



FACULTAD DE CIENCIAS EXACTAS Y NATURALES

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PAMPA

TESINA PRESENTADA PARA OBTENER
EL GRADO ACADÉMICO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

**“EL ASESINO SILENCIOSO” TABAQUISMO EN ADOLESCENTES
ESTUDIANTES EN LA CIUDAD DE TOAY”.**

Alejandra Noemí Malsam

SANTA ROSA (LA PAMPA)

ARGENTINA

2009

PREFACIO

Esta Tesina es presentada como parte de los requisitos para optar al grado Académico de Licenciada en Enfermería, de la Universidad Nacional de La Pampa y no ha sido presentada previamente para la obtención de otro título en esta Universidad ni en otra Institución Académica. Se llevó a cabo en la Facultad de Ciencias Exactas y Naturales, dependiente de la Universidad Nacional de La Pampa, durante el período comprendido entre el 30 de octubre de 2008 y el 3 de abril de 2009 bajo la dirección de la Dra. Alejandra Érica Montaña.

3 de abril de 2009

FACULTAD DE CIENCIAS EXACTAS Y NATURALES

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PAMPA

AGRADECIMIENTOS

Al efectuar este trabajo no lo hice sola. Estuvieron a mi lado distintas personas que me acompañaron y ayudaron en las dificultades presentadas a lo largo de este recorrido. A ellas les debo mi agradecimiento:

A mi directora Érica Montaña quien con su paciencia fue orientando y alentándome a seguir adelante.

A Federico Promencio quien con su disposición me proporcionó elementos muy útiles y necesarios.

A mi esposo e hijos, Augusto, Samuel y Gabriela, quienes me acompañaron incondicionalmente y me permitieron disponer del tiempo necesario, que en gran parte les correspondía a ellos y aun así me ayudaron a continuar.

A mi padre, que aunque no se encuentra a mi lado físicamente, fue quien me motivó y alentó para que todo esto sea posible.

A Samuel Espinoza, mi hijo, quien con su importante ayuda simplificó mi trabajo.

Al personal de las instituciones educativas de Toay por su cordialidad al abrirme las puertas para acceder a la información necesaria.

A ellos, los adolescentes de Toay, por brindarse y ayudarme a obtener los datos necesarios para la realización de este trabajo.

A todas las personas que de una u otra forma me apoyaron y acompañaron en este tiempo.

Y como no mencionarlo, a Dios, en quien creo con todo mi corazón y quien merece mi mayor agradecimiento.

ABRIL DE 2009.-

RESUMEN

El siguiente estudio de tipo descriptivo, cuantitativo se realizó con la finalidad de ampliar los conocimientos respecto a la situación de tabaquismo de adolescentes estudiantes, entre 12 y 18 años en la ciudad de Toay, La Pampa, Argentina en el año 2008. Para ello se seleccionaron al azar 18 cursos entre todas las escuelas de enseñanza secundaria y se realizaron encuestas anónimas e individuales y autoadministradas.

De un total de 632 alumnos, la muestra representativa quedó constituida por 290 adolescentes (52% del total).

Las variables analizadas fueron: cantidad de fumadores (59%); cantidad de no fumadores (37%). Mujeres fumadoras (34%); varones fumadores (25%). Edad de inicio, con el mayor porcentaje (23%) en los 14 años. Causa del hábito: curiosidad (35%), problemas (7%), amigos (40%), no contestan (18%). Estado de bienestar cuando fuman: bien (34%), mal (26%), igual (24%) y no contestan (16%). Influencia del grupo de pares: 92% de los fumadores y 73% de los no fumadores. Influencia de familiares que conviven y fuman: de los fumadores (67%) y de los no fumadores (61%). Información sobre los daños del tabaquismo: escasa (78,5%), suficiente (5%), nula (16.5%). Valor otorgado a la salud: poco (4%), mucho (89%), nada (1%) y no contestan (6%). Interés por recibir información: fumadores (73%), no fumadores (84%). Por último interés por recibir ayuda para dejar de fumar: si (34%), no (40%) y no contestan (25%).

Con la información obtenida se pretende ser el punto de partida para futuras acciones de prevención y asistencia dirigidas hacia este grupo etáreo vulnerable.

ABSTRACT

The following study of kind descriptive, quantitative were done with the object to amplify the know ledge of the situation of smokers in teenagers students between 12 to 18 years old in Toay city, Argentina, in 2008. To do this, were chosen at random 18 classrooms in all high schools and were done anonymous and individual polls.

For a total of 632 students, the representative sample was done by 290 adolescents (52% of total).

The studied variables were: quantity of smokers (59%); quantity of not smokers (37%). Feminine smokers (34%); masculine smokers (25%). Starter year, with the biggest percentage (23%): on the 14 years old. Habit reason: curiosity (35%), problems (7%), friends (40%), do not answer (18%). State of satisfaction when smoking: well (34%), bad (26%), indifferent (24%), and do not answer (16%). Group of friends influence: (92%) of smokers and (73%) of not smokers. Influence of group familiar that live together and smoke: to the smokers (67%) and to the not smokers (61%). Information about the damages of smoke: minimum (78%), enough (5%), null and void (16.5%). Value given to health: slight (4%), much (89%), nothing (1%) and do not answer (6%). Interest to receive information: smokers (73%), not smokers (84%). Finally, interest to receive help to give up of smoke: yes (34%), no (40%), and do not answer (25%).

With the obtained information, I want to be the starting-point to future actions of help and prevention, direct to this group of persons so exposed.

ÍNDICE

PREFACIO.....	II
AGRADECIMIENTOS.....	III
RESUMEN.....	IV
ABSTRACT.....	V
ÍNDICE.....	VI
INTRODUCCIÓN.....	1
METODOLOGÍA.....	5
CAPÍTULO 1: Adolescencia.....	6
1. Características del adolescente.....	11
2. Duelos e identidad.....	19
3. Importancia de la familia en la vida del adolescente.....	27
4. Los grupos y el adolescente.....	33
CAPÍTULO 2: Tabaquismo.....	36
1. Historia del tabaco.....	37
2. Sustancias que componen el humo del tabaco.....	40
3. Tabaquismo y adicción.....	46
4. Consecuencias del tabaquismo.....	59
5. Tabaquismo pasivo y patología.....	74
RESULTADOS. DISCUSIÓN.....	79
CONCLUSIONES.....	97
BIBLIOGRAFÍA.....	100
ANEXOS.....	103

INTRODUCCIÓN

El consumo de tabaco constituye un problema de salud pública cuya iniciación generalmente ocurre en la adolescencia. Es la principal causa de enfermedad y mortalidad evitable y prematura en el mundo. Según la Organización Panamericana de la Salud, el tabaco es responsable de 5 millones de defunciones anuales (alrededor de 13.500 muertes por día) y, de no implementarse acciones que contrarresten esta tendencia, esta cifra será de 10 millones en el año 2030. La OMS estima que existen alrededor de 1.300 millones de fumadores en el mundo, de los cuales 800 millones viven en países en desarrollo, lo que representa cerca de un tercio de la población global de 15 años o más.

La prevalencia de tabaquismo en Argentina, es una de la más elevada de América Latina si bien se encuentra en descenso con respecto a años anteriores. Datos recientes obtenidos de la primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo aportados por el Ministerio de Salud, en el año 2006, demuestran que fuma el 33.4% de la población de 18 a 64 años de edad y aproximadamente el 30% de la población entre 13 a 17 años, expresado de otra manera hay 8 millones de argentinos que son fumadores. La mitad de estas personas va a morir de una enfermedad relacionada con el consumo del tabaco, y de ellos, la mitad fallece entre los 35 y 69 años.

El tabaco es tan adictivo como la droga pura, ya que, al contener nicotina, se trata de un producto psicoactivo que afecta los procesos químicos del cerebro y del sistema nervioso. Además tiene reconocidos efectos, publicados por el Ministerio de Salud de la Nación en el 2004, que a continuación se mencionarán:

- Efectos sobre el sistema respiratorio dañando gravemente los bronquios y pulmones, llegando a producir bronquitis crónicas, enfisema y cáncer pulmonar.

- Efectos sobre el sistema cardiovascular, produciendo enfermedades coronarias, arteriosclerosis, accidentes cerebro-vasculares, aneurisma de aorta abdominal.

- Diversos tipos de cáncer: pulmón, vejiga, cuello de útero, esófago, laringe, faringe, estómago, cavidad oral y páncreas.

- Efectos sobre el sistema reproductivo ocasionando disminución de la fertilidad, placenta previa y parto prematuro.

En las poblaciones más consumidoras de cigarrillos, desde hace varios decenios, son atribuibles al tabaco 90-95 % del cáncer pulmonar, 80-85 % bronquitis crónica y enfisema pulmonar y el 20-25 % de las defunciones por cardiopatías y accidentes cerebrovasculares. (OMS 1998)

El Ministerio de Salud en el manual de capacitación del equipo de salud para el tratamiento de la adicción del tabaco (2008) menciona que, en Argentina, más de 40.000 personas mueren anualmente por causas relacionadas por el consumo de tabaco, se estima que unos 6.000 no fumadores mueren por tabaquismo pasivo. La exposición al humo ambiental también es un factor a tener en cuenta ya que diversas encuestas demuestran que el 70% de los escolares está expuesto al humo del tabaco en su hogar. Además y como si fuera poco, el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades provocadas por el tabaquismo, insume aproximadamente el 15% del gasto anual en salud: 4.300 millones de pesos (alrededor de 12 millones por día) en el 2004, ascendiendo a 7.000 millones en el 2008.

Según el mismo manual de capacitación mencionado anteriormente, la mayoría de los adultos fumadores inician el consumo de tabaco en la adolescencia. A pesar de que el tabaco por sí mismo no causa una significativa morbilidad en jóvenes, la mitad de los fumadores ulteriormente morirá de causas relacionadas con el tabaco (enfermedades coronarias, pulmonares, arteriales, etc.).

Al respecto los autores del manual, reflexionan sobre: “lo paradójico que resulta el tabaquismo en Argentina ya que es un problema de alta prevalencia, alta mortalidad y alto costo para el sistema de salud. Y a pesar de contar con las herramientas necesarias como un tratamiento efectivo y costo-efectivo para dejar de fumar, el nivel de intervención del sistema sanitario es, extremadamente bajo” (página 5). Continúan analizando, que una de las explicaciones es que también se fuma en los centros de salud y que el equipo de salud está escasamente capacitado y motivado para la intervención en este tema.

En los adolescentes la situación es alarmante, la edad de inicio es cada vez menor, fuma alrededor de un tercio de los adolescentes entre 13 y 15 años con un mayor consumo en mujeres. En Argentina, Chile y Uruguay el consumo entre las adolescentes mujeres es muy alto, más alto que entre los hombres, a diferencia de lo que ocurre en otros países. Según el boletín del Proas del programa Remediar (2007), se estima que en el mundo 100.000 jóvenes comienzan a fumar diariamente, y 300 millones fuman actualmente.

En el año 2000 Buenos Aires participó en la primera encuesta mundial de consumo de tabaco en jóvenes (GYTS). Ésta mostró que 30.2% de los adolescentes de 13-15 años fumaba. La encuesta se repitió en el año 2003 y se observó una leve disminución de la prevalencia (27.5%). En ambas encuestas el consumo era mayor en mujeres que en

varones. En el 2003 también se realizó la encuesta en la provincia de Buenos Aires donde la prevalencia fue del 32%.

La última encuesta de consumo de tabaco en jóvenes a nivel nacional se realizó en el año 2002. La población objetivo estuvo definida por todos los alumnos que cursaban el 8° de EGB o 2° Polimodal en escuelas localizadas en las siguientes cinco jurisdicciones: Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Partidos del Gran Buenos Aires, Gran Córdoba, Gran Mendoza y la ciudad de Santa Fe. Se relevaron un total de 239 escuelas, 450 cursos y se encuestó un total 11.734 alumnos. El resultado fue que el 59,3% (6924) del total de los encuestados ha probado alguna vez en su vida un cigarrillo. El 31% de los varones y el 36% de las mujeres son fumadores (consumió al menos un cigarrillo 30 días antes de la encuesta). El porcentaje de fumadores casi siempre se duplica entre los 12-14 años y los 15-18 años.

Un relevamiento nacional sobre sustancias psicoactivas mostró que La Pampa está por debajo de todos los índices nacionales, excepto en el ítem hombres fumadores donde se ubica tres puntos por arriba del promedio. Los resultados preliminares de la Encuesta Nacional sobre prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas 2008 concluyeron que el 60.5% de los varones pampeanos declaró haber consumido tabaco alguna vez en su vida, mientras que en Argentina el porcentaje es de 57.8%. Como contrapartida la comparación entre las mujeres indica que las pampeanas que alguna vez fumaron son el 43% contra el 48% de la media.

Como la adolescencia es una etapa de definiciones en la que se puede intervenir antes de que se estructure la personalidad, es una oportunidad única para reforzar o destruir lo que se comenzó a construir desde la infancia. Si bien se sabe que no hay una sola causa que determine las conductas adictivas, sino una multicausalidad, los adolescentes son especialmente sensibles y vulnerables debido a la etapa de la vida que atraviesan que los obliga a buscar su identidad.

Vulnerable es quien tiene el riesgo de recibir determinada lesión o daño. El adolescente es más vulnerable, porque como dice Efron (1996) "...está cambiando su caparazón, y porque la sociedad ofrece muy pocas rocas para protegerlo (...) Porque queda a la intemperie y las heridas que se le producen afectan todo el andamiaje sobre el cual se fue construyendo su estructura". Tanto las características del ambiente familiar y social en que una persona se desenvuelve, como sus propias particularidades, pueden hacerla vulnerable para recibir determinado daño, pero por el solo hecho de ser adolescente la hacen más vulnerable todavía ya que pertenece a un sector socialmente excluido y como se

mencionó anteriormente no posee una personalidad firme y definida para enfrentar determinadas situaciones. Y en situaciones de crisis concurren factores tales como la edad, la baja aceptación de las normas sociales, el fracaso escolar, la baja autoestima, la alta necesidad de aprobación que incrementan aun más la posibilidad de conductas de tipo adictivas.

Para evaluar las causas de las principales condiciones que afectan a los adolescentes y su futuro es imperativo conocer la prevalencia de los factores de riesgo más importantes, como el tabaquismo, y a partir de este insumo, diseñar políticas sanitarias ajustadas a esta población objetivo.

Los objetivos que me propuse en esta investigación son los siguientes:

OBJETIVO GENERAL:

- Caracterizar la magnitud del tabaquismo en los adolescentes en estudio y conocer la significación que estos le otorgan a la salud, para obtener la información que permita delinear posibles estrategias de prevención.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Indagar sobre los conocimientos que poseen los adolescentes sobre los daños que la adicción al tabaco causa a la salud.
- Comprender la significación que los adolescentes le otorgan a su salud.
- Lograr un acercamiento para, en un futuro cercano, implementar programas de prevención y ayuda para su autocuidado.

HIPÓTESIS:

- Los conocimientos que poseen los adolescentes sobre los daños que causa el cigarrillo son insuficientes para impedir que adquieran la adicción.
- Los padres fumadores constituyen un factor importante para la adquisición de la adicción del tabaco en sus hijos.
- Las amistades y la necesidad de aceptación por parte de sus pares influyen para la adquisición o no de la adicción mencionada.
- La edad de inicio es más temprana en mujeres que en varones.

RESULTADOS ESPERADOS:

-Que esta investigación realizada en la ciudad de Toay, pueda demostrar la problemática planteada y sea el punto de inicio para la realización de acciones de prevención y sensibilización que ayuden a los adolescentes afectados.

METODOLOGÍA

METODOLOGÍA, MODELOS y TÉCNICAS.

Para estudiar los puntos señalados como objetivos, se diseñó un estudio descriptivo de tipo exploratorio, de corte cuantitativo, con la aplicación de una encuesta anónima autoadministrada a estudiantes adolescentes que concurren a los colegios secundarios de Toay (E.G.B. y Polimodal). Las instituciones elegidas fueron 4, la cantidad de cursos seleccionados 18, los cuales comprendieron desde séptimo año de EGB y tercero de Polimodal y los alumnos encuestados fueron 329 sobre un total de 632 estudiantes adolescentes que concurren a dichas instituciones educativas. Los diferentes cursos fueron elegidos al azar y las edades de los adolescentes encuestados comprendieron entre 12 y 18 años.

La planilla de encuesta constó de una carilla con preguntas cerradas y abiertas.

Las siguientes fueron las variables estudiadas:

- Sexo.
- Edad.
- Cantidad de fumadores, alguna vez fumadores y no fumadores.
- Momento de inicio.
- Información o conocimiento que poseen sobre el tema.
- Causa por la cual adquirieron el hábito.
- Estado de bienestar cuando fumaban.
- Influencia del grupo de pares.
- Valor dado a la salud.
- Influencia de los padres en la adquisición de la adicción.
- Información sobre los daños del tabaquismo.
- Interés por recibir información.
- Interés por recibir ayuda para dejar de fumar.

CAPÍTULO 1: ADOLESCENCIA

Si bien el tema principal de esta investigación es sobre el tabaquismo en adolescentes, consideré importante antes de comenzar con la temática en sí, abordar las distintas necesidades, problemas e influencias que este grupo etéreo debe afrontar para lograr formar su identidad adulta. Conociendo sus actitudes y necesidades es posible lograr un acercamiento para comprender junto con ellos la dimensión de esta problemática como es la adicción al tabaco.

Según la Sociedad Argentina de Pediatría (2001) la adolescencia es un proceso dinámico que transcurre en el camino de la niñez a la edad adulta. Esta etapa de la vida se caracteriza por rápidos y múltiples cambios en los aspectos físicos, psicológicos y sociales.

Durante este período, las personas completan el crecimiento y el desarrollo físico. El cuerpo se modifica en tamaño, forma y vigor. El adolescente adquiere un cuerpo nuevo en un lapso corto, por lo cual en un principio le cuesta adaptarse e identificarse con él. Las funciones se tornan más complejas y se logra la capacidad de reproducción.

Desde lo cognitivo se desarrolla el pensamiento abstracto, con el cual el adolescente adquiere la posibilidad de proyectarse hacia el futuro y valorar las consecuencias de sus actos. Esto le permite una mayor previsión, control interno, consciencia del ambiente que lo rodea, capacidad de empatía e idealismo.

Desde lo social, la estrecha relación y dependencia con la familia de origen disminuye y aumenta la intensidad de las relaciones con pares y adultos fuera de la familia. Paulatinamente desarrolla habilidades que favorecen su independencia económica y emocional.

Desde lo emocional, en este período de descubrimiento personal cada individuo participa en una experiencia de vida y en el establecimiento de una identidad. Esta etapa culmina con la adquisición de su escala de valores morales y éticos, la elección vocacional o laboral y la capacidad de formación de una pareja.

En el programa de Prevención Comunitaria (1999), la Subsecretaría de Prevención y Asistencia a las Adicciones de la provincia de Buenos Aires, expresó que la adolescencia es una etapa crucial caracterizada por los grandes cambios mencionados y por el aumento de la vulnerabilidad. El adolescente es un ser en crisis. Crisis en el sentido de cambio, acomodación a una situación nueva, duelos por la infancia y los padres idealizados, pasaje de la etapa del juego a la del trabajo, de lo familiar a lo extrafamiliar, adquisición de nuevas funciones y habilidades, comportamientos y placeres, ejercitación de la sexualidad. La crisis es producto de un cambio brusco en el que todas las medidas que anteriormente

servían de marco, sostén y adaptación, pasan a ser cuestionadas. En este proceso de búsqueda, que no puede apresurarse, el adolescente ensaya múltiples roles, que por momentos son conflictivos, para alcanzar luego un nuevo equilibrio, sin que esto signifique enfermedad o daño. Es necesario tener en cuenta que, frente al mismo riesgo, no todos presentan los mismos disturbios. La transición satisfactoria se caracteriza por mayor autoestima, autocuidado, autonomía y responsabilidad.

En este programa también se expresa que, para una adecuada maduración, el interés continuado de los padres o de algún adulto significativo, la organización familiar más amplia, la escuela y las redes sociales tienen importancia crucial. A pesar de que el adolescente cuestiona el orden preestablecido, circunstancia para la cual los padres no suelen estar preparados, los límites son esenciales para el desarrollo paulatino de la independencia. Si no encuentra un marco contenedor en su entorno podría desarrollar una conducta antisocial a fin de encontrar la autoridad que limite su conducta impulsiva.

Las instituciones en donde el adolescente pasa mucho tiempo, escuela, club, iglesia, aun la misma calle, dejan su impronta, favoreciendo o deteriorando el desarrollo individual. La presión ejercida por los pares puede influir positiva o negativamente. El ingreso al mundo adulto suele darse en esta etapa de la vida, para lo que es esencial que existan posibilidades concretas de inserción en el estudio y en el trabajo. La combinación de los múltiples recursos personales, familiares y sociales que favorecen el proceso de desarrollo del adolescente y que atenúan y neutralizan el impacto de riesgo son los factores protectores.

La Organización Mundial de la salud define a la adolescencia como el período de la vida en el cual el individuo adquiere la madurez reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y lucha por establecer su independencia socio-económica.

De acuerdo a lo expresado por Winnicott (1991) lo característico de la adolescencia es “su inmadurez” y el hecho de no ser “responsable”, pero, mientras el crecimiento se encuentra en marcha, las figuras paternas deben hacerse cargo de la responsabilidad.

Según Margulis (1996) la juventud es una condición constituida por la cultura pero que tiene a la vez una base material vinculada con la edad. Ser joven es ser integrante de una generación distinta, lo cual significa diferencias en el plano de la memoria. No se comparte la memoria de la generación anterior, ni se han vivido sus experiencias. Para el joven el mundo se presenta nuevo, abierto a las propias experiencias, aligerado de recuerdos que poseen las generaciones anteriores, despojado de inseguridades o de certezas

que no provienen de la propia vida. Claro está que existen los relatos, la memoria social, la experiencia transmitida, pero, sin embargo, cada generación se presenta nueva al campo de lo vivido, poseedora de sus propios impulsos, de su energía, de su voluntad, de orientar sus fuerzas y de no reiterar los fracasos, generalmente escéptica acerca de los mayores, cuya sensibilidad y sistemas de apreciación tiende a subestimar.

Este plano se enriquece si se tienen en cuenta otros niveles de la sensibilidad, de la experiencia y la memoria que suelen operar sobre las modalidades de estar en el mundo de los jóvenes. Estos se sienten lejanos a la muerte, también de la vejez y de la enfermedad. Este hecho es objetivo, en tanto su probabilidad de enfermar o morir es menor; pero también es vivencia, hay una sensación de vulnerabilidad, de lejanía a la muerte, de otredad con respecto de ella. La adolescencia se encuentra condicionada por la convivencia y contemporaneidad con miembros adultos de la familia, con los padres y abuelos, con las generaciones anteriores. Continuando con los conceptos de Margulis ser joven significa también, tener aún padres y abuelos, es decir hay otros en el grupo familiar a quienes le tocará enfrentar antes la muerte. Una especie de paraguas que distancia y aleja. También, estos otros –padres y abuelos- contienen al joven en cuanto a joven, son testigos significativos de su diferencia, se existe “en” ellos, mientras están vivos como miembro joven, como hijo o nieto.

El grupo de compañeros, entre adolescentes, es un fenómeno esperable; permite al adolescente sentirse contenido dentro de una zona intermedia, que ya no es la familia ni la sociedad. Le permite también, mantener la ilusión que pertenece a un sistema que lo protege de la responsabilidad social y a la vez lo tranquiliza durante el período de cambio.

Hace ya más de 20 años Arminda Aberasturi y Mauricio Knobel (1980) decían que la adolescencia era un período de la vida, que como todo fenómeno humano tiene su exteriorización característica dentro del marco socio-cultural en el cual se desarrolla, con características psico-biológicas universales y con otras que están influenciadas por el marco social en donde se desarrolla. Coinciden con todos los autores en que la adolescencia está caracterizada por ser un período de transición entre la pubertad y el estadio adulto y que es un proceso que tiene una característica propia: situación que obliga al individuo a reformularse los conceptos que tiene acerca de sí mismo, que lo lleva a abandonar su auto-imagen infantil y a proyectarse en el futuro de su adultez. Añaden que la adolescencia es un proceso universal de cambio, de desprendimiento que se teñirá con características de cada cultura que la favorecerá o la dificultará según la circunstancia. La duración de este período de cambio también depende de la sociedad.

Margulis-Urresti (1998) en “La construcción social de la condición de la juventud” incorporan otros conceptos como moratoria vital y moratoria social. Con respecto a la moratoria vital dicen que:

- La juventud es una etapa de proyecto (de alguna clase social) que gozan de un crédito vital (tienen tiempo por vivir) Esto último característico de todos los jóvenes.
- Es el lapso que media entre la madurez física (pubertad) y la maduración social (cuando asumen responsabilidades)
- Grupo etéreo definido por la moratoria vital o grupo generacional que puede o no tener proyectos, puede o no tener dinero pero lo que si tienen es ese plus de tiempo que no lo tienen los mayores.
- La moratoria social, a diferencia de la vital que es para todos los jóvenes, es sólo para algunos sectores de la clase media-alta. La definen como el espacio entre la pubertad y la maduración social, tiempo de estudio (para los de clase alta) que pueden estudiar mucho tiempo hasta recibirse sin apuro ni angustias. Para los de la clase media, ya no tan agradable, es un tiempo de angustia e incertidumbre pues se apuran para obtener un título que no saben si los va a ayudar para insertarse socialmente.

La Sociedad Argentina de Pediatría en “Guías para la Supervisión de la Salud de Niños y Adolescentes” (2001), divide a la adolescencia en tres momentos: adolescencia temprana (entre 10 y 14 años), adolescencia media (entre 14 y 18 años) y adolescencia tardía (de 18 – 21 años o más). De todas formas vale aclarar que las edades consignadas son estimativas debida a que hay amplias variaciones individuales en el tiempo del desarrollo, que no siempre coincide con la edad cronológica. Es esencial respetar los diferentes tiempos individuales y las diferencias socioculturales.

La primera etapa se caracteriza por cambios fisiológicos relacionados con el crecimiento. Se producen ciertas modificaciones físicas como: aumento del tamaño corporal, cambios en las proporciones del cuerpo, desarrollo de las características sexuales primarias y secundarias. Todos estos cambios implican una serie de efectos en la conducta, asimismo en la función o status y arrogación de nuevas tareas y habilidades.

Los cambios psicológicos incluyen: angustias, euforias, cambios frecuentes de humor e hipersensibilidad, simultaneidad de reacciones muy infantiles o aparentemente muy adultas, intentos de autonomía y de separación de los padres, desafíos a la autoridad parental, cuestionamientos de las normas familiares y escolares. Necesitan identificar su

cuerpo como propio, es por ello que predominan las exploraciones en esa dirección. A esto le sigue la atención que otras personas prestan al cuerpo y a su adorno, así como el despertar de los deseos sexuales. Surgen la importancia de la apariencia personal, la fortaleza, la energía física. En el área intelectual predomina el pensamiento concreto pero se va adquiriendo nuevas capacidades cognitivas y pensamiento abstracto en áreas limitadas y en el área social surge el apego a amistades y la influencia y sumisión a grupos de pares, generalmente del mismo sexo, con el riesgo de exponerse a hábitos nocivos.

En la adolescencia media, el desarrollo físico ha concluido, se logra la madurez reproductiva. En el desarrollo emocional se va afirmando la identidad sexual, oscilan entre sentimientos de inseguridad y seguridad, arrojo y timidez, disminuyen los sentimientos ambivalentes y las regresiones infantiles. En éste momento los adolescentes tienen fuerza personal y no solo grupal. Esta necesidad de independencia de la familia por parte del adolescente, genera en los padres mucha ansiedad. El desarrollo intelectual se caracteriza por un incremento de la capacidad reflexiva y el altruismo. El pensamiento abstracto brinda la posibilidad de pensar en el otro, surge mayor responsabilidad en algunas áreas y preocupación por el desarrollo vocacional y el futuro. En el área social se identifica fuertemente con sus pares, con hábitos positivos o negativos, en algunos se establece un gran compromiso con ideales políticos, sociales y religiosos, reaparece el reconocimiento de normas básicas y valores.

En la adolescencia tardía el sujeto empieza a desarrollar y asumir tareas propias del adulto joven, como por ejemplo, la elección y responsabilidad de un trabajo, el desarrollo del sentido de intimidad (que más tarde va a conducir a la constitución del matrimonio y a la paternidad). Se produce el reconocimiento de sí mismo como un ser adulto. Las relaciones parentales se renegocian a relaciones más adultas y el desarrollo de pensamiento formal permite un mejor planeamiento del futuro y del actuar en consecuencia.

1. Características del adolescente

El proceso de la adolescencia es una situación que obliga al individuo a reformularse los conceptos que ha adquirido hasta ese punto de su vida, acerca de sí mismo, de sus padres, sus amigos, sus intereses, etc. Esto lo lleva a abandonar su parte infantil y a proyectarse al futuro como adulto. Es un proceso de cambio, de desprendimiento.

Según Knobel (1980) la conducta que se presenta durante el cambio se puede denominar como “patológica”, pero en realidad es observable la presencia de esta conducta durante este tiempo, lo que sería patológico es que esta conducta no se presentara. Define a la adolescencia como: “la etapa de la vida durante la cual el individuo busca establecer su identidad adulta, apoyándose en las primeras relaciones objetales-parentales internalizadas y verificando la realidad que el medio social le ofrece, mediante el uso de los elementos biofísicos en desarrollo a su disposición y que a su vez tienden a la estabilidad de la personalidad en un plano genital, lo que solo es posible si se hace el duelo por la identidad infantil”.

El proceso del duelo es básico y fundamental y la estabilización de la personalidad no se logra sin pasar por un cierto grado de conducta “patológica” que se debe considerar inherente a esta etapa de la vida. Frente a un mundo tan cambiante y a un individuo que como adolescente presenta también una cantidad de actitudes cambiantes, este se maneja de una forma muy especial que no podría compararse a lo que sería la normalidad de una personalidad adulta adaptada a su medio y que se rige por las normas impuestas. Al contrario, el adolescente al vivir una etapa fundamentalmente de transición, su personalidad posee características especiales que lo podrían ubicar entre personalidades marginales o patológicas.

El concepto de *normalidad* no es fácil de establecer, ya que en general varía en relación con el medio socioeconómico, político y cultural. La normalidad se establece sobre las pautas de adaptación al medio, y que no significa sometimiento al mismo, sino más bien la capacidad de utilizar los dispositivos existentes para el logro de las satisfacciones básicas en una interacción permanente que busca modificar lo displacentero a través del logro de sustituciones para el individuo y la comunidad. La personalidad integrada no es siempre la mejor adaptada, pero tiene, sí, la fuerza interior como para advertir el momento en que una aceptación temporaria del medio puede estar en conflicto con la realización de objetivos básicos, y puede también modificar su conducta de acuerdo

con sus necesidades circunstanciales. Este es el aspecto de la conducta en que el adolescente en términos generales puede fallar.

Siguiendo con lo expresado por Knobel las luchas y rebeldías externas del adolescente no son más que los reflejos de los conflictos de dependencia infantil que íntimamente aún persisten. Los procesos de duelo obligan a actuaciones que tienen características defensivas, de tipo psicopático, fóbico o contra-fóbico, maníaco o esquizoparanoide, según el individuo y sus circunstancias. Es por ello que se habla de una verdadera “patología normal” del adolescente.

El adolescente atraviesa por desequilibrios e inestabilidad, mostrando períodos de elación, de ensimismamiento, alternando con audacia, timidez, incoordinación, urgencia, desinterés o apatía que se suceden o son concomitantes con conflictos afectivos, crisis religiosas en las que se puede oscilar desde el ateísmo anárquico al misticismo fervoroso, intelectualizaciones y postulaciones filosóficas, conductas sexuales dirigidas hacia el heteroerotismo y hasta la homosexualidad ocasional. Todas estas características no son exclusivas de un medio en particular, sino que es posible verlas en distintos marcos socioeconómicos de vida. La identidad que logre alcanzar, se deberá en gran parte, a los procesos de identificación y de duelo que haya podido realizar el adolescente. En la medida que haya elaborado los duelos, que son en última instancia los que llevan a la identificación, el adolescente verá su mundo interno mejor fortificado y, entonces, esta normal anomalía será menos conflictiva y menos perturbadora. Sintetizando las características de la adolescencia se pueden describir las siguientes manifestaciones que integrarían este síndrome:

❖ **Búsqueda de sí mismo y de la identidad.**

La identidad es una característica de cada momento evolutivo. El niño entra a la adolescencia con dificultades, conflictos e incertidumbres que se magnifican en este momento vital, para salir luego a la madurez estabilizada con determinado carácter y personalidad de adulto. El autoconcepto se va desarrollando conforme el sujeto va cambiando e integrándose con las concepciones que acerca de sí mismo tienen varias personas, grupos e instituciones y va asimilando todos los valores que constituyen el ambiente social. Surgen varias identidades en este proceso como son las transitorias y ocasionales que se van dando mientras encuentra la propia. La integración del yo se produce por la elaboración del duelo por partes de sí mismo y por sus objetos. Una vez que las figuras parentales son internalizadas e

incorporadas a la personalidad del sujeto, este puede iniciar su proceso de individuación.

❖ **La tendencia grupal.**

El adolescente recurre como comportamiento defensivo a la búsqueda de uniformidad, ya que esta le brinda seguridad y estima personal. Surge el espíritu de grupo al que tanto afecto le tiene el adolescente. El fenómeno grupal adquiere una importancia trascendental ya que se transfiere al grupo gran parte de la dependencia que antes se mantenía con la familia y los padres en especial. Este fenómeno facilita la conducta psicopática normal en el adolescente. El grupo constituye así la transición necesaria en el mundo externo para lograr la individuación adulta. Después de pasar por la experiencia grupal, el individuo podrá empezar a separarse y asumir su identidad adulta. La utilización de los mecanismos esquizoparanoides es muy intensa durante la adolescencia, y el fenómeno grupal favorece la instrumentación de los mismos. Cuando en este período de la vida el individuo sufre un fracaso de personificación, producto de la necesidad de dejar rápidamente los atributos infantiles y asumir una cantidad de obligaciones y responsabilidades para las cuales aún no está preparado, recurre al grupo como un refuerzo para su identidad. Se ve también que una de las luchas más despiadadas es la que se lleva a cabo en la defensa de la independencia en un momento en que los padres desempeñan todavía un papel muy activo en la vida del individuo. Por eso es que en el fenómeno grupal busca un líder al cual someterse, o si no, se erige él en líder para ejercer el poder del padre o de la madre. El grupo facilita la conducta psicopática en el adolescente, aparecen conductas de desafecto, de crueldad, de indiferencia, de falta de responsabilidad, que son típicas de las psicopatías, pero que encontramos en la adolescencia normal. La diferencia reside en que en el psicópata, esta conducta es permanente, mientras que en el adolescente es un momento circunstancial y transitorio que se modificará o rectificará por la experiencia. También se dan manifestaciones de conducta neurótica o psicótica de distinta naturaleza según las circunstancias y las condiciones internas de cada sujeto.

❖ **Necesidad de intelectualizar y fantasear.**

Una de las formas típicas del pensamiento adolescente es la de intelectualizar y fantasear. Esto le sirve como mecanismos defensivos ante las situaciones dolorosas

de pérdida. La necesidad que la realidad le impone de renunciar al cuerpo, al rol y a los padres de la infancia, así como a la bisexualidad que acompañaba a la identidad infantil, enfrenta al adolescente con una vivencia de fracaso o de impotencia frente a la realidad externa. Esto lo obliga a recurrir al pensamiento para compensar las pérdidas que ocurren dentro de sí mismo y que no puede evitar. El fantasear y el intelectualizar sirven como mecanismos defensivos frente a estas situaciones de pérdida tan dolorosas. La incesante fluctuación de la identidad adolescente, que se proyecta como identidad adulta en un futuro muy próximo, adquiere caracteres que suelen ser angustiantes y que obligan a un refugio interior que es muy característico. Es allí donde el mundo infantil desempeña un papel predominante que es absolutamente fundamental tener en cuenta para comprender como el adolescente, frente a todos estos embates de su mundo interno cambiante y de su mundo externo incontrolable y frustrante, puede salir airoso. Como lo ha señalado Arminda Aberasturi (1980), solo teniendo una relación adecuada con objetos internos buenos y también con experiencias externas no demasiado negativas, se puede llegar a cristalizar una personalidad satisfactoria.

Tal huída en el mundo interior permite, según esta autora, una especie de reajuste emocional, un autismo positivo en el que se da un incremento en la intelectualización que lleva a la preocupación por principios éticos, filosóficos, sociales, que no pocas veces implican un formularse un plan de vida muy distinto al que se tenía hasta el momento y que también permite la teorización acerca de grandes reformas que pueden ocurrir en el mundo exterior. Surgen entonces las grandes teorías filosóficas, los movimientos políticos, las ideas de salvar a la humanidad, etc. También es entonces cuando el adolescente comienza a escribir versos, novelas, cuentos y se dedica a actividades literarias, artísticas, etc. Es preciso destacar que esto no es una explicación para todas las manifestaciones culturales, políticas o artísticas, ni que siempre respondan a situaciones conflictivas inmanejables.

❖ **Las crisis religiosas.**

Se refiere a que el adolescente puede manifestarse como un ateo exacerbado o como un místico muy fervoroso. Por supuesto entre ellas hay una gran variedad de posiciones religiosas y de cambios muy frecuentes. Es común observar que un mismo adolescente pasa incluso por períodos místicos o por períodos de ateísmo

absoluto. Esto concuerda con toda la situación cambiante y fluctuante de su mundo interno. Estas crisis son un intento de solución de la angustia que vive el yo en su búsqueda de identificaciones positivas y del enfrentamiento con la muerte definitiva de parte de su yo corporal. Además comienza a enfrentar la separación definitiva de los padres y también la aceptación de la posible muerte de los mismos. La figura de una divinidad, de cualquier tipo de religión, puede representar para él una salida mágica. Así como una postura ateísta puede ser también una actitud compensadora y defensiva.

❖ **La desubicación temporal.**

El adolescente convierte el tiempo en presente y activo como un intento de manejarlo. Las urgencias son enormes y a veces las postergaciones son aparentemente irracionales. Vive su relación con el tiempo como un objeto, lo especializa para poder manejarlo. Surgen conductas que desconciertan al adulto.

A las dificultades del adolescente para diferencias externo-interno, adulto-infantil, se puede agregar la dificultad para distinguir presente-pasado-futuro.

Como defensa el adolescente espacializa el tiempo, para poder manejarlo viviendo su relación con el mismo como un objeto. Si se niega el pasaje del tiempo, puede conservarse al niño dentro del adolescente como un objeto muerto-vivo. Esto está relacionado con el sentimiento de soledad tan típico de los adolescentes, que presentan estos períodos donde se encierran en sus cuartos, se aíslan, se retraen. Estos momentos de soledad suelen ser necesarios para que “afuera” puedan quedar el tiempo pasado, el presente y el futuro, convertidos así en objetos manejables. La verdadera capacidad de estar solo es un signo de madurez, que solo se logra después de estas experiencias de soledad a veces angustiante de la adolescencia. A medida que se van elaborando los duelos, la dimensión temporal adquiere otras características. Cuando el adolescente logra reconocer un pasado y formular proyectos de futuro, con capacidad de espera y elaboración en el presente, supera gran parte de la problemática de este proceso.

❖ **La evolución sexual desde el autoerotismo hasta la heterosexualidad.**

Existe un oscilar permanente en esta etapa entre la actividad de tipo masturbatorio y los comienzos del ejercicio genital, donde hay más un contacto genital de tipo exploratorio y preparatorio que la verdadera genitalidad procreativa, que solo se da

con la correspondiente capacidad de asumir el rol parenteral. Los adultos tratan de negar estas relaciones heterosexuales adolescentes, que se dan mucho más de lo que se piensa.

El enamoramiento apasionado es también un fenómeno que adquiere características singulares en la adolescencia y que presenta todo el aspecto de los vínculos intensos pero frágiles de la relación interpersonal adolescente. El primer episodio de enamoramiento ocurre en la adolescencia temprana y suele ser de gran intensidad. Aparece ahí el llamado “amor a primera vista” que no solo no puede ser correspondido, sino que incluso puede ser ignorado por la parte amada de la pareja, como ocurre cuando ese ser amado es una figura idealizada, un actor de cine, una estrella del deporte, etc. Cabe también aquí el problema de la curiosidad sexual, expresada en el interés por las revistas pornográficas, tan frecuentes entre los adolescentes.

❖ **Actitud social reivindicatoria.**

La constelación familiar es la primera expresión de la sociedad que influye y determina gran parte de la conducta de los adolescentes. Hay que recordar la situación que se presenta de ambivalencia dual, la cual se refiere a que la misma situación ambivalente que presentan los hijos al separarse de los padres, la presentan los padres al ver que sus hijos se alejan. El adolescente presenta una conducta que es el resultado final de una estabilidad biológica y psíquica, de la urgencia de los dispositivos cambiantes de relación objetal y de la vitalidad de los conflictos inconscientes. En la medida en que no encuentre el camino adecuado para su expresión vital y la aceptación de una posibilidad de realización, no podrá nunca ser un adulto satisfecho. La reacción del adolescente, aunque violenta, puede adoptar la forma de una reestructuración yoica revolucionaria, conducente a una liberación de ese superyo social cruel y limitante. Las actitudes reivindicatorias y de reforma social del adolescente pueden ser la cristalización en la acción de lo que ya ha ocurrido en el pensamiento. Gran parte de la oposición que se vive por parte de los padres, es trasladada al campo social. Siente que no es él que cambia sino sus padres y la sociedad, siendo estos los que se niegan a seguir funcionando como sus padres infantiles, que tienen con él actitudes de cuidado y protección ilimitados. Descarga entonces contra ellos su odio y su envidia y desarrolla actitudes destructivas.

❖ **Contradicciones sucesivas en todas las manifestaciones de la conducta.**

Su conducta está dominada por la acción, es una personalidad permeable que recibe todo y que también proyecta enormemente, es decir que los procesos de proyección e introyección son intensos, variables y frecuentes. Solo estando enfermo se mostraría rígido en la conducta. Es más bien el mundo del adulto el que no acepta que el adolescente pueda tener identidades ocasionales, transitorias, circunstanciales y exige de él una identidad adulta que en realidad no tiene porque tener. Estas contradicciones, con la variada utilización de defensas, facilitan la elaboración de los duelos típicos de ese período de la vida y caracterizan la identidad adolescente.

❖ **Separación progresiva de los padres.**

Una de sus tareas es la de ir separándose de sus padres, lo cual está favorecido por el determinismo que los cambios biológicos imponen en este momento cronológico del sujeto. La intensidad y calidad de la angustia con que se maneja la relación con los padres y su separación de estos, estará determinada por la forma en que se ha realizado y elaborado la fase genital previa de cada individuo, a la que se sumarán las experiencias infantiles anteriores y posteriores y la actual de la propia adolescencia. Si la figura de los padres aparece con roles bien definidos, en una unión amorosa y creativa, la escena primaria, se convierte en el modelo del vínculo que el adolescente buscará realmente. Las figuras parentales no muy estables, ni bien definidas en sus roles, pueden aparecer ante el adolescente como desvalorizadas y obligarlo a buscar identificaciones con personalidades más consistentes y firmes. Aquí es donde se produce la identificación con ídolos de distinto tipo, cinematográficos, deportivos, etc.

❖ **Constantes fluctuaciones del humor y del estado de ánimo.**

En la adolescencia se vive un sentimiento básico de ansiedad y de depresión que lo acompañan permanentemente. La intensidad y frecuencia de los procesos de introyección y proyección pueden obligarlo a realizar rápidas modificaciones de su estado de ánimo ya que se ve de pronto sumergido en las desesperanzas más profundas, o cuando elabora y supera los duelos puede proyectarse en una relación que puede ser desmedida. Los cambios de humor son típicos de la adolescencia y es preciso entenderlos sobre la base de los mecanismos de proyección y de duelos por

la pérdida de objetos; al fallar los intentos de elaboración los cambios de humor aparecen como mini crisis maníaco-depresivas. Al aceptar una “normal anormalidad” del adolescente, se facilita la comprensión de este período de la vida. Entender al adolescente desde el punto de vista adulto, facilitándole su proceso evolutivo hacia la identidad que busca y lo ayudará a que pueda desempeñarse satisfactoriamente. De lo contrario siempre se proyectará en el adolescente las ansiedades y la patología del adulto y se producirá ese colapso o crisis de enfrentamiento generacional, que dificulta el proceso evolutivo y no permite el goce real de la personalidad.

2. Duelos e identidad

Según Fernández Mouján (1987) el adolescente superficializa y generaliza al principio para luego encontrar el propio sentido de la vida, a un nivel de tanta profundidad que le permita enfrentarla e interpretarla sin perder su propia identidad y su contacto con la realidad. El duelo es uno de los fenómenos más comunes en la vida de los individuos, aparece ante cualquier pérdida y provoca una reconfiguración objetal. Es decir una reconstrucción basada en las posibilidades del individuo ante el cambio y ese cambio solo tiene lugar si el sujeto está internamente decidido a renunciar a la estructura que hasta ese momento, le dio una relación más o menos estable. La adolescencia es un período muy ilustrativo del fenómeno duelo, los adolescentes luchan, sufren, se esfuerzan, no solo a causa de los objetos externos que tienen que ser abandonados y adquiridos, sino también a las identificaciones infantiles que deben dejar y a la adquisición de las nuevas, que configuran la edad adulta.

Vivir implica pasar una sucesión de duelos como los del crecimiento. La adolescencia, la menopausia y el nacimiento son los tres momentos de la vida, en los que los cambios promueven mayor ansiedad. Los tres duelos se hacen por pérdidas en tres áreas: mente, cuerpo y ambiente y en tres tiempos: pasado, presente y futuro.

- En el área mental tiene que abandonar las identificaciones infantiles y las nuevas identificaciones introyectivas y proyectivas hacen que el yo se desorganice no sabiendo que hacer con su odio, deseos instintivos en un mundo donde se mezclan fantasías infantiles y adultez.
- En el área corporal es invadido por fuertes estímulos de origen hormonal y cambios físicos.
- En el área social puede observar una sociedad con roles más libres.

El duelo implica un sentimiento de pérdida ante un objeto. Con el duelo en el adolescente se tienen bosquejadas las dos tareas fundamentales de este:

1. Lucha por la reconstrucción de su realidad psíquica o mundo interno.
2. Lucha por la reconstrucción de sus vínculos con el mundo externo.

Ambas tareas supeditadas a una tercera: la lucha por la identidad, es decir, la reconstrucción de su personalidad, sin perder de vista el fin fundamental: ser uno mismo en el tiempo y en el espacio en relación con los demás y con el propio cuerpo.

El adolescente se encuentra ante:

- **Un cuerpo nuevo**, cambiante, percibido como objeto externo por el yo. Un esquema corporal nuevo que no coincide con el conocido y que va a reemplazarlo, exigido por la realidad.
- **Nuevos roles sociales**, por medio de los cuales conoce y se hace conocer. Pero que tampoco coinciden con los viejos roles familiares.
- **Un yo** que debe enfrentar la no coincidencia entre la identidad infantil y las nuevas identificaciones.

Todas estas no coincidencias son fuente de ansiedad que llevan al yo a recurrir a mecanismos de defensa. Si no se tuviera en cuenta esta etapa y el medio donde se desarrolla, sería posible confundir conductas típicas de la adolescencia con cualquier proceso de enfermedad. Algunos de estos mecanismos son:

Omnipotencia: altanería, rebeldía, ideas sobrevaloradas.

Idealización: fanatismo, culto al héroe.

Disociación: conductas oposicionistas, cambios repentinos.

Identificación proyectiva: proyecta en el otro lo que le pasa a él. Niega sentimientos propios y se lo atribuye a otra persona.

Identificación introyectiva: imita y toma para sí las acciones de otro.

Erikson (1968) plantea que la adolescencia se caracteriza por conflictos y tensiones que la persona debe superar adaptándose a las exigencias del medio, preservando al mismo tiempo su identidad. El conflicto es percibido por este autor como generador de crecimiento. Si el conflicto trae una construcción positiva, el sujeto saldrá favorecido y se construye una nueva identidad personal. Si el conflicto no es resuelto, una tendencia negativa se integra al yo, frenando el desarrollo y aumentando las posibilidades de desarrollar una psicopatología. El adolescente deberá, entonces, a través de este período, lograr una definitiva exogamia, o sea el abandono de las ligas dependientes de los padres para poder ocupar un lugar propio en el sistema social más amplio donde desplegará su personal proyecto de vida. Este tránsito desde el seno familiar hacia el grupo social tendrá sus repercusiones particulares dentro de la familia. Esta deberá movilizarse ante el crecimiento del hijo y su nueva forma de vincularse hacia dentro y hacia fuera del grupo familiar. Flexibilidad, comunicación y sólida ubicación en el rol parental adulto permitirá a los padres acompañar al hijo en su propio proceso de salida.

Siguiendo a Fernández Mouján, el grupo de pares, de gran relevancia y reconocimiento actualmente será el puente necesario que le da al adolescente el tiempo y el

espacio adecuado para su desarrollo y presentará características específicas de acuerdo a los diferentes momentos y variaciones del proceso.

Los cambios se producen en la personalidad tomando como punto de referencia la transformación del cuerpo y de la imagen, eje de la identidad. Estos cambios físicos que trae la pubertad serán los disparadores de la necesidad de un nuevo auto-reconocimiento y de la aceptación de nuevas sensaciones, ideas e intereses.

La transformación también se produce a nivel de la identidad sexual, así como cambios importantes en el aparato psíquico. (Debilitamiento del superyo, gracias a la irrupción de las pulsiones en la pubertad)

Este nuevo cuerpo requerirá una reorganización de la sexualidad potencialmente madura pero psíquicamente sometida a procesos de regresión y progresión ensamblados. También se modificarán los intereses, vínculos y modos de funcionar con la realidad interna y externa. Su posición ante la ley será diferente en relación a la que tuvo durante la infancia, para poder acceder a su propia ética, independientemente.

Para Arminda Aberasturi (1980) la adolescencia debía realizar como tareas propias, tres procesos de duelo, entendiéndose por tal, el conjunto de procesos psicológicos que se producen normalmente ante la pérdida de un objeto amado y que llevan a renunciar a este. Los procesos psicológicos que se suceden en el duelo se dividen en tres etapas:

-La negación, mecanismo por el cual el sujeto rechaza la idea de pérdida, muestra incredulidad, siente ira.

-La resignación, en la cual se admite la pérdida y surge como sentimiento la pena.

-El desapego y última etapa, en la cual se renuncia al objeto y se produce una adaptación a la vida sin él. Aquí se produce el apego a nuevos objetos.

Siguiendo con esta autora el adolescente tenía que superar tres duelos importantes para convertirse en adulto y describe un cuarto duelo al que no le atribuye tanta importancia como a los anteriores. Estos duelos son los siguientes:

Duelo por la pérdida del cuerpo infantil: el adolescente experimenta en su cuerpo cambios rápidos e importantes. Estos cambios biológicos provocan un impacto a nivel psicológico. Sus cuerpos cambian a pesar de ellos y el cambio es sentido como ajeno, se ubican en un rol de observadores más que de actores de los mismos. Niegan el cambio como medida de protección, sin embargo por medio del contacto con la realidad van elaborando paulatinamente esta pérdida.

Duelo por la pérdida de los padres de la infancia: deben renunciar a su protección, a sus figuras idealizadas en la infancia, ya que comienzan a descubrir sus defectos y

debilidades y también su envejecimiento. A esto se le debe sumar el conflicto de los padres porque también tienen que asumir su vejez y dejar de considerar a sus hijos como niños.

Duelo por la pérdida del rol e identidades infantiles: el adolescente debe ser capaz de elaborar la pérdida de ciertas conductas y motivaciones infantiles teniendo que abandonar la dependencia y asumir las responsabilidades propias de la adultez. Al renunciar a la dependencia debe tomar decisiones propias que van a perfilar su futuro, como por ejemplo elegir su carrera de estudio. Este proceso se vuelve difícil pues el joven se siente incapaz de mantener la dependencia infantil y de asumir la dependencia adulta.

El cuarto duelo, el del **rol sexual**, tiene que ver con la pérdida de la bisexualidad infantil y la definición de la sexualidad en la adolescencia.

Este análisis está realizado en base al modelo del adolescente de la década del 60-70. Para la actualidad no hay un modelo claro de la adolescencia, pero si estamos ante la realidad de un cambio, porque la sociedad cambió. Estos duelos pueden aparecer o no dependiendo de la situación y entorno social de cada adolescente.

Según Obiols (2000), los duelos que se solían dar en el modernismo, no siguen en el postmodernismo. Ya que cambiaron los valores sociales, y se pusieron a nivel de modelo los valores del yo ideal (el yo ideal no puede esperar para satisfacer sus deseos y no es capaz de considerar al otro, **es lo que uno desea ser**) y se pusieron a nivel secundario los valores del ideal del yo (esfuerzo, reconocimiento, consideración del otro, postergación de los logros, **es lo que se debe ser**)

Los autores critican el modelo teórico de Aberasturi, haciendo hincapié en cada duelo:

-El duelo del cuerpo perdido. La principal diferencia es que en el modernismo, socialmente visto, el adolescente lucía un aspecto desgraciado, no se encontraba nada admirable, ni estéticamente rescatable y se valoraban y respetaban las demás edades. En el postmodernismo su cuerpo a pasado a idealizarse ya que constituye el modelo en el cual se logra cierta perfección. Entonces estos autores preguntan que duelo pueden llegar a tener si dejan su cuerpo infantil para alcanzar el cuerpo ideal que todo el mundo quiere tener. También aclaran que en el postmodernismo se ve como que el cuerpo infantil no es totalmente reemplazado por un cuerpo adulto, hay una mezcla y una modificación parcial de ciertas características. Por lo tanto no habrá una idea neta de duelo, de sufrir intensamente la pérdida del cuerpo de la infancia.

-El duelo por los padres de la infancia. Los padres de los actuales adolescentes crecieron en los años sesenta, incorporaron un modo de relacionarse con sus hijos, muy

distinto al de sus padres. Estos padres buscan ser jóvenes el mayor tiempo posible, al hacerlo desdibujan el modelo de adulto que consideraba la modernidad. ¿Qué tipo de duelo podrían hacer los adolescentes, si sus padres están con los mismos duelos?

-El duelo por el rol de identidades infantiles. En el postmodernismo cambiaron mucho los valores primordiales, que en el modernismo eran obligaciones (ideal del yo), en el postmodernismo pasaron a ser libertades, el cumplimiento inmediato de deseos (yo ideal). Pensemos en que los medios difunden el no postergar ningún deseo, al obtenerlos inmediatamente sin importar las consecuencias que esto pueda tener. Por eso es que no parece muy claro que haya que abandonar ningún rol de la infancia al llegar a la adolescencia. Se podrá seguir actuando y deseando como cuando se era niño.

Con respecto al rol sexual, actualmente también se duda de que haya duelo ya que en la post-modernidad los derechos humanos se consideran y respetan en todas las inclinaciones humanas, aún en las sexuales.

La identidad se establecerá no por un mecanismo revolucionario que derribará las viejas estructuras, como en el modernismo, sino por el plagio que conforme el pastiche sin mayor violencia y sin cambios radicales. La nueva identidad se estructuraría sin que apareciera la idea neta de un duelo en tanto no habría una pérdida conflictiva que lo provocara.

Siguiendo con este pensamiento un rasgo característico de la sociedad postmoderna es la mentalidad de consumo. Frente a la diversificación cada vez mayor de bienes y servicios, la moral de austeridad está desacreditada, sobre todo entre los jóvenes. Ellos son además los principales destinatarios de las estrategias de mercado y esto los convierte a veces en víctimas de hábitos que los llevan a la adicción, como el que se aborda en esta tesis, el tabaquismo.

Esta valoración excesiva de consumo implica un riesgo a futuro. La ampliación del tiempo dedicada al estudio y la falta de trabajo retrasan la inserción de los jóvenes al mercado laboral. Esta es una de las tantas causas por las que la etapa de la adolescencia o juventud temprana se ha prolongado de manera significativa, y que muchos adultos manifiesten pensamientos adolescentes como ideales de la juventud, cuidado excesivo de la imagen y del cuerpo, la informalidad. Y también de que el éxito se asocie directamente con la juventud y que se le tenga miedo a la vejez.

La postmodernidad atiende ciertos temas que la modernidad no atendió, como lo que es la imagen con respecto a un ámbito al cual un individuo pertenece, la prioridad a la libertad individual, la libertad concreta de cada uno, por sobre todos los modelos éticos y le

da una gran importancia al presente, sin tener en cuenta el futuro, y poca importancia al pasado. La satisfacción de deseos también es muy importante contrariamente a todos los pensamientos modernos.

Los jóvenes del postmodernismo priorizan la libertad individual, es decir, mantienen sus propios pensamientos, sin ningún tipo de norma social que los haga tener ciertos valores, salvo sus grupos de interés que comparten con pares. Un factor importante de los jóvenes del postmodernismo es el desapego frente a las instituciones, con las que no se identifican, y solo mantienen una relación instrumental. Usando así a las instituciones para satisfacer sus necesidades, pero sin involucrarse con ellas. También prestan una gran atención a la esfera de los sentimientos y de los deseos, de la afectividad y de la diversión, y muy poca atención a las obligaciones, tema muy despreciado por la juventud, ya que tienen un gran problema para afrontar las obligaciones. Pero a su vez tienen un gran aprecio por el puesto de trabajo, por la simple razón que este les ofrece la posibilidad de adquirir el capital para satisfacer sus deseos de consumo. La constante necesidad de consumir es un gran factor en la juventud postmoderna, así como son también características importantes la pérdida de fe en utopías y la dificultad de construir propuestas. No están interesados en participar activamente de la vida social, solamente la minoría pertenece a grandes grupos colectivos con alguna finalidad (política, deportiva, social, etc.), en cambio tienen una gran afinidad social en grupos reducidos privados para la afectividad, lo que tiene un valor preponderante en su vida. En estos grupos encuentran la seguridad y la estabilidad afectivas.

La música es el fenómeno artístico con el que los jóvenes más se identifican. El rock es entre ellos una forma de participación social, la asistencia a locales bailables también es una práctica muy arraigada.

La familia ocupa, generalmente, un lugar importantísimo en la vida de estos jóvenes, y toman a sus padres como modelos a imitar.

A continuación se sintetiza, a través de un cuadro comparativo, la caracterización de la adolescencia en el período de la modernidad y postmodernidad:

Modernismo

El duelo por el cuerpo perdido.

La sociedad rechaza el aspecto adolescente, Lo que hacía que el sujeto sufra, y se enfrente con un duelo.

El duelo por los padres de la infancia.

El adolescente debía renunciar a la protección de sus padres, dejar de idealizarlos y asumir sus debilidades y envejecimiento.
Se genera independencia.

El duelo por el rol y la identidad infantiles.

El adolescente debía independizarse, enfrentar su futuro y nuevas responsabilidades, el cambio de identidad genera duelo.

Postmodernismo

El duelo por el cuerpo perdido.

La sociedad idealiza la figura del adolescente. La juventud pasa a ser un valor primordial. Todos quieren ser adolescentes. El adolescente no sufre, no hay duelo.

El duelo por los padres de la infancia.

El adolescente no incorpora, entre la imagen infantil y la imagen adulta, ninguna diferencia. Al llegar a esta etapa se siente más cerca que nunca de sus padres y los puede idealizar más que antes. Se genera dependencia.

El duelo por el rol y la identidad infantiles.

El adolescente no debe abandonar ningún rol al dejar la infancia. Puede seguir actuando y deseando como cuando era niño. No hay duelo.

Libertad e independencia del adolescente.

Para Donald Winnicott (1972), médico pediatra, y psicoanalista inglés, el máximo bien del que puede disponer un adolescente es la libertad para tener ideas, y actuar por impulso. Si se le otorga demasiada responsabilidad, si tiene que ser adulto demasiado pronto, pierde esta posibilidad de inmadurez, de rebelión, y se empobrece su actividad imaginativa y su vida misma. La función del adulto, dice Winnicott, no consiste en educar al adolescente, sino en sobrevivir a sus ataques: donde existe el desafío de un joven en crecimiento que haya un adulto para encararlo. Y no es obligatorio que ello resulte agradable. El adolescente tantea si el otro realmente se interesa por escucharlo, antes de hablar de lo que siente. No se arriesga a confiar en alguien, a menos de estar convencido en que este, trata de comprenderlo y que no va a desvalorizarlo o minimizar sus problemas. Valora que el adulto no se muestre omnipotente, que pueda expresar dudas y reconocer sus equivocaciones. Que pida su opinión, que lo invite a participar, que lo anime en sus proyectos, en lugar de demostrarle que son irrealizables.

Cuando los padres, no pueden aceptar a sus hijos como seres independientes, cuya vida no les pertenecen, estos tienden a desarrollar procesos de diferenciación patológica, autodestructivos (no comer, drogarse, suicidarse). El adolescente se torna peligroso porque quiere tomar sus propias decisiones y cuestiona las actitudes, las opiniones, y los valores de la generación anterior. Si los adultos se sienten amenazados por las críticas y la continua confrontación pueden reaccionar expulsándolo de la casa o bien intentando doblegarlo por medio al temor de los peligros de afuera. A menudo la violencia de los adolescentes es consecuencia del abuso de poder de los adultos, que no quieren renunciar al mandato absoluto que tenían sobre el niño. También los cambios corporales y la sexualidad del adolescente pueden representar una amenaza para el adulto, al enfrentarlo con el paso del tiempo. Con frecuencia siente envidia y compite con el adolescente del mismo sexo, intentando demostrar que aún es superior, más fuerte, más inteligente, más hermoso/a.

Los límites son importantes para los adolescentes, el desafío a la autoridad, incluso las conductas delictivas, son un reclamo de límites. Todo adolescente busca la contención de los adultos. Para poder construir su propio espacio, encontrar su lugar en el mundo, necesita contar con mayores que lo respalden desde espacios reales (la casa, la escuela el trabajo), brindándole reglas claras acerca de lo que esta permitido y de lo que no, y respetando a su vez esas mismas reglas. No basta con poner límites y marcar valores, es igualmente esencial escuchar al adolescente, respetarlo, creer en él, para que pueda creer en sí mismo y confiar en su propia capacidad de crear un proyecto y realizarlo.

3. Importancia de la familia en la vida del adolescente.

La familia es la primera organización a la que pertenecemos, en ella realizamos nuestros primeros aprendizajes. Valores, normas, formas de ver la realidad, sentimientos, se adquieren y se construyen en su ámbito.

Cuando, en la familia, lo que predomina es la ternura y la contención, se genera un buen espacio para el despliegue de los afectos, del pensamiento, de la capacidad de adaptación social y cultural. La familia es uno de los mejores espacios para la prevención. La conducta de muchos jóvenes puede ser un intento de evadir el estado de desamparo y dolor generado por la inexistencia, para ellos, de un clima familiar adecuado.

En todas sus formas y en todas las culturas, la familia fue a lo largo de la historia, un elemento básico para la sociedad. Es una forma abierta, se conecta y se adapta a la cultura en que vive, y facilita su transmisión a las nuevas generaciones. La familia es la primera institución social a la que pertenecemos.

Con el tiempo el concepto de familia fue cambiando. Un aspecto central que se modificó es la forma de asociación de los adultos que la componen. La familia se ha transformado, tanto en lo que hace a sus integrantes y modos visibles de configuración, como en los roles, funciones y expectativas sociales establecidas para cada uno de sus miembros.

En el pasado, la familia previa a la fase industrial fue conocida como familia extensa; en esa familia campesina, verdadera unidad productora, convivían ascendientes, descendientes y colaterales; eran grupos amplios, y en ellos los lazos afectivos se diversificaban. A partir del desarrollo industrial y la urbanización, la familia se reduce al grupo que los sociólogos denominan nuclear o conyugal: padres e hijos. Esto recarga los lazos afectivos y se configura ese modelo que se denominó “la familia burguesa”: madre al servicio del bebé, hijo como proyecto central, padre abastecedor económico pleno de autoridad y con escaso contacto con los hijos, en especial a lo que hace al contacto corporal. Modelo ya hoy tradicional, transformado en todos sus parámetros a partir del divorcio, la salida de la mujer al mundo cultural y productivo, la redistribución del poder en la pareja, el comienzo de la crianza compartida, la pérdida de autoridad de los padres, etc.

Barg (2003) expresa que la familia es la institución humana más universalizada en el tiempo y en el espacio, cambiando sus formas y funciones a través de los siglos,

asumiendo las características propias de cada cultura en particular y variando, dada la influencia que en ella ejercen los cambios sociales.

La familia, en términos sociológicos, debe ser considerada como elemento indispensable para el análisis del funcionamiento de la estructura social, ya que constituye un fenómeno social total, con repercusiones en todos los órdenes, al ser un canal primario para la transmisión de los valores y tradiciones de una generación a otra.

Son muchas las definiciones que hay de familia pero siguiendo la línea del pensamiento del autor citado anteriormente, se puede decir que la familia es la estructura social básica donde padres e hijos se relacionan. Esta relación se basa en fuertes lazos afectivos, pudiendo de esta manera sus miembros formar una comunidad de vida mayor. Esta familia es exclusiva, única, implica una permanente entrega de todos sus miembros sin perder la propia identidad. De esta manera, lo que afecta a un miembro afecta directa o indirectamente a toda la familia. Esta institución de la cual se está haciendo referencia influye con valores y pautas de conducta que son presentados especialmente por los padres, los cuales van conformando un modelo de vida para sus hijos enseñando normas, costumbres, valores que contribuyan en la madurez y autonomía de sus hijos. Influyen en este espacio, la religión, las buenas costumbres y la moral en cada uno de los integrantes más pequeños. Por ello los adultos, los padres, son modelos a seguir en lo que dicen y en lo que hacen. La importancia de los valores hace que los hijos puedan enfrentar el mundo que les rodea de manera madura y protagónica.

Tipos de familias

En la actualidad la situación que atraviesan las familias está impregnada por distintos problemas socioeconómicos que la definen de una manera muy diferente a la familia nuclear de algún tiempo atrás. No se trata de hacer referencia a un solo tipo de familia, sino de considerar la existencia de diversidades familiares, aún dentro de una misma comunidad. Valeria Abt ¹ en su tesis trabaja el tema de la adolescencia y menciona distintos autores que a continuación se mencionarán, a los cuales adhiero en tipos de familia, funciones de la familia y los grupos y el adolescente.

Existen varias formas de organización familiar, Ganttino y Aquín (2002) distinguen cinco tipos de familias: nuclear, monoparental, reconstituida, extendida, grupos domésticos y familia de madre soltera.

¹ Abt Valeria (2008) Tesis aprobada sin publicar para alcanzar el título de Lic. en Trabajo Social FCH - UNLPam

Familia nuclear es la que se asemeja al modelo tradicional, compuesto por el esposo, la esposa e hijos.

Familia monoparental es aquella que se constituye por uno de los padres y sus hijos. Esto debido a que los padres están divorciados o por el fallecimiento de uno de los cónyuges.

Familia reconstituida corresponde a los hogares compuestos por el allegamiento de un hombre o mujer provenientes de una familia que ha sufrido una separación conyugal.

Familia extendida se compone de más de una unidad nuclear incluye a los padres, niños, abuelos, tíos, sobrinos, primos y demás. Son hogares relacionados entre sí por vínculos de parentesco (de sangre o político)

Grupos domésticos hogares formados por personas sin parentesco que conviven bajo un mismo techo, tienen una economía en común y están relacionados entre sí por lazos de amistad, confraternidad, pudiendo tener alguno de ellos descendientes que cohabiten.

Familia de madre soltera en la cual la madre desde un inicio asume sola la crianza de sus hijos. Generalmente es la mujer la que asume este rol, pues el hombre se distancia y no reconoce su paternidad. En este tipo de relaciones hay también distinciones pues no es lo mismo ser madre soltera adolescente, joven o adulta. En los casos de madre adolescente, ésta, generalmente, comparte su vida con su propia familia de origen, la cual colabora con la crianza de sus hijos, tomando así características de familia extendida.

Así como las familias son diversas también lo son las formas en que cada uno de sus miembros se relaciona y vive cotidianamente. Barg (op.cit.) señala algunas de sus características actuales:

- ❖ Familias aglutinadas. Los padres tienen dificultad en asumir los cambios de los hijos, no admiten su crecimiento. Los hijos son sometidos por la rigidez de sus padres autoritarios.
- ❖ Familias uniformadas. Hay una tendencia a la individuación con sometimiento a uniformar el resto a la opinión de una figura. Absolutismo del rol paterno. La comunicación con el exterior es restringida, prevaleciendo sentimientos de rebeldía, celos, competencia entre sus miembros.
- ❖ Familias aisladas. Cada integrante “hace su vida” con lo cual las normas y los valores pierden importancia, existe carencia de contenidos afectivos.

- ❖ Familias integradas. Los padres tienen claridad en su rol. Hay equilibrio entre los roles asignados y asumidos. Hay capacidad reflexiva por lo cual se favorece el diálogo entre sus miembros.
- ❖ Existen grupos también, aún minoritarios, que constituyen actualmente una nueva forma de composición familiar. Parejas cuyos integrantes son del mismo sexo y que postulan la adopción de niños y niñas. Estos grupos podrían considerarse una nueva fuente de relación familiar aunque aún no está estudiada en profundidad.

Roles y relaciones familiares

Continuando con el análisis aportado por Abt Valeria las funciones de la familia son biológicas, psicológicas, socioculturales, económicas y educativas. Domínguez Lastaró (1996) las sintetiza en: funciones nutritivas y normativas. Las nutritivas son todas aquellas que implican satisfacer las necesidades de los hijos (amor, protección, abrigo, alimento, etc.). Estas funciones son básicas, necesarias para la supervivencia, son gratificantes para padres e hijos y pueden ser ejercidas independientemente por cada uno de los progenitores. Las normativas son aquellas que inculcan reglas que permiten la adaptación de los hijos a la realidad. Estas funciones a diferencia de las primeras son más frustrantes, vulnerables, estresantes, dependen de la autoridad y del prestigio, requieren de la actuación conjunta de ambos padres, coordinadas en acuerdos básicos mínimos para ser efectivas.

Estas funciones mencionadas están íntimamente relacionadas entre sí, y de su funcionamiento armónico, depende que la familia pueda satisfacer las necesidades de sus miembros.

Una de las tareas fundamentales de la familia según Alwin Acuña (2000) es la de ser educadora y formadora de los niños. Si bien el Estado colabora a través de la educación formal y los medios de comunicación hacen lo suyo afectando en las maneras de entender el mundo en procesos acumulativos y a largo plazo, es en el seno de la familia donde el niño construye sus primeros referentes, los que le servirán para asimilar y acomodar todos los estímulos que a lo largo de su vida recibe. Es en ese mismo seno familiar donde se adquieren valores y normas, formas de ver la realidad y pautas de comportamiento que luego se trasladarán a otros ámbitos.

La familia es también el espacio donde el adolescente pasa de la dependencia infantil a la autonomía adulta. Para facilitar este pasaje, la familia puede favorecer el

desarrollo del niño como persona que se valora a sí mismo, que se cuida, que es capaz de tomar decisiones, de aceptar o de rechazar influencias de los demás. Los padres pueden ser los mejores agentes preventores, para esto es conveniente que posean información veraz. Compartir tiempo, opiniones y emociones, promover la expresión de los hijos sin evaluación ni censura, demostrar interés por sus ideas, inquietudes y preocupaciones, son aspectos importantes a tener en cuenta en la relación entre padres e hijos. Alentar a los hijos, valorar lo que hacen y lo que son, demostrar aprobación y afecto por todo lo que hacen bien, contribuye a promover la confianza en sí mismos. Respetarlos, tomando en cuenta sus opiniones, sus gustos y guardando sus secretos, facilita que se desarrolle su autoestima. Ser coherentes en la aplicación de normas y límites facilita la credibilidad. Todo esto, en conjunto, perfila una actitud de prevención.

Una de la característica de la crisis del adolescente es que los vínculos familiares no alcanzan para atenuarla, entonces sale al ámbito extrafamiliar. También siente hostilidad, manifiesta o latente, hacia la familia. Este sentimiento le sirve como forma de diferenciación y encubre su fragilidad. A pesar de esta hostilidad, si la familia puede mantener un vínculo afectivo que lo sostenga y fortalezca, dándole un marco de contención, la crisis puede resolverse con recursos genuinos desde la propia familia. Cuando ésta no puede hacerlo se dan las situaciones de mayor riesgo. Más aún si la conducta de la familia se da en dirección opuesta, en lugar de sostener o fortalecer, contribuye a generar mayor vulnerabilidad en el adolescente. En este contexto la conducta rebelde puede comprenderse como un intento de escapar del estado de desamparo generado por la ausencia del vínculo afectivo con la familia. En estos casos el aporte de personas o redes que ayuden al joven y a los miembros de su entorno, puede evitar que se incline por alternativas no deseadas, que profundicen el estado de desamparo.

En el Manual de Prevención y Tratamiento del tabaquismo, los autores S. Solano Reina, A. García-Tenorio Damasceno, J. I. de Granda Orive (2006) expresan que la familia es el grupo humano con mayor influencia sobre el niño, establece ejemplos y señala normas que este aprende y que le orientan sobre lo que le está permitido y lo que le está prohibido. En este sentido, la actitud de los padres y los hermanos frente al tabaco es la referencia inicial que tiene cualquier niño y una de las circunstancias que más determina su conducta futura frente a esta droga, especialmente durante los primeros años, en los que el riesgo de adicción es mayor. En gran medida, la actitud de la familia condiciona la del niño en el futuro. Por eso es muy importante que la prevención se inicie dentro de la propia familia.

El comportamiento de los padres frente al tabaco orienta la manera de actuar de los niños. Y esto se refiere no solo al comportamiento real que se tiene dentro de la unidad familiar, sino también a lo que se percibe por ellos (que no siempre se ajusta a la realidad).

El cambio en el papel social del padre y de la madre también ha afectado a los comportamientos familiares. Tradicionalmente la madre se ha encargado de satisfacer las necesidades educativas y sanitarias de los hijos, por lo que su presencia siempre ha sido mayor que la del padre. En la actualidad esto ya no se cumple en muchas ocasiones, entre otras cosas porque la función social de la mujer se ha modificado en los últimos años.

Cuando los padres fuman el hijo consigue antes que se le permita fumar en casa y éste es un paso importante en la consolidación del hábito por parte de los adolescentes.

Los cambios que ha experimentado la familia en los últimos años, tanto en su composición como en su función social, posiblemente también a tenido cierta repercusión en los procesos dinámicos que actualmente tienen los niños ante el tabaco, precisamente cuando el tránsito entre la posibilidad de ser fumador y de no serlo es más fluido. En el momento actual se ha avanzado poco en la influencia que el entorno familiar tiene en la actitud de los niños frente al tabaquismo. Adquirir ese conocimiento debe ser el primer paso para que se puedan poner en marcha estrategias de intervención tanto en el ámbito familiar como en el escolar.

4. Los grupos y el adolescente

La vida en grupo es tan antigua como el ser humano mismo. Los grupos dieron lugar a que las personas puedan resolver sus necesidades psicológicas y sociales con mayor eficacia. El primer grupo en que el hombre se encuentra inmerso es el de la familia.

El ser humano es sociable por su propia naturaleza; por tanto resulta necesario que viva en comunidad, la cual va de pequeños grupos (familia), hasta comprender un todo (comunidad internacional), pasando por aquellos como el grupo de pares, el pueblo, el barrio, la colonia, la ciudad y el país.

Amor, amistad, afecto, el sentirse reconocido y valorado, son necesidades psicológicas fundamentales para el ser humano. Contribuyen a hacerlo sentir bien y darle un sentido de pertenencia. Por eso la presencia del grupo en la vida de las personas es tan importante. Así como la familia es la primera organización a la que pertenecemos y en ella realizamos nuestros primeros aprendizajes, los distintos grupos a los que nos integramos pasan a ser el siguiente ámbito para éstos aprendizajes. El grupo proporciona al adolescente una plataforma distinta para ver el mundo. Le ofrece un lugar relativamente estable que, por ser adolescente, le es difícil encontrar en su familia. En él encuentra una situación de igualdad, con pares que tienen sus mismos problemas, preocupaciones, deseos y gustos. Aprende a establecer relaciones sociales, puede encontrar apoyo para enfrentar sus conflictos y elementos para construir su identidad. En el grupo, el joven puede aprender a postergar intereses individuales a favor de conductas que implican participación, solidaridad y colaboración, conductas que responden a valores que son básicos para su posterior inserción en la comunidad como adultos.

Las cualidades, defectos, características y valores que cree poseer o que parecen faltarle, van conformando el concepto que el adolescente tiene de sí mismo. A partir de ese concepto puede construir su autoestima. Para establecer esa valoración, busca referencias para comparar. El espejo donde se mira habitualmente es el de los grupos, en el que por lo general están: la familia, los vecinos, los amigos, los compañeros. Ahí encuentra personas que se diferencian de él o se le parecen, personas a las que puede imitar, seguir o por el contrario oponerse. Allí se continúan formando también en el adolescente dos aspectos: el de la identidad y el de la pertenencia.

Abt Valeria, en su tesis, menciona que para Nuñez y Lloscertales (1997) la conducta del adolescente se ve modificada por los objetivos del grupo y las experiencias que tanto el propio grupo como cada uno de sus integrantes viven dentro y fuera de él, compartiendo el interés común por el grupo y su funcionamiento, sus miembros tienen una

idea precisa de los fines y objetivos hacia los que se va. Poseen una percepción de conducta colectiva.

Los últimos años de la niñez y los primeros de la etapa adolescente constituyen la época en que el niño comienza a seleccionar su grupo de pares. En este período incluyen a su vida la mayor cantidad de personas ajenas a su familia. Eligen chicos y chicas con los que comparten intereses, motivaciones, gustos, etc. Estos intereses son tan potentes que las influencias de las opiniones y normas del grupo en los niños, es mucho mayor que cualquier época anterior. Los compañeros de vida llegan a tener mayor influencia que los padres.

Al traspasar la barrera que separa la niñez de la adolescencia, el joven se enfrenta con la ansiedad que le genera la búsqueda de su nueva identidad, por lo que, para vencer la inseguridad, busca la aprobación de los demás. La imagen que dan de sí mismos es para ellos una preocupación constante. El grupo de pares se convierte en el medio más habitual que el adolescente busca para sentirse contenido y seguro. Es allí donde se refugia y donde también se somete a todo tipo de presiones, hasta, si es necesario, exponerse a conductas de riesgo por no “defraudar”. En las encuestas realizadas es impactante ver que la mayoría de los adolescentes decidieron fumar a temprana edad porque sus amigos lo hacían y a pesar de saber que les ocasiona daño a su salud, lo siguen haciendo porque su grupo lo hace y no quieren quedar de lado.

Según como sean los jóvenes, los grupos en los que participen pueden influenciar de distinta manera sobre ellos, y es aquí donde las bases que ha dejado la familia cobra importancia. La influencia grupal es distinta para un joven que ha crecido sostenido en vínculos adecuados a sus necesidades, que para otro en el que una historia de desamparos durante su desarrollo, dejó marcas de fragilidad o vulnerabilidad. De todas formas algunas áreas de la vida del adolescente están especialmente influidas por la presión del grupo: el tiempo libre, el consumo, la ropa, la ideología.

Los grupos, además de brindarles contención, sentido de pertenencia, un lugar de refugio de las crisis que enfrentan en esta etapa, les imponen condiciones. Estas se dan en forma de una presión que el grupo aplica sobre ellos. Cuando los jóvenes reciben la presión del grupo sin renunciar a su singularidad o ideas personales, se ve favorecida su integración y sentimientos de pertenencia. Cuando la presión del grupo les obliga a renunciar a sus ideas o principios, pueden resultar afectados distintos aspectos de su personalidad. Es más probable que esto ocurra con aquellos jóvenes que son más vulnerables por su propia historia.

Entre las formas que los grupos imponen para que las personas se sientan dentro o fuera de ellos, se encuentran los ritos y las señas de identificación. Los ritos de iniciación son conductas que se tienen que llevar a cabo para poder pertenecer como miembro de pleno derecho a un grupo. Estas acciones son a veces lógicas, en otras ocasiones simbólicas, o también caprichosas e inclusive peligrosas para el individuo. Las señas de identificación son conductas y acciones comunes, útiles para la identificación del adolescente con los demás miembros del grupo, a la vez que para diferenciarse de otros grupos.

Conocer sobre los grupos de jóvenes, tanto en las organizaciones como en los espacios informales, permitirá reflexionar sobre distintos modelos de intervención que facilite la tarea de sensibilización y prevención de esta adicción tan aceptada socialmente, el tabaquismo

CAPÍTULO 2: TABAQUISMO

El tabaquismo es el mayor problema de salud pública de la sociedad occidental y un importante conflicto emergente en los países en desarrollo. La preocupación por el consumo de tabaco desborda el ámbito sanitario y repercute en numerosos aspectos socioeconómicos.

En el momento actual se entiende que la medicina preventiva busca la forma de conservar, cuidar, mejorar y restaurar la salud, para no perderla o, si se ha perdido, recuperarla al máximo. La prevención ha dejado de ser una actividad realizada en la práctica clínica sobre un individuo determinado, para adquirir una concepción global que abarca al individuo, pero también a la colectividad, y en la que es fundamental la participación de la propia comunidad para alcanzar el bienestar esperado. Uno de los objetivos de la prevención es evitar el consumo de sustancias con poder adictivo y que ocasionan daños al individuo a corto, mediano o largo plazo.

El consumo de tabaco es la principal causa evitable de enfermedad y muerte en el mundo. Cada año mueren 5,4 millones de fumadores y, de no intervenir con medidas de control adecuadas, se espera que esta cifra aumente a más de 8 millones en el año 2020.

En Argentina, y como ya se expresó en la introducción de este trabajo, el tabaquismo es responsable de 40.000 muertes cada año, y la sociedad gasta 19 millones de pesos por día para atender las enfermedades que produce el consumo de cigarrillo. El consumo del tabaco en nuestro país, si bien en descenso con respecto a años anteriores, es uno de los más elevados de América Latina. Actualmente fuma el 33,4% de los adultos. En los adolescentes la situación es alarmante: la edad de inicio es cada vez menor, en promedio es entre los 12 y 13 años, y el consumo es similar al de los adultos, pues fuma alrededor de un tercio de los chicos entre 13 y 17 años, mayormente las mujeres.

Por otra parte el tabaquismo pasivo (la exposición al humo ambiental del tabaco) es también muy alta, si bien en muchas provincias o municipios ya existe legislación que protege a los no fumadores en los espacios públicos cerrados. Datos de la encuesta mundial de tabaquismo en jóvenes del 2003, muestran que alrededor del 70% de jóvenes estaban expuestos al humo del tabaco en su hogar.

La morbimortalidad derivada del tabaquismo seguirá siendo un problema creciente en las próximas décadas si no se consigue frenar el avance de esta epidemia. Es evidente, por tanto el peligro que supone la falta de control y el beneficio que podría obtenerse si ese control fuera eficaz.

1. Historia del tabaco

F. J. Álvarez Gutierrez (2006), en el capítulo 1 del Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo relata que el tabaco procede de una planta tropical del género de las solanáceas (*Nicotiana tabacum*), de medio a tres metros de altura, con alto contenido de un alcaloide (nicotina) que tiene efectos cardiovasculares y sobre el sistema nervioso, responsables de la adicción. Esta planta es originaria de América y su nombre es etimológicamente incierto, aunque se acepta que procede de la palabra tabaco, que significa pipa indígena. El género *Nicotiana* abarca más de 50 especies, clasificándose la especie *N. Tabacum* en términos prácticos en cuatro variedades: *havanensis*, *brasilensis*, *virgínica* y *purpúrea*. De cada una de estas variedades, así como del modo de cultivo, forma de curado y de fermentación y del proceso industrial de fabricación, dependen los diferentes tipos de tabaco que se comercializan. Los componentes principales de la hoja de tabaco lo constituyen el agua y la materia seca. El 80% del peso total de la planta lo constituye el agua, que pasa a un 18% después del curado. El 75 a 89 % de la materia seca lo forman sustancias orgánicas y el 11 a 25 % las sustancias inorgánicas. Entre las sustancias orgánicas se encuentra la nicotina, siendo la planta del tabaco la única de la naturaleza capaz de sintetizar en sus hojas esta sustancia y luego conservarlas en sus hojas secas.

El tabaco puede usarse sin combustión (rapé, tabaco para mascar) o con combustión (cigarrillo, pipa, puro). El tabaco sin combustión aunque no ha dejado de utilizarse totalmente, se consume de forma minoritaria.

Tras su recolección, la hoja de tabaco verde debe ser curada, dejándola secar en almacenes de manera espontánea o acelerando el proceso mediante calor. Una vez secado, se almacena durante 6 a 24 meses para que fermente a una temperatura entre 25-45 ° C con un 15% de humedad. Al cabo de este tiempo se inicia el procesado automático de las hojas, separando las vainas del parénquima. Estas se laminan para ser aprovechadas, y luego se mezclan con el parénquima, siendo ambos triturados y mezclados con un adherente y aditivos para formar la liga. Posteriormente se mezclan diferentes tabacos en liga y esta mezcla es la que da el sabor y las características de cada marca. Con esta mezcla se alimentan las máquinas de picar.

A las mezclas de tabaco *blended* americano se las someten además a un proceso conocido como *salseado*, durante el cual se les añade una salsa de productos que matizan sus propiedades aromáticas y gustativas. Esta salsa es un secreto industrial que contiene,

entre otras esencias, cacao, miel, regaliz y resinas. A partir de aquí se elabora el cigarrillo y se empaqueta para su venta.

La inhalación del humo producido al quemar la hoja del tabaco se remonta a las antiguas civilizaciones del continente americano, donde el culto al fuego ocupaba lugar destacado y su utilización para fines religiosos y médicos estaba ampliamente extendida antes del descubrimiento de América. Sin embargo, no cabe duda que fueron los españoles a quien corresponde el “mérito” de ser los primeros europeos en descubrir la planta del tabaco e introducirla en Europa. Tras los primeros contactos con las plantas, los marineros las trajeron a España y Rodrigo de Xerez las plantó, haciendo alarde de su arte de fumar que había aprendido de los indígenas, por lo que fue condenado por la santa Inquisición. Desde aquel momento comenzarían las posturas enfrentadas frente al tabaco, situación que se ha mantenido hasta nuestros días. Así la oposición más sistemática al hábito de fumar sería la de la iglesia que imponía castigo a todos los fumadores. A pesar de las restricciones religiosas, la hoja mascada o fumada en forma de cigarro o pipa, se extendería ampliamente por los ambientes marineros, siendo españoles y portugueses los que contribuirían decisivamente a su propagación por todo el mundo. Posteriormente para la difusión del tabaco por todo el mundo sería la aceptación por parte de la nobleza y las cortes de Europa. En este sentido fue trascendental la iniciativa del embajador francés de Lisboa, Jean Nicot, quién en 1560 envió a su soberana Catalina de Médicis unas hojas de tabaco molidas (rapé), con la pretensión de aliviar sus migrañas. La reina se mostró encantada con este remedio y se transformó en una activa propagadora de su uso. Diversos personajes de la nobleza introducirían su consumo en el resto de las cortes europeas. Así, en la corte española de Felipe II serían la princesa de Eboli y don Juan de Austria los defensores de su uso, siendo tal la demanda del producto que ya en 1620 se construía en Sevilla la primera fábrica de tabaco. El floreciente comercio del tabaco no pasaría inadvertido por los gobiernos, que vieron en él una importante fuente de ingresos vía impuestos. En el siglo XIX, los soldados jugaron un papel importante en la diseminación del cigarrillo. Se cuenta que en la guerra entre Turquía y Egipto (1832) a los soldados se les ocurrió rellenar los cartuchos de sus fusiles con picadura de tabaco, creando así el primer cigarrillo. Unos años más tarde (1865) aparecería la primera máquina manufacturera de cigarrillos, extendiéndose el hábito en la forma actual más común de consumir tabaco. Por tanto, hasta principios del siglo XX la producción de tabaco era muy limitada y el acto de fumar era más un rito que una dependencia. Tras la producción masiva de cigarrillos manufacturados con tabaco más refinado y la promoción que

significó la incorporación del tabaco al rancho de los combatientes en la Primera Guerra Mundial, su uso se extendió en los 20 años siguientes por toda Europa. Únicamente hacían falta otros 20 años (llegamos a la década de los 50) para que comenzaran a aumentar todas las enfermedades derivada de su consumo. Por tanto, se puede deducir que aunque el hombre probablemente haya consumido tabaco desde sus orígenes, nunca lo ha hecho con la misma intensidad y profusión que en los últimos años, por lo que nunca ha comprobado como en las últimas décadas sus efectos nocivos. Durante las dos guerras mundiales aumentó muchísimo el consumo entre los hombres ya que la Cruz Roja y otros organismos internacionales distribuían cigarrillos gratuitos junto con las raciones de comida.

Actualmente, el tabaco se puede fumar (tabaco con humo) o se puede aspirar o mascar (tabaco sin humo)

Tipos de tabaco con humo:

- Cigarrillos: con o sin filtro, envueltos manualmente o manufacturados.
- Bidis: son cigarrillos provenientes de la India que se fabrican con diferentes sabores. Si bien se promueven como cigarrillos “naturales”, su contenido de nicotina y alquitrán es tan alto como el de los cigarrillos comunes.
- Kreteks: son cigarrillos con sabor a clavo de olor que presentan los mismos riesgos para la salud que los cigarrillos comunes.
- Cigarros (habanos, puros): estos tienen mayor nicotina y alquitrán y su humo produce 30 veces más monóxido de carbono que el de los cigarrillos.
- Pipa: aunque el tabaco que se fuma en pipa contiene menos cantidad de sustancias cancerígenas que el que se usa para fabricar cigarrillos puede causar principalmente cáncer de boca o de garganta.
- Tabaco sin humo: habitualmente se masca. El uso nasal no es común. Cuando el tabaco no se quema no produce alquitrán. Sin embargo, el consumo de tabaco sin humo también se asocia con adicción a la nicotina, cáncer de la boca y enfermedades cardiovasculares.

En la antigüedad, los cigarrillos eran un manojo de hojas de tabaco enrolladas a mano dentro de un papel. Actualmente y para abaratar los costos, no sólo se usan las hojas de tabaco sino también los desechos (tallos, polvillo, etc.). Además, los cigarrillos tienen alrededor de 600 sustancias (aditivos) que se agregan a las hojas para hacer que los cigarrillos sean más suaves o para aumentar la alcalinidad del humo y facilitar la liberación de más nicotina. La mayoría de los cigarrillos que se consumen en nuestro país tienen filtro o colilla. Estos no son biodegradables y son la mayor causa de basura en el mundo. La colilla de cigarrillo desprende sus químicos en contacto con el agua dañando el ecosistema.

2. Sustancias que componen el humo de tabaco

Actualmente el consumo de tabaco se realiza de forma mayoritaria mediante la inhalación de la combustión de sus productos. Según F.J. Álvarez Gutierrez cuando el fumador inhala el humo la parte incandescente del cigarrillo alcanza temperaturas cercanas a los 1000° C disminuyendo progresivamente hasta la boquilla del filtro. Esta temperatura transforma numerosos componentes originales del tabaco y genera complejas reacciones químicas que dificultan la identificación de todas las sustancias que se generan en el proceso de fumar. Se reconocen cerca de 5000 elementos químicos en las distintas fases (gaseosa y sólida o de partícula) del humo del tabaco y la concentración de los componentes puede variar dependiendo del tipo de corriente, directa o indirecta. Se conoce como corriente principal o directa a aquella generada por el propio fumador y que es inhalada al efectuar la maniobra de aspiración para fumar, es el humo que pasa a la boca y llega directamente al aparato respiratorio del fumador. Pero antes de llegar a la boca, cuando atraviesa el interior del cigarrillo, se va enfriando y los elementos sólidos o líquidos se depositan parcialmente en el filtro y en la parte del cigarrillo contiguo a éste. El último tercio del cigarrillo actúa así como otro filtro, pero realmente va acumulando sustancias tóxicas que no se inhalan hasta que no se fuma esta parte. El último tercio es, por tanto, la parte más perjudicial del cigarrillo. Cuando el fumador exhala el humo del tabaco previamente inhalado hablamos de humo exhalado, cuya composición resulta diferente de la que presenta la corriente principal y depende de la forma de fumar que tenga el mismo. La corriente secundaria o lateral es la que se desprende directamente desde el cigarrillo en combustión (humo de segunda mano o emanado), es la que inhala el fumador pasivo. Produce el 66-90% del humo del cigarrillo. En todo momento la combustión del tabaco es incompleta, al realizarse mayoritariamente en el interior de la zona incandescente y, por tanto con poco contacto con el oxígeno, por eso no forma llama. Cuando se realiza la aspiración para fumar se fuerza a que pase aire a través de esa zona, con lo que, aun incompleta, mejora la calidad de la combustión que da lugar a la corriente principal. Cuanto más incompleta es la combustión, mayor cantidad de componentes tóxicos produce. Así pues, la corriente secundaria puede resultar más peligrosa que la corriente principal. El humo del tabaco ambiental que respiran los no fumadores que comparten espacios cerrados con fumadores (fumadores pasivos o voluntarios) está constituido por el humo de la corriente secundaria y el humo de la corriente principal tras ser exhalado por el fumador activo. Es necesario recordar que el fumador habitual es a su vez fumador activo y pasivo, siendo además un importante inhalador de humo de la

corriente secundaria, pues tiene el cigarrillo más cerca de él y durante más tiempo, dado que fumará en solitario en algunos momentos. Existen más de 5000 sustancias químicas detectadas en el humo del tabaco, de las cuales al menos 60 resultan muy perjudiciales para la salud y más de 40 se sabe que son cancerígenas. Su estado físico puede ser en forma de partícula, sólida o líquida y como gas o vapor.

Partículas

Nicotina
 Alquitrán
 Benzo(a) pireno
 Fenol
 Camecol
 Pireno
 2.4 Dimetil fenol
 m- y p- Cresol
 P-Etilfenol
 Sigmasterol
 Fitosteroides
 Naftilamina
 Níquel
 Polonio 210
 Toluidina
 Cadmio
 Diclorostilbeno
 Indol
 Níquel

Gases

Dióxido de carbono
 Monóxido de carbono
 Metano
 Acetaldehído
 Isopreno
 Acetona
 Cloruro de hidrógeno
 2- Butanona
 Tolueno
 Acetonitrilo
 Acroleína
 Amoníaco
 Benceno
 Dimetilnitrosamina
 Nitrosopirrolidina
 Cianhídrico
 2- Nitropropano
 Formaldehído

El mismo autor criticando severamente a las industrias tabacaleras se pregunta si el tabaco es una droga de diseño por la descripción que se relata a continuación. Después de la fabricación del cigarrillo el paso final es someterlos a un proceso de salseado durante el cual se les añade una serie de productos que matizan sus propiedades aromáticas y gustativas. Esta última fase de fabricación de cigarrillos, pero también algunas otras están catalogadas como secreto industrial. En 1996, el estado de Massachussets planteó una legislación que obligaba a los fabricantes a revelar los componentes y aditivos incluidos en

los cigarrillos, dado que algunos podrían ser perjudiciales para la salud. Esta ley fue bloqueada por un juez federal. Sin embargo se han llegado a conocer alguno de ellos. Uno de los humectantes utilizados, es el *etilen glycol*, agente empleado como anticongelante de automóviles. Su empleo probablemente favorece la formación de aerosol, en cuyas microgotas aumenta también la fijación de nicotina por un fenómeno de tensión superficial. Asimismo, hace menos irritante el tabaco, favoreciendo también su inhalación. Se estima que existen unos 700 aditivos, de los cuales trece no están permitidos en los alimentos por la FDA (Food and Drug Administration) Cinco de ellos son considerados peligrosos, mientras que la mayoría de los restantes no han sido científicamente investigados. A los aditivos hay que agregar otros agentes que forman parte integrante de la hoja desde su cultivo y que en el proceso de combustión pueden transformarse en otros incluso más tóxicos, como sucede con el fosfato de los fertilizantes empleados en el cultivo, el cual contiene una contaminación natural con partículas alfa que le induce a emitir un isótopo radioactivo, polonio 210, con lo que se calcula que un fumador medio irradia sus bronquios con una dosis acumulada de 8 a 9 rads en el transcurso de un año, lo que equivale a unas cien radiografías..

Como se ha indicado el tabaco contiene una sustancia (la nicotina) que es responsable de la adicción. Se trata de un alcaloide sin propiedades terapéuticas con acciones sobre el sistema nervioso central. Los pulmones absorben hasta el 90% de la nicotina que les llega cuando se da una bocanada al cigarrillo, mientras que esta cifra se reduce hasta el 35% si el humo sólo se retiene en la boca, como sucede en los fumadores de puro o pipa o en quienes mascan tabaco. El ambiente alcalino facilita su absorción a través de las mucosas, por ello el humo del puro y la pipa es más alcalino que el del cigarrillo a fin de que pueda absorberse más nicotina en la boca. Se ha demostrado cómo las compañías de tabaco han añadido compuestos químicos derivados del amoníaco de forma artificial para aumentar el ph. y, por tanto, incrementar la absorción de la nicotina presente en los cigarrillos, lo que incrementa el grado de adicción. Dos informes internos y, por tanto, confidenciales, de la compañía de tabaco Brown & Williamsom (B&W) desvelaron esta circunstancia. Los dos informes hechos públicos en octubre del 2005 por el Wall Street Journal, fueron diseñados a principios de los 90 y describen cuáles han sido las actividades no sólo de B&W, sino también de sus mayores empresas rivales. El primero de ellos, del año 1991, es un manual sobre la fabricación del tabaco que trata, sobre todo, de la química del amoníaco. Según este manual, lo que hace el amoníaco es extraer la nicotina del tabaco y convertirla en nicotina libre que logra un mayor “impacto” en los

fumadores. Esta forma amoniacada no es más que nicotina “farmacológicamente activa” que se absorbe más rápidamente en la sangre. En el segundo informe, de octubre de 1992, la B&W hizo un extenso análisis competitivo sobre la marca más conocida de Philip Morris, el Marlboro. En él se estudia toda la tecnología del amoníaco utilizada para esta marca: el amoníaco en el humo, la nicotina libre y la transferencia de nicotina. Después de analizar la composición y el diseño, el informe llega a la conclusión de que “el amoníaco es la clave de la tecnología de Marlboro”. Sin embargo ambas empresas negaron que el amoníaco sirva para aumentar la absorción de la nicotina. No obstante, cuando unos representantes de la FDA visitaron las instalaciones de la B&W en Louisville (Kentucky) y preguntaron por los efectos del DAP (fosfato de diamonio), uno de los principales compuestos de amonio que se añaden al tabaco, la respuesta dada por escrito un mes después de la visita fue que el DAP aumenta el sabor, reduce la irritación y mejora el cuerpo del tabaco, aumentando la liberación de nicotina libre, pero que se trataba de un “efecto fortuito”.

No sólo se emplea la tecnología del amoníaco para manipular los niveles de nicotina. Existen otras como la mezcla de diferentes variedades de tabaco, o la utilización de filtros que, al dejar pasar el aire, dejan pasar más nicotina que alquitrán. Todos estos hechos nos indican hasta qué punto está manipulado este producto de consumo adictivo como es el tabaco, sobre todo en su forma de venta en cigarrillos, lo que lo convierte en una auténtica “droga de diseño”.

Las 3 sustancias más estudiadas en el humo de tabaco son la nicotina, el monóxido de carbono y el alquitrán, así lo expresa el Ministerio de Salud de la Nación en la guía para educadores del Programa Nacional del Control del Tabaco. (2008):

Nicotina

La nicotina es un alcaloide vegetal que ingresa al organismo “suspendido” en las partículas de alquitrán. El fumador promedio absorbe 20-40 mg de nicotina por día. Esto depende de la intensidad, profundidad y frecuencia de las bocanadas, así como del contenido del aire del ambiente. El 95% de la nicotina que se aspira llega al pulmón. De ahí pasa a la sangre y alcanza los distintos órganos en sólo 7-20 segundos. La nicotina actúa en el cerebro liberando el neurotransmisor “dopamina”. Esto produce placer, alegría y aumento del estado de alerta. Este mecanismo de acción es similar al de la cocaína o la heroína. El efecto desaparece a los pocos minutos. La exposición continua a la nicotina aumenta 2 a 3 veces el número de receptores nicotínicos en el cerebro. Cuanto mayor es el

número, mayor es la cantidad de nicotina necesaria para hacerlos reaccionar y calmar la necesidad de volver a fumar. A esto se denomina “*tolerancia*”. En 1988 el Cirujano General de EE.UU. la máxima autoridad sanitaria de ese país, calificó a la nicotina como una sustancia adictiva que genera dependencia. Cuando una persona fuma su primer cigarrillo ni bien se levanta (antes de la primera media hora) o fuma más de 20 cigarrillos por día sabemos que tiene una alta dependencia a la nicotina. Un estudio publicado recientemente pone en duda que la gente tenga que fumar durante un largo período de tiempo para volverse adicta a la nicotina. Se estudiaron más de 1200 alumnos de sexto grado y se vio que los jóvenes más susceptibles (el 10% del total) pueden comenzar a sentir fuertes deseos de consumir nicotina dos días después de haberla inhalado por primera vez. Por otra parte, casi la mitad de los chicos tienen criterio de dependencia a la nicotina fumando solamente siete cigarrillos al mes. El tiempo entre el primer cigarrillo y el desarrollo de dependencia a la nicotina (definida por el manual de diagnóstico de enfermedades ICD-10) es muy variable yendo de trece días a tres años después de haber fumado el primer cigarrillo. Esto explica por qué algunos jóvenes que solo fumaron unos 20 cigarrillos en toda su vida ya dicen tener dificultad para dejar de fumar. Los adolescentes presentan los mismos síntomas de abstinencia a la nicotina (deseos intensos de fumar, nerviosismo, irritabilidad, hambre, falta de concentración) que los adultos. Los cigarrillos suaves o light pueden generar tanta adicción como los comunes. Un estudio demostró que, si bien algunos cigarrillos suaves tienen menor contenido de nicotina real, la nicotina que absorbe el fumador es similar a la que absorbe uno que fuma cigarrillos comunes. Dado que el nivel de nicotina debe mantenerse constante para que no aparezcan síntomas de abstinencia, los fumadores tienden a “compensar” y fuman más, inhalan más, mantienen más el humo dentro de los pulmones y tapan los poros de ventilación, que se encuentran en el filtro.

Monóxido de carbono (CO)

La hemoglobina es la proteína de las células rojas de la sangre encargada de llevar el oxígeno (O₂) a los tejidos. El monóxido de carbono (CO) es 250 veces más afín a la hemoglobina que el oxígeno (O₂). Cuando el CO se une a la hemoglobina formando carboxihemoglobina, le quita el lugar al O₂ y, por tanto, el oxígeno que llega a los tejidos es menor. Por otro lado, la hemoglobina queda “enganchada” al monóxido de carbono durante casi 6 horas, tiempo durante el cual ésta no puede transportar oxígeno. De esta manera, incluso durante las pausas entre cigarrillos, la sangre de los fumadores lleva

menos oxígeno a todos los tejidos que la de los no fumadores. El contenido normal de carboxihemoglobina en sangre es de 1-2%. Al fumar 5-20 cigarrillos por día aumenta a 4-7% y al fumar más de 25, aumenta a 8-15%. El CO también eleva el colesterol acelerando la formación de placas de ateromas que lesionan la pared de las arterias.

Alquitrán

El alquitrán es un residuo negro y pegajoso compuesto por miles de sustancias químicas, algunas de las cuales son carcinogénicas o están clasificadas como residuos tóxicos. Entre las sustancias que componen el alquitrán, se encuentran los hidrocarburos aromáticos policíclicos, aminas aromáticas y compuestos inorgánicos. El alquitrán contiene benzopireno, sustancia muy tóxica que lesiona el material genético de las células y produce cáncer en los órganos con los que entra en contacto. El alquitrán se combustiona parcialmente y los restos quedan depositados en el pulmón como si se tratara de hollín en una chimenea obstruyendo los pulmones y afectando la respiración.

Los fumadores de un paquete por día inhalan unos 840cc de alquitrán por año. Esto es como rociar las vías respiratorias superiores y los pulmones con tres cuartos de litros de alquitrán.

3. Tabaquismo y adicción

Un cigarrillo a hurtadillas en la parte de atrás del garaje se ha vuelto un asunto jocoso del folclor adolescente. Pero lo entretenido del hecho, las sonrisas indulgentes para este acto de pillaje juvenil orientado al uso regular del tabaco, se han convertido en algo preocupante, por las noticias relacionadas con sus peligros para la salud. S. Solano Reina y otros (2006) en Manual de Prevención y Tratamiento del tabaquismo, mencionan que cuando los jóvenes se inician en el consumo de tabaco, rápidamente se convierten en adictos a la nicotina. Esta adicción mantiene su consumo de tabaco en la edad adulta. Los adolescentes con bajo rendimiento escolar, menor facilidad de resistir las presiones para consumir tabaco, con amigos que fuman y con menor autoestima, tienen mayor probabilidad de iniciar el consumo que sus compañeros. Comienzan a fumar principalmente por razones sociales: ganar la aprobación de los amigos, mostrarse independiente o rebelde, parecer mayores o sofisticados.

En la etapa de inicio, los jóvenes, no consideran la naturaleza adictiva del tabaco, el riesgo de convertirse en adictos, y el riesgo de padecer enfermedades derivadas del consumo de tabaco. En consecuencia, se convierten en adictos antes de que ellos entiendan definitivamente las consecuencias negativas del hábito de fumar.

Se ha constatado una variabilidad individual considerable en la susceptibilidad para la adicción por la nicotina.

La prevención del inicio del consumo de tabaco en los jóvenes es una actividad fundamental para cualquier política de Salud

Frecuentemente los jóvenes fuman su primer cigarrillo entre los 10 y los 12 años y excepcionalmente lo disfrutan. Aún así muchos se esfuerzan para conseguir otro; quienes llegarán a ser fumadores por lo común lo hacen hacia los 12 y 13 años por primera vez, y los fumadores llegan a ser físicamente dependientes de la nicotina hacia los 15.

Las personas jóvenes tienen más probabilidad de fumar cuando sus amigos y familiares lo hacen. Si un progenitor fuma, un hijo tiene el doble de probabilidad de hacerlo que en el caso de que ninguno de los padres fume. Si ambos progenitores o uno de ellos y un hermano o una hermana mayor fuman, las probabilidades son de cuatro a uno de que un joven lo seguirá haciendo. Y si el mejor amigo de un chico fuma, la probabilidad de que el chico lo haga también, aumenta nueve entre diez veces.

Se han hecho muchos esfuerzos para desanimar a los jóvenes a que fumen, pero lo único positivo y que parece constituir una promesa se relaciona con el liderazgo ejercido por los compañeros. Puesto que las presiones de los compañeros parecen ser tan efectivas

para inducir a fumar a las personas, su influencia en sentido contrario puede constituir el mejor mecanismo preventivo.

El primer contacto con el cigarrillo produce generalmente efectos desagradables como tos, mareo y ganas de vomitar. Sin embargo, muchos jóvenes insisten en el consumo, no porque les resulte agradable sino porque les ayuda a construir una imagen de sí mismos frente a los demás, la cual es promovida por los mensajes publicitarios. A principios de los años 90 y como se expresa en el Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo en el capítulo II, un especialista en tabaquismo llamado Flay propuso un modelo de cinco etapas para explicar el consumo de cigarrillos en los adolescentes:

- 1. La primera etapa o etapa de preparación** se asocia con la formación de conocimientos, creencias y expectativas acerca del consumo de cigarrillos y las funciones que este puede tener.
- 2. La segunda etapa** involucra la prueba de un cigarrillo (generalmente en presencia de amigos).
- 3. La tercera etapa o etapa de experimentación** involucra el consumo repetido pero irregular durante un período de tiempo extendido. En general sucede en situaciones especiales como fiestas y fines de semana.
- 4. La cuarta etapa** se relaciona con el consumo habitual (por lo menos una vez por semana), que se da en una gran variedad de situaciones.
- 5. La etapa final es la dependencia a la nicotina y la adicción**, donde existe una necesidad fisiológica de nicotina y donde aparecen síntomas de abstinencia similares a los del adulto cada vez que el adolescente trata de dejar de fumar. Dado que la mayoría de los fumadores comienza a fumar antes de los 18 años, **el período de la adolescencia es crucial para la prevención**. La prevención primaria involucra la prevención del primer consumo y del consumo experimental. La prevención secundaria trata de que los experimentadores o consumidores habituales, dejen de fumar. Se requiere prevención terciaria o tratamiento para la quinta etapa (dependencia a la nicotina).

Los mismos autores anteriormente mencionados describen la historia del fumador de la siguiente manera:

LA HISTORIA DEL FUMADOR

La historia del hábito describe el argumento en que la conducta de fumar establece el desarrollo y progreso de un intrincado proceso cuyas diferentes etapas están

habitualmente influenciadas por la interacción de diversos factores: sociales, culturales, ambientales, psicológicos, biológicos, políticos y económicos.

Dentro de la historia del fumador se pueden distinguir diferentes etapas en la evolución que sigue una persona no fumadora hasta convertirse en fumadora y posteriormente en exfumadora: preparación/iniciación, habituación, mantenimiento, adicción y abandono.

Preparación/iniciación. Según esta secuencia la preparación y la anticipación conducen con frecuencia a la experimentación con el primer cigarrillo (iniciación), acto repetido en ocasiones con la suficiente asiduidad como para adquirir el hábito (habituación) y con la participación de una serie de procesos adictivos que conducen al mantenimiento de la conducta de fumar. Afortunadamente, el número de adolescentes que progresa de una etapa a otra, es menor, es decir, no todos los jóvenes que experimentan con el tabaco llegan a convertirse en fumadores habituales.

Los fumadores esporádicos durante su adolescencia, no significa necesariamente que continúen fumando de forma habitual siendo adultos. Durante la juventud, la alternancia entre el consumo habitual, el experimental y el abandono del hábito, suele ser una sucesión de hechos inherentes a la propia historia natural del fumador. Esta fase se desarrolla esencialmente en la etapa escolar en los grupos de edad de 7-14 años en los que convergen el deseo de aceptación o admisión por el grupo, y la curiosidad por las prácticas de los adultos.

Habituación. Es la etapa donde se genera y se potencia el hábito merced a las sensaciones positivas y placenteras del consumo de tabaco, ya sean de orden físico, psíquico, ambiental o social. En esta fase, son definitivas, las creencias sobre los “efectos positivos” del tabaco (por ejemplo, tranquiliza, disminuye el estrés, da confianza y seguridad, combate el aburrimiento, controla el peso, etc.). También son determinantes en esta misma etapa, los conocimientos sobre los riesgos en relación tabaco/salud, la conducta y la presión de los amigos en relación con el inicio del consumo, si existe tabaquismo en el entorno doméstico, percepción de la imagen de uno mismo, disponibilidad, accesibilidad y coste de los cigarrillos.

Mantenimiento y adicción. En este período es donde se desarrolla la dependencia a la nicotina. Las influencias decisivas son idénticas a la etapa anterior, a las que se añade la dependencia a la nicotina. Es importante comprender las distintas influencias a que están sometidos los jóvenes en las diferentes edades y etapas o fases que les conducen a convertirse en fumadores.

Abandono. En esta etapa el fumador es una persona disonante en lo que se refiere al consumo de tabaco y no esta de acuerdo con su conducta de fumador, por lo que se plantea el dejarlo.

Con respecto al abandono del tabaco, en el capítulo III del Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo, página 99 y siguiendo con los mismos autores mencionados anteriormente; se presentan las cinco etapas descritas por Prochaska y Diclemente:

Precontemplación: en donde la persona fumadora no se plantea el momento de dejar de fumar.

Contemplación: en esta etapa se decide a intentar el abandono.

Preparación: la persona decide intentar el abandono.

Acción: La persona deja la adicción.

Mantenimiento: la persona permanece sin fumar.

El reconocimiento de la existencia de estas fases, obliga a admitir que el abandono del tabaco es un complejo proceso, más que un simple acontecimiento.

A continuación y siguiendo con los pensamientos de los mismos autores describiré las causas y circunstancias que pueden influir en que los jóvenes se inicien o no en el consumo de tabaco, y los factores que condicionan el mantenimiento y la adicción de la conducta de fumar:

FACTORES DE INICIO

Dentro de los factores de inicio, se incluyen aquellos que impulsan y favorecen el comienzo del consumo de tabaco, se distinguen tres tipos: factores ambientales, factores sociales y factores personales.

Factores ambientales

La publicidad y promoción de un producto tiene como objetivo final, el aumentar las ventas e incrementar los beneficios de una compañía. El futuro de la Industria Tabaquera (IT), requiere el reclutamiento de nuevos fumadores que sustituyan a aquellos que han dejado de fumar. La publicidad del tabaco ha demostrado que aumenta el consumo y favorece la incorporación de los jóvenes. Mediante el empleo de imágenes fascinantes, la industria tabaquera, asocia el lujo, la aventura, el deporte, la libertad, la independencia, el control del peso, el éxito profesional y social, con el fumar. Los niños, adolescentes y las mujeres son población objetivo del marketing de la IT, a la vez que intenta difundir el

mensaje de que fumar corresponde a un comportamiento “normal” del adulto, lo que hace que aún favorezca más la intención de los jóvenes por fumar.

Factores sociales

Dentro de estos factores, destacan la familia, los compañeros y amigos y los profesores o educadores.

- *La Familia.* Inicialmente, la familia ejerce una poderosa influencia sobre el niño en su comportamiento y en el aprendizaje de hábitos. Teniendo en cuenta esto, el tabaquismo de los padres así como sus actitudes frente al tabaco, se han asociado frecuentemente al de los jóvenes- Los niños que se crían en ambientes domésticos cuyos padres no fuman y desaprueban su consumo tienen menos posibilidades de convertirse en fumadores habituales. También se considera que la permisividad de los padres es más importante que su conducta y que el tabaquismo de los hermanos mayores ejerce una gran influencia en ellos.

- *Influencia de los compañeros.* Sin lugar a dudas, la presión de los amigos y compañeros, supone un potente predictor positivo para que los adolescentes comiencen a fumar. Los jóvenes suelen comenzar a fumar en grupo en compañía de los amigos, de modo que el acto de fumar se convierte en una actitud decididamente integradora. Existen pequeños grupos de compañeros cuyos miembros se asocian entre sí a través del tabaquismo, y aumenta la probabilidad de que los jóvenes fumen, si sus amigos lo hacen. Aquí en esta etapa, tiene una enorme importancia la publicidad y el marketing de la industria Tabaquera.

- *Influencia de los educadores.* Los profesores forman parte del colectivo modélico, y sus hábitos influyen decididamente sobre el comportamiento de los alumnos. Se ha observado que en los colegios en los que fuman los profesores, la prevalencia de tabaquismo entre los alumnos es mayor, existen determinados factores que facilitan el consumo de tabaco en el ambiente escolar. Es de enorme importancia difundir la idea de que en absoluto la conducta de fumar se corresponde a un comportamiento “normal” del adulto. Establecer el no fumar como norma dentro de los colegios, promover el ejemplo de amigos y adultos no fumadores como conducta a seguir, instaurar programas educativos e instar a directores y profesores a conseguir un ambiente escolar sin humos son iniciativas útiles en la prevención del inicio del consumo de tabaco.

Factores personales

El por qué se fuma, a pesar de la evidencia existente sobre los efectos negativos para la salud, es una incógnita. Algunas razones pueden ser que los fumadores utilizan el

cigarrillo como medio o recurso que les proporciona los beneficios psicológicos que necesitan (aumento de la agilidad mental, reducción de la ansiedad, poder enfrentarse al estrés), y otras investigaciones sugieren una “relajación placentera” como uno de los principales beneficios que se obtienen fumando.

Ciertos estudios han demostrado características personales asociadas al hábito de fumar, con rasgos conductuales en los que los individuos buscan la sensación, la novedad y el peligro, junto con otros factores de riesgo (fácil irritabilidad, agresividad, aburrimiento, desmañado, despreocupado, solitario, etc.). La eliminación de la imagen “normal y positiva” del tabaco junto con la ayuda a los jóvenes para aumentar su confianza en sí mismos y a mejorar sus destrezas para resistir las invitaciones a fumar contribuirán a reducir su iniciación al consumo.

Dentro de los factores personales, distinguiremos los psicológicos y los genéticos.

- *Factores psicológicos.* Diversos estudios han investigado las características psicológicas en relación con el tabaco, encontrándose que la iniciación de los jóvenes en el tabaco estaría frecuentemente ligada a la extroversión, carácter impulsivo, ansioso, tendencia a asumir riesgos, etc. Existen otras opiniones entre las que el fumar se asocia a adolescentes con problemas de integración, baja autoestima, búsqueda de sensaciones novedosas, pobre rendimiento escolar .

- *Factores genéticos.* La evidencia del factor genético como determinante del inicio y mantenimiento del consumo de tabaco ya había sido evaluada hace muchos años y ratificada con estudios más recientes sobre amplias cohortes de gemelos, que sugieren una moderada influencia genética y familiar, que predispone la adicción a la nicotina, el mantenimiento del hábito y la mayor dificultad para conseguir dejarlo. La investigación sobre la participación genética en la conducta de fumar ha incrementado nuestros conocimientos sobre la dependencia por la nicotina y es probable que se aclaren los mecanismos por los cuáles, el cigarrillo afecta la salud de los fumadores. Teniendo en cuenta los recientes avances en la biología molecular, incluyendo el logro de conseguir la secuencia del genoma humano, la inclinación de los investigadores va ahora dirigida a identificar a los genes específicos que predicen la elevada predisposición por el inicio del consumo del tabaco, el desarrollo de la dependencia a la nicotina y la probabilidad de padecer ciertas enfermedades (EPOC, cáncer de pulmón, cardiopatía isquémica, etc.) en algunos fumadores. Incluso estos conocimientos sobre la genética de la dependencia a la nicotina puedan servir en un futuro no muy lejano, como un beneficio inmediato desde la perspectiva del control del tabaquismo, para ayudar a los fumadores a dejar de fumar.

Factores de mantenimiento y consolidación

Entre los factores mantenedores y de afianzamiento del hábito tabáquico, los autores citados anteriormente mencionan: los farmacológicos, entre los que destacan la nicotina como sustancia de alto poder adictivo y los factores condicionantes (sensoriales y de hábito).

Factores farmacológicos

La nicotina es un alcaloide o base de origen natural presente en las hojas de la planta del tabaco. Analizándola desde su estructura química, se trata de una amina terciaria que se deriva de la unión de un anillo piridínico y otro pirrolidínico, unido a un grupo metilo. Del proceso de combustión del cigarrillo, se origina el humo del tabaco, que es un aerosol constituido por una fase gaseosa y por una fase de partículas. Todavía la composición del humo del tabaco sigue siendo un enigma para los investigadores, aunque se han detectado más de 4000 sustancias. Las sustancias más relevantes de la fase de partículas son la nicotina, el agua y el alquitrán, siendo este último el residuo que queda de extraer la nicotina y la humedad de dicha fase particulada.

La nicotina es el principal alcaloide del humo del tabaco y es la sustancia responsable de generar la dependencia farmacológica, es uno de los pocos alcaloides no oxigenados y es incolora, oleaginoso volátil e intensamente alcalina. Durante la combustión de un cigarrillo, se destruye un 35%, otro 35% va a parar a la contaminación ambiental, el 22% se inhala a través de la corriente principal, y el restante 8% se retiene en la porción no consumida (colilla).

Factores condicionantes

El análisis de los factores condicionantes que participan en el mantenimiento y consolidación del hábito de fumar es diverso, ya que el hecho de fumar implica un encadenamiento de conductas. Las circunstancias que rodean al fumador (color y olor del tabaco, visión del mechero o la cajetilla, asociación con acciones cotidianas, como tomar el café, la copa, etc.) pueden facilitar la consolidación del acto de fumar, e incluso provocar respuestas placenteras similares a los efectos farmacológicos de la propia nicotina, reforzando el comportamiento como fumador.

- *Factores de hábito.* La acción de fumar va asociada a numerosas situaciones de la vida cotidiana, tomar un café, el aperitivo, la sobremesa, llamar por teléfono, etc. Aquellas circunstancias que puedan afectar al estado de ánimo, emociones, estrés, presión laboral y profesional, problemas familiares, soledad, son condicionantes que favorecen que el

fumador reitere el acto de fumar. Una importante cuestión es saber si la perpetuación de fumar está condicionada por la neutralización del síndrome de abstinencia o por las repuestas “placenteras y gratificantes” derivadas de la inhalación de la nicotina. De otro lado, se estima que un fumador que fume diariamente 20 cigarrillos durante 20 años, ha inhalado más de 1 millón de bocanadas, cada pipada supone más ocasiones de perpetuar el consumo de tabaco relacionándolas con diversas situaciones de la vida cotidiana. La mera repetición del acto de fumar favorece tal conducta, potenciando el mantenimiento y consolidación del hábito tabáquico.

- *Factores sensoriales.* Los sentidos del olfato y del gusto han recibido relativamente poca consideración en cuanto a su importancia como factores condicionantes de la conducta de fumar. Sin embargo está demostrado que fumar es un medio de administrarse una sustancia que excita las terminaciones nerviosas sensitivas localizadas en los labios, boca y faringe, y que provoca sensaciones placenteras a nivel del tacto, gusto y olfato, incluyendo también las sensaciones visuales. Todos estos factores y circunstancias no actúan de manera aislada, sino de modo concomitante, unos como determinantes y otros como condicionantes, convirtiendo al individuo en fumador.

FARMACOLOGÍA DE LA ADICCIÓN A LA NICOTINA

Siguiendo con la misma línea de estos autores, ellos mencionan que desde los años de la década de 1980, ha sido reconocido por los clínicos, investigadores y expertos en Salud Pública, que la nicotina es la sustancia con mayor poder adictivo y letal de todas aquellas que son capaces de generar dependencia. La nicotina reúne todos los criterios de una droga capaz de producir dependencia y todos los diferentes productos derivados del tabaco, liberan nicotina a unos niveles suficientes para generar adicción. Estas conclusiones son consistentes y firmes, coincidiendo con las investigaciones sobre la neurofarmacología de la nicotina, con los estudios clínicos sobre la dependencia y abstinencia a la nicotina, y con estudios epidemiológicos sobre el consumo y la dependencia al tabaco.

Al inhalarse el humo del cigarrillo, se consigue un pico plasmático de nicotina que alcanza su máximo nivel en menos de 10 minutos, objetivándose concentraciones de hasta 25-50 mg/ml. Su vida media es corta, de unos 60-120 minutos, pudiendo acumularse en el organismo hasta transcurridas 6-8 hs. El descenso de la concentración plasmática de

nicotina ocurre en dos fases: una rápida que dura 5-10 minutos (fase alfa), debida a su distribución por los diversos tejidos orgánicos, y otra más lenta (fase beta), que dura unos 60 minutos, en la que se produce la metabolización del alcaloide. La *absorción* de la nicotina puede llevarse a cabo a través de los plexos sublinguales y mucosa oral (4-45%), pulmón (70-90%) y piel, aunque en este caso la absorción es mínima. Cuando la nicotina se absorbe a través del pulmón, en menos de 10 segundos se detecta en cerebro, en esta rapidez de absorción radica en gran parte su potencial de generar adicción. Una vez que la nicotina llega al cerebro, atraviesa la membrana hematoencefálica, facilitando el transporte al interior de las células y la unión a los receptores, liberándose a continuación diversos neurotransmisores. El *mecanismo de acción* de la nicotina es bastante complejo. Por su similitud estructural con la acetilcolina, actúa sobre los mismos receptores, originando una estimulación ganglionar primaria, pudiendo más tarde ocasionar una desensibilización secundaria, favoreciendo la aparición del fenómeno de la tolerancia, que se define como la necesidad de aumentar notablemente la cantidad de una sustancia para alcanzar el efecto deseado. La nicotina estimula el “nucleus ceruleus” ocasionando una disminución del estrés y un aumento de la concentración y alerta del individuo. Los fumadores confiesan encontrarse menos cansados, más despiertos, más despejados y más atentos. Esto se ha objetivado con el EEG realizado a un fumador, se observa un trazado en el que predominan las ondas beta (traduce el estado de alerta); por el contrario durante la fase de abstinencia, disminuyen en el EEG la frecuencia de estas ondas, aumentando las de tipo alfa y beta.

La acción de la nicotina sobre el sistema dopaminérgico mesolímbico es una de las más importantes, ya que este sistema regula las sensaciones placenteras y gratificantes en el organismo. Cuando un sujeto consume una sustancia que estimula este sistema, sentirá sensaciones placenteras y de refuerzo positivo, lo que dará lugar a que esta persona tenga avidez por la readministración de esa sustancia. Este es el mecanismo fisiológico que explicaría el fenómeno de la dependencia. La *metabolización* de la nicotina ocurre principalmente a nivel hepático mediante la intervención de las enzimas del citocromo P450 (CYP2D6 y CYP2A), aunque también en los riñones y pulmones, y da lugar a la formación de unos 15 metabolitos, los más importantes son la cotinina y la nicotina 1-N-óxido, ambos farmacológicamente inactivos. En cualquier caso, estudios recientes sobre etnias y razas demuestran que existe una gran variabilidad individual en el metabolismo de la nicotina, los chinos-americanos metabolizan la nicotina más lentamente y los afro-americanos también, en comparación con los caucasianos y los hispanos. La *eliminación*

de los metabolitos y de la fracción alcaloide no metabolizada se excreta por el riñón, aunque también pero en menor cuantía, a través del sudor, saliva y leche materna.

En 1988, el Ministerio de Salud de Estados Unidos clasificó a la nicotina como una sustancia adictiva. El cigarrillo y otros derivados del tabaco generan dependencia con un mecanismo similar al de la adicción a drogas como la cocaína y la heroína.

El siguiente cuadro compara la nicotina con otras drogas, en términos de capacidad de causar dependencia, letalidad, acceso y precocidad en el uso. Se comprueba que el tabaco está primero.

Sustancia	Acceso	Capacidad de causar dependencia**	Letalidad	Precocidad***
Nicotina	Grande	80	Alta	15, 5
Heroína	Bajo	35	Media	19,5
Cocaína	Medio	22	Alta	21,9
Sedantes*	Medio	13	Media	19,5
Estimulantes*	Medio	12	Alta	19,3
Marihuana	Medio	11	Baja	18,4
Alucinógenos	Grande	9	Baja	18,6
Alcohol	Grande	6	Media	17,4
Tranquilizantes*	Medio	5	Media	21,2
Inhalantes	Grande	3	Media	17,3

* Uso no médico

** % de usuarios que se torna dependiente

*** Edad media del primer uso, en años

Fuente: Investigación Nacional Domiciliaria sobre uso de drogas en Estados Unidos. National Health Institute, 2001.

Efectos neurobiológicos de la nicotina

S. Solano Reina y otros en el capítulo II del Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo expresan los distintos efectos neurobiológicos que a continuación se detallarán así como el síndrome de abstinencia producido por la nicotina. Los cigarrillos, largos, finos, con filtro o sin filtro, son básicamente sistemas de administración de aproximadamente 10 mg de nicotina, de los cuales alrededor de 1-2% llega a los pulmones. Una vez alcanza las vías aéreas distales y los alvéolos, la nicotina cruza fácilmente la

barrera hematoencefálica y sigue su camino de distribución por los diferentes tejidos y órganos, de esta manera puede afectar a todos los aparatos y sistemas.

Sistema Nervioso Central. La nicotina provoca a este nivel efectos estimulantes, el fumador se siente más alerta y despejado, más activo y menos cansado. A la vez, se siente más relajado, más tolerante y menos irritable. La nicotina también mejora algunas funciones cognitivas, como la capacidad de concentración y la memoria, puede mejorar la precisión durante las pruebas de atención sostenida y la capacidad de procesar rápidamente la información recibida, en resumen aumenta la agilidad mental y reduce la ansiedad. También se han imputado a la nicotina efectos sobre el estado de ánimo. Algunos fumadores manifiestan que fumar les mejora su estado melancólico y otros trastornos emotivos. Se ha comprobado que al dejar de fumar aparecen situaciones depresivas y que hay mayor incidencia de depresión en fumadores.

Efectos cardiovasculares. Estudios prospectivos llevados a cabo por diferentes investigadores han demostrado que el tabaco incrementa el riesgo de enfermedad cardiovascular incluyendo la cardiopatía isquémica, ictus, enfermedad vascular periférica y aneurisma aórtico. A la inversa, cuando se abandona el tabaco el incremento del riesgo declina gradualmente. La nicotina provoca una aceleración del automatismo cardíaco y un descenso del umbral arritmogénico, lo que favorece la aparición de arritmias. También se ha observado un incremento de la tensión arterial y vasoconstricción periférica, que da lugar a frialdad y palidez de la piel. Alteraciones en el perfil lipídico con elevación de las concentraciones séricas de ácidos grasos libres, colesterol total, aumento de la fracción LDL colesterol y disminución de HDL-colesterol. El fumar se asocia también a un incremento de la actividad plaquetaria que junto con la hiperviscosidad (poliglobulia), y la lesión de la pared vascular por acúmulo de depósitos grasos, facilita la aparición de arteriosclerosis y diátesis trombótica.

Efectos gastrointestinales. La nicotina estimula la secreción gástrica y reduce la síntesis de hormonas pancreáticas exocrina (insulina). Así mismo inhibe la producción de prostaglandinas a nivel de la mucosa gástrica. Puede provocar hipersalivación y vómitos y acelera el peristaltismo intestinal.

Efectos neuroendocrinos. Al activarse los receptores nicotínicos en el cerebro, se incrementa la liberación de diversos neurotransmisores incluyendo acetilcolina, noradrenalina, dopamina, vasopresina, serotonina y beta-endorfinas. Los efectos fisiológicos de la nicotina incluyen actitud vigilante y estimulación del S. nervioso simpático. La liberación de estos específicos neurotransmisores ha sido relacionada con el “refuerzo positivo” derivado de los efectos de la nicotina. Por ejemplo, el incremento de la liberación de dopamina, noradrenalina y serotonina, puede estar

asociado a sensaciones placenteras y a la supresión del apetito, lo que a la larga puede contribuir a disminuir el peso corporal. La liberación de acetilcolina puede estar asociada con el mejor rendimiento y mejor adaptación y resolución de los asuntos cotidianos, así como aumento de memoria. La liberación de beta-endorfinas puede estar asociada con reducción del nerviosismo y la ansiedad. La nicotina eleva los niveles plasmáticos de varias hormonas, entre las que se encuentran la ACTH, prolactina y en lugar de, y hormona del crecimiento. Además están aumentados los niveles de glucosa, cortisol y vasopresina. Los efectos antiestrogénicos podrían adelantar la menopausia en 1-2 años en las mujeres fumadoras. *Efectos sobre el metabolismo.* Los fumadores pesan unos 4 Kg. menos de media que los no fumadores. Al dejar de fumar se recupera esa cantidad. El menor peso corporal se justifica por una tasa metabólica más alta, debido como se explicó anteriormente a una concentración más elevada de catecolaminas circulantes. Además los fumadores tienen menos apetito, el cual aumenta cuando se deja de fumar, lo que tiene especial relevancia en las recaídas. *Efectos sobre el embarazo.* El tabaco de la madre embarazada puede provocar un aumento de la morbilidad natal, debido a partos prematuros, abortos, embarazos ectópicos, placenta previa, desprendimiento prematuro de membranas, bajo peso al nacer (unos 200 g) y muerte súbita del lactante. La vasoconstricción de los vasos placentarios, junto con una mayor concentración de HbCO circulante, condiciona que el aporte de oxígeno al feto sea más escaso.

Síndrome de abstinencia a la nicotina

Teniendo en cuenta los efectos farmacológicos de la nicotina sobre el organismo, se explica lo esencial que es esta sustancia para mantener el hábito tabáquico. Los razonamientos que los fumadores dan para justificar su conducta como se ha expuesto anteriormente es que notan mayor rendimiento mental, les ayuda a concentrarse, les produce relajación, y les mejora su estado de ánimo, en resumidas cuentas, les resulta placentero. Hasta que punto el incremento del rendimiento intelectual, la reducción del estrés, y el estar más animados son debidos al alivio de los síntomas de la abstinencia o a un incremento real de los efectos intrínsecos de la nicotina en el cerebro, no está del todo claro. Cuando se suspende el tabaco, aparecen los síntomas del síndrome de abstinencia a la nicotina (en adelante SAN). Aproximadamente el 50% de los fumadores experimentan alguna vez en su vida este síndrome. La aparición del SAN es una de las principales causas de recaídas durante el proceso de abandono del tabaco. Las bases neurobiológicas del SAN

no están absolutamente fundamentadas, encontrándose en la actualidad numerosas vías de investigación. Se ha demostrado que existe una disminución de los niveles de dopamina en el “nucleus accumbens” (sistema dopamínico-mesolímbico) al suprimirse la nicotina y no estimularse los receptores específicos. También se ha reconocido la participación del locus ceruleus sistema noradrenérgico) tras la supresión de nicotina, en la aparición del SAN. Los síntomas del SAN aparecen a las 6-12 horas de interrumpir la administración de nicotina, con un pico entre el primero y tercer día y una duración entre 3 y 4 semanas, aunque un 40% de fumadores presentan síntomas que pueden prolongarse durante períodos superiores de hasta 2 y 4 meses. No todos los fumadores padecen el SAN, existe una variabilidad en la intensidad y duración de los síntomas. Se ha observado una cierta relación entre la intensidad y duración del SAN y el grado de severidad del fumador (niveles de cotinina en fluidos corporales). El *craving* es uno de los responsables de las recaídas en el período de abandono junto con la ansiedad y la ganancia de peso. Aunque el Síndrome de Abstinencia a la nicotina se fundamenta farmacológicamente en esta sustancia, no hay que atribuir a la nicotina toda la responsabilidad de la conducta de fumar, pues como se ha mencionado antes, existen otros factores: ambientales, sociales, personales, genéticos, sensoriales, culturales, que también influyen en la concatenación de conductas que realiza el fumador y que a la larga hacen que mantenga su hábito. Por tanto a la hora de abordar el manejo del tabaquismo cuando algún fumador nos demande ayuda, debemos tener en cuenta todos estos aspectos y no limitarnos únicamente al factor farmacológico, ya que como se ha visto a lo largo del capítulo la etiología del tabaquismo es multifactorial.

4. Consecuencias del tabaquismo

Las consecuencias del tabaco para la salud son de dos tipos. Aquellas debidas al consumo directo y aquellas debidas a la exposición involuntaria al humo de tabaco ambiental (tabaquismo pasivo). También hay consecuencias inmediatas (el consumo de tabaco comienza a dañar el organismo ni bien se comienza a fumar) y consecuencias que se observan años después de empezar a fumar. Los primeros informes mostrando que el consumo de tabaco es causa de enfermedad aparecieron ya a principios del siglo XX. Hasta la fecha se han publicado miles de artículos y revisiones sobre el tema que muestran que el tabaquismo se asocia con alteraciones en todos los órganos y sistemas.

Enfermedades causadas por el tabaco

Desde que se conoce el primer informe del Director General de Servicios de Salud de los Estados Unidos (Surgeon General) sobre el tabaquismo y la salud en 1964, F. J. Álvarez Gutiérrez (2006) expresa que otros 27 informes han llegado a la conclusión de que el consumo de tabaco es la principal causa prevenible de enfermedad, discapacidad y muerte. El tabaquismo tiene efectos nocivos en casi todos los órganos del cuerpo, es causa de diversas enfermedades y disminuye la salud general de los fumadores. La lista de enfermedades causadas por el tabaquismo se amplía día a día. Una vez que se observa una asociación entre una determinada exposición y una enfermedad, el paso siguiente es evaluar si la evidencia es suficiente para establecer causalidad. Los criterios que se usan para definir una relación causal incluyen: consistencia, fuerza, especificidad, relación temporal y coherencia de la asociación.

Consistencia se refiere al grado en que se pueden duplicar los hallazgos (similitud de hallazgos cuando se evalúan diferentes poblaciones usando diferentes diseños de estudio). La especificidad se refiere a una asociación única entre la exposición y la enfermedad. En vista de que el consumo de cigarrillos se asocia a muchas enfermedades además de cáncer de pulmón, y de que la mayor parte de las enfermedades relacionadas al consumo de cigarrillos son multifactoriales, este criterio generalmente se deja de lado. Una relación temporal implica que el consumo de cigarrillos precede al comienzo de la enfermedad. La coherencia implica un encaje entre los distintos tipos de evidencia, tales como consistencia de los patrones de consumo de cigarrillos de la población y la ocurrencia de enfermedades, y la plausibilidad biológica de la asociación.

En el 2004, el Ministerio de Salud de la Nación publicó un informe que revisaba toda la evidencia disponible hasta la fecha y que dividió a las enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco en aquellas en las que existe evidencia **SUFICIENTE** de que el cigarrillo es la causa y aquellas en las que existe evidencia **SUGESTIVA**, pero no suficiente, para decir que el consumo de tabaco es la causa.

Entre las enfermedades para las que existe evidencia sugestiva de relación causal hay algunas que fueron revisadas para el informe del 2004 y otras que han sido publicadas en otros estudios.

El siguiente cuadro muestra las enfermedades causadas por el consumo de tabaco.

Evidencia SUFICIENTE de relación causal
CÁNCER: Pulmón Vejiga Cuello de útero Esófago Estomago Laringe Faringe y cavidad Oral Páncreas
SISTEMA CARDIOVASCULAR Enfermedad coronaria Aterosclerosis subclínica ACV Aneurisma aorta abdominal
SISTEMA PULMONAR Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) Neumonía en fumadores con EPOC Alteración en el crecimiento pulmonar Reducción precoz de la función pulmonar Asma Tos flema silbidos y disnea en adultos y en adolescentes fumadores Síntomas de asma en adolescentes fumadores
SISTEMA REPRODUCTIVO Disminución de la fertilidad Ruptura prematura de membranas Placenta previa Abrupto placenta Parto prematuro
Evidencia sugestiva pero aun NO SUFICIENTE de relación causal
CÁNCER: Colon-recto Hígado Mama

Cavidad nasal
Ovario
Evidencia sugestiva pero aun NO SUFICIENTE de relación causal
SISTEMA PULMONAR
Mal pronóstico del asma
Neumonía en personas con EPOC
Aumento de la hiper-reactividad bronquial
Tuberculosis
SISTEMA REPRODUCTIVO
Embarazo ectópico
Aborto espontáneo
Menopausia precoz
Disfunción sexual

Fuente: Guía para educadores. Programa Nacional del Control del Tabaco. Ministerio de Salud Presidencia de la Nación. 2008.

Los daños que causa el cigarrillo a la salud (así como también diferentes estudios realizados en este campo), que se mencionan a continuación, son expresados por F. J. Álvarez Gutiérrez en el Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo:

Tabaco y problemas cardiovasculares

Tanto el tabaquismo como la exposición al humo ambiental de tabaco tienen efectos en la salud. Estos efectos, aparecen enseguida de empezar a fumar y son también los primeros que se revierten al dejar de fumar. En un estudio que se realizó en 1400 jóvenes menores de 25 años que murieron en accidentes, se descubrió que aquellos que fumaban ya tenían signos tempranos de arteriosclerosis.

Se estima que, por cada 10 cigarrillos que se fuman por día, el riesgo de muerte por enfermedad cardíaca aumenta 18% en hombres y 31% en mujeres.

Los efectos del consumo de tabaco en el sistema cardiovascular incluyen: enfermedad coronaria (infarto agudo del miocardio, enfermedad isquémica, angor y muerte súbita); enfermedad vascular periférica, aneurisma de la aorta abdominal y accidente cerebrovascular. Se observa que las personas que fuman 15 cigarrillos por día tienen el doble de riesgo que los no fumadores de tener un infarto cardíaco y que los que fuman más de 25 cigarrillos por día tienen cuatro veces más riesgo. Diversos estudios muestran que fumar cigarrillos light o suaves no modifica este riesgo. Al año de dejar de fumar el riesgo disminuye a la mitad y a los quince años de haber dejado el riesgo es similar al de un no fumador.

En cuanto a los accidentes cerebrovasculares, el riesgo también depende de cuanto se fuma. En fumadores de 10 cigarrillos por día el riesgo es el doble y en fumadores de 20 cigarrillos por día es cuatro veces mayor. El riesgo disminuye paulatinamente y se iguala a la de un no fumador luego de 10 años de dejar de fumar.

Los fumadores, en especial los hombres, tienen mayor riesgo de sufrir un aneurisma de la aorta abdominal. El riesgo es mayor cuando el consumo es mayor.

El consumo de tabaco es el principal factor de riesgo para sufrir enfermedad vascular periférica, que produce mucho dolor y en algunas personas puede llegar a producir gangrena de los dedos de los pies por falta de oxígeno.

Entre las numerosas sustancias presentes en el humo del cigarrillo, las que presentan un efecto adverso cardiovascular más notable son la nicotina y el monóxido de carbono. Por efecto de la nicotina se produce un aumento de los niveles sanguíneos de catecolaminas que provoca un aumento inmediato de la frecuencia cardíaca y la tensión arterial, lo que condiciona una mayor demanda de oxígeno por parte del miocardio de los fumadores. Además, estas catecolaminas aumentan los niveles sanguíneos de lipoproteínas de baja densidad (VLDL) y de ácidos grasos libres. La nicotina puede aumentar la descamación de las células del endotelio capilar, facilitando la adherencia plaquetaria. Esto puede causar la liberación de factores estimulantes de la proliferación de células de la capa muscular. Por último algunos estudios han demostrado que la nicotina puede ocasionar cardiomiopatía, que puede conducir a hipoquinesia del ventrículo izquierdo.

El monóxido de carbono, por su parte, tras atravesar la barrera alveolo-capilar se combina con la hemoglobina por la que tiene 240 veces más afinidad que el oxígeno, formando la carboxihemoglobina, que es la principal responsable del daño vascular en los fumadores. La sangre de los fumadores contiene una cantidad aproximada de un 16-18% de carboxihemoglobina. Esta cantidad produce lesiones en las fibras cardíacas (lesiones focales y degeneración mitocondrial) y en el endotelio de distintos territorios vasculares. La lesión endotelial condicionaría un incremento de la adherencia plaquetaria y, en última instancia una proliferación de las células de la capa muscular. Además la carboxihemoglobina produce una disminución de la capacidad de la sangre para transportar oxígeno, lo que ocasionará policitemia. Estos dos hechos unidos a la mayor demanda de oxígeno por el miocardio (causada por la nicotina) facilitarán la aparición de isquemia miocárdica.

El tabaquismo también se asocia de forma clara con el desarrollo y la progresión de la *enfermedad vascular periférica*. Así, la tromboangiítis obliterante, enfermedad que

afecta a los vasos pequeños, aparece de forma casi exclusiva en fumadores y el único tratamiento efectivo, que puede prevenir la amputación, consiste en dejar de fumar. También el riesgo de progresión de la arteriosclerosis es mayor en los pacientes fumadores que en los no fumadores.

Tabaco y cáncer

Se ha estimado que entre el 75-80% de los cánceres humanos están relacionados con la exposición a carcinógenos químicos. Se denomina carcinógenos a sustancias que actuando sobre una célula e inducen alteraciones específicas cuyo resultado final es una manifestación tumoral. Existen varios tipos de carcinógenos, unos de acción directa que son capaces por sí mismos de causar lesiones neoplásicas a las dosis apropiadas, y otros de acción indirecta que requieren una activación metabólica previa para comportarse como verdaderos carcinógenos. Dentro de estos últimos se pueden distinguir, a su vez a factores *promotores*, que son sustancias inactivas por sí pero que unidas a otras pueden ser activadoras del proceso; *iniciadores* que son aquellas sustancias capaces de originar alteraciones específicas y, por último; *cocarcinógenos* que son sustancias que unidas a los iniciadores pueden desarrollar todo el proceso. Entre un 20-40% de las muertes humanas por cáncer están en relación con iniciadores y promotores procedentes del tabaco.

El principal efecto carcinógeno en el organismo del tabaco es sobre aquéllos tejidos directamente expuestos al humo del cigarrillo, sin embargo los carcinógenos presentes en el tabaco además de ser inhalados se disuelven en la saliva, llegando al intestino donde son absorbidos, pasan a través del hígado a la circulación sistémica, y son eliminados por la orina. El tabaco se ha relacionado con el cáncer de pulmón, laringe, orofaringe, esófago, estómago, páncreas, hígado, colon-recto, riñón, vejiga, mama, aparato genital y órganos linfáticos.

Cáncer de Pulmón

Son numerosos los estudios epidemiológicos que han establecido la relación entre tabaquismo y cáncer de pulmón (CP). Así, estudios clásicos como el realizado por Doll e Hill (1954) en médicos británicos citados en Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo, concluyen de forma incontrovertible que la ecuación cáncer de pulmón y el aumento del consumo de tabaco se hallan directamente relacionados. El tabaco es responsable directo de más del 90% de los casos de CP. Se ha observado también que tras dejar de fumar se produce un descenso progresivo del riesgo de desarrollar cáncer de

pulmón, de manera que después de 15 años, el riesgo observado en la población exfumadora se ha reducido en un 80-90%, si bien nunca llega a ser igual al observado en la población no fumadora, sobre todo en grandes fumadores. Curiosamente, durante el año que sigue al abandono del tabaco, el riesgo de presentar cáncer de pulmón no sólo no disminuye sino que incluso se eleva ligeramente. Esto puede explicarse por el hecho de que muchos enfermos abandonan el tabaco cuando ya ha aparecido sintomatología ligada al cáncer, aunque éste todavía no se haya diagnosticado.

Cáncer de Laringe y Cavidad Oral

Se ha estimado que el 83% de las neoplasias de laringe son debidas al consumo de tabaco, constituyendo el principal agente causal de esta patología. Diversos estudios epidemiológicos han demostrado un riesgo hasta 10 veces mayor en sujetos fumadores comparados con los no fumadores. Al igual que ocurre con el cáncer bronquial, hay una dependencia con la intensidad y duración de la exposición, el inicio del tabaquismo, la profundidad de la calada y el uso de filtros (disminuye el riesgo). Por otro lado los fumadores de pipa y puros tienen igual riesgo que los de cigarrillos, los exfumadores tienen menos riesgo, y la disminución comienza a hacerse patente después de 4 años de abstinencia. Un dato importante es que la combinación de consumo de cigarrillos y alcohol aumenta el riesgo de cáncer de laringe hasta un 75%, respecto al consumo de uno de ellos, sobre todo en tumores supraglóticos. El alcohol puede actuar como solvente de los carcinógenos del humo o inducir cambios en el metabolismo hepático de los mismos, lo que explicaría el sinergismo entre tabaco y alcohol. En cuanto a las neoplasias orales y orofaríngeas aproximadamente el 92% de los tumores en hombres y el 61% en mujeres son atribuibles al tabaco. Se ha demostrado que existe un riesgo aumentado para su desarrollo en relación con el consumo moderado-alto de alcohol y alto de tabaco. En algunos países en desarrollo, sobre todo de Asia Sudoriental, estos cánceres constituyen un grave problema. Esto se debe a las formas tradicionales de consumo del tabaco, por ejemplo mascararlo o fumarlo con el extremo de ignición hacia el interior de la boca, las cuales están asociadas al 85-90% de los casos en las mujeres. Entre las tasas notificadas de incidencia de cáncer de la cavidad oral, la más alta corresponde a Bangalore, India, donde la enfermedad está más difundida entre las mujeres que entre los hombres. La tasa de cáncer oral en exfumadores disminuye conforme aumenta el tiempo de abstinencia, disminuyendo al 50% alrededor de los 3-5 años, para igualarse con los no fumadores después de 15 años.

Cáncer de Aparato Digestivo

Aunque no se conocen exactamente los mecanismos patogénicos, los estudios epidemiológicos permiten afirmar que el tabaquismo es el principal factor de riesgo para el desarrollo de cáncer de esófago, calculándose que alrededor del 80% del total de los carcinomas esofágicos tienen relación con el tabaco. El uso concomitante de alcohol aumenta el riesgo, pudiendo llegar a 17 veces para el carcinoma escamoso en grandes fumadores. Aunque las sustancias carcinogénicas del humo del cigarrillo no entran en contacto directo con el esófago, sí se ha demostrado que algunas de ellas son deglutidas, y que el moco proveniente de los pulmones, y cargado con éstas, está presente en el esófago. El tercio superior del esófago es el más frecuentemente afectado. En múltiples estudios se ha relacionado el hábito de fumar con el cáncer de estómago. Se ha demostrado un incremento de hasta 3 veces en el riesgo de cáncer gástrico entre pacientes fumadores frente a los que no lo son, así como de lesiones displásicas; la asociación parece más fuerte con tumores de la porción distal y se relaciona directamente con el número de cigarrillos diarios y duración del hábito, e inversamente con el número de años desde el abandono.

En relación al *cáncer de páncreas* estudios de grandes series han evidenciado que el riesgo es doble en fumadores, que existe una relación dosis-respuesta y que después de 15 años de abstinencia el riesgo se iguale al de un no fumador. La relación entre tabaquismo y *hepatocarcinoma*, aunque posible en función de su papel como órgano diana de sustancias potencialmente carcinógenas, no está aún totalmente dilucidada. Sin embargo hay varios trabajos que indican una asociación entre el consumo de cigarrillos y cáncer hepático, observándose reducción de riesgo en exfumadores con respecto a fumadores. En situación parecida se encuentra el cáncer *colorrectal*, existiendo algunos estudios en los que se ha encontrado relación, mientras que en otros no.

Cáncer de Riñón y Vejiga

Aunque, no se conocen con exactitud los mecanismos patogénicos que los provocan, no existe ninguna duda que el tabaco constituye un importante factor de riesgo para el desarrollo de estos tumores. El cáncer de *vejiga urinaria* está estrechamente relacionado con las aminas aromáticas como es la beta-naftilamina. Esta sustancia se ha encontrado en cantidades considerables en el humo del tabaco. En algunas series el riesgo de cáncer de vejiga es de 3 veces superior en mujeres fumadoras y 4 veces en varones, frente no fumadores, mientras que el *cáncer renal* y de *uréter* la asociación es más débil, habiéndose indicado un 40% de incremento de riesgo.

Cáncer de Mama y Aparato Genital

El papel de fumar cigarrillos en relación con la carcinogénesis de la mama no está aún definido. Algunas investigaciones epidemiológicas han subrayado que el fumar no afecta al riesgo del cáncer de mama, otros han indicado una disminución del riesgo en relación con el tabaquismo, y otros han observado un aumento del riesgo en, al menos, un subgrupo de mujeres.

En cuanto al *cáncer de cuello uterino* el cigarrillo está asociado con un aumento al doble del riesgo en relación con las no fumadoras. En estudios observacionales, se ha objetivado que el cáncer cervical está asociado al consumo de tabaco.

El *cáncer de endometrio* parece que es la única situación (además de algunas enfermedades degenerativas neurológicas) en la que el tabaco puede presentar un efecto protector; el efecto parece estar relacionado con el incremento de la hidroxilación del estradiol en mujeres fumadoras.

Por último, las *neoplásicas de vulva, pene y ano* han sido descritas más frecuentemente en fumadores, pudiéndose determinar, además, relación dosis/respuesta positiva.

Cáncer Hematológico

Se han atribuido al consumo de tabaco un 14% de las leucemias linfoides o mieloides; este efecto parece estar asociado a la presencia de bencenos, nitrosaminas, polonio (isótopo radiactivo), etc. Se ha indicado cómo la leucemia aguda mieloblástica puede ser la más relacionada. Otros tumores hematológicos, como los mielomas, también parecen estar aumentados, aunque la fuerza de la asociación no es concluyente.

Tabaco y Enfermedades Respiratorias no Tumoraes

El humo del cigarrillo es el principal causante de sintomatología y enfermedad respiratorias. Altera la estructura pulmonar en vías aéreas, alvéolos y capilares. Además, sus efectos inciden también sobre los mecanismos de defensa pulmonar. En numerosos estudios observacionales se ha comprobado que los sujetos fumadores presentan con mayor frecuencia que los no fumadores *síntomas respiratorios inespecíficos*, tales como tos, expectoración, disnea y sibilancias de forma prolongada. La aparición de estos síntomas no tiene relación directa con el desarrollo de limitación crónica al flujo aéreo.

Existe una relación entre el grado de exposición y la intensidad de esta sintomatología, que disminuye o desaparece cuando se deja de fumar. Se muestran

diferencias significativas en cuanto al sexo de modo que las mujeres tienen más bajas tasas de prevalencia. Parece ser que existe una relación directa entre el contenido de alquitrán de los cigarrillos y la aparición de síntomas respiratorios crónicos.

El humo del tabaco induce una serie de cambios morfológicos en las vías aéreas como son pérdida del epitelio ciliar, aumento de células caliciformes, hipertrofia e hiperplasia glandular y cambios de la permeabilidad. Todos estos cambios explican el desarrollo de la hipersecreción mucosa.

Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)

La *Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)* es la de mayor prevalencia e impacto socioeconómico de todas las enfermedades respiratorias causadas, principalmente, por una reacción inflamatoria al humo del tabaco. Este produce cambios inflamatorios pulmonares en todos los fumadores, aunque sólo en una parte de ellos tiene lugar una respuesta anómala que condiciona el desarrollo de alteraciones anatómicas de la vía aérea y en el parénquima pulmonar.

Un estudio publicado recientemente muestra que 1 de cada 4 fumadores desarrollará EPOC progresiva e incurable, un riesgo muy superior a lo que se pensaba. La EPOC es una enfermedad respiratoria que causa la obstrucción del flujo de aire hacia los pulmones y empeora progresivamente.

Al comienzo del estudio realizado en Dinamarca, los pulmones de 8.000 hombres y mujeres entre 30 y 60 años estaban sanos y funcionaban normalmente. Sin embargo, en el curso de 25 años, los pulmones de casi todos *los no fumadores* de sexo masculino continuaron funcionando normalmente, en comparación con el 60 por ciento de los hombres que continuaron fumando. Entre las mujeres, el 90 por ciento de *las no fumadoras* seguía teniendo pulmones sanos al final de los 25 años, en comparación con el 70% de las fumadoras. Durante 25 años, hubo 2.900 muertes en el grupo de estudio. De esas, 109 se podían atribuir directamente a la EPOC y casi todas esas muertes tuvieron lugar en fumadores activos al comienzo del estudio. Únicamente 2 de los no fumadores murió de EPOC. El estudio también halló una reducción marcada en el riesgo de EPOC entre los que dejaron de fumar al poco tiempo del comienzo del estudio. Durante los 25 años, ninguno de esos ex fumadores desarrolló EPOC grave.

Otras enfermedades respiratorias en las que se ha evidenciado una clara asociación con el tabaquismo son: infecciones virales y bacterianas, tuberculosis, hemorragia pulmonar, enfermedad pulmonar metastásica, neumotórax espontáneo, granuloma

eosinófilo, fibrosis pulmonar idiopática, bronqueolitis obliterante con neumonía organizada, asbestosis y artritis reumatoide. Los mecanismos responsables de esta asociación, aunque no están totalmente aclarados, parecen explicarse por la acción del tabaco sobre el sistema inmune y la capacidad de inducir lesiones celulares.

Síndrome de Apnea del Sueño

El *Síndrome de Apnea del Sueño (SAOS)* es la enfermedad más importante de las que ocurren específicamente durante el sueño. En algunos estudios se ha establecido la relación del tabaquismo con un aumento en la incidencia de esta enfermedad. Así, el trabajo de Wetter, D y cols. (1994), sobre 811 individuos estudiados mediante polisomnografía pone de manifiesto que los fumadores tienen mayor número de eventos respiratorios nocturnos (apneas e hipoapneas) que los no fumadores, sin llegar a la significación estadística. Sin embargo sí encuentran una relación dosis-respuesta, de tal manera que los fumadores severos, de más de 40 cigarrillos/día tienen 10 veces más probabilidad de tener eventos respiratorios que los fumadores moderados ó ligeros y 40 veces más que los no fumadores.

Tabaco y Patología Dermatológica

La piel está expuesta a los efectos del humo del tabaco directamente, por contacto con el humo ambiental, e indirectamente, por la llegada a través de la sangre de las sustancias tóxicas procedentes del humo inhalado. En los últimos años ha cobrado un interés especial el efecto que puede tener el consumo del tabaco sobre un proceso fisiológico, como es el envejecimiento cutáneo, manifestado por la aparición de arrugas de forma precoz. El estudio de los efectos del tabaco sobre la estructura macroscópica de la piel se remonta a 1965, (Ippen, M. e Ippen, H.), donde relacionan por primera vez desde un punto de vista epidemiológico la presencia de arrugas faciales y el en los que se ha demostrado la asociación entre fumar y la presencia de cambios macroscópicos en la piel de la cara. Estas alteraciones, denominadas “rostro del fumador” han sido agrupadas en cuatro tipos:

- Arrugas finas en los labios superiores y las comisuras parpebrales externas (patas de gallo), líneas profundas y superficiales en las mejillas y mandíbulas;
- Adelgazamiento de la cara con prominencia anormal de los relieves óseos, especialmente de los pómulos;
- Aspecto rugoso de la piel con coloración ligeramente grisácea.

- Piel de apariencia pletórica de color rosado o anaranjado, pero no cianótica

Entre las alteraciones en la piel inducidas por consumo de tabaco están:

- Arrugas prematuras
- Piel deshidratada y atrófica
- Cabello reseco y quebradizo
- Manchas amarillentas en dedos de fumadores
- Olor corporal a tabaco
- Dificultad en cicatrización
- Alteraciones en la estética bucal
- Cáncer

Arrugas

El tabaco disminuye los niveles de vitamina A, lo que produce cambios en la cantidad y calidad del colágeno y elastina. Se observa que las arrugas de los fumadores son diferentes de las de los no fumadores: son más estrechas, profundas y con contornos bien marcados.

La relación del tabaco con las arrugas se manifiesta claramente en sujetos de ambos sexos de más de 30 años y ya entre 40 y 49 años tienen una probabilidad de arrugas idéntica a las arrugas de los no fumadores de mucha más edad (veinte o de treinta años más).

Piel deshidratada y atrófica.

El consumo de tabaco provoca deshidratación de la epidermis que aparece áspera, quebradiza e inflexible. A esto se suma la poca oxigenación de las células, que hace que el cutis parezca grisáceo y apagado. La disminución de vitaminas en la piel, principalmente vitamina A, B, y C, favorece que los radicales ataquen con mayor agresividad a la piel.

El cabello también sufre los efectos secantes del monóxido de carbono, pierde luminosidad y se vuelve quebradizo. A su vez se incrementa la porosidad del cabello y éste fija el olor característico a cigarrillo.

Alteración de la cicatrización.

El humo del tabaco disminuye la oxigenación de los tejidos afectando la nutrición de la piel. La nicotina provoca una disminución de la circulación periférica.

El monóxido de carbono del humo, compite con el oxígeno por la hemoglobina, ya que es más afín por la hemoglobina que el oxígeno. Esto disminuye la cantidad de oxígeno

que llega a los tejidos periféricos. Aumenta la viscosidad de la sangre a través de un incremento de la agregación de las plaquetas y del número de glóbulos rojos

Estudios muestran que los fumadores de un atado por día tienen tres veces más probabilidad de sufrir necrosis de la herida que los no fumadores. Por esto, se recomienda que una semana antes y después de un acto quirúrgico no se fume.

Efecto del tabaco en los ojos

Las cataratas son la principal causa de ceguera en el mundo. Se ha visto que los fumadores tienen 60% más riesgo de tener cataratas que los no fumadores. Alrededor de un 20% de todas las cataratas están relacionadas al consumo de tabaco y son la principal causa de ceguera en el mundo. Se ha visto que los fumadores tienen un 60% más de riesgo de tener cataratas que los no fumadores. Se estima que el 20% de todas las cataratas están relacionadas con el consumo de tabaco.

Tabaco y Enfermedad Dental y Periodontal

En el fumador son característicos los cambios en la coloración de los dientes y la halitosis. Muchos estudios han demostrado que los fumadores sufren frecuentemente caries dental, placas bacterianas y candidiasis oral, aunque la relación directa con el tabaquismo no ha podido ser demostrada. También pueden producirse micronódulos blanquecinos localizados por el paladar, como consecuencia del efecto irritativo del humo (estomatitis del fumador). Además tanto la enfermedad periodontal crónica como la aguda se relacionan con el tabaquismo, debido al efecto tóxico del humo del cigarrillo sobre los polimorfonucleares y macrófagos de la saliva.

La nicotina afecta directamente a las células del periodonto. Las sustancias citotóxicas y vasoactivas, como la nicotina, también producen descenso de la irrigación gingival y aumento de la placa bacteriana.

El alquitrán es altamente irritante a las mucosas y encías, aumentando el riesgo de gingivitis. Adicionalmente los dientes se pigmentan, mostrando un color amarillento parduzco y la boca se percibe con un fuerte olor al cigarrillo. En algunas personas disminuye el sentido del gusto (y del olfato).

Tabaco y aparato sexual reproductivo

El consumo de tabaco está ligado a la aparición temprana de la menopausia y está asociado con la osteoporosis. Las mujeres fumadoras que usan anticonceptivos orales presentan mayor riesgo de sufrir una enfermedad cardiovascular.

El consumo del tabaco interfiere la fertilidad. Se ha encontrado un mayor retraso en la concepción en las fumadoras. Se incrementan los riesgos de infertilidad total y de embarazo ectópico. El aumento del riesgo relativo de infertilidad de origen tubárico es debido a que las fumadoras suelen tener más infecciones de los órganos de reproducción que las no fumadoras.

Durante el embarazo está asociado con mayor incidencia de patología placentaria (placenta previa, desprendimiento prematuro, hemorragias, ruptura de membranas, parto prematuro, polihidramnios, aborto espontáneo, retraso del crecimiento intrauterino, bajo peso al nacer y muerte perinatal. El riesgo de aborto espontáneo es del 10-20% superior en fumadoras y la proporción de partos prematuros atribuibles al tabaco de un 10-20%.

En el hombre, el cigarrillo provoca disminución de la densidad y la velocidad del esperma (disminuye la motilidad en un 50%). El fumar daña las arterias que irrigan al pene pudiendo ser causa de impotencia.

Un estudio australiano publicado en marzo del 2006 en la revista Tabaco Control confirma que el consumo de tabaco afecta la vida sexual de sus consumidores. El estudio incluyó a más de 8.300 hombres entre 16 y 59 años que habían sido sexualmente activos durante los 12 meses previos al estudio. El 27,2% de los participantes era fumador. Los que fumaban menos de 20 cigarrillos diarios presentaron un riesgo 24% mayor de tener problemas para mantener voluntariamente una erección que los no fumadores. Para los fumadores de más de un paquete por día el riesgo fue un 39% mayor que entre los no fumadores.

Tabaco y diabetes

Un estudio realizado en Estados Unidos donde se siguió durante 15 años a más de 5000 fumadores y no fumadores, muestra que el consumo de tabaco predispone a la aparición de intolerancia a la glucosa en **fumadores, ex fumadores y fumadores pasivos**. El 22% de los fumadores, el 17 % de los fumadores pasivos y el 14% de los ex fumadores estudiados presentaron intolerancia a la glucosa en el transcurso de los 15 años mientras que solo el 11% de los no fumadores lo hicieron. La intolerancia a la glucosa se denomina "prediabetes", pues de no ser controlada puede convertirse en diabetes. El mecanismo propuesto involucra el efecto tóxico que tienen los componentes del humo de tabaco en el páncreas, órgano donde se encuentran las células beta, que producen insulina.

Tabaco y Patología en Jóvenes

La adolescencia es uno de los períodos más importantes y a la vez más vulnerables de nuestra vida, pues en ella se adquieren hábitos que se van a mantener en la edad adulta. Como se ha indicado, más del 90% de los fumadores iniciaron su hábito en la adolescencia, siendo además la puerta de entrada para el inicio de otras adicciones como el alcohol, marihuana, etc. con estudios previos como los de Oeschli y Cols.(1987) que encontraron aumentos significativos de infecciones de vías bajas en los jóvenes fumadores habituales, mientras que autores como Withers y Cols(1998) y Prokhorov y Cols(1996) encontraron un incremento significativo de tos crónica y de broncospasmo al ejercicio. En cuanto a la relación con el asma bronquial, los estudios indican que el tabaquismo influye más en una evolución desfavorable que a un incremento en su incidencia. Además tal y como demostró Gold y Cols (1996) en un estudio de seguimiento de 5.200 niños de seis ciudades americanas, el tabaquismo durante la adolescencia reduce el desarrollo de la función pulmonar. En un estudio más reciente realizado en España que evalúa a 2.647 escolares de 10 a 17 años se señala que aquéllos que tenían dependencia a la nicotina presentaban síntomas de incipiente patología respiratoria, puesto que presentaban significativamente más tos matutina, expectoración, tos tras hacer deporte y más dolor o presión en el pecho, que los jóvenes fumadores que no tenían esta dependencia.

El Ministerio de salud en el manual de capacitación del equipo de salud para el tratamiento de la adicción al tabaco expresa que dejar de fumar, no importa a que edad, es beneficioso para la salud y disminuye el riesgo de muerte:

-20 minutos

La presión arterial disminuye hasta alcanzar el nivel en que estaba antes de fumar el último cigarrillo. La temperatura de manos y pies vuelve a la normalidad.

-8 horas

El nivel de monóxido de carbono en sangre baja a su nivel normal.

-24 horas

Disminuye la probabilidad de un ataque cardíaco.

-2 semanas – 3 meses

La circulación mejora. La función pulmonar aumenta hasta un 30%.

1-9 meses

Disminuye la tos, la congestión nasal, el cansancio y la dificultad para respirar; las cilias pulmonares recuperan sus funciones

1 año

La probabilidad de tener un ataque de corazón se reduce a la mitad.

5 años

Disminuye el riesgo de un derrame cerebral (ACV).

10 años

El riesgo de morir de cáncer de pulmón se reduce a la mitad en relación al de un fumador; disminuye el riesgo de cáncer de boca, garganta, esófago, vejiga, riñón y páncreas.

15 años

El riesgo de enfermedades cardiovasculares equivale al de un no fumador.

El tabaquismo le cuesta a la Argentina casi 7000 millones de pesos por año

Un trabajo realizado por el Ministerio de Salud muestra que la sociedad Argentina gastó en el 2006 \$ 6.917.318.105 pesos en atender enfermedades causadas por el consumo de tabaco, cifra muy superior al conjunto de impuestos percibidos por el Ministerio de Economía de la Nación que en el año 2006 fue de \$ 4.200 millones.

El estudio actualizó un trabajo realizado en el 2004 y para ello revisó el costo relacionado con el tratamiento de las patologías causadas por el consumo de tabaco utilizando como referencia cuatro patologías que representan aproximadamente el 70% de todas las defunciones atribuibles al tabaquismo: Cáncer de pulmón, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), infarto agudo de miocardio (IAM) y accidente cerebrovascular (ACV).

Se identificó un caso estándar de cada una de las cuatro enfermedades; así como sus posibles grados de severidad. Se tuvieron en cuenta los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y de rehabilitación que razonablemente puede esperar un paciente de acuerdo a las normas del servicio del hospital de referencia. Se aplicaron aranceles institucionales y medicamentos identificados por su nombre genérico y el de menor valor.

El mayor costo está relacionado con el tratamiento del EPOC: 3791 millones de pesos, una patología crónica que genera una enorme discapacidad en quien la padece. En segundo lugar se encuentra el tratamiento del IAM: 852 millones de pesos. El tratamiento del cáncer de pulmón y del ACV tiene un costo de 463 millones y 215 millones de pesos respectivamente.

5. Tabaquismo Pasivo y Patología

Continuando con F. J. Álvarez Gutiérrez, se expresa que la exposición al humo ambiental de tabaco (HAT) o tabaquismo pasivo es la exposición de no fumadores a los productos de la combustión del tabaco en espacios cerrados. Esta circunstancia ocasiona un problema de salud pública importante, al ser la tercera causa de muerte evitable en los países desarrollados, tras el tabaquismo activo y el alcoholismo.

Como se ha indicado, en el humo del cigarrillo hay casi 5000 sustancias diferentes. Este humo es inhalado en un 25% por el fumador en la corriente principal, mientras que el 75% procedente de la combustión pasiva, pasa a la atmósfera en la corriente secundaria o lateral. Ambas corrientes han mostrado la presencia de sustancias perjudiciales para la salud, aunque incluso la concentración de determinadas sustancias tóxicas puede ser superior en la corriente lateral.

Si bien desde hace más de 45 años que se sabe que el tabaquismo es dañino para la salud, recién hace unos 20 años que se empezó a alertar a la población de que la exposición involuntaria al HAT o tabaquismo pasivo es un factor de riesgo para varias enfermedades. En nuestro país hace poco que se está tomando conciencia de estos riesgos a pesar de que ya en 1986 el informe del Cirujano General de Estados Unidos determinó que el tabaquismo pasivo es causa prevenible de enfermedad y muerte. El informe del Cirujano General de los Estados Unidos del 2006 revisa el informe de 1986 y se focaliza en los últimos descubrimientos científicos sobre los efectos del HAT en la salud. La exposición al humo ambiental del tabaco puede causar efectos inmediatos o a largo plazo:

Los efectos inmediatos incluyen irritación de los ojos, la nariz, la garganta y los pulmones; dolor de cabeza, náuseas y mareos.

Los efectos a largo plazo se asocian con complicaciones respiratorias; distintos tipos de cáncer, principalmente de pulmón y enfermedad cardiovascular. La exposición al HAT aumenta un 20-30% el riesgo de cáncer de pulmón y de enfermedad coronaria en no fumadores. Un estudio reciente analiza los datos de 22 estudios realizados en diversos países del mundo sobre el riesgo de cáncer de pulmón asociado al tabaquismo pasivo en el trabajo (más de 4300 casos). Los resultados muestran un aumento del 24% en el riesgo de padecer cáncer de pulmón en los trabajadores expuestos. El riesgo es proporcional a la cantidad de humo inspirada y a la duración de la exposición. Los principales afectados son

los camareros, que en su horario laboral tienen una exposición al humo entre cuatro y seis veces mayor que la de otros trabajadores, y los trabajadores de los bingos y casinos.

En algunas personas, el tabaquismo pasivo empieza desde el momento mismo de la concepción y se prolonga toda la infancia con todos los riesgos que esto implica. La madre pasa el monóxido de carbono y la nicotina al torrente sanguíneo del feto, reduciendo el aporte de oxígeno y acelerando su ritmo cardíaco. Por esto, los hijos de madres fumadoras tienen más probabilidad de nacer con bajo peso que los hijos de madres no fumadoras. A su vez, los hijos de madres fumadoras tienen el doble de riesgo de padecer el síndrome de muerte súbita del lactante (principal causa de muerte en el primer año de vida) que los hijos de no fumadoras.

El tabaquismo pasivo es particularmente peligroso en los niños ya que estos respiran más rápido que los adultos y aspiran más productos químicos nocivos por kilogramo de peso. Los niños expuestos al HAT durante su infancia tienen tos crónica, disminución de la capacidad de sus pulmones, más episodios de asma, bronquitis, neumonía y otitis.

Según el Programa Nacional del Control del Tabaco del Ministerio de Salud, estudios recientes muestran también que, la exposición al HAT durante el embarazo se asocia con algunas malformaciones congénitas (labio leporino y paladar hendido). La nicotina atraviesa la leche materna. Los hijos de padres fumadores tienen mayor frecuencia de caries, alergia a los alimentos, problemas en la piel y mayor frecuencia de cáncer en la adultez. También presentan con mayor frecuencia problemas de conducta, síndrome de hiperactividad, déficit de atención y menor rendimiento escolar. Por otra parte, faltan seis veces más a la escuela que los hijos de no fumadores y van al médico con más frecuencia.

Un estudio publicado recientemente indica que la exposición al HAT en la niñez aumenta 4 veces el riesgo de padecer cáncer de pulmón en la adultez. Otro estudio muestra que los niños y adolescentes expuestos al humo del tabaco tienen 38% más riesgo de desarrollar un cáncer de vejiga cuando crecen. En Argentina, la exposición al HAT es muy alta. De hecho, la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo del 2005 muestra que el 56.4% de la población está expuesta en forma habitual al humo ambiental de tabaco.

Un estudio realizado entre 2002 y 2003 en Buenos Aires, Montevideo, Santiago de Chile, Río de Janeiro, San José de Costa Rica, Asunción y Lima, mostró que Buenos Aires tiene los registros más altos de exposición al HAT de todas estas ciudades especialmente en edificios públicos y en hospitales.

Por otra parte, y siguiendo con lo que informa el Programa Nacional del Control del Tabaco distintas encuestas realizadas en nuestro país muestran que 7 de cada 10 adolescentes convive con un fumador.

En julio del 2007 se llevó a cabo en Bangkok, la Segunda Conferencia de las Partes (COP 2) del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el Control del Tabaco (CMCT). La COP 2 adoptó las directrices sobre ambientes libres de humo, las cuales detallan los alcances y orientan la aplicación del artículo 8 del CMCT. Dichas directrices establecen que "el deber de proteger contra la exposición al humo de tabaco está basado en las libertades y derechos humanos fundamentales". Señala la "obligación de proporcionar protección universal, asegurando que todos los lugares públicos cerrados, todos los lugares de trabajo interiores, todos los medios de transporte público estén libres de la exposición al humo de tabaco ajeno. No hay exención alguna que se justifique sobre la base de argumentos sanitarios ni jurídicos. Además agrega que "los métodos basados en soluciones técnicas tales como la ventilación, la renovación del aire y el uso de zonas destinadas a los fumadores no protegen contra la exposición al humo de tabaco."

En octubre del 2007, el Programa Nacional de Control del Tabaco del Ministerio de Salud de la Nación y la Unión Antitabáquica Argentina (UATA) realizaron la "Jornada sobre Ambientes Libres de Humo de Tabaco, evaluación económica y legislativa de su implementación". Se presentaron evaluaciones económicas en el sector de bares y restaurantes de la implementación de ambientes libres de humo en Uruguay y Argentina. El economista uruguayo Alejandro Ramos mostró el efecto de la prohibición de fumar en espacios cerrados que está en vigencia en Uruguay desde marzo de 2006 en las ventas de restaurantes, parrilladas, bares, cervecerías, confiterías, pizzerías, salas de baile y clubes nocturnos. El análisis de la facturación muestra que no se observaron caídas en las ventas en ninguno de los rubros estudiados.

El economista Martín González Rozada presentó los datos de un estudio análogo realizado sobre la base de facturación en bares y restaurantes de todas las provincias argentinas. Dicho estudio permitió efectuar comparaciones antes-después y entre provincias con y sin legislación. Los casos estudiados fueron las provincias de Córdoba, Santa Fe, Tucumán y Ciudad de Buenos Aires. Se analizaron los datos con tres metodologías complementarias y los resultados muestran que no hubo pérdidas económicas y que en algunos casos hubo aumento de ventas.

Medidas de prevención

Así como sería inconcebible una pileta de natación con un sector "para orinar" es inconcebible un espacio cerrado con un sector "para fumar". El aire, al igual que el agua se dispersa en el ambiente y lo que en un momento está en una habitación, cinco minutos más tarde está en otra. Por esto, la separación física de fumadores y no fumadores en un ambiente cerrado (el clásico: "sector para fumadores") no protege del humo de tabaco, aún cuando ambos estén en habitaciones separadas. Los sistemas de ventilación comunes mezclan el aire contaminado con el aire limpio y hoy por hoy está demostrado que **no existe** un sistema de ventilación que pueda eliminar del aire todos los contaminantes del HAT. Para lograrlo, deberían crear un flujo de aire con una fuerza equivalente a un huracán lo cual no es factible de lograr.

Políticas e intervenciones para proteger a la población de humo ambiental de tabaco:

La única manera de proteger a la población es convertir los lugares donde la gente pasa su tiempo: espacios públicos, bares, restaurantes, lugares de trabajo, vehículos, guarderías, escuelas etc. en 100% libres de humo de tabaco.

Fumar en los vehículos aumenta la concentración de humo de tabaco hasta niveles alarmantes, con niveles de partículas pequeñas, comparables a los de los bares donde se permite fumar. Por esto, varios países, ciudades y estados alrededor del mundo han empezado a implementar o a considerar la posibilidad de implementar legislaciones que prohíban fumar en vehículos que transporten niños.

El proyecto de ley de control del tabaco que no se trató en la cámara de senadores y perdió estado parlamentario en el año 2007, contemplaba la implementación de ambientes cerrados 100% libres de humo de tabaco. A pesar de que no existe una ley nacional, ya hay varias provincias que poseen legislación que promueve lugares públicos libres de humo de tabaco. Córdoba, Tucumán, Santa Fe y la Ciudad de Buenos Aires son un ejemplo de ello desde el año 2006. Recientemente otras dos provincias Mendoza, Neuquén y La Pampa se han sumado a esta iniciativa. A su vez, un número creciente de municipios (como Bahía Blanca, Comodoro Rivadavia, Corrientes, etc.) han sancionado ordenanzas en la misma dirección.

Beneficios de estas políticas. Los ambientes 100% libres de humo de tabaco:

-Evitan / reducen el inicio del consumo.

-Protegen la salud de los no fumadores: un estudio reciente muestra que al poco tiempo (al mes) de la prohibición del consumo de tabaco en Escocia, los mozos mejoraron

significativamente su capacidad respiratoria. Los mozos con antecedentes de asma o rinitis fueron los más beneficiados.

-Disminuyen los costos en salud.

-Disminuyen el consumo en los fumadores en un 30 %.

-Aumentan las tasas de cesación por parte de fumadores.

- "Des-normalizan" el consumo frente a los niños y jóvenes

El hogar es el lugar donde la gente pasa más tiempo y para muchos, especialmente para los niños, es el principal lugar donde ocurre la exposición al humo de tabaco.

El único método para proteger a los niños y a los no fumadores de la exposición al humo de tabaco en el hogar es transformarlo en un entorno 100% libre de humo de tabaco.

Los hogares están fuera del alcance de las regulaciones gubernamentales y por lo tanto dependen de que los fumadores restrinjan voluntariamente el consumo de tabaco en su hogar.

RESULTADOS. DISCUSIÓN

A continuación se expresarán los resultados obtenidos en la investigación realizada:
Total de la población escolar (de enseñanza secundaria) en Toay, comprendida entre 12 y 18 años: **632 adolescentes.**

Total de encuestados: 329 adolescentes, 52% del total, de los cuales:

187 son mujeres (el 53,83%)

142 son varones (43,16%)

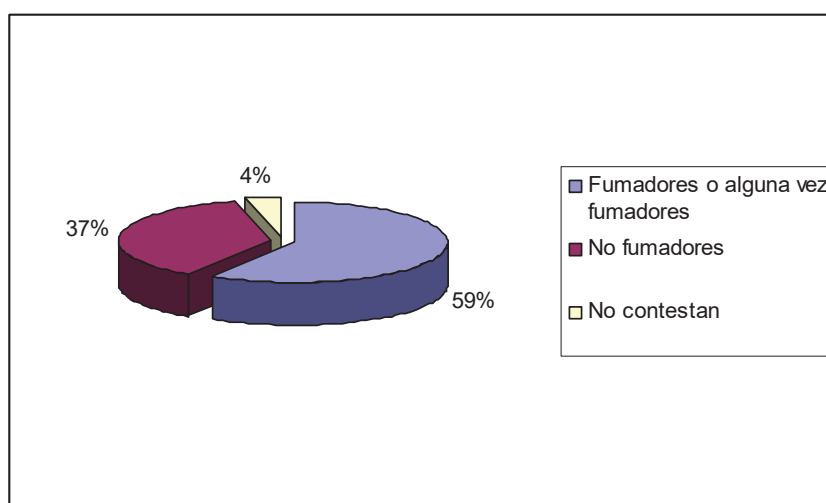
Variables estudiadas:

1. Cantidad de fumadores y no fumadores adolescentes en la ciudad de Toay.

Tabla 1

	Fumadores o alguna vez fumadores	No fumadores	No contestan	Total (100%)
Varones	83 (58,45%)	53 (37,32%)	6 (4,22%)	142
Mujeres	112 (59,89%)	68 (36,36%)	7 (3,74%)	187
Total	195 (59,27%)	121 (36,77%)	13 (3,95%)	329

Gráfico 1: Total de fumadores-no fumadores adolescentes en Toay



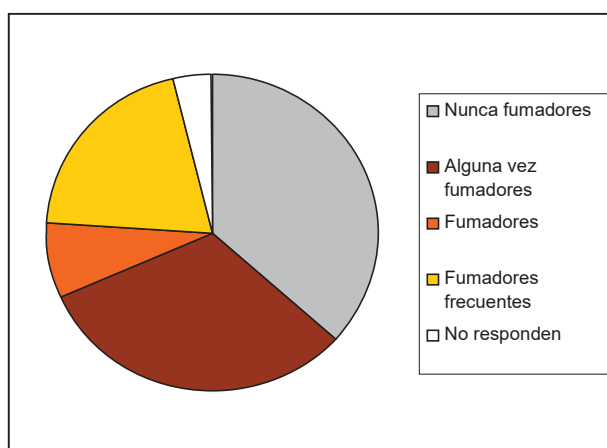
Se puede observar el porcentaje de adolescentes que son fumadores o alguna vez fumadores en la localidad de Toay, 59%. El 37% restante manifestó no haber fumado nunca, ni siquiera una bocanada y un 4% de adolescentes no respondió.

2. Cantidad de adolescentes fumadores en la localidad de Toay, según la clasificación del CDC.

Tabla 2

Nunca Fumadores	121	36,77%
Alguna vez Fumadores	104	Total 195 (59,27%)
Fumadores	25	
Fumadores Frecuentes	66	
No responden	13	3,95%

Gráfico 2: Adolescentes fumadores de Toay según clasificación del CDC



La definición que se usa para el adulto fumador puede no ser apropiada para definir a un adolescente fumador ya que, a veces, los jóvenes sólo fuman durante los fines de semana o durante eventos especiales. Los Centros de Control y Prevención de Enfermedades de EE.UU. (CDC) han implementado una encuesta sobre comportamientos de riesgo en jóvenes desde 1990 utilizando un conjunto de definiciones específicas a los adolescentes:

-NUNCA FUMADORES para los que nunca fumaron ni siquiera una bocanada: 37% del total.

-ALGUNA VEZ FUMADORES para los que fumaron, aunque sea una bocanada: 32% del total.

-FUMADORES para los que fumaron antes de los 30 días anteriores a la encuesta: 8% del total

-FUMADORES FRECUENTES para los que fumaron 20 días de los 30 anteriores a la encuesta: 20% del total.

Discriminados por sexo:

Tabla 3: Cantidad de mujeres adolescentes fumadoras en Toay

Nunca fumadoras	68	36,36%
Alguna vez fumadoras	64	34,22%
Fumadoras	18	9,62%
Fumadoras frecuentes	30	16,04%
No contestan	7	3,74%

Gráfico 3: Adolescentes mujeres fumadoras en Toay.

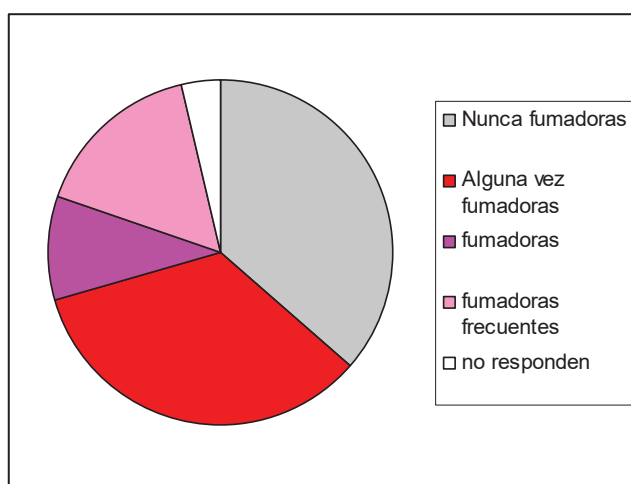
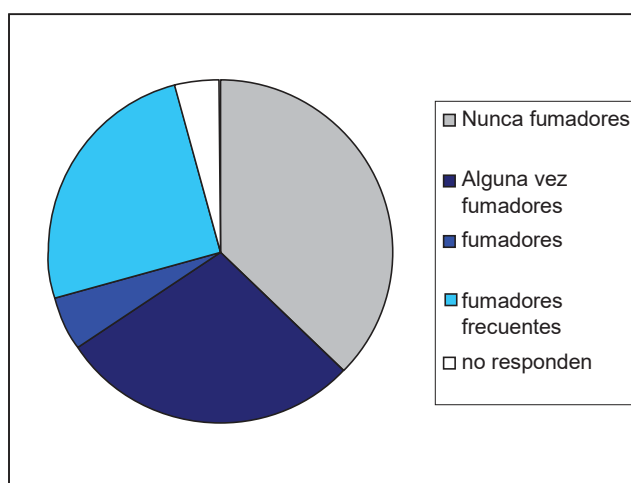


Tabla 4: Cantidad de varones fumadores

Nunca fumadores	53	37,32%
Alguna vez fumadores	40	28,16%
Fumadores	7	4,92%
Fumadores frecuentes	36	25,35%
No contestan	6	4,22%

Gráfico 4: Adolescentes varones fumadores en Toay



Comparando los distintos criterios de clasificación las mujeres superan a los varones en todas las áreas, excepto en la de no fumadores con una diferencia mínima del 1% y fumadores con una diferencia del 5%.

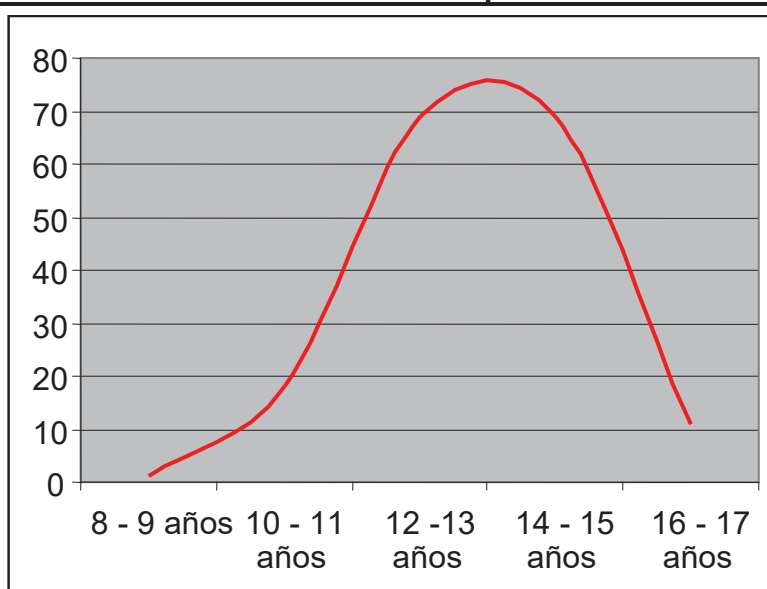
3. Edad de inicio

Tabla 5: edad de inicio del tabaquismo en adolescentes en Toay

Edad	Mujeres	% de Muj.	Varones	% de Var.	Total	% de Tot.
8 – 9	1	0,98 %	0	0 %	1	0,59 %
10 – 11	13	12,74 %	5	7,37 %	18	10,71 %
12 – 13	49	48,03 %	20	30,30 %	69	41,07 %
14 – 15	32	31,37 %	37	56,06%	69	41,07 %
16 – 17	7	6,86 %	4	6,06%	11	6,54 %
Totales	102	100 %	66	100 %	168	100%

* No contestan 27 adolescentes (10 mujeres – 17 varones)

Gráfico 5a: Edad de inicio del tabaquismo en adolescentes en Toay



La edad de inicio del tabaquismo, en los jóvenes de Toay concuerda medianamente con los datos estadísticos obtenidos a partir de la aplicación de la encuesta mundial (GYTS)² realizada en el año 2003, en la cual participó la provincia de Buenos Aires. En relación a la encuesta nacional, realizada en el año 2002, en la que participaron las provincias de: Buenos Aires, Córdoba, Mendoza y Santa Fe. El resultado reveló que el

² Los datos disponibles sobre el consumo de tabaco en jóvenes a nivel global son muy limitados, es por ello que para vigilar y monitorear el tabaquismo en adolescentes con el objetivo de implementar actividades efectivas de prevención, la OMS con la iniciativa Libre de Tabaco, con la colaboración de la Oficina de Consumo de Cigarrillos y su Efecto sobre la Salud (OSH), del CDC, desarrollaron una Encuesta Global de Tabaquismo Juvenil (GYTS) como parte de un proyecto apoyado por OMS/UNICEF sobre los jóvenes y el consumo de tabaco. La GYTS es una encuesta específica sobre consumo de tabaco, para adolescentes escolarizados de 13–15 años. Recoge datos sobre las actitudes, conocimientos y comportamientos de los estudiantes frente al consumo de tabaco así como información acerca de dónde se obtienen los productos del tabaco y dónde se usan. La GYTS ofrece una herramienta única para recolectar información comparativa y datos de muchos países. La GYTS consiste en una encuesta básica de 56 preguntas y una lista de preguntas opcionales que se pueden agregar dependiendo de cada país.

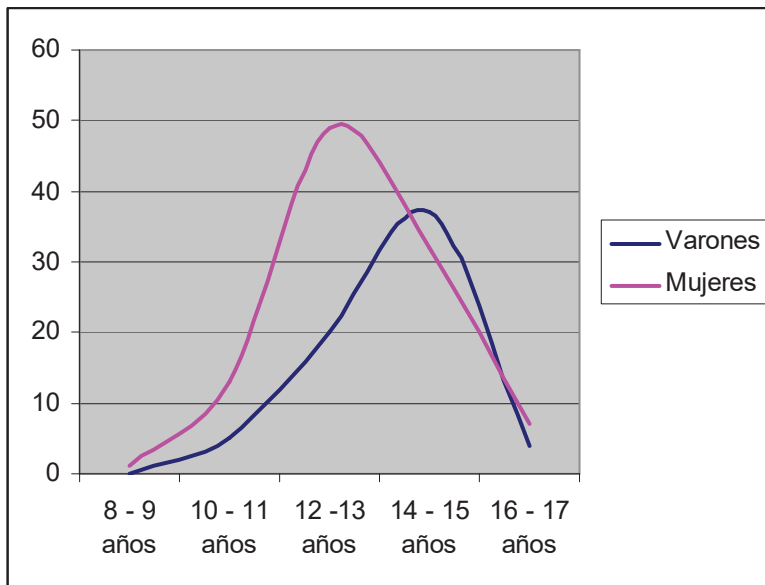
30.2% de los adolescentes entre 13 y 15 años fumaba. Si observamos en el gráfico anterior el pico de la curva en la edad de inicio concuerda con estos datos.

Como ya se había expresado anteriormente, siguiendo el pensamiento de Obiols(2000) con respecto a los duelos de los adolescentes, un rasgo característico de la sociedad postmoderna es la mentalidad de consumo dándole prioridad a la satisfacción de deseos instantáneamente, es decir la priorización del presente sin tener en cuenta el pasado o el futuro.

Los jóvenes no están exentos a esta realidad sino por el contrario son los principales destinatarios de las estrategias de mercado y esto los convierte a veces en víctimas de la adicción del tabaquismo, entre otras adicciones, lo que va a condicionar su salud y calidad de vida. Toda esta situación se acrecienta con las crisis que vive el adolescente en su lucha por la reconstrucción de la identidad. En esa lucha o crisis, según Fernández Mouján (1987) el adolescente debe resolver dos tareas fundamentales:

La reconstrucción de su realidad psíquica o mundo interno y la reconstrucción de sus vínculos con el mundo externo, proceso que lo presenta vulnerable ante las estrategias de mercado cada vez más eficaces que, como se mencionó anteriormente, los enfoca como los principales destinatarios o víctimas de sus tácticas.

Gráfico 5b: Edad de inicio en varones y mujeres adolescentes en Toay



Considerando la edad de inicio en general se observa que de la muestra estudiada, el 82% de adolescentes comienzan a fumar entre los 12 y 15 años. Comparando ambos sexos se observa que la edad de inicio del tabaquismo en mujeres supera en cantidad y tiempo a la de los varones, ya que el pico de la curva en mujeres se ubica entre los 12 y 13

años con el 48%, mientras que la de los varones se ubica entre los 14 y 15 años con el 56%.

En el capítulo 2.3 se menciona, con respecto al consumo de cigarrillos en adolescentes, un modelo de cinco etapas propuesto por el especialista en tabaquismo Flay a principios de los años 90. Las primeras 2 etapas que se detalla a continuación son las que incluiría al adolescente que decide probar su primer cigarrillo.

1. Etapa de preparación la cual se asocia con la formación de conocimientos, creencias y expectativas acerca del consumo de cigarrillos y las funciones que este puede tener.
2. Etapa que involucra la prueba de un cigarrillo, generalmente en presencia de amigos.

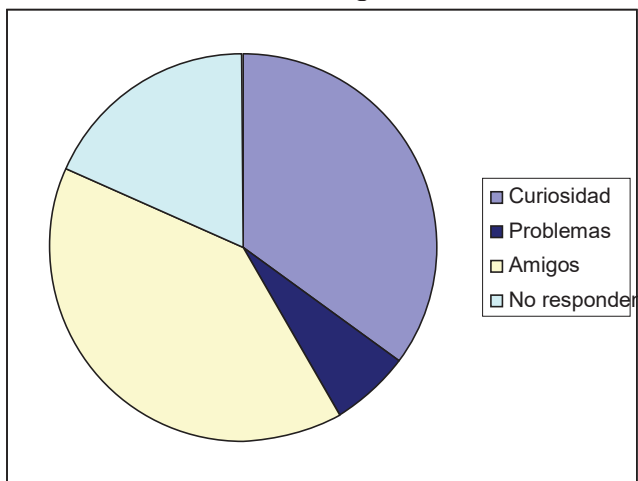
El primer contacto con el cigarrillo produce generalmente efectos desagradables como tos, mareo y ganas de vomitar. Sin embargo, muchos jóvenes insisten en el consumo, no porque les resulte agradable sino porque les ayuda a construir una imagen de sí mismos frente a los demás, la cual es promovida por los mensajes publicitarios y la influencia grupal y/o familiar.

4. Causa de inicio de la adicción

Tabla 6

Amigos	78	40%
Curiosidad	68	34,87%
No responden	36	18,46%
Problemas	13	6,66%
Total	195	100%

Gráfico 6: Causa del tabaquismo en adolescentes de Toay



Sobre la causalidad de inicio el mayor porcentaje de adolescentes (40%) fuman porque sus amigos también lo hacen. El 35% manifestó que comenzaron a fumar por curiosidad y solo el 7% por problemas. Es evidente la influencia del grupo de pares en la adquisición del hábito, así como la curiosidad, el querer saber de que se trata, es determinante para que prueben su primer cigarrillo. En el capítulo 2.3 de esta tesina diferentes autores hacen referencia a los factores que influyen en el comienzo del consumo del tabaco, clasificándolos en factores ambientales, sociales y personales. Entre los factores ambientales se destaca en primer lugar la publicidad. La promoción de un producto tiene como finalidad aumentar las ventas e incrementar los beneficios de una compañía. Las industrias tabaqueras para asegurar su continuidad y éxito deben reclutar a nuevos fumadores que reemplacen a aquellos que han dejado de fumar por decisión propia o, aunque resulte cruel, han dejado de vivir como consecuencia de los daños ocasionados por el consumo de sus productos. La publicidad del tabaco ha demostrado que aumenta el consumo y favorece la incorporación de los jóvenes. Con el empleo de imágenes fascinantes se asocia con el fumar todo lo que los adolescentes quieren alcanzar, tal como la aventura, el deporte, la libertad, la independencia, el éxito profesional y social, el control del peso para la imagen deseada y aceptada, etc. Con estas estrategias, la industria tabaquera, tiene como objetivo y población diana de su marketing a niños adolescentes y mujeres, sin importarles el daño que ocasionan. No es difícil comprobar que están cumpliendo sus objetivos ya que cada vez son más los adolescentes, jóvenes y mujeres que acceden al consumo de cigarrillos.

Entre los factores sociales, se destacan la familia, los compañeros y amigos y los profesores o educadores. La influencia de los amigos es un potente factor para que los adolescentes fumen. Se suele comenzar a fumar en grupo en compañía de los amigos, de modo que el acto de fumar se convierte en una actitud integradora.

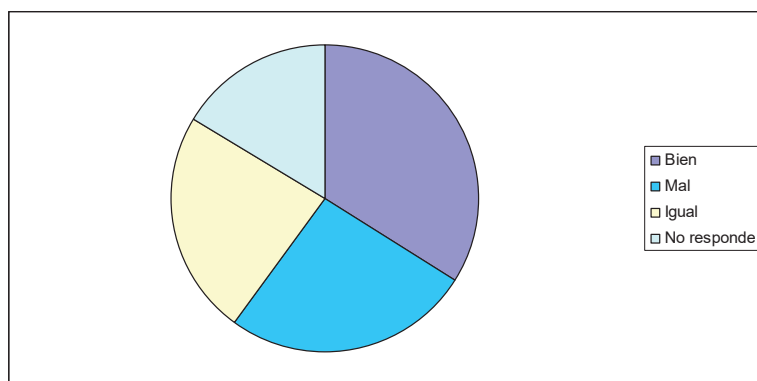
Por último los factores personales dentro de los cuales los factores psicológicos son determinantes en el adolescente. Jóvenes extrovertidos, con carácter impulsivo, ansioso, con tendencia a asumir riesgos, así como también adolescentes con problemas de integración, baja autoestima, búsqueda de sensaciones novedosas, pobre rendimiento escolar. En la etapa de la adolescencia y como ya se expresó anteriormente, la vulnerabilidad es la constante en la vida de los jóvenes, en la cual se puede intervenir positiva o negativamente para la formación de la identidad adulta.

5. Estado de bienestar cuando fuman

Tabla 7: Estado de bienestar en adolescentes fumadores en Toay.

Bien	66	33,84 %
Mal	51	26,15 %
Igual	46	23,58 %
No responden	32	16,41 %
Total	195	100 %

Gráfico 7: Estado de bienestar de adolescentes fumadores en Toay.



Manifiesta sentirse bien	34%
Manifiesta sentirse mal	26%
Manifiesta sentirse igual	24%
No responden:	16%

Con respecto al estado de bienestar, el 34% contestó que se siente muy bien cuando fuma, el 26% que se sentían mal pero que igual lo hacían por distintas presiones como sus amistades, el 23% contestó que les daba igual, no se sentían ni bien ni mal y el 16% no respondió. Lo que podría significar que el 34% que manifestó sentirse bien ya es adicto a la nicotina, pues esta genera en el organismo las sensaciones placenteras una vez que el individuo creó adicción a la sustancia; el 26% que se sentía mal está en riesgo de ser adicto si continúa haciéndolo, al igual que el resto que manifestó neutralidad. La nicotina es la sustancia con mayor poder adictivo y letal de todas aquellas que son capaces de generar dependencia, esto fue declarado por el Ministerio de Salud de Estados Unidos en el año 1988. En el año 2001 una investigación realizada por Nacional Health Institute clasificó a la nicotina como primera en causar adicción, letalidad, acceso y precocidad en el uso.

6. Influencia del grupo de pares

Tabla 8: Influencia del grupo de pares en adolescentes fumadores y no fumadores

	Fuman sus amigos	%	No fuman sus amigos	%
De los que fuman	179	95,72 %	8	4,27 %
De los que no fuman	89	73,55 %	32	26,44 %

Gráfico 8a: Cantidad de amigos fumadores de los adolescentes que fuman

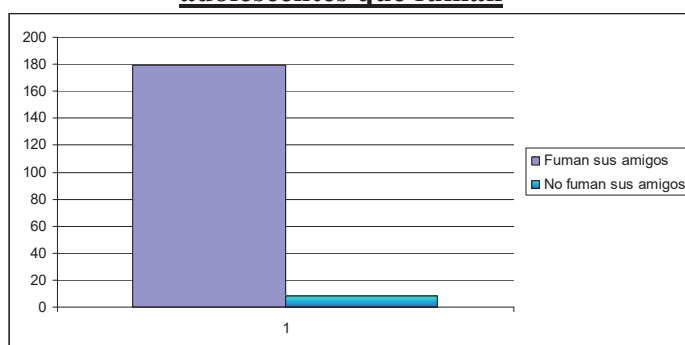
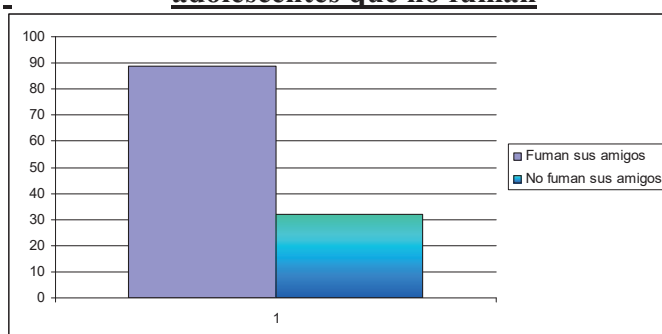


Gráfico 8b: Cantidad de amigos fumadores de los adolescentes que no fuman



La influencia que ejerce el grupo de pares es muy significativa. El 96% de los adolescentes fumadores o alguna vez fumadores tienen amigos fumadores, el 73% de los adolescentes no fumadores también tienen amigos fumadores. Este último dato es aún más alarmante que el primero pues significa que los que no fuman están en riesgo de empezar a hacerlo debido a la influencia que ejerzan sus pares sobre ellos. Esto demuestra sin ningún esfuerzo lo expresado por Knobel cuando describe a la tendencia grupal como una de las características inconfundibles del adolescente ya que es un comportamiento defensivo a la búsqueda de uniformidad. En el fenómeno grupal adquiere una importancia trascendental ya que le transfiere gran parte de la dependencia que antes mantenía con la familia y los padres en especial. El grupo constituye así la transición necesaria en el mundo externo para lograr la individuación adulta, le brinda seguridad y estima personal pero a su vez le impone condiciones, como lo expresa Abt (2008).

El grupo de pares se convierte en el medio más habitual que el adolescente busca para sentirse contenido y seguro, es allí donde se refugia y donde también se somete a todo tipo de presiones, hasta, si es necesario exponerse a conductas de riesgo, por no defraudar. El tabaquismo cobra cada vez más protagonismo en los adolescentes y sus grupos favorecido por distintos factores de esta sociedad postmoderna.

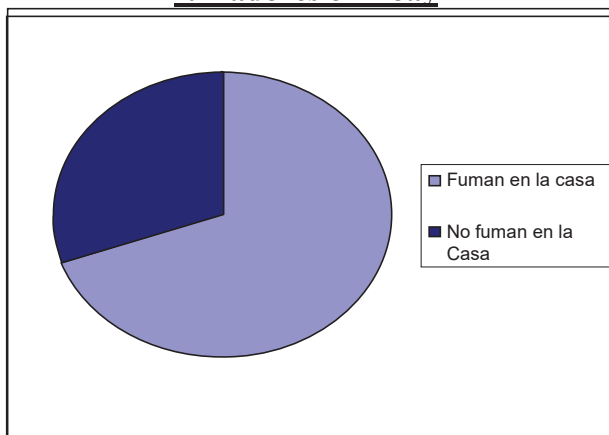
7. Fumadores Pasivos

Tabla 9: Tabaquismo pasivo en adolescentes fumadores y no Fumadores en Toay.

	Fuman en la casa	%	No Fuman en la casa	%
De los que fuman	130	69,51 %	57	30,48 %
De los que no fuman	74	61,15 %	47	38,84 %

* 21 no contestan

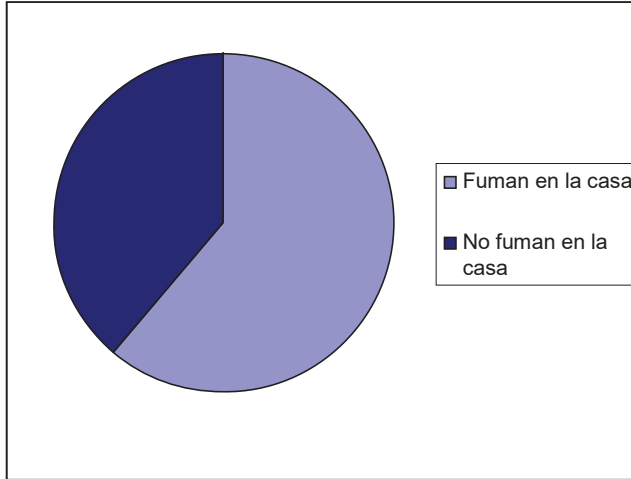
Gráfico 9a: Tabaquismo pasivo en adolescentes fumadores en Toay



Fuman en la casa: 70%

No fuman en la casa: 30%

**Gráfico 9b: Tabaquismo pasivo en adolescentes
No fumadores en Toay**

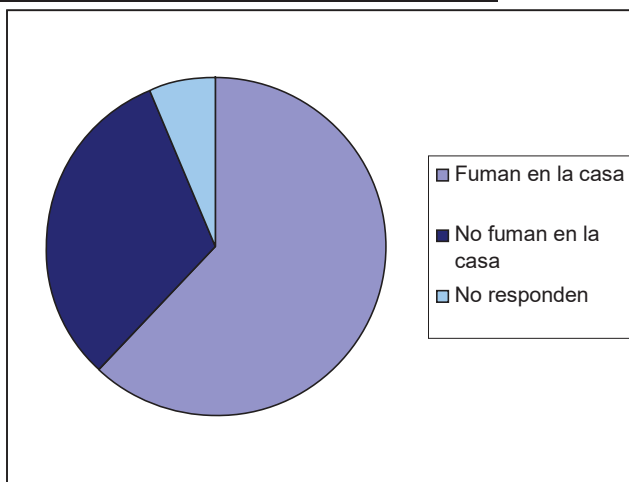


Fuman en la casa: 61%
No fuman en la casa: 39%

Tabla 10: Tabaquismo pasivo en el total de adolescentes encuestados en Toay.

Fuman en la casa	204	62 %
No fuman en la casa	104	31,61 %
No responden	21	6,38 %

**Gráfico10: Tabaquismo pasivo en adolescentes
Fumadores y no fumadores de Toay.**



Fuman en la casa: 62%
No fuman en la casa: 32%

La influencia que la familia, especialmente los padres, tienen sobre los niños y adolescentes queda demostrada en estos resultados: del 70% de los jóvenes fumadores

fuman sus padres o algún conviviente, lo que significa que además de ser fumadores activos también lo son pasivos. Al decir que son fumadores pasivos se tiene en cuenta no solo que fumen sus padres sino también sus amigos. Si observamos los resultados de la influencia del grupo de pares en el punto 6, el tabaquismo pasivo al que están expuestos con sus amigos, tiene resultados alarmantes y es tan riesgoso como el mismo acto de fumar. Del 61% de los adolescentes no fumadores fuman sus padres. Aunque estos jóvenes hayan elegido el no fumar como opción de una vida saludable, están expuestos a los mismos riesgos que sus padres o amigos fumadores al ser víctimas del tabaquismo pasivo.

Álvarez Gutiérrez abordando este tema en el Tabaquismo como problema de Salud Pública, presenta al tabaquismo pasivo como la exposición de los no fumadores a los productos de la combustión del tabaco en espacios cerrados, considerándolo un problema importante al ser la tercera causa de muerte evitable en países desarrollados, tras el tabaquismo activo y el alcoholismo.

El Ministerio de salud de la Nación, en su Programa Nacional del Control del Tabaco informa los efectos relacionados con la exposición al humo ambiental del tabaco teniendo como base científica el último informe del Cirujano General de los Estados Unidos del año 2006 focalizado en los últimos descubrimientos científicos sobre los efectos del tabaquismo pasivo a la salud. Estos efectos pueden ser inmediatos incluyendo irritación de ojos, nariz, garganta y pulmones, así como náuseas, mareos y dolor de cabeza; y efectos a largo plazo que se asocian a complicaciones respiratorias, enfermedades cardiovasculares y distintos tipos de cáncer.

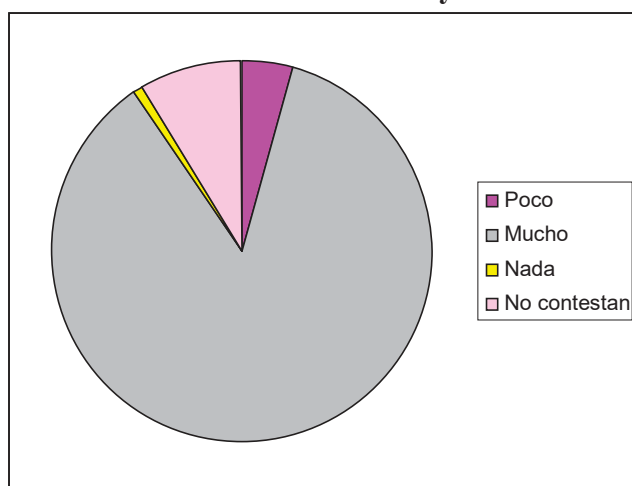
Solano Reina, S. y otros (2006) en el capítulo 2 del Manual de Prevención y Tratamiento del tabaquismo, expresan como aparece en la página 31 de este trabajo, la influencia que tiene la familia sobre el niño, y como establece ejemplos y señala normas que este aprende y que le orientan sobre lo que le está permitido y lo que le está prohibido. En este sentido, la actitud de los padres y los hermanos frente al tabaco es la referencia inicial que tiene cualquier niño y una de las circunstancias que más determina su conducta futura frente a esta droga, especialmente durante los primeros años, en los que el riesgo de adicción es mayor. En gran medida, la actitud de la familia condiciona la del niño en el futuro. Por eso es muy importante que la prevención se inicie dentro de la propia familia y no que esta sea la promotora de la adicción del tabaquismo, así como la culpable de los daños del mismo en sus hijos.

8. Valor otorgado a la salud.

Tabla 11: Valor que le otorgan a la salud los adolescentes encuestados en Toay

Mucho	283	86%
No contestan	28	8,51 %
Poco	15	4,55 %
Nada	3	1 %
Total	329	100 %

Gráfico 11: Valor otorgado a la salud de los adolescentes en Toay.



<u>Mucha:</u>	86%
<u>Poca:</u>	5%
<u>Nada:</u>	1%
<u>No contestan:</u>	8%

El valor que estos adolescentes le otorgan a la salud es significativo: el 86% valora mucho su salud, el 5% la valora poco y solo el 1% nada. Esta información es muy valiosa ya que ofrece un campo amplio para implementar futuras acciones orientadas a la enseñanza del cuidado de la salud.

Como se había expresado en el capítulo 2 sobre tabaquismo, el consumo de tabaco es la principal causa evitable de enfermedad y muerte en el mundo. Según los datos del Ministerio de Salud, en Argentina, el tabaquismo es responsable de 40.000 muertes cada año y el consumo de tabaco es el más elevado de América Latina.

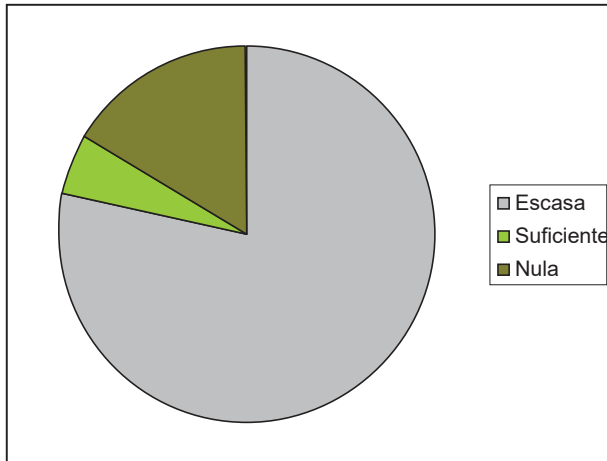
La morbimortalidad derivada del tabaquismo seguirá siendo un problema creciente en los próximos años sino se consiguen implementar medidas para aplacar esta epidemia, es por eso que considero que en una población, en este caso de adolescentes, es muy importante la valoración que le dan a su salud pues es un punto de partida positivo para implementar la prevención en esta área.

9. Información que poseen sobre los efectos del tabaquismo a su salud.

Tabla 12

Escasa	258	78,41 %
Suficiente	17	5,16 %
Nula	54	16,41 %
Total	329	100 %

Gráfico 12: Información que poseen los adolescentes en Toyo sobre los efectos del tabaquismo a su salud.



Escasa: 78%
Suficiente: 5%
Nula: 17%

Para evaluar la información que poseían los adolescentes sobre los daños del tabaquismo a la salud, tuve en cuenta como suficiente cuando nombraban por lo menos tres daños importantes como cáncer, enfermedades cardíacas y respiratorias; los adolescentes encuestados como poseedores de escasa información son los que nombraban solo una patología que generalmente era cáncer o asma y los que fueron encuestados como poseedores de información nula fueron los que manifestaron no saber del tema.

La importancia de obtener estos datos radica en el hecho de que la información es muchas veces determinante para la adquisición o no del hábito como se manifiesta en la primera etapa del modelo propuesto por el especialista en tabaquismo, a principios de los años 90. Esta primera etapa se asocia con la formación de conocimientos, creencias y expectativas acerca del consumo de cigarrillos y las funciones que este pueda tener. Varios adolescentes mientras se realizaba la encuesta manifestaron verbalmente algunas de sus creencias con respecto al cigarrillo: “si no trago el humo no me hace nada”. “Si fumo menos de cinco cigarrillos no me trae ninguna consecuencia”. “Cuando la mujer fuma le hace mal a su sistema reproductivo y cuando el hombre fuma le hace mal a los pulmones”. “Si fuera tan malo fumar no permitirían que se vendan cigarrillos”. “Fumar adelgaza”. “Cuando yo lo quiera dejar lo dejo y listo no necesito ayuda.”

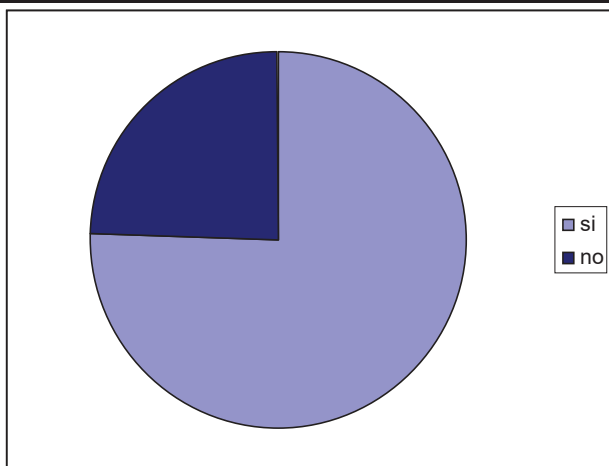
10. Interés de los adolescentes fumadores y no fumadores de Toay por recibir información referida al tabaquismo.

Tabla 13

	Si	%	No	%	Total
Fumadores	142	75,53 %	46	24,46 %	188
No fumadores	102	85 %	18	15 %	120

* 21 no contestan

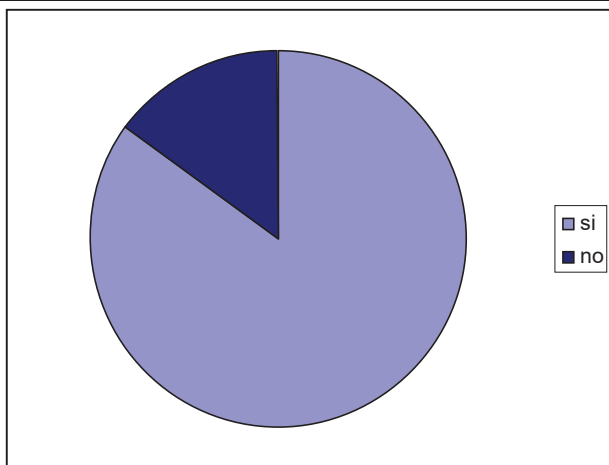
Gráfico 13a: Interés de adolescentes fumadores de Toay por recibir información sobre tabaquismo.



Desean recibir información: 76%

No desean recibir información: 24%

Gráfico 13b: Interés de adolescentes no fumadores de Toay por recibir información sobre tabaquismo.



Desean recibir información: 85%

No desean recibir información: 15%

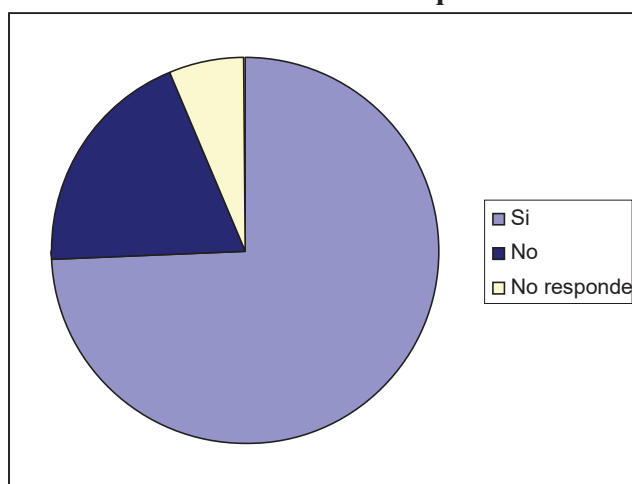
Comparando los dos grupos, fumadores y no fumadores se puede observar a simple vista el alto porcentaje de interés que tienen estos adolescentes en recibir información. Los adolescentes no fumadores superan a los fumadores en el 10% más de interés por saber o adquirir conocimientos sobre tabaquismo. Los que no desean recibir información, en el caso de los no fumadores(15%) se debe a que consideran que lo que saben es suficiente y

en el caso de los fumadores (24%) se niegan a recibir información sin dar el motivo por el cual lo hacen.

Tabla 14: Interés del total de adolescentes en Toay encuestados por recibir información sobre tabaquismo

Si	244	74,16 %
No	64	19,45 %
No responde	21	6,38 %
Total	329	100 %

Gráfico 14: Interés del total de adolescentes por recibir información sobre tabaquismo.



Desean recibir información: 74%
No desean recibir información: 20%
No responden: 6%

Considerando el total de adolescentes encuestados sin discriminarlos en fumadores y no fumadores los resultados siguen siendo igualmente importantes. El 74% desea recibir información, el 20% no la desea y el 6% restante no respondió.

Como se expresaba en el capítulo 1 y, coincidiendo con la Sociedad Argentina de Pediatría, la adolescencia es una etapa crucial caracterizada por grandes cambios y por el aumento de la vulnerabilidad.

El adolescente sufre un cambio y debe adaptarse a una situación nueva. Esta adaptación a su nueva identidad será más favorable o no dependiendo de factores internos y mayormente externos. De cómo la sociedad, en todas sus dimensiones lo ayude a adaptarse e integrarse, dependerá el éxito o no del logro de una identidad positiva que lo acompañará el resto de su vida.

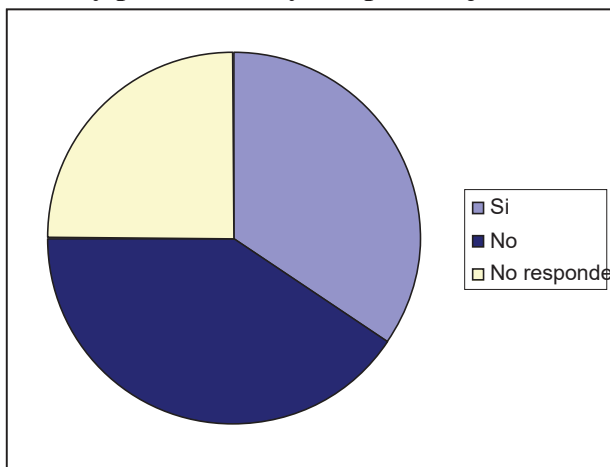
Para una adecuada maduración, el interés continuado de los padres o de algún adulto significativo, la escuela y las redes sociales tienen importancia crucial, es por ello que es importante brindarles las herramientas necesarias, en este caso la información, para que puedan decidir a favor de su salud y su vida.

11. Interés por recibir ayuda para dejar de fumar:

Tabla 15: Interés de los adolescentes fumadores en Toay por recibir ayuda para dejar de fumar

Si	67	34,35 %
No	79	40,51 %
No responde	49	25,12 %
Total	195	100 %

Gráfico 15: Interés de los adolescentes fumadores de Toay por recibir ayuda para dejar de fumar



Desean recibir ayuda: 34%
No desean recibir ayuda: 41%
No responden: 25%

Es interesante el porcentaje obtenido en esta variable, el 34% de los adolescentes manifestó la necesidad imperiosa de recibir ayuda, el 41% negó la oferta de ayuda, muchos, fundamentando que no la necesitan y que pueden dejar de fumar cuando lo decidan. El 25% no respondió y esto podría deberse a que todavía no consideraron el tema de dejar de fumar o porque aún no han dimensionado la problemática y sus consecuencias.

La adicción a la nicotina no es algo comúnmente reconocido entre los fumadores y tampoco demasiado conocido por la sociedad en general a pesar que desde el año 1988, el Ministerio de Salud de Estados Unidos la clasificó como una sustancia adictiva. El cigarrillo y otros derivados del tabaco generan dependencia con un mecanismo similar al de la adicción a drogas como la cocaína y la heroína. Ya desde la década del '80 clínicos e investigadores, expertos en Salud Pública, reconocían a la nicotina como la sustancia con mayor poder adictivo y letal de todas aquellas que son capaces de generar dependencia. La nicotina, por lo tanto, reúne todos los criterios de una droga capaz de producir dependencia

y todos los productos derivados del tabaco, liberan nicotina a niveles suficientes para generar adicción. Estas conclusiones son consistentes y firmes coincidiendo con las investigaciones de neurofarmacología de la nicotina, con los estudios clínicos sobre la dependencia y abstinencia a la nicotina, y con estudios epidemiológicos sobre el consumo y la dependencia al tabaco.

CONCLUSIONES

A lo largo de este trabajo se expresó cómo el tabaquismo es actualmente la gran epidemia de nuestro tiempo y una de las principales causas de muerte en nuestro país. En relación a esto es la referencia elegida para titular esta tesina de grado teniendo en cuenta que esta adicción consume la vida de miles de personas, eligiendo entre sus principales víctimas a los que son más vulnerables, entre los cuales, los adolescentes y jóvenes son el grupo etéreo más susceptible y más influenciado por este mal. Mientras que en los países desarrollados se toman medidas más efectivas para su control, en los países en desarrollo por el contrario su prevalencia se extiende rápida y progresivamente.

Después de haber abordado este tema tan preocupante, no solo para Salud Pública, sino también para la sociedad en general, considero haber logrado varios de los objetivos que me propuse al iniciar el trabajo. Uno de ellos, la magnitud del hábito tabáquico en los adolescentes, fue estudiado y analizado demostrando la problemática planteada, el 59% de los adolescentes estudiantes de la ciudad de Toay fuma. De este porcentaje se desprenden distintas ramas como las de: alguna vez fumadores, fumadores y fumadores frecuentes pues no se puede comparar al fumador adulto con el fumador adolescente debido a que sus comportamientos son diferentes. Otro objetivo fue indagar sobre los conocimientos que estos individuos poseían acerca de los daños que el fumar ocasionaba a la salud y con respecto a esto, y vale aclarar, también fue una hipótesis que propuse como una de las causas que promueve esta adicción, la poca información. Con la investigación quedó demostrado que esta hipótesis es válida ya que el 78% de los encuestados poseían escasa información y solo el 5% conocía suficiente del tema, de los cuales ninguno fumaba.

Comprender la significación que le otorgan a su salud también fue un objetivo alcanzado pues pude entender cuanto valoran el estar saludable. Los datos obtenidos fueron representativos: 86% de los chicos valoran mucho su salud y solo el 5% manifiesta valorarla poco. Por último pude lograr un acercamiento, para de alguna manera en un futuro cercano poder abordar esta problemática con ellos ya que el 74% desea abiertamente recibir información y el 34% que se reconoce adicto al tabaco desea recibir algún tipo de orientación.

Con respecto a las hipótesis planteadas, al concluir este trabajo, se las puede considerar válidas. Ellas son:

- La primera y que mencioné anteriormente: los conocimientos que poseen los adolescentes sobre los daños que causa el cigarrillo a la salud son insuficientes para

impedir que adquieran la adicción. El resultado manifestó que el 78% poseía escasa información y de ellos el 59% tienen el hábito.

- La segunda, los padres fumadores constituyen un factor importante para la adquisición del tabaquismo en sus hijos. Los resultados obtenidos corroboran esta afirmación pues el 62% del total de adolescentes encuestados tienen padres fumadores frente al 32% que posee un hogar libre de humo de tabaco.
- La tercera, las amistades y la necesidad de aceptación por parte de sus pares influyen en la adquisición de la adicción. El alto porcentaje obtenido es convincente para apoyar esta hipótesis porque el 96% de los adolescentes fumadores encuestados tienen amigos fumadores, solo el 4% de estos adolescentes tienen amigos que no fuman.
- Y por último la edad de inicio es más precoz en mujeres que en varones. Pudo demostrarse que las mujeres comienzan a fumar entre los 12 y 13 años con el 48%, mientras que en los varones el inicio es entre los 14 y 15 con el 56%.

En función de los datos obtenidos que a mi criterio resultan reveladores sobre cómo se comporta la temática en la población adolescente de Toay, espero que este trabajo de investigación aporte algunos elementos importantes para la interpretación de la problemática del tabaquismo en adolescentes y contribuya de alguna manera a sensibilizar a aquellos que tienen al alcance la posibilidad de aplicar distintas estrategias necesarias para contrarrestar la influencia que ejerce el tabaquismo en este grupo etéreo. Si bien los datos encontrados son significativos, el objetivo de este trabajo no es el de tener un resultado estadístico solamente. Es necesario plantearse desde los ámbitos institucionales como salud y educación, y desde la familia algunos interrogantes más complejos que incluyan instancias de comprender a los adolescentes desde sus características y así lograr un acercamiento para ayudarles de forma más efectiva

Para concluir este trabajo me parece interesante esbozar algunas acciones a realizar, tendientes a la prevención del tabaquismo en los adolescentes de Toay:

- Educación en las escuelas de enseñanza secundarias, por medio de charlas informativas y continuadas a lo largo del año escolar, realizada por el personal de salud que este capacitado para ello.
- Educación en las escuelas de enseñanza primaria, abarcando desde el 4º grado, por medio de actividades didácticas y apropiadas para las distintas edades.
- Charlas y actividades de sensibilización en el hospital de Toay orientadas hacia todos los profesionales que quieran intervenir en esta importante tarea de prevención y ayuda para la población adolescente.

- Charlas de sensibilización con maestros, educadores y padres para alertarlos ante la problemática planteada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aberasturi, A y Knobel, M (1980) “*La adolescencia normal*”. Buenos Aires. Editorial Paidós.
2. Abt Valeria (2008) “*El Humano Acontecer Grupal- Adolescentes en conflicto con la ley*”. Tesis de grado sin publicar FCH - UNLPam
3. Álvarez Gutiérrez J. F. (2006) “*El tabaquismo como problema de salud pública*” en Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo. 3ª Edición
4. Barg, L. (2003) “*Los vínculos familiares*” Reflexiones sobre la práctica profesional. Buenos Aires. Editorial Espacio.
5. Barrueco Ferrero, Hernández Mezquita, Torrecilla García (2006) *Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo*. España. 3ª Edición.
6. Diario La Arena. Tabaco, alcohol y drogas, índices bajos en La Pampa. (s.f.) Recuperado el 12 de noviembre de 2008 de http://www.laarena.com.ar/la_provincia_tabaco_alcohol_y_drogas_indices_bajos_enla_pampa.
7. Efectos del tabaco en la Salud. (s.f.) Recuperado el 10 de agosto de 2008, de http://www.msal.gov.ar/htm/site_tabaco/efectos_b.asp
8. Efron, R. (1997) “*Subjetividad y adolescencia*” En *Adolescencia, pobreza, educación y trabajo*. Buenos Aires. Editorial Losada.
9. Elbaum, J. (1996) “*¿Qué es ser joven?*” en *La juventud es más que una palabra*. Buenos Aires. Editorial Biblos.
10. Erikson, E (1968) “*Identidad, juventud y crisis*”. Buenos Aires. Editorial Paidós.
11. Fernández Mouján (1987) “*Abordaje teórico clínico del adolescente*”. Edición Nueva visión.

12. Guía para educadores “*Como abordar el problema de tabaquismo en el aula*” Programa Nacional del Control del tabaco. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. 2008.
13. “Guías para la supervisión de la salud de niños y adolescentes” (2001) Sociedad Argentina de Pediatría.
14. Manual de Capacitación del equipo de salud “*Tratamiento de la adicción al tabaco*” (2008). Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación.
15. Margulis, M y Urresti, M (1998) “*Construcción social de la condición de la juventud*” en *Viviendo a todo: jóvenes, territorios culturales y nuevas sensibilidades*. Siglo del Hombre. Editores.
16. Margulis, M. (1996) “*La juventud es más que una palabra: ensayos sobre cultura y juventud*” Editorial Biblos.
17. Obiols, G y Di Segni, S (2000) “*Adolescencia, postmodernidad y escuela secundaria*”. Buenos Aires. Editorial Kapeluz.
18. Piedrota, G. “*Concepto de medicina preventiva*” (2006) en *Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo*” España. 3ª Edición.
19. “Primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo”. (2006) Ministerio de Salud de la Nación. Buenos Aires. Primera Edición.
20. Programa de Prevención comunitaria (1999) “*Elegimos la vida*”. Subsecretaría de Prevención y Asistencia de Buenos Aires.
21. Programa Nacional del Control del Tabaco (s.f.) Recuperado el 12 de noviembre de 2008, de http://www.msal.gov.ar/htm/site_tabaco/info_x_provincia.asp
22. Programa Nacional del Control del Tabaco Información para jóvenes (s.f.) recuperado el 10-11-2008 de, http://www.msal.gov.ar/htm/site_tabaco/información_jovenes.asp

23. Programa Nacional del Control del Tabaco. (s.f.) recuperado el 10 de agosto de 2008, de http://www.msal.gov.ar/htm/site_tabaco/indesc.asp
24. Programa Nacional del Control del Tabaco. Ambientes Libres de Humo. (s.f.) Recuperado el 12 -11- 2008, de http://www.msal.gov.ar/htm/site_tabaco/ambientes_libres_humo.asp
25. Programa Nacional del Control del Tabaco. Efectos del Tabaco en la Salud. (s.f.) Recuperado el 12 de noviembre de 2008 de http://www.msal.gov.ar/htm/site_tabaco/efectos.asp.
26. Programa Nacional del Control del Tabaco. Provincia de La Pampa (s.f.) Recuperado el 12 de noviembre de 2008, de http://www.msal.gov.ar/htm/site_tabaco/pdf/provincias/lapampa.tabaco.
27. Remediar. Boletín Proas. Volumen 4 N° 24. Marzo 2007.
28. Rodríguez Hermosa, J. Hernández Vásquez, M. Calle Rubio, J. Álvarez Sala, L. (2006) “*Estrategias de prevención del tabaquismo*” Capítulo XVII en Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo. España. 3ª Edición.
29. S. Solano Reina, A.García-Teonorio Damasceno, J.I. de Granda Orive. (2006) “*Iniciación y tratamiento del tabaquismo*” Capítulo II en Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo. España. 3ª Edición.
30. Winnicott, D. (1991) “*Deprivación y delincuencia*”. Buenos Aires. Editorial Paidós.
31. Winnicott, D. (1972) “*Realidad y juego*”. Barcelona. Gedisa.

ANEXOS

Encuesta anónima realizada
Escuela: Año: Sexo: Edad: Tilda la consigna correcta: -Nunca fumé, ni siquiera una bocanada -Alguna vez fumé, aunque sea una o dos bocanadas -Fumé por lo menos una vez en los 30 días anteriores a la encuesta -Fumé por lo menos en 20 días de los 30 anteriores a la encuesta. ¿A qué edad probaste el primer cigarrillo? ¿Por qué comenzaste a fumar? ¿Cómo te sentís cuando fumas? ¿Tus amigos, en el grupo, fuman? ¿Alguno de tus padres fuman? ¿Cuánto te importa tu salud? ¿Por qué? ¿Estás informado/a sobre los daños, que causa fumar? SI – NO En caso afirmativo ¿Cuáles? Descríbelos brevemente ¿Te interesa recibir información al respecto? ¿Te interesa recibir ayuda para dejar de fumar? ¡Muchas gracias por colaborar!