de las palabras tisiología y neumonología. La primera palabra expresa la especialidad médica que se dedica al diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis mientras que la segunda (neumonología) es la especialidad que abarca a todo el conjunto de las enfermedades que afectan al aparato respiratorio. Actualmente en el mundo la tendencia es utilizar solo el término de neumonología como especialidad, pues en la misma queda comprendida la patología tuberculosa.

5.2 TABAQUISMO (conceptos, definiciones y estadísticas)

El tabaco es una de las principales causas prevenibles de enfermedad y muerte en el mundo, además de ser una sustancia adictiva, socialmente aceptada y de consumo legal. El tabaquismo es un problema de salud pública, que ataca no solo a los diferentes sectores de la sociedad sino que no discrimina edad, sexo, raza ni nivel educativo; y aunque durante años se ha tratado de combatir con leyes y campañas se ha convertido en una bola de nieve que a crecido rápidamente con el tiempo.

Existen escasos datos internacionales que permiten correlacionar la variaciones del hábito por segmentos de edad en diferentes países, los cuales son esenciales para la identificación del problema y el seguimiento del progreso en la disminución de enfermedades relacionadas con el tabaco; por lo que se ve la necesidad de que los programas preventivos se promuevan activamente desde la primera infancia.

La organización Mundial de la Salud(OMS) señala que de la población mundial el 30% de los adultos son fumadores, y de estos fumadores 3.5 millones fallecen al año, lo equivalente a la muerte de siete personas cada minuto por enfermedades relacionadas con el tabaquismo y que en 2020 habrán muerto anualmente 10 millones de personas en el mundo como consecuencia del uso del cigarrillo; de ellas, 7 millones de personas serán de países en desarrollo. Es muy importante tener en cuenta que existen riesgos serios para la salud debido al uso del tabaco como son: las disminución en el estado normal de la salud , complicaciones en el embarazo , aumento en el riesgo de enfermedades respiratorias crónicas en todas las etapas de la vida y aumento en el riesgo de muerte por cáncer de pulmón o enfermedades

coronarias al llegar a la etapa adulta; sin dejar de lado que el fumar no solo daña a quienes lo consumen directamente si no a los no fumadores (Fumador pasivo) ocasionándoles recurrentes síntomas respiratorios e infecciones como resfriados e incidencia en el infarto de miocardio.

A través del humo, se incorporan los distintos elementos contenidos en el tabaco, provocando efectos nocivos en fibroblastos, células sanguíneas e inflamatorias, en el sistema inmunitario celular y humoral; algunos de estos elementos son:

Componentes más importantes de la fase de partículas del humo del cigarrillo	
Componente	Concentración media por pitillo
Alquitrán	1-40 mg
Nicotina	1-2.5 mg
Fenol	20-150 mg
Catecol	130-280 mg
Pireno	50-200 mg
Benzo (a) Pireno	20-40 mg
2.4 Dimetilfenol	49 mg
m- y p-Cresol	20 mg
p-Etilfenol	18 mg
Sigmasterol	53 mg
Fitosteroles (total)	130 mg

TABLA 1 (adaptado de U.S.D.H.H.S., 1988)⁷

Componentes más importantes de la fase gaseosa del humo del cigarrillo	
Componente	Concentración media por cigarrillo
Dióxido de carbono	20-60 mg
Monóxido de carbono	10-20 mg
Metano	1.3 mg
Acetaldehido	770 mg
Isopreno	582 mg
Acetona	100-600 mg
Cianidina de hidrógeno	240-430 mg
2-Butanona	80-250 mg
Tolueno	108 mg
Acetonitrilo	120 mg

⁷ Tomado de <http://salud.discapnet.es>

Acroleína	84 mg
Amoniaco	80 mg
Benceno	67 mg
Nitrobenceno	25 mg

TABLA 2 (adaptado de U.S.D.H.H.S., 1988)⁸

El calor producido por la combustión del cigarrillo tendrá contacto directo con la mucosa oral, provocando efectos nocivos sobre la misma, entre ellos, periodontitis, gingivitis, aumento de la pérdida de inserción, etcétera.

También se atribuye al tabaco la falta de absorción de las vitaminas A, B y C.

La acción del monóxido de carbono, el alquitrán y la nicotina además de producir adicción:

- Aumenta el riesgo de cáncer pulmonar, de laringe, órganos digestivos y aparato urinario.
- Predispone a la bronquitis crónica, al enfisema, a la EPOC y a la úlcera péptica. Está demostrado que predispone a la arteriosclerosis con sus manifestaciones a nivel coronario, arterial periférico y cerebral.
- Es factor de riesgo en el aneurisma de la aorta abdominal y factor agravante de la hipertensión arterial.
- El tabaco induce efectos hemodinámicas agudos, algunos inducidos por aumento de la actividad del sistema nervioso simpático. Aumenta la frecuencia cardíaca, provoca vasoconstricción inadecuada, aumento de la tensión arterial y del consumo de oxígeno.
- Favorece la agregación plaquetaria y la disfunción endotelial. La oxigenación tisular también se compromete por incremento de la carboxihemoglobina.
- Los fumadores son más propensos a padecer las consecuencias de la llegada de las bajas temperaturas, especialmente si padecen afecciones en

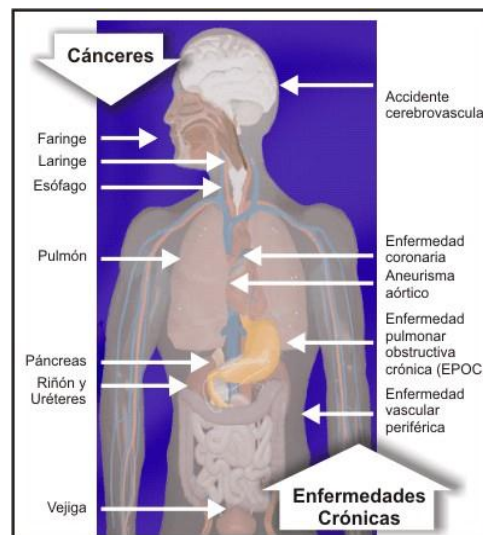
⁸ Tomado de <http://salud.discapnet.es>

las vías respiratorias, cuyas consecuencias producen la muerte de 10 millones de personas por año en el mundo.

- En tanto, la bronquitis crónica es la enfermedad más común que sufren los fumadores en época invernal y se caracteriza "por la tos y la expectoración que persiste durante tres meses por dos años consecutivos", aseguró Montaner.

El director del Instituto de Tisioneumonología de la Universidad de Buenos Aires (UBA), Luis González Montaner, señaló que "los decesos por afecciones respiratorias podrían reducirse considerablemente si se evita el cigarrillo".

El profesional destacó que los hijos de padres fumadores "padecen las consecuencias del vicio de sus padres y lo manifiestan a través de un menor desarrollo, retardo escolar y compromisos respiratorios".⁹



Ah! Pero no se pueden dejar de lado las consecuencias psicológicas y emocionales producidas por el consumo del tabaco que al mismo tiempo que las físicas deterioran la salud y la calidad de vida de quienes lo consumen y de quienes los rodean; es aquí donde cabe hablar entonces

⁹Grafico tomado de <http://www.google.com.co/search?q=tabaquismo&hl=es&client=firefox-a&hs=k3H&rls>

del síndrome de abstinencia definido por Becoña Iglesias¹⁰ (2002, p.22) como “el conjunto de síntomas y signos que aparecen en una persona dependiente de una sustancia psicoactiva cuando deja bruscamente de consumirla o la cantidad consumida es insuficiente”. La suspensión súbita del consumo de tabaco genera un síndrome de abstinencia caracterizado por al menos cuatro de las siguientes manifestaciones: deseo compulsivo de volver a fumar, irritabilidad, ansiedad, dificultad de concentración, cansancio, depresión, palpitaciones, temblores, dolor de cabeza, trastornos del sueño y problemas digestivos (Becoña Iglesias en Graña Gómez, 1994).

Se resume aquí el estudio de Becoña Iglesias (en Graña Gómez, 1994) en relación a la dependencia psico-física de las personas con respecto al hábito de fumar tabaco: Dadas las propiedades de la nicotina, el ciclo diario de la adicción a esta sustancia puede describirse así: el primer cigarrillo del día produce unos efectos notables (satisfacción, estimulación, sensación de mejora de la capacidad de actuación, etcétera). Simultáneamente se desarrolla el fenómeno de la tolerancia, es decir, es necesario incrementar progresivamente la administración de nicotina para mantener los mismos efectos en el organismo y evitar las sensaciones negativas causadas por su falta. Por ello, a medida que avanza el día, los síntomas relacionados con la abstinencia se hacen más patentes en los intervalos entre cigarrillos. La tolerancia desarrollada a lo largo de la jornada puede ser satisfecha parcialmente por los altos niveles transitorios de nicotina que llegan al cerebro en el momento en que se está fumando. Por la noche, el periodo de sueño permite al organismo una considerable liberación del sometimiento a esta sustancia y el ciclo comienza de nuevo a la mañana siguiente. Un cigarrillo

¹⁰ Catedrático de Psicología Clínica (Técnicas de Modificación de Conducta) en el Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología de la Universidad de Santiago de Compostela. Titulación académica: Psicólogo Especialista en Psicología Clínica.

aporta una media de un miligramo de nicotina al organismo, con una variación máxima de 0,5 a 3 miligramos.

La vida media de la nicotina en el cuerpo humano es de dos a tres horas. El consumo reiterado implica el incremento de los niveles durante las primeras seis u ocho horas, su mantenimiento posterior durante el resto del día y su paulatina disminución durante las horas de sueño.

El estudio del funcionamiento de esta sustancia en el cuerpo humano (Marín Tuyá, 1993)¹¹, ha llevado a conocer la dinámica que asegura el mantenimiento del consumo de tabaco y que es debida, al menos, a dos procesos fisiológicos distintos. En primer lugar, al fumar el consumidor busca evitar los efectos negativos provocados por la ausencia de la nicotina, es decir, trata de librarse de los problemas típicos del síndrome de abstinencia, así como eludir otras consecuencias negativas de la interrupción del consumo, como por ejemplo la posibilidad de engordar (refuerzo negativo). El segundo proceso fisiológico que colabora en el mantenimiento del hábito es el derivado de la necesidad de experimentar los efectos agradables e inmediatos que la nicotina genera tanto en el sistema nervioso central como en el periférico (refuerzo positivo).

Pero la dependencia al tabaco no es exclusivamente física, sino también psicológica, definida por Becoña Iglesias como aquella “situación en la que existe un sentimiento de satisfacción y un impulso psíquico que exigen la administración regular o continua de la droga para producir placer o evitar malestar”.¹² Las respuestas anticipatorias presentes en la conducta del fumador se desarrollan como consecuencia del uso repetido del tabaco en las distintas situaciones de la vida diaria. Tras un breve periodo de consumo esporádico, aprende a establecer asociaciones automáticas entre el hecho de fumar y la resolución de tareas. Así es como se establece una relación entre la aparición de determinadas situaciones diarias (estresantes, desagradables o

¹¹ Tabaco y adolescentes : más vale prevenir [Editorial] - Marín Tuyá, D; *Medicina clínica* 1993 ; 100(13) : 497-500

¹² Factores de riesgo y protección para el consumo de drogas. Becoña Iglesias (2002, p.26)

placenteras) y el tabaco o, lo que es lo mismo, la dependencia psicológica que, siguiendo a Becoña Iglesias (2002) se refiere a uno o varios de los siguientes aspectos:

- Efecto de relajación, relacionado con situaciones de descanso o distensión. El tabaco llega a ser un elemento imprescindible para sentirse tranquilo (fumar después de comer, al final de una relación sexual, durante una charla entre amigos, el cirujano que tras haber realizado una complicada intervención quirúrgica se enciende un cigarrillo, etcétera).
- Efecto de mejora del rendimiento, asociado a la realización de tareas que el fumador no se ve capaz de afrontar sin el tabaco (concentración intelectual necesaria para redactar un texto, superar una prueba de habilidad, enfrentarse a alguien o a algo, o superar una situación estresante).

Y si se ha visto que la nicotina es responsable de la mayoría de los efectos psicoactivos del tabaco sobre el organismo, debe saberse también que la inhalación es la modalidad más eficaz para su administración al organismo humano.

La metabolización de la nicotina varía considerablemente entre las personas; por ello, el consumo del mismo tipo y número de cigarrillos por distintos sujetos no significa que todos tengan la misma concentración de nicotina en sangre. El metabólico más importante de esta sustancia, la cotinina, suele usarse por los investigadores como marcador bioquímico para medir la exposición de cada fumador a la nicotina.

El conocimiento de esta dependencia tal vez sirva para comprender por qué la mayoría de los cigarrillos que se fuman no se consumen por placer, sino porque no se puede prescindir de ellos. Por otro lado, también ayuda a entender por qué por ejemplo dos de cada tres personas que fuman en España dicen que quieren dejarlo y no lo consiguen (Observatorio Español sobre Drogas, 2002).

5.3 POBLACION VULNERABLE AL HÁBITO

El tabaquismo es un problema de salud pública, que ataca no solo a los diferentes sectores de la sociedad si no que no discrimina edad, sexo, raza ni, nivel educativo. En nuestra investigación el objeto de estudio son los adolescentes quienes son uno de los grupos mas vulnerables ante el consumo del tabaco lo que podría explicarse por diversos aspectos asociados a esta etapa de desarrollo, como el deseo de adoptar roles de adultos y las fuertes presiones sociales que caracterizan la adolescencia. Estas presiones sociales, las cuales parecen desempeñar un papel muy importante en el inicio de la conducta de fumar, incluyen la imitación de los padres, de modelos de adultos en la cotidianidad que lo admite, en los medios de comunicación, la publicidad y muy especial las presiones normativas de los grupos.

5.4 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL TABAQUISMO

Se determina que los factores de riesgo más importantes, con relación al consumo de cigarrillos para los jóvenes son:

- Baja autoestima.
- Falta de actividad deportiva.
- Alta concurrencia a fiestas.
- Tener amigos que fumen y en especial su mejor amigo.
- Padres fumadores y familiares fumadores que vivan permanentemente con ellos.

Dos principales incentivos destaca Robert E. Grinder en su artículo “Amenazas para la salud del adolescente” recogido en la compilación de Laura Domínguez Psicología del desarrollo: adolescencia y juventud para continuar fumando: los camaradas y los padres¹³. Ya explicamos el sentido de dependencia y la

¹³ INTERNET. Portalesmedicos.com.

necesidad de aceptación que el adolescente adquiere respecto al grupo. En los ejemplos concretos que este autor muestra, basado en sus estudios de campo, se constata que “si el mejor amigo fumaba o la hacía el grupo, influían notablemente en los hábitos del muchacho”². La necesidad de integración, de adecuación a un grupo de camaradas, influenciado además por este sentido de la propaganda, es una de las causas que provoca la asunción de conductas o roles que pueden ser dañinos.

El modelo de los padres o familiares cercanos es sin dudas una influencia poderosa en el uso del tabaco. Grinler destaca también cómo es más probable que el adolescente fume cuando lo hacen ambos progenitores o los hermanos mayores. Esto se debe en primer lugar a que cuando el hábito es aceptado en la familia, entra a formar parte del proceso de socialización que tiene que ocurrir, se ve como algo normal, no se censura. En segundo lugar, sabemos la especial significación que tiene para el adolescente la asunción de roles de adultos (en la búsqueda de su identidad) sea en la imitación de sus padres o de amigos, maestros, figuras públicas, héroes del cine y la televisión. Desgraciadamente por todos es sabido que el ámbito profesional no es menoscabo para el hábito de fumar y que hay una gran cantidad de maestros, médicos -que debieran dar el ejemplo- que fuman. Otras de las conductas asociadas a este hábito es la tendencia del adolescente a formar estereotipo sociales sobre el ser hombre o mujer y adoptar poses estereotipadas con el cigarro en la mano para “sentirse grande”, lo cual es afianzado por la publicidad. Algunos de los mitos del tabaco son que ayuda a relajarse, a descansar o tranquilizarse, a sentirse más seguro - que sabemos que no es así pues el verdadero efecto del tabaco sobre el sistema nervioso es de tipo excitatorio y otro peor es que ayuda a controlar el peso corporal, lo cual no es sino índice de intoxicación tabáquica (este mito se extiende más entre las mujeres, por razones obvias).

La rebeldía contra las prohibiciones, el rechazo de la dependencia infantil, la reacción que busca autoafirmación ante la autoridad de los padres puede conducir a la permanencia del hábito, como una forma de alcanzar la libertad, la independencia. Una característica psicológica propia del adolescente, es el sentimiento de “invulnerabilidad” asociado a una fase egocéntrica del desarrollo, y la “fábula personal”, asociada a características histriónicas. Es poco probable, y Grinder así lo manifiesta, que un niño o un adolescente, vigoroso y lleno de vida, sienta como propias las consecuencias nocivas del cigarro - que por demás suelen ser tardías y repercuten en otras enfermedades - sino que le parecerán tan lejanas que no dará importancia a las pruebas. El está en pleno éxtasis de sus posibilidades físicas y mentales, en el apogeo de su actividad social, no teme afrontar el riesgo ni el peligro sino que al contrario, estas situaciones lo incentivan, lo atraen, lo ponen a prueba.

5.5 MARCO LEGAL

- **RESOLUCIÓN 01956 DEL 30 DE MAYO DE 2008¹⁴**: Expedida por el Ministerio de Protección colombiano **ha prohibido fumar en espacios públicos y cerrados** en todo el país. Igualmente restringe el cigarrillo en el transporte público e instituciones educativas (preescolar, básica y media). Esta medida, se expide en el **Día Mundial contra el Tabaco**, también fija restricciones al consumo de cigarrillo en todas las entidades de salud y establecimientos en los que se brinde atención a menores de edad en todo el territorio nacional. Si bien la resolución acepta la habilitación de zonas para fumadores, deja claro que sólo podrá hacerse en **sitios abiertos** o al aire libre.
- Que de conformidad con el artículo **1º de la Constitución Política de 1991**, Colombia es un Estado social de derecho fundado en la solidaridad de las

¹⁴ Ministerio de la Protección Social: Resolución 01956 del 30 de mayo de 2008: por la cual se adoptan medidas en relación con el consumo de cigarrillo o de tabaco.

personas que lo integran y en la prevalencia del interés general, por tanto, ni los fumadores, ni los empleadores tienen derecho de afectar la salud de los no fumadores

- Que de acuerdo con el **artículo 2º de la Constitución Política de 1991**, las autoridades de la República están instituidas para proteger a todas las personas residentes en Colombia, en su vida, honra, bienes, creencias y demás derechos y libertades, y para asegurar el cumplimiento de los deberes sociales del Estado y de los particulares
- Que el **artículo 79 de la Constitución Política de 1991** establece que todas las personas tienen derecho a gozar de un ambiente sano;
- Que el **artículo 95 de la Constitución Política de 1991** dispone que son deberes de los ciudadanos, entre otros, respetar los derechos ajenos y no abusar de los propios, obrar conforme al principio de solidaridad social ante situaciones que pongan en peligro la vida o la salud de las personas y velar por la conservación de un ambiente sano;
- Que el **artículo 20, numeral 3, de la Ley 1098 de 2006**¹⁵, "por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia", dispone que los niños, niñas y adolescentes deben ser protegidos contra "El consumo de tabaco, sustancias psicoactivas, estupefacientes o alcohólicas y la utilización, el reclutamiento o la oferta de menores en actividades de promoción, producción, recolección, tráfico, distribución y comercialización".
- Que a través de la **sentencia C-665 de 29 de agosto de 2007**¹⁶ se declaró exequible el mencionado convenio así como la Ley 1109 de 2006 que la adoptó a nivel interno;
- Que la **Ley 1109 de 2006 por la cual se adopta el "Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud –OMS- para el control del tabaco"**¹⁷

¹⁵ Ministerio de la Protección Social e ICBF

¹⁶ Corte Constitucional

¹⁷ diciembre 27: Diario Oficial No. 46.494 de 27 de diciembre de 2006. CONGRESO DE LA REPÚBLICA

establece que "corresponde a las partes signatarias adoptar y aplicar, en áreas de la jurisdicción nacional existente y conforme determine la legislación nacional, medidas legislativas, ejecutivas, administrativas y/u otras medidas eficaces de protección contra la exposición al humo de tabaco en lugares de trabajo interiores, medios de transporte público, lugares públicos cerrados y, según proceda, otros lugares públicos, y promoverá activamente la adopción y aplicación de esas medidas en otros niveles jurisdiccionales";

- Que el **Decreto 3039 de 2007**, por medio del cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública, determina, en la Línea de política número 1. Promoción de la salud y la calidad de vida, entre las estrategias para disminuir los riesgos para las enfermedades crónicas no transmisibles, se encuentran las siguientes acciones: g) Realizar abogacía para la reglamentación del convenio marco de lucha antitabáquica, y ajustar la regulación sobre la comercialización y publicidad del tabaco; y h) Promover la implementación de las estrategias de Instituciones Educativas, Espacios de Trabajo y Espacios Públicos Libres de Humo de tabaco y de combustibles sólidos, en coordinación con las direcciones territoriales de salud, Entidades Promotoras de Salud - EPS, Administradoras de Riesgos Profesionales - ARP, el sector educativo, trabajo, cultura y deporte y otros sectores.
- Que corresponde al **Ministerio de la Protección Social** la formulación de políticas de salud para el pueblo colombiano, así como la fijación de normas sobre la calidad del aire en relación con la salud humana y las medidas necesarias para reducir los riesgos ocupacionales.
- En virtud a la **Ley 1438 de 2011** por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones, en su Capítulo III, artículos 12° y 13°, se considera muy importante adoptar e implementar la estrategia de atención primaria en Salud, constituida por tres componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial por la salud y la participación social comunitaria y ciudadana. La Atención Primaria en Salud es la estrategia de coordinación

intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud. De igual forma esta hace énfasis en algunos elementos fundamentales para su implementación:

- a. Universalidad, interculturalidad, igualdad y enfoque diferencial, atención integral e integrada, acción intersectorial por la salud, participación social comunitaria y ciudadanía decisoria y paritaria, calidad, sostenibilidad, eficiencia, transparencia, progresividad e irreversibilidad.
- b. Énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- c. Acciones Intersectoriales para impactar los determinantes en salud.
- d. Cultura del autocuidado.
- e. Orientación individual, familiar y comunitaria.
- f. Atención integral, integrada y continua.
- g. Interculturalidad, que incluye entre otros los elementos de prácticas tradicionales, alternativas y complementarias para la atención en salud.
- h. Talento humano organizado en equipos multidisciplinarios, motivado, suficiente y cualificado.
- i. Fortalecimiento de la baja complejidad para mejorar la resolutivez.
- j. Participación activa de la comunidad.
- k. Enfoque territorial.

5.6 PROMOCION Y PREVENCIÓN

Frente a las conductas adictivas donde se tiene en cuenta el consumo de tabaco, se han planteado desde diferentes perspectivas y diversas teorías de gran peso en la actualidad, que han orientado a varios países como España hacia programas preventivos. Queremos hacer referencia en nuestro trabajo de investigación a estas, por que es muy importante tener claridad acerca de las causas y consecuencias que inciden en el habito del consumo de tabaco y de igual forma conocer los aportes que desde hace varios años muchos expertos han querido dar, para encontrar la solución mas adecuada de acuerdo a sus hallazgos a esta problemática, siendo fundamental para nosotros también al momento de plantear recomendaciones que procuren la prevención del uso de tabaco entre los adolescentes y ayudar a los que ya son fumadores a dejarlo, entendiéndose que este es un proceso y una actitud relacionada, que implica a la comunidad, la familia y a la persona en concreto.

Algunas de estas teorías que queremos destacar son:

- ***La teoría de la acción razonada***

Es uno de los modelos más difundidos sobre la relación entre factores cognitivos y consumo de drogas, planteado por Fishbein y Ajzen (1975). De acuerdo con la teoría, las influencias que actúan sobre el consumo vienen dadas por expectativas, creencias, actitudes y, en general, variables relacionadas con la cognición social. Los otros factores identificados por la investigación sobre el consumo de drogas (por ejemplo, la influencia del grupo de amigos, los factores personales o demográficos) tendrán siempre un efecto indirecto, mediado por estas variables más próximas. En el modelo de Fishbein y Ajzen, estos otros factores son llamados variables externas y, siempre según los autores, el modelo tiene suficiente coherencia como para prescindir de ellas.

En concreto, la teoría de la acción razonada comienza planteando que la “causa” más inmediata del uso de drogas serán las intenciones para consumir o no consumir. Estas intenciones (o decisiones) estarán determinadas por dos componentes. Por una parte, las actitudes hacia el consumo y, por otra parte, las creencias normativas del grupo referente sobre el consumo. De esta forma un individuo tendrá la intención de llevar a cabo una conducta en el caso de que la evalúe positivamente y cuando crea que así lo harían las personas relevantes para él.

Una de las principales aportaciones de esta teoría consiste en considerar que las actitudes de los sujetos están en función de sus creencias, marcando así una vía de experimentación para buscar la relación real entre estas dos variables.

- ***El modelo integrador de Elliott***

En los años 80, Elliott asume planteamientos de la teoría de la anomia o de la “tensión” estructural. De forma básica, se centra en la disparidad entre las metas o aspiraciones adoptadas por los individuos y los medios de que dispone para conseguirlas. Cuando la sociedad no facilita recursos para lograr las metas que ella misma inculca (éxito, estatus, poder económico), una reacción posible es el comportamiento desviado. Este modelo de Elliott incorpora planteamientos de las teorías del control social (escasa integración social del individuo) y de la influencia del grupo de iguales.

- ***La teoría de los “clusters” de amigos***

Oetting y Beauvais (1986, 1987) como Elliott, plantean que la única variable con una influencia directa sobre el consumo de drogas es la implicación con amigos consumidores. El modelo contempla también otros factores de riesgo. De acuerdo con Oetting y Beauvais, existen una serie de variables que crean el “sustrato” para que el consumo aparezca (estructura social,

auto confianza, ansiedad, actitudes hacia el consumo, adaptación social, etc.) En cualquier caso, todos estos factores sólo actuarán de un modo indirecto, a través de la implicación con amigos consumidores. Este será el factor que, en último término, dará lugar al consumo. Los amigos configurarán las actitudes sobre las drogas, proporcionarán las sustancias, crearán un contexto social facilitador del consumo y compartirán ideas y creencias que justifiquen el uso de drogas. En este sentido, los autores señalan que son especialmente importantes determinados subgrupos de sujetos, altamente homogéneos, que se forman dentro de los grupos de amigos. Esos subgrupos son los llamados “clusters” de amigos. Los “clusters” suelen estar formados por muy pocos individuos, que comparten actitudes, valores, creencias y visiones del mundo. Los integrantes de un “cluster” probablemente utilizarán las mismas drogas, las utilizarán por las mismas razones y las consumirán juntos.

- ***La teoría del autorrechazo***

Kaplan (1986) es el autor de este modelo basado en causas intrapersonales, también llamado teoría de la mejora de la estima, en el que la autoestima es un factor fundamental.

En la base del modelo se considera que todas las personas tenemos una motivación por mantener una autoestima positiva e intentamos comportarnos de modo que nuestra autovaloración se fortalezca.

La elección o no de una conducta convencional depende de la educación recibida y en general de las fuentes de socialización microsociales, sociales etc. En este sentido Becoña Iglesias (2001, p.116) afirma que en aquellos casos en que la conducta convencional es menos reforzante que la desviada “aparecerá un deterioro de la adecuación a las normas convencionales y vínculos sociales que los sustentan”.

Durante el proceso de desarrollo, pueden generarse actitudes de autorrechazo. Esto suele ocurrir en el contexto de experiencias sociales desfavorables. El rechazo o la negligencia por parte de los padres, la incapacidad para lograr éxito académico, las situaciones de prejuicio social, la falta de habilidades adecuadas de afrontamiento o la falta de apoyo social, pueden ser factores que precipiten el autorrechazo. Cuando las experiencias de autorrechazo se repiten, el sujeto se sentirá poco motivado por respetar las normas de esos grupos que dañan la autoestima y buscará cauces alternativos por ejemplo conductas de abuso de drogas, que le permitan recuperar la autovaloración. Diez años más tarde, Kaplan (1996), remodela su teoría hacia el concepto de desviación en la llamada teoría integrativa de la conducta desviada. La aportación de este autor se centra fundamentalmente en la visión de que la persona busca el modo de poder valorarse a sí misma, aún en este caso, mediante una conducta desviada.

De acuerdo con este modelo, la conducta desviada se puede fundamentar en expectativas inadecuadas sobre uno mismo, falta de recursos, habilidades y destrezas para el afrontamiento social. La prevención de la conducta desviada debiera promover el desarrollo de una autovaloración favorable. Por una parte, la teoría sugiere la necesidad de crear climas sociales (familiares, escolares, etc.) de aceptación y apoyo hacia el adolescente. Por otra parte, una vía útil en la prevención será proporcionar a los adolescentes habilidades sociales (basadas en la modelación de la conducta) y recursos personales que permitan sostener una auto imagen positiva.

- ***La teoría “multietápica” del aprendizaje social***

La llamada teoría “multietápica” desarrollada por Simons, Conger y Whitbeck (1988), integra diversos factores intrapersonales con variables del entorno familiar y grupal. Asume planteamientos del aprendizaje social y

reconoce la importancia de los modelos y procesos de reforzamiento, especialmente en el grupo de amigos. La teoría intentará completar las hipótesis del aprendizaje social, explicando qué factores dan lugar a que un adolescente decida unirse a grupos de consumidores.

Según esta teoría, para explicar el proceso de involucración en el consumo, pueden definirse tres etapas:

A- Contacto inicial con las drogas; Los factores importantes para explicar esta iniciación serían tres:

1. Los valores sostenidos por el sujeto; el consumo de drogas se asocia con la preferencia por valores hedonistas, orientados hacia lo inmediato, y con una despreocupación por metas a más largo plazo.
2. Las características del medio familiar; La falta de calidad en las relaciones familiares tienen una fuerte influencia en los primeros momentos del consumo.
3. El consumo de drogas en la familia.

B- Aproximación a grupos de amigos consumidores: Como vemos, el modelo plantea que el consumo aparece antes de que se produzca la implicación en grupos de consumidores. El sujeto que ya ha tenido contactos con las drogas “selecciona” como amigos a personas semejantes.

C- Escalamiento hacia un consumo habitual: A través del consumo en la familia, el consumo en los amigos, el malestar emocional y la falta de habilidades adecuadas de afrontamiento.

El consumo habitual de drogas tendrá importantes consecuencias para el sujeto: el rendimiento escolar se deteriora, no se desarrollan las habilidades

de afrontamiento ni las habilidades sociales y se producirá una implicación cada vez mayor con amigos desviados. Todos estos factores agravarán las conductas de consumo. En cuanto a sus implicaciones para la prevención, el desarrollo de las competencias personales y psicosociales es una de las más evidentes. Adquirir estrategias para el afrontamiento de las emociones y de las situaciones problemáticas, desarrollar la autoestima y potenciar las habilidades sociales contribuiría a evitar la iniciación y la progresión en el consumo.

- ***La teoría del autocontrol***

A pesar de la difusión de la teoría del control social, en las últimas décadas se le había criticado la escasa atención que prestaba a las diferencias interpersonales. Como otros modelos, esta teoría, (Gottfredson y Hirschi, 1994) se autodefine como una teoría “general” de la conducta desviada. La teoría plantea que todas estas modalidades de conducta son análogas. El consumo de drogas, la delincuencia o las conductas arriesgadas que dan lugar a los accidentes tienen una misma estructura interna. Todas ellas son conductas que proporcionan un placer inmediato y que pueden generar daños en el futuro (daños a la salud, sanciones por parte de los sistemas de justicia, etc.). Las personas no tenemos la misma capacidad para tener en cuenta las consecuencias a largo plazo; por ello, unos individuos tendrán una mayor tendencia a la desviación que otros. Concretamente, los autores señalan que la propensión a realizar conductas desviadas tiene que ver con un “rasgo latente” que denominan “autocontrol”. La capacidad de autocontrol se adquiere a lo largo del proceso de socialización. Si el sujeto adquiere este autocontrol, no se implicará en conductas problema. Si, por el contrario, la socialización “fracasa” en el establecimiento de estas capacidades, el sujeto tiende a “ceder” ante las tentaciones de lo inmediato y, por consiguiente, realizará conductas desviadas.

- ***Teoría de la progresión en el consumo***

Los trabajos de Kandel conducen a esta autora a plantear este modelo evolutivo en el que el consumo de drogas se va produciendo de un modo progresivo y secuencial, a lo largo de diferentes etapas de tal modo que el consumo de ciertas drogas precede al consumo de otras.

Concretamente Kandel (1975) identifica cuatro etapas en el consumo: Primeramente aparecería el consumo de bebidas de baja graduación (cerveza y vino); el paso siguiente viene dado por el consumo de tabaco y/o de bebidas de alta graduación (licores); tras el consumo de drogas legales, aparece el consumo de cannabis y la cuarta etapa sería la implicación en otras drogas ilegales.

Cada etapa es una condición necesaria, pero no suficiente, para el progreso a la siguiente. De algún modo, cada etapa de consumo es un “factor de riesgo” que favorece el paso a la siguiente. Kandel además examina cuáles son los predictores del consumo. Concretamente, presta atención a cuatro tipos de factores:

1. Variables familiares.
2. Variables del grupo de iguales.
3. Factores intraindividuales.
4. Implicación en actividades desviadas.

- ***Teoría cognitiva social***

En la actualidad es una de las teorías más utilizadas en el campo de las drogodependencias. Se fundamenta en dos principios básicos: El funcionamiento humano se entiende cómo una interacción recíproca entre el ambiente, la conducta y los factores del individuo.

El autor de la teoría cognitiva social, Bandura (1986), propone la existencia de tres sistemas implicados en la regulación de la conducta: los estímulos externos, a través del condicionamiento clásico, las consecuencias de la conducta, refuerzos externos a través del condicionamiento operante y los procesos cognitivos mediacionales, seleccionando los estímulos. El tercer proceso es el aprendizaje vicario, que se define como “el proceso de aprendizaje por observación en el que la conducta de un individuo o grupo (modelo) actúa como estímulo de pensamientos, actitudes o conductas similares por parte de otro individuo que observa la actuación del modelo”¹⁸ Bandura (1986) entiende el funcionamiento de la personalidad como una clase de capacidades cognitivas a través de las cuales aprendemos acerca de los sucesos del entorno, los interpretamos y los anticipamos, guiando y motivando nuestras propias acciones. Los tres factores, conducta, factores cognitivos, e influencias ambientales, interactúan de una forma secuencial. La influencia ejercida por los tres tipos de factores variará para diferentes actividades, contextos e individuos. La relación entre la conducta y los factores ambientales es la que ha recibido mayor atención.

- ***El modelo del desarrollo social***

Este modelo publicado por Catalano y Hawkins (1996), recoge de la teoría del aprendizaje social la asunción de que el individuo se guía por la satisfacción que espera recibir de las actividades en las que se implica. Así mismo se asume que existe un consenso normativo social.

El modelo pretende ser un esquema explicativo de diferentes tipos de conducta problemática, ubicando el foco de atención en el proceso de socialización. Del tipo y peso de vinculación del sujeto con el medio social

¹⁸ (Perry y Furukawa, 1987, en Becoña Iglesias2001, p.167).

se desprenderá un comportamiento u otro. Catalano y Hawkins (1996) denominan conducta antisocial a aquellas conductas que son vistas fuera del consenso normativo de lo que es una conducta social aceptable, o la violación de los códigos legales (entre ellos, el uso ilegal de drogas).

Para que se formen vínculos con cualquier entorno psicosocial el sujeto debe percibir oportunidades para interactuar e implicarse en ese medio social; ha de interactuar con ese entorno, participando en sus actividades y en su dinámica, ha de tener habilidades y recursos personales para desarrollar esas interacciones y deberá percibir que la implicación con ese grupo social le supone algún tipo de recompensa. La percepción de que los entornos prosociales son recompensantes creará vínculos afectivos con ellos y, finalmente, se interiorizarán valores convencionales. Estos valores inhibirán, de un modo directo, la aparición de conductas desviadas, como el consumo de drogas.

Becoña Iglesias (2001) destaca la incorporación de tres elementos básicos en esta teoría:

1. La inclusión en un mismo modelo tanto de la conducta delincuente como la del uso de drogas.
2. Una perspectiva de desarrollo que facilita el análisis en cada periodo evolutivo. No se asume que la conducta sea estática o se deba a rasgos de personalidad sino modificable a través de eventos en distintos contextos.
3. La inclusión de los factores de riesgo y protección para la delincuencia y el uso de drogas.

Partiendo de lo anterior podemos ver entonces como a través de los años son muchas las explicaciones y soluciones que se le han querido dar al problema del tabaquismo, sin lograr realmente un eco en las sociedad; sin embargo esto no significa que debemos dejar de trabajar en pro de nuestra

comunidad para combatir este duro flagelo que nos aqueja; y es aquí donde radica nuestro interés de profundizar en nuestro Municipio sobre el tema, principalmente enfocándonos en nuestros niños, niñas y adolescentes para conocer realmente cual es la incidencia del consumo entre ellos y poder generar un real e importante impacto en la Ciudad.

6. METODOLOGIA

6.1 TIPO DE ESTUDIO.

El presente trabajo es un estudio descriptivo, exploratorio, prospectivo con el cual se pretende determinar la prevalencia del consumo de tabaco y factores asociados al consumo en los adolescentes de básica secundaria de las instituciones educativas del municipio de Cartago, Valle del Cauca.

6.2 POBLACION.

La población con la que se realiza la investigación son adolescentes de básica secundaria de los centros Educativos del municipio de Cartago – Valle del Cauca, para lo cual se toma como criterio la accesibilidad y que cumplan con los criterios de inclusión para la investigación, los cuales son: adolescentes de básica secundaria, ambos sexos, participando tanto la población de las instituciones educativas publicas como privadas.

Los sujetos en total son $N= 8.379$, de éstos se seleccionará la muestra que la conforman estudiantes de sexto a noveno grado de bachillerato.

6.3 TAMAÑO MUESTRAL.

6.3.1 MUESTRA.

Se estimara un tamaño de muestra tomando como parámetro principal a estimar la prevalencia de consumo de cigarrillo en población adolescente, según resultados previos del consumo en investigaciones muestran una prevalencia de 25%, con un máximo aceptable de error del 5% y confiabilidad del 95%, según población estudiantil en el municipio de Cartago de 8.379 estudiantes en los grado 6,7,8 y 9 ajustándose el tamaño de muestra para población finita y con una tasa de no respuesta de 10%, el tamaño a ser seleccionado es de 400 estudiantes.

6.3.2 SELECCIÓN DE LA MUESTRA:

El muestreo utilizado para la presente investigación es no probabilístico, debido a que no se cuenta con listados de alumnos de las instituciones que se eligieron, para lo cual inicialmente se seleccionan del total de las instituciones educativas el 50% de estas al azar.

Tabla No. 3. % de Operacionalización de alumnos de instituciones educativas Seleccionadas

Institución Educativa	No. de estudiantes	Porcentaje
Sor María Juliana	1123	20
Nacional Académico	979	17
Gabo	858	15
Antonio Holguín Garcés	713	13
Alfonso López Pumarejo	651	12
Ramón Martínez Benítez	530	9
Diocesano Juan XXIII	285	5
Inscop	145	3
La Presentación	137	2
Rafael Pombo	108	2
Liceo Cartago	85	2
TOTAL	5.614	100%

Tabla No. 4. Muestreo por cuota.

Institución Educativa	Formula	No. De alumnos Muestra
Sor María Juliana	400 x 20%	80
Nacional Académico	400 x 17%	70
Gabo	400 x 15%	61
Antonio Holguín Garcés	400 x 13%	51
Alfonso López Pumarejo	400 x 12%	46
Ramón Martínez Benítez	400 x 9%	38
Diocesano Juan XXIII	400 x 5%	20
Inscop	400 x 3%	10
La Presentación	400 x 2%	10
Rafael Pombo	400 x 2%	8
Liceo Cartago	400 x 2%	6
TOTAL		100%

Tabla No. 4. Porcentaje de Operacionalización de alumnos por grado en las instituciones educativas seleccionadas.

INSTITUCION	BÁSICA SECUNDARIA								Total Secundaria
	6		7		8		9		
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
Sor María Juliana	256	23	269	24	302	27	296	26	1123
Nacional Académico	237	24	265	27	250	26	227	23	979
Gabo	216	25	244	28	205	24	193	22	858
Antonio Holguín Garcés	171	24	148	21	193	27	201	28	713
Alfonso López Pumarejo	189	29	184	28	138	21	140	22	651
Ramón Martínez Benítez	184	35	160	30	101	19	85	16	530
Diocesano Juan XXIII	63	22	60	21	61	21	101	35	285
Inscop	44	30	33	23	40	28	28	19	145
La Presentación	28	20	41	30	36	26	32	23	137
Rafael Pombo	22	20	28	26	28	26	30	28	108
Liceo Cartago	17	20	22	26	18	21	28	33	85

Tabla No. 5. Muestreo por Institución educativa y grado.

INSTITUCION	TOTAL MUESTRA	BÁSICA SECUNDARIA								Total Secundaria
		6		7		8		9		
		%	Muestra	%	Muestra	%	Muestra	%	Muestra	
Sor María Juliana	80	23	18	24	19	27	22	26	21	80
Nacional Académico	70	24	17	27	19	26	18	23	16	70
Gabo	61	25	15	28	17	24	15	22	14	61
Antonio Holguín Garcés	51	24	12	21	11	27	14	28	14	51
Alfonso López Pumarejo	46	29	13	28	13	21	10	22	10	46
Ramón Martínez Benítez	38	35	13	30	11	19	7	16	6	38
Diocesano Juan XXIII	20	22	4	21	4	21	4	35	7	20

Inscop	10	3 0	3	23	2	2 8	3	1 9	2	10
La Presentación	10	2 0	2	30	3	2 6	3	2 3	2	10
Rafael Pombo	8	2 0	2	26	2	2 6	2	2 8	2	8
Liceo Cartago	6	2 0	1	26	2	2 1	1	3 3	2	6

Establecido el número de muestras por institución educativa y grado académico, una vez en terreno y de acuerdo a las listas de estudiantes, se realizó un muestreo aleatorio simple para la escogencia de los estudiantes a aplicar la encuesta.

6.4 INSTRUMENTO

Para la recolección de información de la presente investigación se utilizó la técnica de la encuesta; un cuestionario que contiene preguntas cerradas y de opción múltiple. Para la estructuración del instrumento se tomaron en cuenta variables sociodemográficas como la edad, género y de igual forma se tiene en cuenta otros cuestionarios como el de tolerancia de Fagerstrom, el Test For Nicotine Dependence (FTND), el cual es un cuestionario de 6 ítems que analiza la cantidad de cigarrillos consumidos por el paciente, la compulsión por fumar y la dependencia nicotínica, donde los ítems son de respuesta dicotómica (si o no). (Anexo 1)

6.4.1 PROCEDIMIENTO

El instrumento consta de dos partes, la primera se divide en: datos generales, nombre del centro educativo, nivel académico, edad y sexo; la segunda parte consta de 35 ítems. Su aplicación es de carácter grupal y la forma de contestarse es escrita, con un tiempo para responder de 15-20 minutos.

Para obtener datos confiables el instrumento fue sometido a evaluación por medio de juicios de expertos. Esta técnica permite obtener la opinión de sujetos expertos

en el tema de estudio, lo cual posibilita la validación del instrumento, ya que es sometido a juicio de cada uno de los especialistas en las diferentes áreas: Profesionales de la Salud, Psicólogos, Epidemiólogos, con amplios conocimientos en metodología de la investigación, los cuales harán su aporte en mejorar y ampliar el instrumento.

Una vez se depuraron los posibles errores, se procedió a aplicar la muestra calculada en los diferentes centros educativos seleccionados de básica secundaria del municipio de Cartago, Valle.

La encuesta se aplicó durante la hora de clase previo permiso de los rectores de las instituciones educativas implicadas.

Nota: es de aclarar que inicialmente se había decidido tomar 11 instituciones educativas del municipio para la aplicación de la encuesta, donde 6 de ellas eran del sector oficial y las 5 restantes del sector privado; pero aunque ya teníamos el consentimiento informado aprobado por la Secretaria de Educación Municipal, fue difícil acceder al sector privado y solo una de estas instituciones autorizó el ingreso y aplicación de la encuesta. Por lo tanto decidimos aplicar el mismo numero de encuestas que iban dirigidas al sector privado pero solo en dicha institución que autorizó. Es decir se aplicaron en una sola institución del sector privado 54 encuestas.

7. ANALISIS DE LA INFORMACION Y RESULTADOS

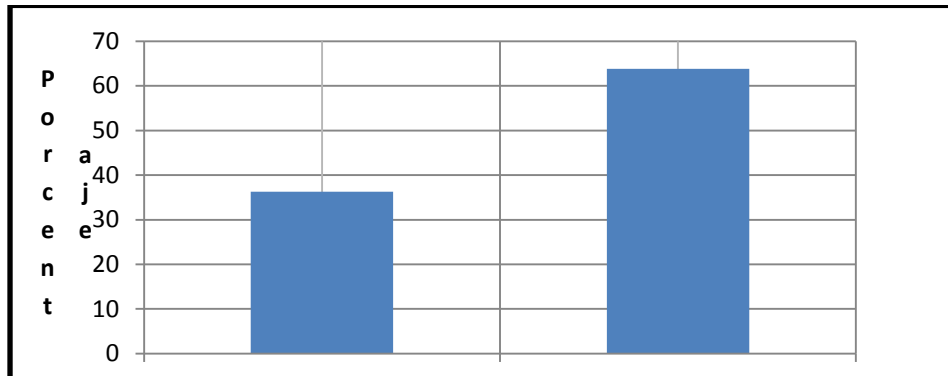
7.1. RESULTADOS: (ANEXO 3)

La encuesta estuvo estructurada por un total de 35 preguntas por medio de las cuales se buscó desarrollar conjuntamente los objetivos propuestos. Una vez las encuestas fueron entregadas y contestadas por los estudiantes de la población objetivo se obtuvieron los siguientes resultados a través de su tabulación (anexo 2):

Se aplicaron 400 encuestas en instituciones educativas públicas y privadas del municipio de Cartago, en estudiantes entre los 11 y 17 años de edad y que estuviesen cursando los grados 6 a noveno de básica media. El 87% de las encuestas fueron aplicadas en colegios públicos y el 13% restante en colegios privados. El 56% de las encuestas respondidas corresponden a estudiantes de sexo masculino y el 44% a estudiantes del sexo femenino. De los grados participantes el 43% de los estudiantes se encuentran en edades entre los 11 y 13 años y el 57% restante entre los 14 y 17 años.

Del total de las encuestas practicadas el 59% pertenecen a los estratos socioeconómicos 1 y 2, el 30% al estrato 3 y el 12% restante a los estratos 4, 5 y 6.

GRAFICO 1 – ANTECEDENTES DE TABAQUISMO



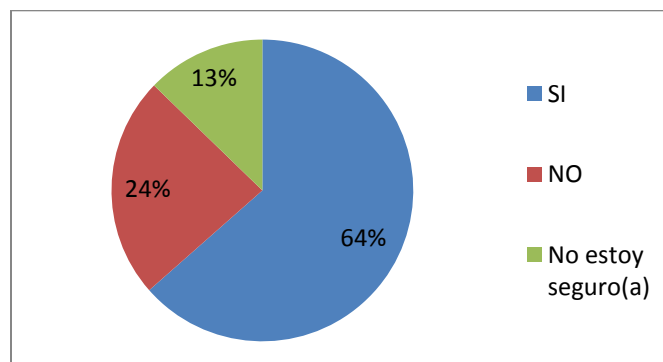
FUENTE: Elaboración propia a partir de encuestas realizadas.

Del total de los encuestados resultó que el 64% tienen antecedentes de tabaquismo y el 36% manifestaron que ningún miembro de su familia fuma.

De los miembros de su familia que más influyen como fumadores son los tíos con un 35% sobre el total de respuestas, los padres con un 25% siendo el más influyente el papá y los abuelos con un 24%. De su círculo de amigos el 50% manifiesta que algunas personas fuman y el 36% que ninguna.

En cuanto a la percepción que tienen los estudiantes con relación a la prohibición para fumar en el colegio el 69% manifiesta que esta es solo para todos y el 18% manifiesta que es para los estudiantes.

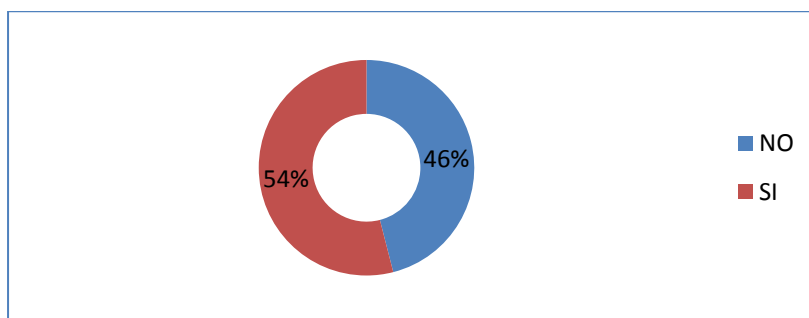
GRAFICO 2 – ENSEÑANZA SOBRE DAÑOS DEL CIGARRILLO



FUENTE: Elaboración propia a partir de encuestas realizadas.

El 64% de los estudiantes manifiestan que durante el año escolar le han enseñado sobre los daños que produce el cigarrillo, el 37% restante manifiestan que no les han enseñado sobre los daños o no están seguros de haber recibido clase sobre este tema.

GRAFICO 3 – CONOCIMIENTO DE LA NORMATIVIDAD

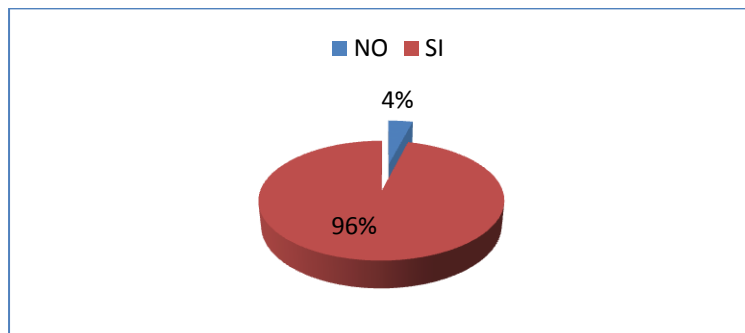


FUENTE: Elaboración propia a partir de encuestas realizadas.

El 54% de los estudiantes manifiestan que si conocen la normatividad que prohíbe el consumo de cigarrillo en espacios públicos y lugares cerrados, mientras que el 46% expresan su desconocimiento.

En cuanto a las percepciones que tiene los estudiantes sobre el hábito de fumar, el 96% manifiesta que el humo del cigarrillo de otra persona le hace daño, mientras que el 4% considera que no, como lo podemos apreciar en el siguiente gráfico.

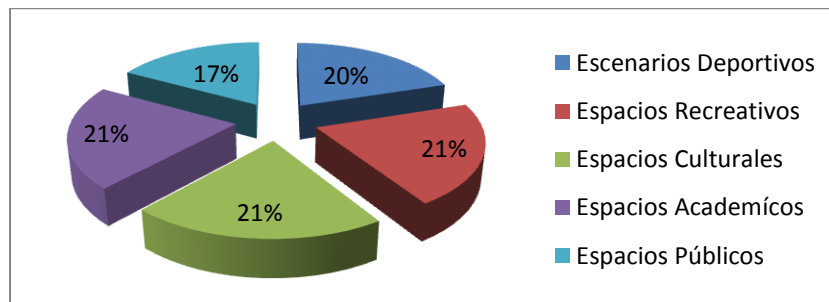
GRAFICO 4 – CREE QUE EL HUMO DE CIGARRILLO LE HACE DAÑO



FUENTE: Elaboración propia a partir de encuestas realizadas.

De igual forma al 73% de los estudiantes encuestados les parece que el cigarrillo es desagradable, quedando una brecha del 27%, los cuales lo consideran agradable o le es indiferente. El 85% de los encuestados están de acuerdo con que se prohíba el expendio de cigarrillo a menores de edad y en cuanto a la pregunta sobre los sitios sobre los cuales debe haber una prohibición para fumar, no existe una predilección muy marcada como lo podemos observar en la siguiente gráfica.

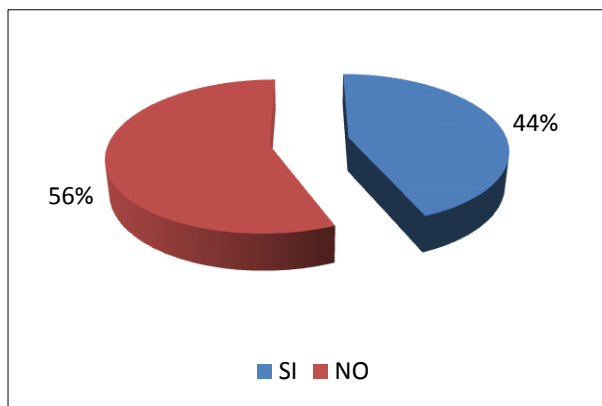
GRAFICA 5 - PROHIBICION DE FUMAR



FUENTE: Elaboración propia a partir de encuestas realizadas.

De igual forma el 88% de los estudiantes consideran que las personas que fuman deberían hacerlo en lugares especiales.

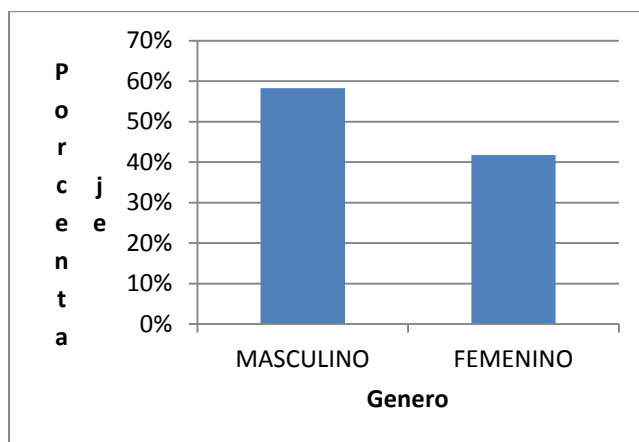
GRAFICA 6 – PROPORCIÓN DE ESTUDIANTES FUMADORES



FUENTE: Elaboración propia a partir de encuestas realizadas.

Del total de los encuestados resultó que el 56% ha probado el cigarrillo alguna vez y el 44% manifiesta no haberlo probado.

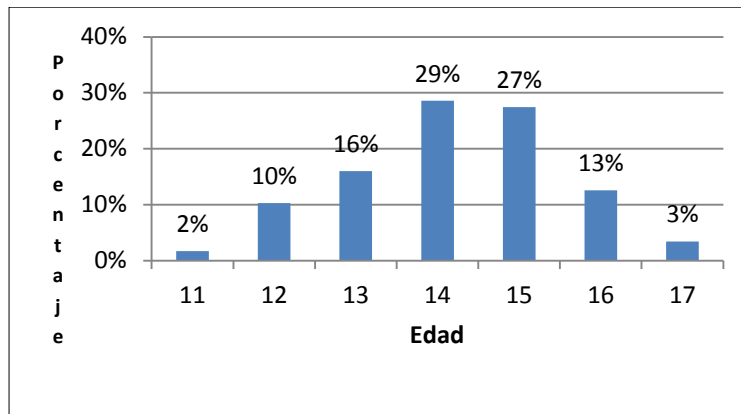
GRAFICO 7 – PROPORCION DE HOMBRES Y MUJERES FUMADORES



FUENTE: Elaboración propia a partir de encuestas realizadas.

El género masculino arrojó el mayor puntaje de fumadores comparado con el género femenino, se encontró que la proporción de hombres fumadores fue el 58%, y la proporción de mujeres consumidoras de cigarrillo fue del 42%.

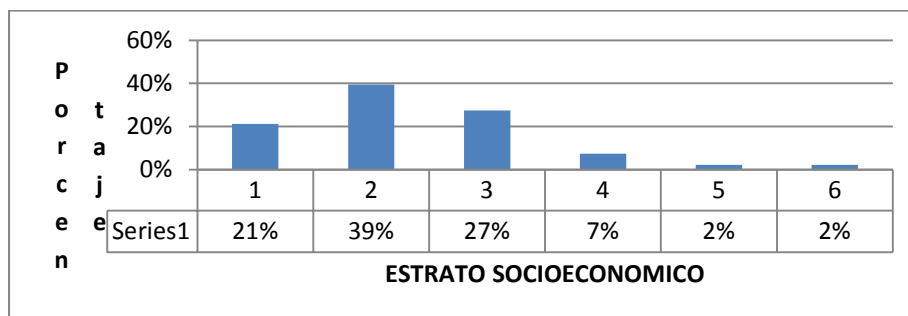
GRAFICO 8 – RANGO DE EDAD DE LOS ESTUDIANTES FUMADORES



FUENTE: Elaboración propia a partir de encuestas realizadas.

En la gráfica se observa como a los 15 años, el 84% de los estudiantes ya han probado el cigarrillo.

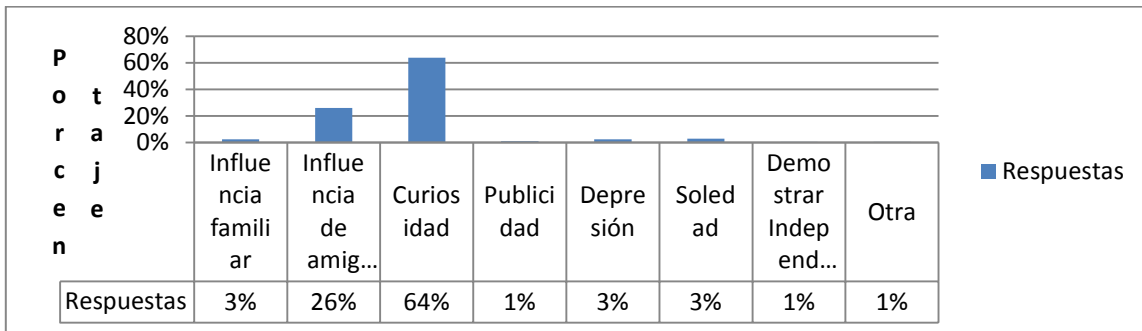
GRAFICO 9 – ESTRATO SOCIOECONOMICO



FUENTE: Elaboración propia a partir de encuestas realizadas.

Puede observarse que de los estudiantes que han probado el cigarrillo, el 39% se encuentran en el estrato socioeconómico 2, seguido del estrato 3 con un 27%. El 88% de los estudiantes que han probado el cigarrillo se encuentran en los estratos 1,2 y 3.

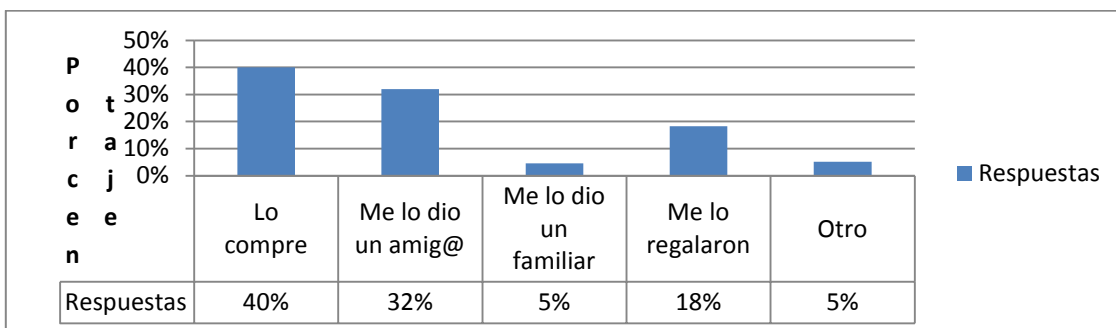
GRAFICO 10 – MOTIVO DE INICIO EN EL CONSUMO DE CIGARRILLO



FUENTE: Elaboración propia a partir de encuestas realizadas.

Cabe resaltar que esta pregunta era de respuesta abierta de modo que le daba la opción al entrevistado de escoger más de una opción. Se obtuvo en total 199 respuestas para esta pregunta, de las cuales 127 contestaron que el motivo de inicio fue la curiosidad, estas 127 corresponden al 64% del total, 52 estudiantes, que corresponden al 26% respondieron que fueron incitados por los amigos para comenzar a fumar.

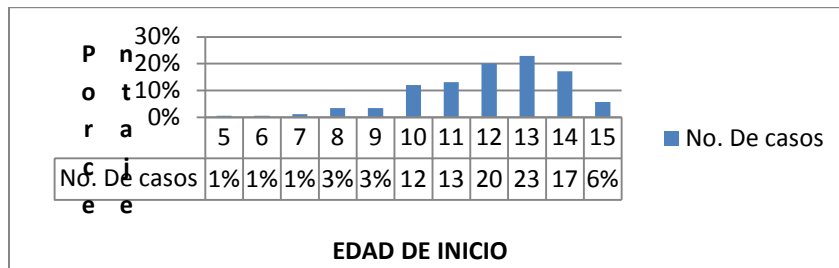
GRAFICO 11 – FORMA DE CONSECUICION PRIMER CIGARRILLO



FUENTE: Elaboración propia a partir de encuestas realizadas.

De los estudiantes que han probado el cigarrillo el 40% manifestó que compró el primer cigarrillo, el 32% manifiesta que fue recibido de un amigo y el 18% que fue regalado. Es de anotar que del 5% de los estudiantes, el 33% manifestaron haber robado el primer cigarrillo que consumieron.

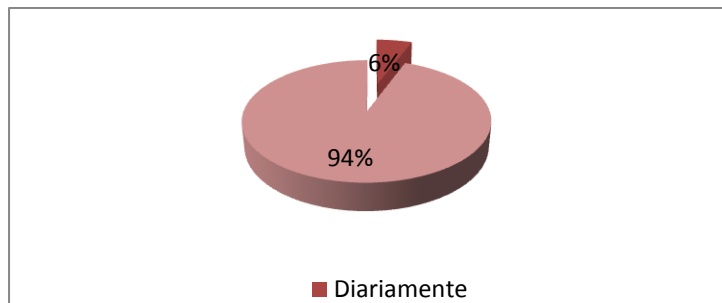
GRAFICO 12 – EDAD DE INICIO EN EL CONSUMO DE CIGARRILLO



FUENTE: Elaboración propia a partir de encuestas realizadas.

A través de los resultados obtenidos el mayor porcentaje de estudiantes fumadores corresponden a la edad de 13 años, ocupando este el 23% del total de la muestra de fumadores, seguido por la edad de 12 años con un 20%, es de anotar que el 77% de los estudiantes a los 13 años ya habían consumido cigarrillo. Llama la atención que el 21% de los estudiantes consumieron antes de los 10 años de edad. La edad de inicio en el consumo de cigarrillo promedio es de 12 años.

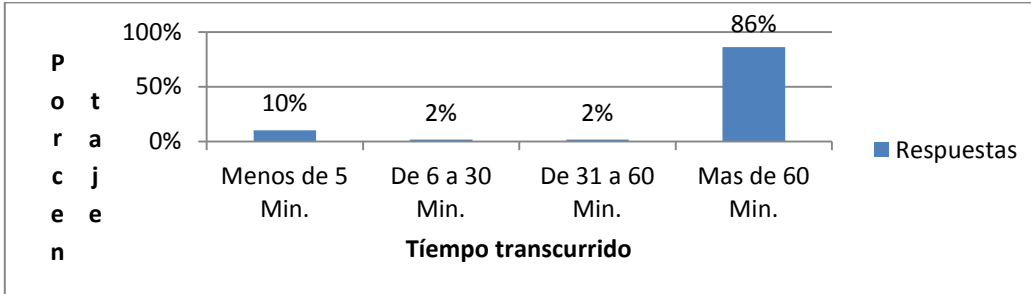
GRAFICO 13 – FRECUENCIA DE CONSUMO DE CIGARRILLO



FUENTE: Elaboración propia a partir de encuestas realizadas.

Del total de estudiantes que han probado cigarrillo el 94% reporta que lo consume en forma ocasional y el 6% en forma diaria.

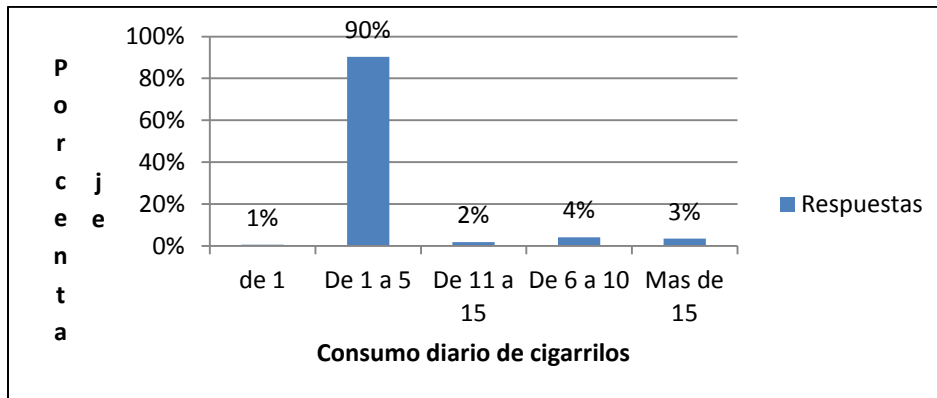
GRAFICO 14 – TIEMPO QUE TRANSCURRE DESDE QUE DESPIERTA HASTA QUE FUMA EL PRIMER CIGARRILLO DEL DIA



FUENTE: Elaboración propia a partir de encuestas realizadas.

A esta pregunta el 86% de los estudiantes respondieron que el tiempo que transcurre desde que se levantan hasta que fuman su primer cigarrillo del día pasan más de 60 minutos, seguido por un 10% que lo hacen en menos de 5 minutos.

GRAFICO 15 – CONSUMO DIARIO DE CIGARRILLOS

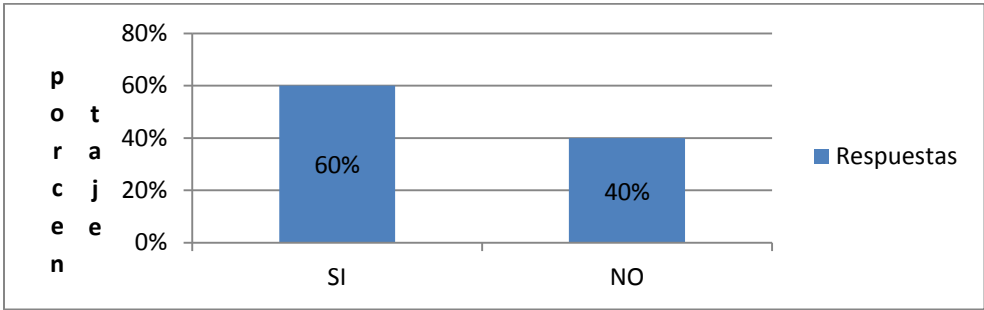


FUENTE: Elaboración propia a partir de encuestas realizadas.

El rango de promedio más alto de consumo de cigarrillos diarios fue de 1 a 5, con un total del 90% de los estudiantes, seguido por el rango de 6 a 10 cigarrillos con el 4% y más de 15 cigarrillos con el 3%.

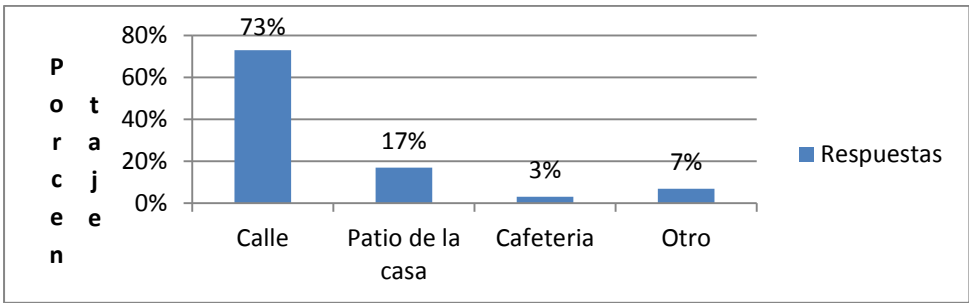
Así mismo se preguntó si la persona apaga el cigarrillo cuando ve una señal de “prohibido fumar”, para lo cual en el gráfico 15 se puede observar que el 60% respondieron que si apaga el cigarrillo y el 40% que no lo apaga cuando ve alguna señal de prohibición.

GRAFICO 16 – APAGA SU CIGARRILLO CUANDO VE UNA SEÑAL DE PROHIBIDO FUMAR



FUENTE: Elaboración propia a partir de encuestas realizadas.

GRAFICO 17– LUGARES PREFERIDOS POR LOS ESTUDIANTES PARA FUMAR

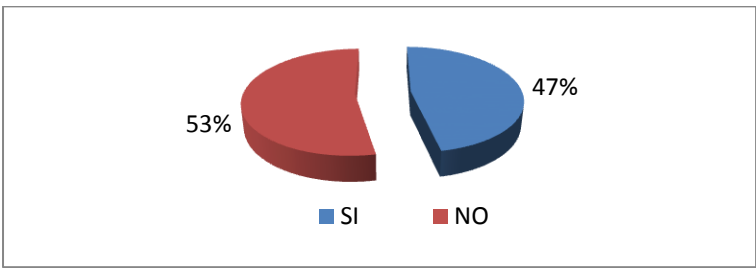


FUENTE: Elaboración propia a partir de encuestas realizadas.

La respuesta con mayor repetición en los 175 estudiantes que respondieron que fuman o fumaron, fue en la calle con el 73%, seguido del patio de la casa con un 17%. Es de anotar que esta pregunta se formuló como selección múltiple con

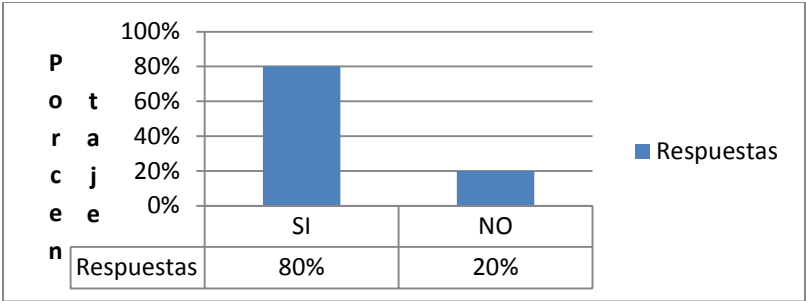
varias respuestas. Una vez determinado el sitio, se les pregunta a los estudiantes si pregunta a los no fumadores si les molesta que fume, para lo cual el 53% dice no preguntar y el 47% dice que si pregunta a los no fumadores antes de encender el cigarrillo, como se observa en la gráfica No. 18.

GRAFICO 18 – ASENTIMIENTO DE LOS NO FUMADORES ANTES DE ENCENDER EL CIGARRILLO.



FUENTE: Elaboración propia a partir de encuestas realizadas.

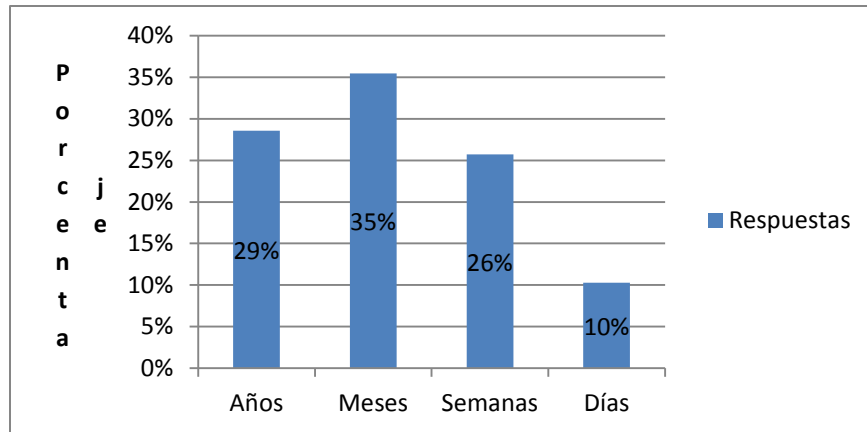
GRAFICO 19– PORCENTAJE DE ESTUDIANTES QUE HAN INTENTADO DEJAR DE FUMAR



FUENTE: Elaboración propia a partir de encuestas realizadas.

En esta pregunta el 80% de los entrevistados que fuman respondieron que si han intentado dejar de fumar, y el 20% restante nunca lo ha intentado desde el momento en que comenzaron a tener este hábito. Es de anotar que esta pregunta es determinante en el tema evaluado ya que permitirá a la Secretaria de Salud generar estrategias promocionales de cesación.

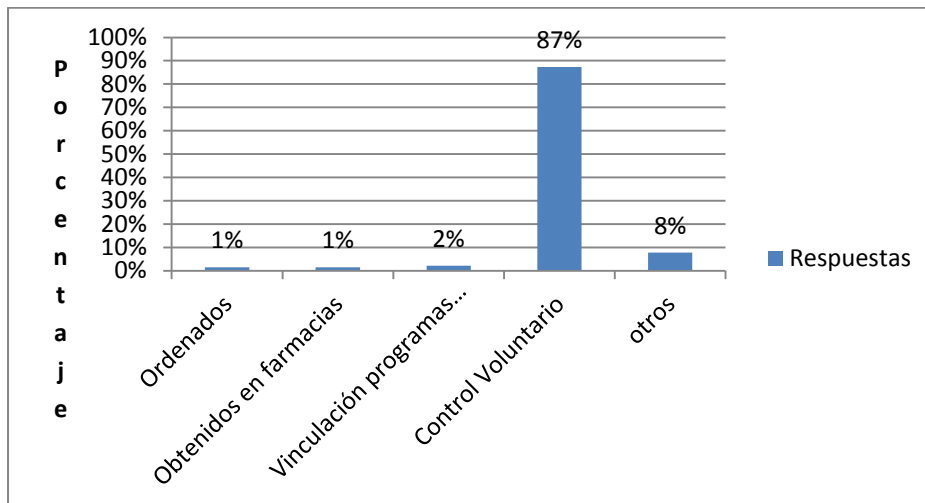
GRAFICO 20– TIEMPO QUE ESTUVO SIN FUMAR



FUENTE: Elaboración propia a partir de encuestas realizadas.

A la pregunta ¿Cuánto tiempo estuvo sin fumar?, el 35% de los estudiantes respondieron que la última vez que se propusieron dejar de fumar pasaron meses, el 29% responden que años, seguido del 26% los cuales responden que semanas y el 10% dicen que días. Es de anotar que el 71% de los entrevistados utilizan una respuesta de corto plazo.

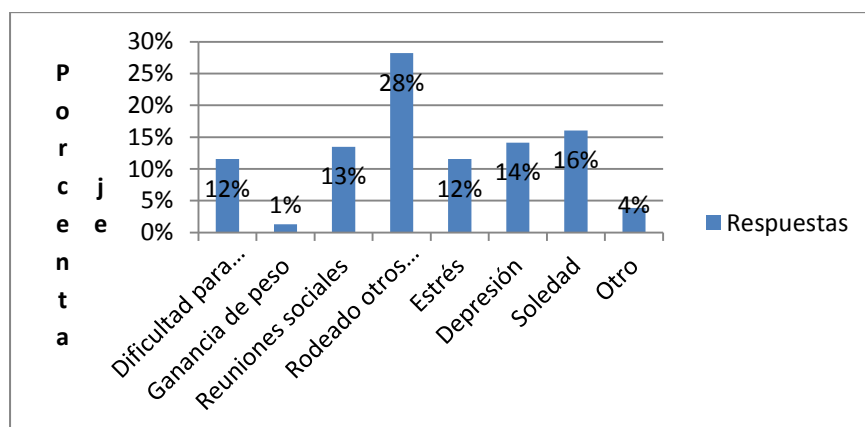
GRAFICO 21– METODOS UTILIZADOS PARA DEJAR DE FUMAR



FUENTE: Elaboración propia a partir de encuestas realizadas.

Del total de respuestas obtenidas el 87% manifiesta que el método más utilizado es el control voluntario, seguido en un 8% por otros métodos para lo cual en la revisión de las respuestas se encuentra que refieren de igual forma al control voluntario.

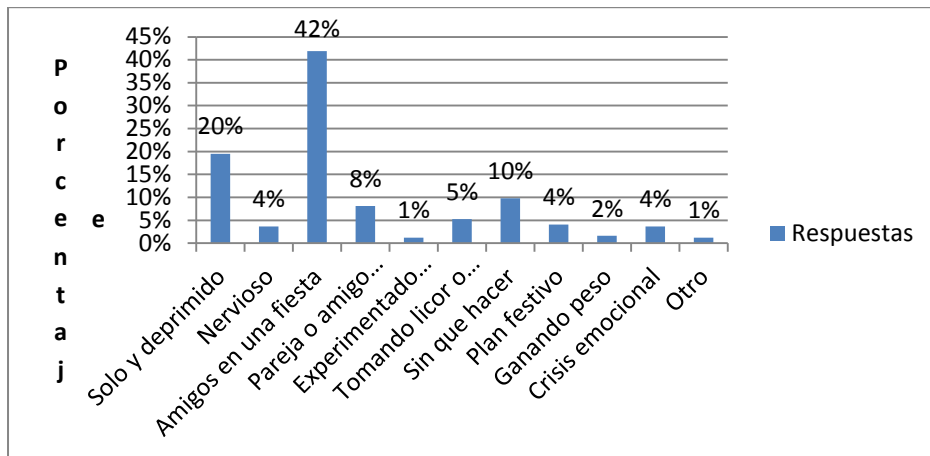
GRAFICO 22 – CAUSAL PARA VOLVER A FUMAR



FUENTE: Elaboración propia a partir de encuestas realizadas.

Entre las causas más frecuentes para volver a fumar, el 28% de los estudiantes que manifestaron fumar expresan que es por estar rodeados de otros fumadores, el 16% por la soledad, el 14% por estados depresivos, el 13% por asistencia a reuniones sociales y el 12% estrés y por dificultad para controlar los deseos de fumar.

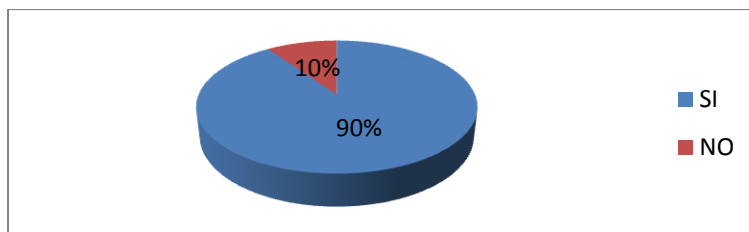
GRAFICO 23 – SITUACIONES PARA FUMAR HABITUALMENTE



FUENTE: Elaboración propia a partir de encuestas realizadas.

Entre las situaciones por la cual los estudiantes fuman habitualmente tenemos que el 42% lo hacen por influencia de los amigos, el 20% cuando están solos y se sienten deprimidos, el 10% cuando está aburrido y sin nada que hacer, el 5% cuando está en bares o lugares públicos tomado bebida y el 4% por crisis emocionales, cuando está nervioso o cuando está feliz o en plan festivo.

GRAFICO 24 – PORCENTAJE DE ESTUDIANTES QUE DESEAN DEJAR DE FUMAR

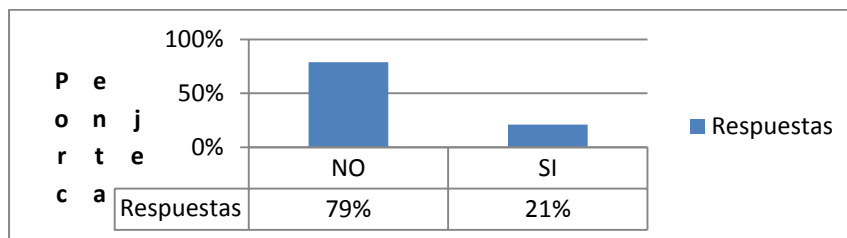


FUENTE: Elaboración propia a partir de encuestas realizadas.

El 90% de los estudiantes fumadores respondieron que si desean dejar de fumar, lo cual es concomitante con la pregunta 28 de la encuesta en la cual se preguntó

que si alguna vez intento dejar de fumar y para lo cual el 80% respondió que si.
(Gráfico 18)

GRAFICO 25– PORCENTAJE DE ESTUDIANTES CON NECESIDAD DE AYUDA PARA DEJAR DE FUMAR



FUENTE: Elaboración propia a partir de encuestas realizadas.

Del total de los estudiantes que manifestaron fumar el 79% expresan que no necesitan ayuda para dejar de fumar y el 21% que si la necesitan

8. ANALISIS Y DISCUSION

Una vez aplicada la encuesta con las especificaciones que fueron nombradas con anterioridad, se prosiguió a hacer un análisis y discusión en equipo de todas las respuestas obtenidas por parte de los estudiantes que participaron en dicha actividad; para lo cual decidimos tomar los cuatro (4) numerales principales que estructuran la encuesta y que engloban una serie de preguntas que tienen algún tipo de relación, para facilitar entonces una interpretación y análisis concreto de acuerdo a los objetivos perfilados así:

A. CARACTERIZACION SOCIOEDUCATIVA:

De acuerdo a lo recolectado en las encuestas, podemos ver que en dichas instituciones (publicas y privadas) Aunque encontramos que estudian adolescentes que residen en los diferentes estratos sociales predomina el consumo de tabaco de forma marcada en los estudiantes pertenecientes al estrato 2, seguido por el estrato 3.

B. ANTECEDENTES FAMILIARES DE TABAQUISMO:

En este punto de acuerdo a los porcentajes obtenidos se puede observar que una buena parte de los encuestados tienen antecedentes de consumo de tabaco notoria por parte de familiares y de su circulo de amigos; y aunque se comprobó que aunque muy pocos padres de los entrevistados fuman, predomina la relación con otros familiares como tíos y abuelos consumidores de tabaco, lo que ratifica una de las tantas teorías planteadas al respecto como es la Teoría Multietapica de Simons Conger y Whitbeck, la cual integra diversos factores intrapersonales con variables del entorno familiar y grupal. Asume planteamientos del aprendizaje social y reconoce la importancia de los modelos y procesos de reforzamiento, especialmente en el grupo de amigos.

De la misma manera este numeral hace alusión a las prohibiciones de fumar existentes en su contexto escolar, muchos tienen la percepción de que la regla de no fumar en dicho ambiente es para todos, y se les ha enseñado durante el año escolar el riesgo del consumo y la normatividad existente frente a la prohibición del mismo en espacios públicos y lugares cerrados.

C. PERCEPCIONES SOBRE EL HABITO DE FUMAR:

Los estudiantes reconocen que el problema del tabaco no solo afecta al fumador activo, sino también afecta al fumador pasivo, quien es la persona que no fuma pero está en constante contacto con fumadores y es quien desafortunadamente inhala algunos de los humos más dañinos, más de 1200 compuestos químicos de los 3000 que conforman el aerosol constituido por el humo del cigarrillo, y por ende, también, está expuesto a ser víctima de las mismas enfermedades que pueden llegar a tener repercusión en el fumador activo; al mismo tiempo un alto porcentaje de los estudiantes consideran el cigarrillo desagradable, por lo que cabe resaltar el reconocimiento de la importancia de la prohibición de consumo de cigarrillos en lugares cerrados y la adopción de lugares especiales en la ciudad para quienes fuman.

En cuanto a los sitios donde debe de haber una prohibición para fumar no existe una predilección muy marcada teniendo en cuenta que se tomaron como puntos de referencia espacios recreativos, espacios culturales, académicos, públicos, etc.

Por último la mayoría de estudiantes están de acuerdo con que se prohíba el expendio de cigarrillos a menores de edad.

D. PRACTICAS DE TABAQUISMO:

De acuerdo a las encuestas es notorio que un poco más de la mitad de los encuestados, han probado el cigarrillo alguna vez en su vida,

teniendo en cuenta que la población masculina es quien marca el porcentaje mas alto y de acuerdo a los cálculos de la muestra que se estudió a los 15 años el 84% ya han consumido cigarrillos alguna vez en sus vidas (teniendo como base las edades de los 11 a los 15 años). De la misma manera se observa como es en el estrato 2 donde predomina el consumo de cigarrillo seguido del estrato 3, destacándose entonces que casi el total de los estudiantes que han probado el cigarrillo se encuentran en los niveles 1, 2 y 3.

Se refleja también que unos de los factores motivacionales que inducen de manera fuerte en el consumo es en primer lugar la curiosidad combinada con la influencia de los amigos más allegados.

Al detallar de que forma fue que se adquirió el primer cigarrillo que consumieron en sus vidas se destaca que el mas alto porcentaje de los estudiantes encuestados lo compraron, seguidos por los que lo obtuvieron a través de un amigo y por ultimo están quienes lo robaron; de la misma manera se puede observar que aunque la mayoría coincidieron en que comenzaron a fumar a los 13 años seguido por los 12 años hay quienes su primer cigarrillo lo consumieron antes de los 10 años. En conclusión tenemos que la edad promedio de inicio de consumo de cigarrillo es a los 12 años.

Quienes fueron encuestados coinciden casi su totalidad en que solo consumen cigarrillo ocasionalmente y que transcurren mas de 60 min desde que despiertan hasta que se consumen el primer cigarrillo con un rango promedio alto de 1 a 5 diarios y donde solo el 60 % de ellos acatan una señal de prohibido fumar cuando la ven; mostrándose también que es la calle el lugar mas preferido para fumar seguido del patio de la casa y solo un poco mas de la mitad de los mismos se toma la molestia de preguntar a los demás antes de encenderlo si les es molesto.

Un alto porcentaje de los estudiantes expresaron su deseo de alguna vez dejar de fumar, es de anotar que esta pregunta es determinante en el tema evaluado ya que permitirá a la Secretaria de Salud generar estrategias promocionales de cesación del consumo; predominando en un porcentaje alto de estos que duraron meses sin hacerlo seguidos por otros que se mantuvieron en su decisión años, y solo unos pocos lo lograron solo unos días, resaltándose como el método mas utilizado para dejar de fumar el control voluntario, pero viéndose este afectado por en un alto porcentaje por las relaciones constantes en su entorno con otros fumadores, seguidos esto en su orden de relevancia por quienes fueron entrevistados por: la soledad, estados depresivos, la asistencia a reuniones sociales, estrés y por la dificultad de controlar los deseos de fumar que genera el síndrome de abstinencia entendido como la suspensión súbita del consumo de tabaco que genera algunas reacciones como: deseo compulsivo de volver a fumar, irritabilidad, ansiedad, dificultad de concentración, cansancio, depresión, palpitaciones, temblores, dolor de cabeza, trastornos del sueño y problemas digestivos (Becoña Iglesias en Graña Gómez, 1994) Lo que conlleva nuevamente al consumo.

De la misma manera existen situaciones que inciden para que los estudiantes fumen habitualmente las cuales se vieron reflejadas así:

En su porcentaje mas alto encontramos la influencia de los amigos, seguido en su orden de ocurrencia por la soledad y la depresión, el aburrimiento y momentos sin nada que hacer, cuando están en bares o lugares públicos tomando bebida, por crisis emocionales, cuando están nerviosos, cuando están felices o en plan festivo; partiendo de esto podemos ver como la dependencia al tabaco no es exclusivamente física, sino también psicológica, definida por Becoña Iglesias (2002, p.26) como aquella "situación en la que existe un sentimiento de satisfacción y un impulso psíquico que exigen la administración regular o continua de la droga para producir placer o evitar malestar". Las respuestas anticipatorias

presentes en la conducta del fumador se desarrollan como consecuencia del uso repetido del tabaco en las distintas situaciones de la vida diaria. Tras un breve periodo de consumo esporádico, aprende a establecer asociaciones automáticas entre el hecho de fumar y la resolución de tareas. Así es como se establece una relación entre la aparición de determinadas situaciones diarias (estresantes, desagradables o placenteras)

Finalmente la mayoría de los encuestados manifiestan su deseo de dejar de fumar y creen que pueden hacerlo sin la ayuda de nadie, solo unos pocos expresan sí necesitarla.

9. CONCLUSIONES

Al hacer una retroalimentación de toda la investigación implementada, partiendo del Objetivo general que es Identificar la prevalencia de tabaquismo y factores asociados al hábito en adolescentes de básica secundaria de las instituciones educativas del Municipio de Cartago Valle, 2011, y teniendo en cuenta sus respectivos objetivos específicos podemos concluir que:

- La mayor prevalencia de consumo de cigarrillo se encuentra a los 14 años con un 29%, seguido de los de 16 años con 27% y los de 13 años con un 16%.
- De acuerdo a nuestro objetivo específico de Caracterizar sociodemográficamente la población objeto de estudio, podemos observar como en términos de estrato socioeconómico la menor prevalencia está en el estrato 5 y 6 (2% cada uno) y la más alta en el estrato 2 (39%), seguida del estrato 3 con un 27%.

Las mayores prevalencias de consumo de cigarrillo se registran en los colegios Sor María Juliana con un 20%, Antonio Holguín Garcés (19%), Gabo con un 18%, Colegio Nacional Académico con un 15% y el Alfonso López Pumarejo con un 10%.

La prevalencia de vida de consumo de cigarrillo en adolescentes en Cartago es del 56%, siendo mayor que el de Bogotá con un 54.4% y que el promedio nacional 44.5%.

- En cuanto a los determinantes motivacionales familiares, escolares, de pares y de los medios de comunicación para el inicio del hábito de fumar, encontramos que uno de los factores motivacionales que inducen de manera fuerte en el consumo o el inicio del hábito de fumar, es en primer lugar la curiosidad combinada con la influencia de los amigos más allegados, factores que de acuerdo a dicha encuesta ocupan los

primeros lugares, antes que las motivaciones familiares y de los medios de comunicación.

- En cuanto a la edad de inicio en la cual los adolescentes de las Instituciones educativas del Municipio consumen cigarrillos, se detecta que es de 12 años, lo cual se considera una edad muy temprana comparado con lo descrito en el estudio del Consumo de Sustancias Psicoactivas en adolescentes Bucaramanga, Colombia 1996 – 2004, donde se hace referencia a que la experimentación con alcohol, tabaco y otras sustancias durante la adolescencia es común y a menudo esta conducta comienza entre los 13 y 16 años de edad. Esto claro, porque los adolescentes están expuestos a un mundo desconocido, en el cual no se sabe diferenciar con certeza lo correcto de lo indebido, alentado además por la curiosidad y ganas de experimentar, unidos a la influencia de personas de alta cercanía y a la persuasión por parte de compañeros del colegio, amigos de barrio y/o familiares.

A través de los resultados obtenidos el mayor porcentaje de estudiantes fumadores corresponden a la edad de 13 años, ocupando este el 23% del total de la muestra de fumadores.

- En relación con los conocimientos y actitudes de la población objeto de estudio hacia el tabaco y el abandono del hábito, tenemos que los estudiantes reconocen que el problema del tabaco no solo afecta al fumador activo, sino también al fumador pasivo; al mismo tiempo un alto porcentaje de los estudiantes consideran el cigarrillo desagradable, por lo que cabe resaltar el reconocimiento de la importancia de la prohibición de consumo de cigarrillos en lugares cerrados y la adopción de lugares especiales en la ciudad para quienes fuman; la mayoría de los encuestados manifiestan su deseo de dejar de fumar y creen que pueden hacerlo sin la ayuda de nadie, solo unos pocos expresan sí necesitarla.

- Muchos tienen la percepción de que la regla de no fumar en dicho ambiente es para todos, y se les ha enseñado durante el año escolar el riesgo del consumo y la normatividad existente frente a la prohibición del mismo en espacios públicos y lugares cerrados, aunque, hace falta difundir mas dicha información al resto de la población estudiantil y la comunidad en general, para que se empoderen de la misma y la hagan cumplir. En Colombia, los temas que apenas están teniendo auge como las campañas de educación para el público en general, al igual que el tema del mercadeo social, ayudan de manera significativa a que las personas en edades tempranas no sientan la iniciativa de probar el cigarrillo.

10. RECOMENDACIONES

Es importante saber que todas las acciones contra el tabaquismo se enfrentan con el poder económico de las tabacaleras a través del cual logran:

- Publicidad encubierta, como patrocinios de eventos deportivos y promociones.
- Publicidad muy atractiva
- Las enfermedades que genera aparecen a largo plazo.
- Genera placer inmediato.
- Está socialmente aceptado.
- Está bien visto fumar en grupo.
- Es de fácil acceso. Los venden en todos lados, hasta por unidades.
- Es muy barato fumar

Está demostrado que no sirven acciones aisladas, muchas veces, hay un gran esfuerzo personal que desgasta y hasta desalienta a seguir en esta lucha. Por lo tanto se deben incluir:

- Acciones de gobierno
- Hacer menos accesible el tabaco a los adolescentes haciendo cumplir las respectivas normas.
- Investigar más acerca del consumo y prevalencia del tabaquismo en la población.
- Promover la cesación tabáquica con programas efectivos y calificados aconsejando y apoyando a todos aquellos fumadores que deseen o deban dejar de fumar.
- Crear un ambiente social negativo para el hábito del tabaco, que sea socialmente un mal hábito e inaceptable.
- La educación es un refuerzo importante de todas las medidas que puedan tomarse desde el gobierno y las instituciones. Es un pilar para el refuerzo positivo de actitudes saludables para la vida. Los programas deben

desarrollarse a partir del primer grado escolar ya que a éstas edades se incorporan fácilmente los patrones de conducta.

- En cuanto a los adolescentes, brindarles bases que les permitan luchar contra el tabaquismo, al igual que los adultos; y que entiendan la importancia de crear espacios libres de humo. Deben apoyar a sus educadores en las medidas que se adopten contra el consumo y si los profesores son fumadores exigirles el cumplimiento de las leyes y no facilitar el consumo de tabaco, con el fin de revertir lo cómodo y placentero de fumar.
- Proponer un Programa Adolescentes en Riesgo en las comunas mas vulnerables, incluyendo acciones de prevención de las adicciones en las tareas de trabajo comunitario.
- Continuar de forma permanente con la campaña denominada “ESPACIOS LIBRES DE HUMO”, promoviendo a través de esta que se respeten los espacios públicos y privados de quienes no fuman.
- Llevar a cabo eventos recreativos cuya finalidad sea que los adolescentes se diviertan sin necesidad de consumir alcohol, tabaco ni sustancias psicoactivas, antes, durante y después del evento.
- En los medios de Transporte Público y Colectivos, destinar de manera permanente un porcentaje de los espacios de publicidad en los carros y empresas transportadoras de pasajeros para difusión de información de prevención de adicciones, en coordinación con las autoridades responsables de que se cumplan las normas.
- Implementación de programas preventivos integrales con énfasis en la infancia que abarquen todos los factores psicosociales.

11. PLAN DE MEJORAMIENTO

ACCION DE MEJORAMIENTO (Que voy a hacer)	OBJETIVO	DESCRIPCION DE LA META	MEDIDA DE LA META	INICIO	FINALIZACION	RESPONSABLE
Socializar los resultados de esta investigación en grupos formales e informales del municipio.	Dar a conocer los resultados de la investigación realizada	Realización de socializaciones programadas a grupos formales e informales del municipio	No. de socializaciones realizadas	15 marzo de 2012	30 Noviembre de 2012	SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL
Hacer cumplir leyes sobre entornos completamente libres de humo en las instalaciones sanitarias y educativas; en todos los lugares públicos cerrados, incluidos lugares de trabajo, restaurantes y otros.	Proteger a la población del humo de tabaco	Realización de visitas a establecimientos públicos cerrados y establecimientos educativos	No. de visitas realizadas	15 marzo de 2012	30 Noviembre de 2012	SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL
Realizar campañas de publicidad anti tabáquica gestionando la articulación con medios de comunicación para la desestimulación del habito del consumo de tabaco	Advertir de los peligros del tabaco	Realización de campañas publicitarias por parte de la secretaria de salud y medios de comunicación	No. de campañas realizadas	15 marzo de 2012	30 Noviembre de 2012	SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN
Gestionar recursos y la articulación de los sectores públicos y privados para la implementación de programas preventivos integrales que abarquen todos los factores psicosociales	Gestionar recursos para la implementación de estrategias de prevención del consumo de tabaco y otras sustancias	Consecución de Recursos	Cantidad de recursos gestionados	15 de marzo de 2012	30 Noviembre de 2012	SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL, SECTORES PUBLICOS Y PRIVADOS

Implementación de programas de utilización del tiempo libre con énfasis en la desestimulación del hábito del tabaco y otras sustancias adictivas	Disminuir el consumo de tabaco u otras sustancias adictivas	Realización de actividades para la prevención y aprovechamiento	No. De programas implementados	15 de marzo de 2012	30 Noviembre de 2012	SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL
--	---	---	--------------------------------	---------------------	----------------------	-------------------------------

12. BIBLIOGRAFIA

- BECOÑA IGLESIAS, E, (Coord.), (1998). Libro Blanco Sobre el Tabaquismo en España. Barcelona: Glosa Ediciones.
- EXTRACTO DE LA BASE TEORICA DE LA TESIS DOCTORAL: “Cambios en las creencias y actitudes con respecto al tabaco a partir de un programa de intervención educativa”. Internet
- Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Educación, Jorge de Mariano Huescar.
- MANUAL REFERENTE AL TABACO Y LOS JOVENES PARA EL MUNDO INDUSTRIALIZADO, 2ª Edición traducida y editada por Asociación Española contra el Cáncer. Ginebra 1990.
- Artículo, Clínica del Tabaquismo contra la enfermedad y la adicción de fumar, Patricia Cárdenas Maya Periodista - elpulso@elhospital.org.co.
- BARRA, E. Psicología de la salud. Editorial Mediterráneo, Santiago de Chile. 2003
- CARACTERISTICAS DE LA ADOLESCENCIA COMO ETAPA VULNERABLE AL HABIT DE FUMAR. Autor: Lic. Martha Fernández, 2007 Psiquiatría, Pediatría.
- FOLLETOS LATINOAMERICA CONTRA EL CANCER: “Tabaco y alcohol en el marco familiar y escolar” y “Tabaco; un enfoque multidisciplinar”

- Tabaco y adolescentes : más vale prevenir [Editorial] - Marín Tuyá, D;
Medicina clínica 1993 ; 100(13) : 497-500
- Factores de riesgo y protección para el consumo de drogas. Becoña Iglesias (2002, p.26)
- Perry y Furukawa, 1987, en Becoña Iglesias2001, p.167
- MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
- CONGRESO DE LA REPUBLICA: Diario Oficial No,. 46494 del 27 de diciembre de 2007.
- Comisión Nacional de Investigación en Drogas, Programa RUMBOS y Observatorio Colombiano sobre consumo de Sustancias Psicoactivas.
- Ministerio de la Protección Social, Fundación FES Social 2003
- Ministerio del Interior y de Justicia, Ministerio de la Protección Social, Dirección Nacional de Estupeficientes, CICAD- OEA
- Campo Arias Adalberto, Astrid Jaimes Dorian, Díaz Martínez Luis Alfonso.
- Estudio Nacional de consumo de SPA que se realizó en el 2008 por el Gobierno Nacional y la UNODC.
- <http://salud.discapnet.es>
- Portalesmedicos.com
- GOOGLE.COM
- WIKIPEDIA, Internet.