UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

NIVEL DE POSTGRADO

MAESTRIA EN HEBEATRIA

"PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE ALCOHOL Y TABACO EN ADOLESCENTES DE RIOBAMBA"

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MAGISTER EN HEBEATRÍA

AUTORAS:

Dra. JANNETH AMAGUAYA RAMOS.

Lic. MARÍA RAMOS COBA.

DIRECTORA:

Dra. RUTH MALDONADO R. MG. SC.

RIOBAMBA – ECUADOR

2009

CERTIFICACIÓN

Dra. Ruth Maldonado Rengel. Mg. Sc

Docente del Área de la Salud de la Universidad Nacional de Loja

CERTIFICA:

Que el trabajo de investigación “Programa de prevención de alcohol y tabaco en adolescentes de Riobamba”, de autoría de la Doctora Janneth Amaguaya Ramos y Licenciada María Ramos Coba, egresadas en el tercer programa de la maestría en Hebeatría sede Riobamba, modalidad semipresencial, en el Área de la Salud, ha sido dirigida, orientada y revisada en todo su desarrollo, por lo que faculto su presentación y sustentación.

Riobamba, Octubre del 2009

Dra. Ruth Maldonado R. Mg. Sc

DIRECTORA DE TESIS

AGRADECIMIENTO

En primer lugar agradecer a Dios por ser tan sabio y generoso que nos ha dado la oportunidad de seguir esta maestría y permitirnos mediante nuestro conocimiento ayudar a los adolescentes y jóvenes de nuestra querida ciudad.

Un merecido reconocimiento a la Dra. Ruth Maldonado R. Mg. Sc. Directora de tesis porque ha dirigido nuestro trabajo de investigación en todo el proceso con alta calidad y calidez humana.

También expresamos nuestro sincero agradecimiento a las autoridades, personal docente y estudiantes de la Unidad Educativa la Providencia, y del Colegio Camilo Gallegos Toledo, por la gran apertura brindada para realizar nuestro tema de investigación.

Las Autoras

Dra. Janneth Amaguaya Ramos. Lic. María Ramos Coba.

DEDICATORIA

A nuestro papá Dios por bendecirnos día tras día.

A nuestros padres por brindarnos el apoyo y la paciencia en todo momento.

A mis hermanos Fernando y Richard por estar siempre a mi lado enseñándome a ser perseverante y luchar por mis sueños.

A mis hijos Byron y Katty que siempre me supieron comprender y que son lo más grande en mi vida.

A nuestras maestras y maestros por guiarnos con sus sabios consejos y enseñanzas.

Por último y no menos importantes a los y las adolescentes porque nos dieron la oportunidad de conocerlos más y ser nuestra fuente de motivación.

Las Autoras

Dra. Janneth Amaguaya Ramos. Lic. María Ramos Coba

AUTORIA

El análisis, procedimientos y criterios expuestos en el presente trabajo de investigación sobre el “Programa de prevención de alcohol y tabaco en adolescentes de Riobamba” son de absoluta responsabilidad de las autoras.

Dra. Janneth Amaguaya Ramos	Lic. María Ramos Coba
CI: 060347470 – 1	CI: 060207294 - 4

ÍNDICE

Certificación	i
Agradecimiento	ii
Dedicatoria	iii
Autoría	iv
Índice	v

CONTENIDOS	**PÁGINAS**
Título	1
Resumen	2
Summary	4
Introducción	6
Revisión de literatura	11
Hipótesis	99
Metodología	100
Resultados	110
Discusión	153
Conclusiones	165
Recomendaciones	169
Referencias bibliográficas	172
Anexos	180

TÍTULO:

“PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE ALCOHOL Y TABACO EN ADOLESCENTES DE RIOBAMBA”

1. RESUMEN

RESUMEN

El consumo de alcohol y tabaco es un problema de salud pública cuya iniciación ocurre en la adolescencia. El objetivo de este estudio fue aplicar y evaluar un programa de prevención de alcohol y tabaco dirigido a los adolescentes de centros educativos de la ciudad de Riobamba de edades de 12 a 19 años. **Materiales y métodos:** Se diseñó un estudio cuasi experimental con 533 adolescentes, 133 pertenecientes al colegio particular "La Providencia" (grupo control) y 400 al colegio fiscal "Camilo Gallegos Toledo" (grupo experimental) al que se aplicó el programa de prevención. Se utilizó en ambos grupos un cuestionario autoadministrable antes y después de la intervención, para obtener información acerca de: frecuencia de consumo de alcohol y tabaco, edad de inicio, factores de riesgo y protectores. **Resultados:** El estudio reveló que el 39% y 28% de adolescentes del grupo control y el 26% y 19% del experimental consumen actualmente bebidas alcohólicas y tabaco respectivamente; la edad media de consumo fue de 11.8 años (alcohol) y 12 años (tabaco) para el grupo control y 13.9 años (alcohol) y 13.8 años (tabaco) en el experimental; el principal factor para el consumo inicial fue la curiosidad (66% y 49% grupo control, 38% y 31% grupo experimental). Mientras que las razones para el consumo actual son: evadir la rutina (21% control) y para olvidar (21% experimental). **Conclusión:** A pesar de que se obtuvo una disminución en el porcentaje de frecuencia de consumo de tabaco y alcohol, solo en este último fue estadísticamente significativo.

Palabras clave: *programa de prevención, alcohol, tabaco y adolescencia.*

SUMMARY

The alcohol consumption and smoking is a public health problem, one which begins during adolescence. The objective of this study was to apply and to evaluate an alcohol and tobacco program prevention guided to the adolescence of the schools in the Riobamba city within the ages of 12 to 19 years. **Materials and methods:** a study quasi – experimental with 533 adolescents was designed, 133 belonging of the private school "La Providencia" (control group) and 400 to the public school "Camilo Gallegos Toledo" (experimental group) in them we applied the alcohol and tobacco program prevention. A self – administered questionnaire was used in both groups before and after the intervention, to obtain information of: alcohol consumption and smoking frequency, age of initiation, risk and protective factors. **Results:** The study revealed that 39% and 28% of adolescents of the control group and 26% and 19% of the experimental group consumed alcohol and tobacco respectively at the moment; the average age of consumption was of 11,8 years (alcohol) and 12 years (tobacco) for the control group and 13,9 years (alcohol) and 13,8 years (tobacco) in the experimental; the main factor for the initial consumption was the curiosity (66% and 49% control group, 38% and 31% experimental group). Whereas the reasons to the actually consumption was: to avoid the routine (21% control) and to forget

(21% experimental). **Conclusion**: Although a diminution in the percentage of frequency of smoking and alcohol consumption was obtained, only in this last one it was statistically significant.

Keywords: *program prevention, alcohol, cigar and adolescence.*

2. INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

La adolescencia puede ser considerada como un periodo saludable en el ciclo vital y también una fase crucial en la vida de los individuos en términos de formación de hábitos de conducta y de modelos de socialización. [1] Este es un periodo de riesgo para el inicio y consumo de sustancias adictivas.

El consumo de tabaco, alcohol y otras drogas constituye un problema prioritario en salud pública, ya que comporta niveles altos de morbilidad y mortalidad prevenibles. El alcohol y el tabaco son las primeras sustancias y las más consumidas por los adolescentes; se las considera como las "drogas de inicio" ya que se deriva en un consumo más amplio y diverso en edades mayores.[2] Además de las consecuencias a largo término, los efectos a corto plazo del consumo entre los jóvenes son importantes y se asocian con diversos daños, violencia y suicidio, embarazo adolescente, enfermedades de transmisión sexual y problemas de salud mental.[3] Una cultura tolerante junto con adolescentes con escasa percepción de los peligros, generan un medio propicio para el incremento de la ingesta.

---

[1] Osorio, E.A. y Ortega, N. factores de riesgo asociados al consumo de drogas en estudiantes adolescentes. Rev. Latino-am Enfermagen.12:369-375.2004.

[2] Fantin, M. y Morales, C. Nivel socioeconómico y consumo de sustancias en una muestra de adolescentes escolarizados de san Luis. Argentina. Fundamentos en Humanidades. 1 (15): 133-145.2007.

[3] Fernández, S., Nebot, M. y Janè, M. Evaluación de la efectividad de los programas escolares de prevención del consumo de tabaco, alcohol y cannabis: ¿Qué nos dicen los meta – análisis?. Rev. Española de Salud Pública. 76 (3): 175 – 187. 2002.

Existe información acerca de que la influencia de los pares en los jóvenes ejerce un mayor efecto en el consumo de tabaco y alcohol que la interacción con adultos. No menos importante son las influencias de tipo familiar, escolar, comunitaria o de medios masivos de comunicación (medio sociocultural), que potencian los efectos de otros factores como los precios y la accesibilidad a los productos.[4]

Por lo expuesto se vio la necesidad de llevar a cabo el presente estudio que ayudará a clarificar la realidad de la problemática de los chicos/as de nuestra ciudad, para ello se planteo como Objetivo General, diseñar, aplicar y evaluar un programa de prevención de alcohol y tabaco dirigida a los adolescentes de los centros educativos de la ciudad de Riobamba comprendido en las edades de 12 a 19 años. Como Objetivos Específicos: Conocer la frecuencia del consumo de alcohol y tabaco, los factores de riesgo, los factores protectores en los adolescentes de los colegios mediante la aplicación de la encuesta Escala de actitudes y hábito de consumo de alcohol (De la Villa y col, 2003) y la Encuesta sobre el consumo de tabaco (Centro Docente La Mola. Novelda. España. 2006), Identificar el tipo de colegio en donde hay mayor frecuencia en el consumo de alcohol y tabaco, Diseñar y aplicar un programa de prevención de alcohol y tabaco en adolescentes, y Evaluar el programa de prevención de alcohol y tabaco. Y como hipótesis del estudio lo siguiente: el programa de prevención de

[4] Urquieta, J., Hernández, M. Y Hernández, B. El consumo de tabaco y alcohol en jóvenes de zonas urbanas marginadas de México. Un análisis de decisiones relacionadas. Rev. Salud Pública de México. 48 (1): 30 – 40. 2006.

alcohol y tabaco aplicado a los adolescentes de los colegios de Riobamba disminuirá la frecuencia de su consumo y fortalecerá los factores protectores para evitarlo. El mismo que se sometió a demostración con el análisis estadístico del ji cuadrado.

Para ello se desarrolló un estudio cuasiexperimental en una muestra total de 533 alumnos, donde se detalló la situación de los investigados en relación a actitudes y hábitos de consumo de alcohol y tabaco, se utilizó como instrumento dos cuestionarios autoadministrables bajo la denominación "Escala de actitudes y hábitos de consumo de alcohol" (De la Villa y col. 2003) adaptada de Macia (1993) (Cuestionario de actitudes hacia el consumo de sustancias psicoactivas) y la "Encuesta sobre el consumo de tabaco" Centro Docente La Mola Novelda – España. (2006). Se organizó dos grupos de estudio, el primero experimental (colegio Camilo Gallegos Toledo) donde participaron 400 alumnos y el segundo de control (colegio La Providencia) con 133 alumnos; en el primero se aplicó el programa de prevención de alcohol y tabaco y en el segundo se dio charlas educativas mensuales sobre varios temas: educación sexual, nutrición y ejercicios. Se usó en ambos grupos el cuestionario antes y después de la intervención.

El marco teórico de la investigación está apoyado en bibliografía actual y que sustenta la problemática, está organizado en tres capítulos; el primero hace referencia a la adolescencia, sus generalidades, la autoestima y los factores protectores y de riesgo que se presentan en esta etapa. En el segundo capítulo se aborda todo lo referente al alcoholismo y adolescencia,

clasificación, factores de riesgo, factores protectores, efectos a corto y largo plazo y prevención. Por último el tercer capítulo tiene como temática el tabaco y adolescencia, clasificación, factores de riesgo, factores protectores, efectos a corto y largo plazo y prevención.

Posterior al desarrollo de la investigación se analiza los resultados y basado en los mismos se concreta la discusión, las conclusiones y finalmente las recomendaciones.

3. REVISIÓN DE LITERATURA

CAPÌTULO I

1. Adolescencia

1.1 Generalidades

1.1.1. El duelo de la adolescencia

1.1.2. La ilusión ante la madurez

1.1.3. La adolescencia y el cuerpo

1.1.3.1. Imagen corporal

1.2 Autoestima en la adolescencia

1.3 Factores protectores y de riesgo en la adolescencia

1.3.1 Factores protectores

1.3.2 Factores de riesgo

1.3.3 Comportamientos de riesgo ante el consumo de sustancias.

CAPÌTULO II

2. Alcoholismo y Adolescencia

2.1 Concepto

2.2 Clasificación

2.3 Factores protectores

2.4 Factores de riesgo

2.5 Efectos a corto y largo plazo

2.6 Prevención

CAPÌTULO III

3 Tabaquismo y Adolescencia

3.1 Concepto

3.2 Clasificación

3.3 Factores protectores

3.4 Factores de riesgo

3.5 Efectos a corto y largo plazo

3.6 Prevención

CAPITULO I

1. ADOLESCENCIA

1.1 GENERALIDADES

La palabra adolescencia viene del latin *adolecerè* que significa crecer hacia la madurez. La OMS define a la población adolescente como el grupo comprendido entre los 10 a 19 años; adolescentes menores de 10 a 14 años y adolescentes mayores de 15 a 19 años.

La adolescencia constituye un período especial del desarrollo, crecimiento y en la vida de cada individuo. Es una fase de transición entre un estadio, el infantil, para culminar en el adulto. Se trata de una etapa de elaboración de la identidad definitiva de cada sujeto que se plasmará en su individuación adulta. Es en esta etapa cuando, junto con el proceso de sociabilización (definido como el proceso por el cual el individuo aprende a adoptar los distintos modos, ideas, creencias, valores y normas de su cultura incorporándolos a su personalidad) se consolidan los hábitos y actitudes culturales que persistirán en la edad adulta.[5]

El concepto de adolescencia es más amplio e incluye a todos ellos: el psicológico, el biológico, el sociológico, el antropológico y el judicial, porque

[5] Ariza, C., Nebot, M. y col. Tendencias en el consumo de tabaco, alcohol y cannabis de los escolares de Barcelona (1987 – 1999). Gac. Sanit. 17 (3): 190 – 195. 2003.

se trata de un proceso de cambio que incluye la mente, el cuerpo y todo el complejo entramado de relaciones con su medio social y en su calidad de ciudadano de la comunidad donde vive. Varían en cada sociedad y en cada etapa histórica, incluso una misma sociedad puede tener criterios diferentes según los conceptos de referencia, hay sociedades o comunidades donde se facilita el tránsito adolescente mediante ritos de iniciación cuya superación supone la consideración de adulto. Estas pruebas de iniciación dejan claro lo que se espera de él. El adolescente deja de ser un niño pero a la vez esos cambios no se concretan, no están estipulados o no están claros. Se le pide que se comporte como un adulto aunque aún no se le reconoce esa cualidad.

Todo ello supone un trabajo mental gradual, lento y lleno de dificultades que hacen de la adolescencia un episodio del que casi todo el mundo se avergüenza, y relega al olvido. Esta labor se manifestará en un conjunto de complejos sintomáticos que resumen las luchas y en ocasiones violentos esfuerzos por resolver los retos que plantea el crecimiento y poder alcanzar el estadio adulto. Es a esto lo que se ha llamado el Síndrome Normal de la Adolescencia o la Crisis de la Adolescencia.

En la adolescencia se despliegan un conjunto de cambios corporales que incluyen desde el crecimiento físico hasta los neuroendocrinos que ponen en marcha unas modificaciones corporales que culminarán en la consolidación de un cuerpo adulto y facilitarán la aparición de los caracteres sexuales secundarios, diferenciados en el varón y en la mujer. Aparecen por primera

vez manifestaciones de la capacidad genésica y reproductiva con la menstruación y la primera emisión seminal. Estos cambios se acompañan también por el desarrollo de los deseos y las pulsiones sexuales, con una intensidad que desconocía hasta ese momento y que constituyen uno de los elementos más difíciles de asimilar emocionalmente. Este conjunto de cambios físicos reciben la denominación desde la perspectiva biológica de pubertad.

Igualmente cambia la ubicación social del adolescente que pasa de la infancia como etapa bien determinada del ciclo de la vida a una nueva, aunque poco definida y de límites cada vez menos precisos y variables según el contexto cultural. Estos cambios dan lugar a la calificación desde la perspectiva social y antropológica del adolescente como joven, adquiriendo así un nuevo status social. Este concepto de juventud hace referencia a un criterio cronológico en el desarrollo vital y remite a la idea de nuevo y a la vez de inexperto e inmaduro, de algo que requiere tiempo para acabar su proceso de maduración.

Resulta de interés considerar la adolescencia como un período en que el adolescente se encuentra sometido a enormes presiones, tanto internas como externas. El adolescente para alcanzar la etapa adulta tiene que hacer frente a una laboriosa elaboración psíquica de suma trascendencia para su vida futura. Entre los factores comunes a todos los adolescentes, que ejercen un efecto especial sobre su conducta y comportamiento se destacan tres:

1. **Sus relaciones con sus padres**: supone su capacidad de ir cambiando de un estadio de dependencia emocional infantil a uno de mayor independencia afectiva, en el que el adolescente adquiere conciencia de que sus pensamientos y sentimientos son propios, no dependiendo totalmente de como pudieran influir, condicionar o reaccionar sus padres. Adquieren conciencia de tener una vida íntima propia que procuran mantener alejada de los ojos de los adultos, una vida que buscan que sea secreta y propia.
2. **Sus relaciones con sus amigos**: donde se muestra su capacidad para encontrar y escoger a otros adolescentes, que aumenta, en grupo, sus esfuerzos y deseos de hacerse adulto. Un grupo donde ensayar a través de las múltiples identificaciones proyectivas en sus miembros, su identidad y sus nuevas capacidades.
3. **La visión que tiene el adolescente de sí mismo como persona**: si se ve o no como una persona físicamente madura, que incluye su capacidad para cambiar su visión de si mismo; como persona le tiene que llevar a la exploración del mundo externo, donde ensayar y probar las nuevas posibilidades adquiridas, donde aparecen nuevos intereses y preocupaciones. Es la proyección en el mundo exterior de la transformación que está viviendo, con el consiguiente cambio en sus relaciones sociales.

1.1.1 EL DUELO EN LA ADOLESCENCIA

La adolescencia se caracteriza por ser una etapa de pérdida y de renovación. Una etapa en la que gradualmente tiene que ir abandonando el funcionamiento infantil, las relaciones infantiles con los padres, un cuerpo infantil y unas vivencias psíquicas de tipo infantil. Es un período en el cual destacan los elementos de ruptura, de pérdidas y abandonos necesarios para seguir adelante en el desarrollo, un período donde el adolescente debe elaborar ese duelo con las ansiedades y dolor depresivo consiguiente. Se puede agrupar la labor de duelo y dolor depresivo del adolescente en tres ámbitos fundamentales:

a. **Duelo por el cuerpo infantil perdido**. El adolescente no pocas veces ve sus cambios como algo externo, como espectador impotente de lo que sucede en su propio organismo
b. **El duelo por el rol y la identidad infantil** que le obliga a una renuncia de la dependencia infantil y a una aceptación de responsabilidades, que en muchas ocasiones desconoce.
c. **El duelo por los padres de la infancia** a los que persistentemente trata de retener en su mundo interior, buscando el refugio y la protección que ellos significan. Esta situación se ve complicada por la actitud de los propios padres que también tienen que aceptar su envejecimiento y el hecho de que sus hijos ya no son niños, y sí en cambio adultos o como mínimo están en vías de serlo.

A estos duelos hay que añadir el duelo por la bisexualidad infantil que también se perderá en aras de conseguir una identidad sexual clara y definida. En definitiva, afecta a todo el sistema de valores infantiles. Las modificaciones corporales incontrolables e irreversibles, junto a la presión del medio que exige del adolescente nuevas pautas de comportamiento y convivencia, pueden hacer el proceso de duelo persecutorio. Para comprender cabalmente el significado profundo y el dolor del duelo que tiene que efectuar el adolescente ante esas pérdidas, se podría decir que: «*Aceptar la pérdida de la niñez, significa aceptar la muerte de una parte del yo y sus objetos para poder ubicarlos en el pasado* « (Aberastury y Knobel)

1.1.2 LA ILUSIÓN ANTE LA MADUREZ

El adolescente lo estrena todo: cuerpo, relaciones, capacidades, sexualidad, ideas, relaciones con los demás y con el mundo que le rodea etc. revelando denodados esfuerzos progresivos por conseguir su identidad adulta. Se esfuerza por adquirir su madurez, el modo de comprobación de estas nuevas facultades es mediante la actuación. La actuación es una expresión de sus tentativas de ponerse a prueba y verificar en el mundo externo sus habilidades y capacidades recién adquiridas. El adolescente necesita dar pruebas de coraje en el mundo real. Sobresalen más sus deseos de competir con otros y la necesidad de lograr la admiración por brillantes proezas.

El adolescente puede sentirse extremadamente sensible frente a la presión de ser adulto y de verse en evidencia ante los demás. Se ve el intenso anhelo de crecer y madurar que entra en conflicto con el desagradable reconocimiento de no poder enfrentar sus problemas solos, y de no hacerlo se convertiría en un infante desvalido. Se muestran sensibles al rechazo o a una observación que suponga su descalificación como adulto.

1.1.3 LA ADOLESCENCIA Y EL CUERPO

La adolescencia se inicia por unos cambios corporales que se recogen bajo el concepto de pubertad. Unos cambios neuroendocrinológicos que ponen en marcha unas modificaciones corporales que culminarán en la consolidación de un cuerpo adulto.

Estos cambios se pueden concretar en dos ámbitos:

a. Los cambios anatómico-estructurales consistentes en los desarrollos de los caracteres sexuales secundarios: tamaño, masa muscular, ósea, etc.
b. Los cambios funcionales: se desarrolla la capacidad de procrear, de reproducción, iniciándose con la aparición del período menstrual y la primera emisión seminal.

El adolescente se siente invadido por un cuerpo que siente ajeno, que no controla ni puede guiar y que supone la pérdida dolorosa del cuerpo de la infancia, pérdida que es vivida de forma irreversible e irrectificable, viéndose obligado a aceptar un cuerpo que no ha elegido. Necesita saber si es normal

o no, qué piensan los demás de él, necesita diferenciarse de los demás en las pirámides de edad, busca su reaseguramiento con los de su edad, se burla de las discapacidades de los demás en la medida en que suponen una amenaza para la propia integridad y normalidad.

Los intentos de dominar los cambios corporales pueden estimular su interés por los regímenes dietéticos, tatuajes, perforaciones de orejas, adornos.

1.1.3.1 IMAGEN CORPORAL

La adquisición de la imagen corporal dependerá de:

1. **La percepción subjetiva** del aspecto físico y su capacidad funcional sexual, que supone una reconstrucción radical de su imagen al perder la de la infancia.
2. **Las relaciones de objeto y de sus configuraciones internas**. Si el adolescente tuvo una infancia marcada por fracasos en su adaptación, aumentará sus fracasos en la adolescencia. La imagen corporal es una representación simbólica condensada de las experiencias presentes y pasadas del individuo con su propio cuerpo, ya sean reales o imaginarias. El adolescente se puede sentir abrumado por los efectos del proceso de maduración.
3. ***Su entorno***: La valoración del cuerpo aumentará o disminuirá dependiendo de si percibe que satisface o no las expectativas de quienes le rodean: los padres, y de lo que éstos proyectan inconcientemente sobre él**.**

4. **Imagen corporal ideal**: con la que se compara y que constituye el ideal del Yo.[6]

1.2 AUTOESTIMA EN LA ADOLESCENCIA

La autoestima se refiere a la valía básica en las propias potencialidades, y apunta a dos componentes esenciales: la valía personal y el sentimiento de capacidad personal. La valía personal es la valoración positiva o negativa que la persona tiene de su autoconcepto (imagen de sí mismo), incluyendo las emociones asociadas con esta valoración y las actitudes respecto de sí mismo. El sentimiento de capacidad personal alude a las expectativas que tiene una persona de ser capaz, de hacer de manera exitosa lo que tiene que hacer, es decir, su autoeficacia.

La adolescencia es uno de los periodos más críticos para el desarrollo de la autoestima; es la etapa en la que la persona necesita hacerse con una firme *identidad*, es decir, saberse individuo distinto a los demás, conocer sus posibilidades, su talento y sentirse valioso como persona que avanza hacia un futuro. Durante la adolescencia se manifiestan ciertos cambios a nivel socio-afectivo, físico y cognoscitivo, se desarrollan además la capacidad de reflexionar y pensar sobre uno/a mismo/a y de aceptar una nueva imagen corporal. Al hacerlo, el o la adolescente se formula una serie de preguntas

[6] Lillo, J. Crecimiento y comportamientos en la adolescencia. Rev. Asoc. Esp. Neurosiq. Abr – Jun.90: 57 – 71. 2004

sobre sí mismo, por ejemplo "¿soy atractivo?" "¿soy inteligente?" "¿soy aceptado por mis compañeros?" Gradualmente empieza a separar lo que cree que es verdad sobre sí mismo/a de lo que considera erróneo y a formularse sus propios conceptos sobre su persona. Cuanto mayor sea la aceptación que se siente, tanto en la familia como en los/as compañeros/as, mayores serán las posibilidades de éxito. En la adolescencia tanto el grupo familiar, el de la escuela, los amigos, los medios de comunicación contribuyen a moldear la autoestima. Pero en esta etapa se conjugan otros elementos, pues durante la adolescencia la autoestima tiende a debilitarse. Una buena dosis de autoestima es uno de los recursos más valiosos de que puede disponer un adolescente.

Un adolescente con autoestima aprende más eficazmente, desarrolla relaciones mucho más gratas, está más capacitado para aprovechar las oportunidades que se le presenten, para trabajar productivamente y ser autosuficiente, posee una mayor conciencia del rumbo que sigue. Y lo que es más, si el adolescente termina esta etapa de su vida con una autoestima fuerte y bien desarrollada podrá entrar en la vida adulta con buena parte de los cimientos necesarios para llevar una existencia productiva y satisfactoria.

Cómo afecta la autoestima a los adolescentes?

El nivel de autoestima influye en el desarrollo y desempeño de otras actitudes:

1. **Condiciona el aprendizaje.**

   El joven con poca autoestima, o también llamada autoestima negativa, está poco motivado e interesado en aprender, encuentra poca satisfacción en el esfuerzo porque no confía en sus posibilidades de obtener éxito. Cuando valora y le da importancia a su capacidad para aprender, experimenta mayor confianza en sí mismo y puede desplegar esfuerzos tendentes al logro de sus objetivos.

2. **Ayuda en la superación de dificultades**. El adolescente con autoestima positiva es capaz de enfrentarse a problemas y fracasos, porque dispone de la energía necesaria para confiar en superar los obstáculos.

3. **Fundamenta la responsabilidad**. La confianza en uno mismo constituye la base para ser capaz de responder a las exigencias de la vida cotidiana.

4. **Favorece la creatividad**. El adolescente que se valora y confía en sí mismo, puede explorar nuevas posibilidades, se arriesga con respuestas creativas y originales.

5. **Posibilita la relación social.** El justo aprecio y respeto por uno mismo genera seguridad personal, dota de atractivo personal y facilita las relaciones con los demás en relación de igualdad, sin sentimientos de inferioridad o superioridad.

6. **Determina la autonomía:**

El adolescente que se considera con adecuados niveles de autosuficiencia es capaz de tomar decisiones. Quien se acepta y se siente bien consigo mismo es capaz de enfrentarse a retos de forma independiente. Cuando el nivel de autoestima es bajo los adolescentes son dependientes, incapaces de tomar decisiones, sin opinión y sin criterio.

7. **Afianza la personalidad**. El sujeto se siente seguro de sus posibilidades como ser independiente (seguro, confiado y auto aceptado) y como ser social (confía, valora y acepta a los demás).

Actitudes o Posturas habituales que indican Autoestima Baja

Autocrítica dura y excesiva que la mantiene en un estado de insatisfacción consigo mismo/a.

Hipersensibilidad a la crítica, por la que se siente exageradamente atacada/o, herida/o; hecha la culpa de los fracasos a los demás o a la situación; cultiva resentimientos tercos contra sus críticos.

Indecisión crónica, no por falta de información, sino por miedo exagerado a equivocarse.

Deseo innecesario por complacer, por el que no se atreve a decir NO, por miedo a desagradar y a perder la buena opinión de los demás.

Perfeccionismo, autoexigencia esclavizadora de hacer “perfectamente” todo lo que intenta, que conduce a un desmoronamiento interior cuando las cosas no salen con la perfección exigida.

Culpabilizaciòn inadecuada por la que se acusa y condena por conductas que no siempre son objetivamente malas, exagera la magnitud de sus erros y delitos y/o los lamenta indefinidamente, sin llegar nunca a perdonarse por completo.

Hostilidad flotante, irritabilidad a flor de piel, siempre a punto de estallar aún por cosas de poca importancia, propia del súper crítico a quién todo le sienta mal, todo le disgusta, todo le decepciona, nada le satisface.

Pesimismo generalizado. Todo lo ve negro: su vida, su futuro y, sobre todo, su sí mismo.[7]

1.3 FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO EN LA ADOLESCENCIA

1.3.1 FACTORES PROTECTORES

Se entiende por factor de protección un atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad del uso o abuso de sustancias o la transición en el nivel de implicación en las mismas. Los factores de protección, no suelen presentarse de forma aislada, sino que en la realidad interactúan, se complementan o incluso unos comprenden a otros. Por ejemplo, para la toma de decisiones con respecto al consumo de sustancias influyen las actitudes con respecto a las sustancias (alcohol, tabaco) o ciertos valores sociales también ocurren que favoreciendo la competencia individual para la

[7] Tarazona, D. Autoestima, satisfacción con la vida y condiciones de habilidad en adolescentes estudiantes de quinto año de media. Un estudio factorial según pobreza y sexo. Rev. IIPSI Facultad de Psicologìa. 8 (2): 57 – 65. 2005.

interacción social que capacita para la autoafirmación, se repercute en el autoconcepto y la autoestima.

1.3.2 FACTORES DE RIESGO

Entre los factores familiares de riesgo están:

Estructura y composición familiar, muchos estudios han señalado que tanto la ausencia de uno de los padres del seno familiar como el hecho de que uno de los padres vuelva a casarse.

Disciplina familiar, la variable control o seguimiento paterno ha sido asociada a la etiología del abuso de drogas en la adolescencia. Kandel y Andrews encontraron que factores como la ausencia de implicación maternal, la ausencia o inconsistencia de la disciplina parental y bajas aspiraciones de los padres sobre la educación de sus hijos, predecían su iniciación en el uso de drogas.

Relaciones afectivas y comunicación, la mayoría de estudios coinciden en que las interacciones padres – hijos caracterizadas por la ausencia de conexión y por la sobre implicación maternal en las actividades con los hijos parecen estar relacionadas con la iniciación de los adolescentes en el uso de drogas. La crianza de los niños en familias con alto nivel de conflicto es un factor de riesgo importante tanto para el desarrollo de trastornos de conducta en general y como para el consumo de sustancias.

Actitudes y conductas familiares hacia el consumo de drogas, el uso parental de drogas como el alcohol o el tabaco se ha asociado repetidamente con la iniciación de los adolescentes en el consumo de tóxicos y con la frecuencia de uso de los mismos.[8]

El alcohol, por tratarse de una droga legal, y que cuenta con una presencia muy arraigada socialmente, frecuentemente el primer consumo se da con permisividad paterna, a diferencia de otras sustancias.[9]

Tanto los conflictos familiares como las actitudes y modelos de conducta de los padres influyen en la conducta del adolescente frente a los tóxicos. La baja comunicación familiar, con padres poco sensibles a las necesidades de sus hijos, es un factor de riesgo reconocido para el consumo de sustancias tóxicas. Los padres son acompañantes significativos que contribuyen a la construcción de la identidad personal del adolescente y ayudan en su proceso de socialización.[10]

La dinámica grupal y el aprendizaje del consumo de sustancias, aunque nada impide que el adolescente o el joven fumen su primer cigarrillo, tome su primer trago como un acto individual, estos primeros consumos y

---

[8] Muñoz, M. y Graña, J. Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. Psicothema. 13 (1): 87 – 94. 2001.

[9] Espada, J.P., Hidalgo, M.D. y Méndez, F.X. Consumo de alcohol en escolares: descenso de la edad de inicio y cambios en los patrones de ingesta. Adicciones. 12(1): 57 – 64. 2000.

[10] Pérez, A., Martínez, M.L. y col. Alcohol en adolescentes: estudio sobre dependencia y relación con aspectos psicológicos y sociofamiliares. Medicina de Familia. 6 (1): 28 – 31. 2005.

también los que lo siguen suelen ser un verdadero acto grupal. El individuo necesita el grupo para que le “enseñe” a consumir y para que de sentido a su consumo. La imagen tradicional del alcohólico como una persona vieja o de mediana edad, generalmente del sexo masculino, vagabunda, solitaria, desamparada, ha sido desplazada en gran medida por la de jóvenes de ambos sexos bebiendo en grupo.[11]

El primer consumo no es fruto de una decisión personal asumida aisladamente y con pleno conocimiento de causa. El primer consumo de tabaco o de cualquier otra droga suele darse en un contexto social o grupal. En estas ocasiones se suele hacer lo que los demás esperan que uno haga, esta programación social, en lo que se refiere a drogas legales, se efectúa en el medio habitual del niño: familia, escuela, barrio, amistades y medios culturales a los que se tiene acceso (cine, radio, televisión, y prensa). Para que una persona pueda empezar a consumir cualquier droga necesita que alguien se la proporcione, es decir, debe relacionarse con un grupo a través del cual pueda tener acceso.

En el caso del tabaco es verdad que esta oferta a iniciarse está muy normalizada y muchas veces son los mismos familiares quienes lo hacen; a partir de entonces, el afianzamiento o mantenimiento del hábito dependerá del grupo, que es quien proporciona sentido al acto. Por lo tanto se concluye

[11] Moreno, J. Valores, actitudes hacia el alcohol y consumo en adolescentes varones. Rev. De Filosofía y Psicología. 13(1): 195 – 211. 2006.

que el proceso de inicio y de consolidación del consumo es un fenómeno grupal.[12]

Los factores personales de riesgo para el consumo de sustancias son:

1. Bajo concepto de sí mismo y autoestima más baja que los pares.

2. Creencia que el consumo de sustancias es útil en algún sentido.

3. Incapacidad para rechazar la oferta de las sustancias ya sean legales o ilegales.[13]

	FACTORES DE RIESGO	**FACTORES DE PROTECCIÓN**
OCIO Y TIEMPO LIBRE	➢ No estructurado. ➢ Implantación del modelo de mal uso del tiempo libre. ➢ Pautas culturales de diversión asociadas a “descontrol”. ➢ Escasez de alternativas de uso del tiempo libre.	➢ Organizado. ➢ Aficiones diversas. ➢ Acceso a actividades y recursos positivos para el ocio y otras actividades informales. ➢ Actitud crítica ante el modelo de ocupación del ocio. ➢ Ausencia de asociación diversión = consumo de drogas. ➢ Inquietud cultural, deportiva, recreativa, etc.

[12] Caballero, F. Las drogas. Educación y Prevención. Madrid - España. Nexus. 2004. 13 – 34.

[13] Yáñez, A.M., López, R., y otros. Consumo de tabaco en adolescentes. Estudio poblacional sobre las influencias parentales y escolares. Arch. Bronconeumol. 42 (1): 21 – 24. 2006.

RELACIONES CON LA FAMILIA	✓ Ausencia de afectividad y comunicación. ✓ Actitudes y comportamientos permisivos y/o positivos ante las drogas. ✓ Falta de cohesión del grupo familiar y aislamiento emocional de sus miembros. ✓ Pérdida de roles de las figuras de autoridad: ausencia de límites y normas claras. ✓ Incoherencia en la supervisión: excesiva exigencia en determinados aspectos y excesiva tolerancia en otros. ✓ Exceso de protección; disciplina severa. ✓ Falta de reconocimiento y aceptación del/la hijo/a. ✓ Ausencia de participación y disfrute en el uso del tiempo libre. ✓ Alcoholismo y/o drogadicciones de alguno de los miembros de la familia. ✓ Situación de estrés de la familia por problemas económicos, de pareja, etc. ✓ Cuando hay antecedentes	✓ Límites y normas claras. ✓ Reconocimiento y aceptación del hijo/a. ✓ Experiencias de refuerzos positivos ante el esfuerzo y valoración del rendimiento y motivación de la eficacia; apoyo para superar los fracasos. ✓ Ambiente familiar afectivo y comunicación positiva. ✓ Cohesión del grupo familiar. ✓ Actitudes y comportamientos contrarios al consumo de drogas; rechazo a las conductas de riesgo. ✓ Modelos de conducta positiva en los padres. ✓ Roles claros y presencia de figuras de autoridad. ✓ Supervisión y procedimientos de control adecuados sobre sus conductas. ✓ Seguimiento y apoyo en el rendimiento y asistencia escolar. ✓ Participación y disfrute en el tiempo libre familiar. ✓ Adecuado estilo de resolución de conflictos (no violento),

	familiares de adicción al alcohol y otras drogas, aumenta significativamente la probabilidad de que se desarrolle una dependencia.	ambiente de humor y calidez.
RECURSOS PERSONALES	≈ Niveles bajos de autoestima. ≈ Falta de autonomía en la acción y en tomar decisiones. ≈ Dificultad para asumir responsabilidades. ≈ Ausencia de normas y límites. ≈ Ausencia de adultos dispuestos a apoyar al joven. ≈ Incapacidad de autocontrol, impulsividad y baja tolerancia a la frustración. ≈ Actitud evasiva ante los problemas/conflictos. ≈ Dificultad para reconocer y expresar sentimientos. ≈ Patología psiquiátrica.	≈ Concepto positivo de sí mismo. ≈ Adecuada autoestima. ≈ Autonomía acorde a su edad. ≈ Responsabilidad. ≈ Interiorización de límites y normas. ≈ Manejo en la resolución de problemas. ≈ Autocontrol emocional y conductual. ≈ Habilidades sociales. ≈ Capacidad para reconocer y expresar sentimientos. ≈ Tolerancia a la frustración. ≈ Disponibilidad de adultos que sirvan de apoyo al joven. ≈ Tener metas personales y proyecto de vida.
RELACIONES CON LA ESCUELA	■ Dificultades de adaptación. ■ Sensación de inutilidad y desmotivación. ■ Ausentismo escolar y pasividad. ■ Mal rendimiento académico	■ Integración en la dinámica escolar. ■ Motivación escolar, puntualidad, asistencia, cumplimiento de horarios. ■ Hábitos de estudio.

	unido a autoconcepto bajo. ▪ Ausencia de hábitos de trabajo y de recursos culturales. ▪ Ausencia de modelos de referencia en los profesores/tutores. ▪ Poca integración con sus compañeros. ▪ Desinterés hacia lo escolar entre sus iguales. ▪ Problemas de integración de normas. ▪ Experiencia de poca competencia: fracaso escolar y abandono temprano de los estudios. ▪ Falta de reparación y de oportunidades; intereses y niveles de aspiración bajos. ▪ Relación distante de los profesores con sus alumnos. ▪ No abordaje de la prevención del uso de drogas en la institución educadora.	▪ Adecuado rendimiento y autoconcepto positivo. ▪ Modelos positivos de referencia en el profesorado. ▪ Integración en el grupo/clase. ▪ Interés hacia lo escolar entre sus iguales. ▪ Interiorización de normas escolares. ▪ Relaciones cercanas con los profesores, buena comunicación. ▪ Experiencias de reforzamiento positivo ante el esfuerzo y valoración del rendimiento y motivación de la eficacia: apoyo a superar los fracasos.
RELACIONES CON EL GRUPO DE	▪ Excesiva dependencia del grupo. ▪ Inclusión en grupos proclives a la transgresión y con actitudes positivas hacia el	▪ Capacidad crítica y desarrollo del criterio propio. ▪ Toma de decisiones personales. ▪ Inclusión en grupos con

IGUALES	consumo de drogas. ■ Oportunidades para incurrir en conductas problemáticas. ■ Exposición a modelos que manifiestan conductas de riesgo (amigos o consumidores). ■ Dificultad para establecer relaciones personales. ■ Dificultad para identificarse con otros grupos no relacionados con el consumo. ■ Escaso desarrollo de habilidades sociales.	ausencia de conductas desadaptativas. ■ Modelos de amigos no consumidores de drogas. ■ Participación en grupo de carácter positivo (asociaciones, club deportivo). ■ Red amplia de amigos ■ Competencia social para las relaciones personales. ■ Desarrollo adecuado de habilidades sociales.
ENTORNO DEL BARRIO (COMUNIDAD)	• Situación socioeconómica precaria. • Problemas de integración e inclusión social. • Desestructuración social. • Ausencia de apoyo social: escasos recursos comunitarios. • Degradación de la zona (barrios conflictivos del entramado urbano). • Accesibilidad a las sustancias y tráfico de drogas.	• Organización social adecuada. • Cohesión social en el barrio. • Relaciones positivas de vecindad. • Apoyo social y protección a los adolescentes. • Recursos comunitarios suficientes para el adolescente, conocimiento y accesibilidad a los mismos. • Dificultades de acceso a las sustancias. • Integración e inclusión social.[14]

[14] Ministerio del Interior. Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes. CONACE. Chile. 2004.

Las influencias del contexto, acrecentadas por el hecho de que la adolescencia es una época de experimentación natural, llevan al aparecimiento de comportamientos de riesgo: inicio precoz de actividad sexual, ausencia de utilización de protección en el acto sexual, bajos niveles de actividad física, uso de alcohol y otras sustancias psicoactivas.[1]

En los países desarrollados, la experimentación y el inicio del consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales se produce típicamente en los primeros años de la adolescencia (a edades muy tempranas), coincidiendo con la etapa de la escolarización secundaria.[10]

1.3.3 COMPORTAMIENTOS DE RIESGO ANTE EL CONSUMO DE SUSTANCIAS

En el caso del consumo de alcohol, así como en muchas otras drogas, y sobre todo a la hora de trabajar en el campo de la prevención sobre el abuso, es importante reconocer y tener en cuenta los factores de riesgo que determinan o influyen en el individuo a tomar ciertas actitudes ante este tipo de sustancia.

---

[1] Osorio, E. A. y Ortega, N. Factores de riesgo asociados al consumo de drogas en estudiantes adolescentes. Rev. Latino – am Enfermagen. 12: 369 – 375. 2004.

[10] Pérez, A., Martínez, M.L y col. Alcohol en adolescentes: estudio sobre dependencia y relación con aspectos psicológicos y sociofamiliares. Medicina de Familia. 6 (1): 28 – 31. 2005.

La necesidad de ser y tener una fisonomía propia a veces da lugar a conductas y actitudes de rebeldía, extravagancia, poses, o a explorar comportamientos, sensaciones o lugares nuevos y desconocidos hasta el momento.

En ocasiones, esto puede determinar comportamientos desviados o de riesgo, que tienen un sentido de oposición a los criterios y valores del adulto, o de autoafirmación frente al adulto y los propios compañeros.

También la ansiedad, el descontento ante un “yo” que no es aún lo que se desea, y los rasgos depresivos típicos de la etapa adolescente producen tentativas de recuperar el autoestima, muchas veces a través de la acción compulsiva, como para sentirse vivo. Es el fenómeno conocido como necesidad de “marcha”, que puede adquirir matices y grados diversos:

- Desde entrar en situaciones peligrosas y potencialmente autodestructivas (como la velocidad) hasta la agresividad y comportamientos antisociales.
- Si la acción es menos dramática, la fiesta, el baile, etc.
- También puede da lugar al inicio de aficiones activas, creadoras, quizá formando parte de una asociación o club.

A menudo las drogas ilícitas entroncan con estas necesidades, convirtiéndose en sustancias que facilitan las sensaciones que busca el adolescente. El abuso de alcohol puede ser una forma de enfrentar las necesidades propias de la adolescencia.

Los efectos que produce el alcohol pueden llevar a la repetición del consumo, o a la dependencia. Pero la búsqueda de estos efectos no suele ser el motivo principal por el que se consume por primera vez. Parece, que al menos para la primera vez, son más importantes cuestiones como, por ejemplo:

- La necesidad de ser, que puede conducir a la adopción de conductas de autoafirmación.
- La necesidad del grupo y de los demás, que a menudo nos hace actuar de la forma que creemos que puede complacerles.
- El deseo de independencia, que deriva en conflictos con la autoridad y puede incitar a la transgresión, etc. [12]

[12] Caballero, F. Las drogas. Educación y Prevención. Madrid - España. Nexus 2004. 13 – 34.

CAPITULO II

2. ALCOHOLISMO Y ADOLESCENCIA

2.1. CONCEPTO

La Organización Mundial de la Salud (OMS) plantea: el alcoholismo es un trastorno conductual crónico manifestado por ingestas repetidas de alcohol, excesivas, respecto a las normas dietéticas y sociales de la comunidad y acaban interfiriendo la salud o las funciones económicas y sociales del bebedor.[15]

Sin embargo, el alcoholismo tiene mucho que ver con la necesidad incontrolable de beber de la persona; poco a poco, el alcohol se convierte en una droga para la persona que bebe. En un principio, la persona muestra mucha tolerancia al alcohol, en algunas ocasiones parece que no le afectara. Pero luego el bebedor empieza a tomar a pesar de sí mismo, y el embriagarse se vuelve lo más importante, hasta que la persona pierde el control sobre la bebida y no sabe cuánto va a tomar. Es aquí donde el alcohol es ya una adicción.

La Organización Mundial de la salud describe que "son alcohólicos aquellos que beben en exceso y cuya dependencia respecto al alcohol ha alcanzado un grado tal que determina la aparición de visibles perturbaciones interpersonales, intrapersonales, físicas y del adecuado funcionamiento

[15] Astoviza, M. y Socarras, M. El Alcoholismo, consecuencias y prevención. Rev. Cubana de Investigación Biomédica. 22 (1): 25 – 31. 2003.

social y económico, y también lo son quienes muestran los signos iníciales de estos fenómenos”. [2]

La ingestión de alcohol es un proceso avalado culturalmente en la sociedad contemporánea y delimitada por la edad y el sexo. Salvo por razones de principios religiosos, filosóficos o de salud, el uso del alcohol es promovido y considerado como una práctica aceptada en diversos aspectos de la socialización del hombre.[16]

Para valorar un individuo como alcohólico se tiene en cuenta que cumpla los criterios tóxicos y deterministas, considerándose esto como alcoholismo primario. El criterio tóxico se refiere al daño biológico, psicológico o social inherente a la ingestión inadecuada del tóxico.

El criterio determinista se refiere a los mecanismos básicos de la ingestión nociva del alcohol o la incapacidad del paciente para tomar la decisión de no beber, o su ineptitud para decidir hasta cuando tomar. Esto se expresa en la práctica por los patrones de consumo siguientes:

- No poder mantenerse 2 días seguidos sin beber.
- No poder controlarse cuando se comienza a beber.
- Necesitar el alcohol para enfrentar las exigencias de la vida.

---

[2] Fantin, M. y Morales, C. Nivel socioeconómico y consumo de sustancias en una muestra de adolescentes escolarizados de San Luis, Argentina. Fundamentos de Humanidades. 1(15): 133 – 145. 2007.

[16] Ribera, M. y Villar, M. Factores de riesgo para el consumo de alcohol en escolares de 10 a 18 años, de establecimientos educativos fiscales en la ciudad de la Paz – Bolivia (2003 – 2004). Rev. Latino – am Enfermagen. 13: 880 – 887. 2005.

La adolescencia por ser un periodo crítico sometido a constantes cambios en el desarrollo físico, psíquico y social del adolescente, así como también en el marco familiar en que este se desenvuelve, se considera un periodo de riesgo en el cual pueden darse las bases para la aparición de síntomas y enfermedades, así como también de alteraciones de personalidad.

Los adolescentes probablemente son un grupo más propenso a adquirir conductas de riesgo que se las define como aquellas acciones sean activas o pasivas que involucran peligro para el bienestar y que acarrean directamente consecuencias negativas para la salud o comprometen aspectos de su desarrollo, estas conductas están en relación con los estilos de vida moderno, sumados a la curiosidad, la experimentación de situaciones nuevas, son partes naturales del crecimiento que se les da la sensación de ser adultos, entre las tendencias crecientes, hasta hacerse un hábito o una dependencia están el consumo de alcohol, y tabaco, uso de drogas, delincuencia, deserción escolar, relación sexual precoz.

El alcohol es considerado una droga licita y de consumo popular, la que de acuerdo a los niveles de uso, conduce a la persona a convertirse en un alcohólico, genera cambios que comprometen no solo individualmente sino a la familia y la comunidad.

El alcoholismo es un estado de cambio en el comportamiento de un individuo, que incluye, además de una alteración que se manifiesta por el consumo franco de bebidas alcohólicas, una continuidad de este consumo de manera no aprobada en su ambiente sociocultural, a pesar de las

consecuencias directas que pueden sufrir como enfermedades físicas, rechazo por parte de la familia, perjuicios económicos y sanciones penales; un estado de la alteración subjetiva, en el que se deteriora el dominio de la persona dependiente sobre su forma de beber. Se observa un estado de alteración psicobiològica, con signos y síntomas a la privación del alcohol, ingestión de bebidas alcohólicas para lograr su alivio y aumento de la tolerancia. Este consumo guarda relación con la pobreza creciente, pérdida de valores y tensión nerviosa, condicionan que se haga uso indiscriminado de alcohol, como medio de apoyo para enfrentar los problemas del diario vivir o para sumergirse en la inconsciencia y olvido. Estas actitudes y comportamientos también se encuentran presentes en los padres contribuyendo para que sus hijos adolescentes tiendan a usar el alcohol.

En las familias en la que los padres utilizan abusivamente alcohol o drogas ilegales, son tolerantes al consumo de sus hijos implican a sus hijos en su propia conducta de consumo, es más probable que los niños abusen de drogas y del alcohol en la adolescencia. El uso de alcohol está muy relacionado a la población adolescente que en la búsqueda de emociones fuertes, o para olvidar situaciones problemáticas, ya sea en el hogar, en el colegio o con sus pares, o en la necesidad de aprobación de sus pares, elige como reemplazo y lo que inicialmente se puede dar como curiosidad puede crear hábito y finalmente dependencia. Los adolescentes hijos de padres alcohólicos, en razón de pertenecer a una familia con un miembro afectado

por el alcoholismo, se encuentra en contacto con un medio que puede hacerlo más vulnerable al uso del alcohol.

Los factores de riesgo es un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento); en tanto el factor protector es un atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o la transición en el nivel de implicancia con las mismas.[17]

2.2. CLASIFICACIÓN

Consumo de riesgo

El *consumo de riesgo s*e define como un nivel o patrón de consumo que acarrea riesgo de consecuencias perjudiciales para la salud, si el hábito persiste. No existe un acuerdo en cuanto a cuál es el nivel de consumo de alcohol que implica un consumo de riesgo, pero, como se muestra en el capítulo 4 para diversas condiciones, cualquier nivel de consumo de alcohol implica riesgos. La OMS lo define como consumo regular diario de 20 a 40g de alcohol en mujeres, y de 40 a 60g diarios en hombres.

Consumo perjudicial

El *consumo perjudicial* se refiere a un patrón de consumo que afecta a las personas tanto en su salud física (por ej., cirrosis hepática) como en su salud

[17] Silva, I. y Pillon, S. Factores protectores y de riesgo asociados al uso de alcohol en adolescentes hijos de padre alcohólico, en el Perú. Rev. Latino – am Enfermagen. 12: 359 – 368. 2004.

mental (por ej., depresión como resultante del consumo). Basada en datos epidemiológicos en lo que respecta a los daños causados por el alcohol, la OMS define el *consumo perjudicial* como consumo regular promedio de más de 40g de alcohol diarios en mujeres y de más de 60g diarios en hombres.

Intoxicación

Puede ser definida como un estado más o menos breve de discapacidad funcional psicológica y motriz inducida por la presencia de alcohol en el cuerpo, aún con un nivel bajo de consumo. *Intoxicación* no es sinónimo de *consumo excesivo ocasional*.

Consumo excesivo ocasional

Una sesión de beber en la que se consume al menos 60g de alcohol puede definirse como *consumo excesivo episódico u ocasional* ("*binge drinking"*, en inglés).

La clasificación del paciente alcohólico es: bebedor excepcional, bebedor social, bebedor abusivo sin dependencia, bebedor dependiente alcohólico sin complicaciones, dependiente alcohólico complicado y dependiente alcohólico complicado en fase final. La línea que separa la normalidad de la enfermedad se encuentra entre el bebedor social y el bebedor abusivo sin dependencia, y después la cuantía y frecuencia de la ingestión, las deficiencias nutricionales acompañantes, que lo lleva a una desnutrición energético proteica (DEP) grave, por desequilibrio y disminución de la ingestión de nutrimentos, las que conformarán las restantes posibilidades evolutivas.

El **abstinente total** es el que nunca bebe.

El **bebedor excepcional**: bebe ocasionalmente en cantidad limitada (1 ó 2 tragos) y en situaciones muy especiales (menos de 5 veces al año).

Bebedor social: sujeto que bebe sin transgredir las normas sociales (no satisface los criterios tóxico y determinista, pues el alcohol no le produce efectos biológicos y psicosociales nocivos y mantiene su libertad ante este.

Bebedor moderado: consume alcohol hasta 3 veces a la semana en cantidades menores que ¼ de botella de ron, 1 botella de vino o 5 medias botellas de cerveza de baja graduación. Hasta menos de 12 estados de embriaguez ligera al año.

Bebedor abusivo sin dependencia: sobrepasa la cantidad anterior, ingiere más de 20 % de las calorías de la dieta en alcohol (bebedor problema).

Dependiente alcohólico sin complicaciones: se establece la dependencia física cuya manifestación clínica está dada por la aparición en períodos de abstinencia de temblores severos, nerviosidad, insomnio, cefalea y sudoración. Pueden aparecer diarreas, subsaltos musculares o cuadros de delirium subagudo.

Dependiente alcohólico complicado: además de lo anterior presenta complicaciones psíquicas como el *delirium tremens*, la alucinosis alcohólica y la psicosis de Korsakov, o aparecen complicaciones somáticas como polineuropatía, esteatosis hepática, cirrosis hepática, cardiomiopatías y gastritis.

Dependiente alcohólico complicado en fase final: es notable el deterioro físico y psíquico, y su comportamiento social. Se reduce la tolerancia al tóxico y la aparición ocasional de cuadros convulsivos. Los pacientes presentan severos cuadros de desnutrición, puede aparecer cáncer del subsistema digestivo, entre otras. [15]

2.3. FACTORES PROTECTORES

Se entiende por factor de protección un atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad del uso y/o el abuso de sustancias o la transición en el nivel de implicación con las mismas.

Los factores de protección no suelen presentarse de forma aislada, sino que en la realidad interactúan, se complementan o incluso unos comprenden a otros. Por ejemplo, para la toma de decisiones con respecto al consumo, influyen las actitudes con respecto a las drogas legales o ilegales o ciertos valores sociales.

También ocurre que favoreciendo la competencia individual para la interacción social capacita para la autoafirmación, se repercute en el autoconcepto y la autoestima.

---

[15] Astoviza, M. y Socarràs, M. El alcoholismo, consecuencias y prevención. Rev. Cubana Invest. Biomed. 22 (1): 25 – 31. 2003.

Hay que destacar los factores de protección familiar, personal y de la escuela. La autonomía e independencia, la asunción de responsabilidad y la autoestima son también factores personales de protección.

El fortalecer la decisión para decir no cuando se ofrezca alcohol u otras drogas al adolescente, le permitirá estar protegido para no sufrir accidentes bajo los efectos del alcohol, los mecanismos de adaptación serán tanto cognitivos como conductuales, permitiendo afrontar el problema y tomar acciones directas para resolverlo y utilizar medidas internas para minimizar el malestar emocional. Si estas respuestas se produce se reduce la probabilidad de escalada solucionando el problema y desarrollando competencias normativas. [12]

La relación afectiva entre padres e hijos contribuye al nivel de seguridad, autoestima, auto concepto, factor determinante en el desarrollo de destrezas emocionales, cognitivas y sociales. El adolecente tempranamente comparte roles de mayor responsabilidad, aprendiendo a afrontar situaciones que contribuyen a su desarrollo y estableciendo en ellos la capacidad de comprender y valorar la ausencia de sus padres quienes podría desconocer lo que le gusta o le disgusta, esta posición que adopta el adolecente expuesto lo protegerá 6 veces más a que no aumente el uso y pueda decir no cuando, le ofrezcan alcohol u otra drogas.

---

[12] Caballero, F. Las drogas. Educación y Prevención. Madrid - España. Nexus 2004. 165 – 195.

El deporte es una actividad positiva por medio del cual las personas se pueden identificar consigo mismas y encontrar sus propias capacidades como individuos. El sentirse participe de una disciplina conduce al adolecente a reconsiderar sus comportamientos de riesgo así como propio de su etapa "cuidar" su imagen.

La escuela tiene un papel protector vital, ya que la permanencia que el adolecente tiene dentro de sus aulas compromete a los educadores a velar por prevenir el fracaso.[17]

2.4. FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo son aquellas circunstancias personales y sociales, que relacionadas con las drogas aumentan la probabilidad que un sujeto se inicie en el consumo. Hay muchas maneras diferentes de caracterizar la intensidad de la exposición con el contacto como un factor de riesgo: exposición una vez, dosis actual, dosis mayor, dosis acumulativa, años de exposición, etc. [18]

---

[17] Silva, I. y Pillo, S. Factores protectores y de riesgo asociados al uso de alcohol en adolescentes hijos de padre alcohólico, en el Perú. Rev. Latino-am Enfermagen. 12. 359 – 368. 2004.

[18] Carvajal, M. y Andrade, D. La escuela básica en la prevención del consumo de alcohol y tabaco: retrato de una realidad. Rev. Latino-am Enfermagen. 13: 784 – 789. 2005.

La curiosidad es el factor que más ha motivado a los escolares a beber alcohol, sin embargo, el factor social tal como compartir con amigos, aparece significativamente más en los escolares, al igual que pasarlo bien.

Los estudios han identificado numerosos factores de riesgo del consumo de alcohol en la adolescencia, se puede mencionar los siguientes:

Factores Macrosociales

- ✓ *Disponibilidad y accesibilidad a las sustancias*. Al considerarse al alcohol como una droga legal se convierte en un producto de fácil acceso, por los múltiples establecimientos donde se puede adquirir, los amplios horarios de venta, el precio accesible de las bebidas y el escaso control de la venta a menores.
- ✓ *Institucionalización y aprobación social de las drogas legales*. El alcohol es una droga aceptada socialmente. La televisión, el cine y la prensa muestran imágenes de personajes famosos y personas con prestigio social bebiendo.
- ✓ *Publicidad*. Constituye una importante fuente de presión social hacia el consumo. Los anuncios asocian la bebida con valores y estímulos atractivos para los adolescentes, como la amistad, el carácter y la personalidad, la transición a la adultez, el sexo, el riesgo, la aventura, etc. Estos mensajes persuasivos son difíciles de contrarrestar por los adolescentes.

- ✓ *Asociación del alcohol y drogas de síntesis con el ocio*. El consumo juvenil de drogas se encuentra ligado al tiempo libre, los fines de semana, a ciertos lugares de oferta como discotecas, bares y a la búsqueda de nuevas sensaciones y experiencias.

  Los procesos adolescentes son desafiantes, la individualización reclama la separación y confronte del medio con sus dificultades e incongruencias. Para los adolescentes lo cotidiano es un reto y, a la vez una incertidumbre; razón por la cual el aburrimiento y la insatisfacciones en relación a sus tiempos libres hacen que vayan al encuentro de actividades que les permitan tener la oportunidad de demostrar su destreza y valor, asumiendo un rol de mayor participación con reconocimiento y pertenencia.

Factores Microsociales

- ➢ *Estilos educativos inadecuados*. La ambigüedad en las normas familiares, el exceso de protección, la falta de reconocimiento y una organización familiar rígida influyen negativamente en el adolescente y pueden desembocar en una personalidad con escasa aserción o en un enfrentamiento con el mundo adulto.
- ➢ *Falta de comunicación y clima familiar conflictivo*. La comunicación satisfactoria evita el aislamiento, educa para las relaciones extrafamiliares, promueve la expresión de sentimientos y facilita el desarrollo personal. Por el contrario, la incomunicación y el ambiente familiar enrarecido contribuyen a generar y mantener los déficit y

carencias personales, que el adolescente puede compensar recurriendo a las drogas.

- *Consumo familiar de alcohol.* Los estudios revelan la relación significativa del consumo de alcohol de padres, hermanos e hijos.

  La convivencia con un padre alcohólico, permite que el adolescente se exponga a un sistema familiar donde diariamente interactúan conductas agresivas, abandono e insatisfacción, sometido a escenas de maltrato, violencia y escándalo que provoca la embriaguez; estos hechos establecen una ruptura afectiva en el adolescentes expuesto con respecto a su progenitor, así como un sometimiento permanente a niveles de estrés altos.

- *Influencia del grupo de amigos*. La pandilla es el marco de referencia que ayuda a afianzar la identidad adolescente frente al mundo y satisface el sentimiento de afiliación o pertinencia a un grupo de iguales. La probabilidad de beber aumenta si el adolescente se integra en un grupo que consume alcohol.

Factores Personales.

- *Desinformación y prejuicios*. La falta de conocimiento o la información errónea sobre la naturaleza de las drogas, extensión del consumo adolescente, repercusiones negativas a corta y largo plazo, etc., alienta la curiosidad o impide valorar acertadamente los riesgos. Así una elevada proporción de adolescentes considera que el alcohol no es una droga.

- *Actitudes Favorables hacia el alcohol y drogas de síntesis*. Las actitudes favorables al uso de sustancias son importantes predictores del inicio de consumo de alcohol y otras drogas.
- *Déficits y problemas del adolescente*. Los déficits y problemas personales constituyen factores de riesgo porque el adolescente puede intentar compensarlos o aliviarlos recurriendo alcohol y otras drogas. El consumo de alcohol se relaciona estrechamente con pobre autoestima y con trastornos de ansiedad y del estado de ánimo. Muchos jóvenes toman porque creen que el alcohol va a suprimir en ellos sentimientos que les resultan difíciles de manejar, tales como el descontento sobre su vida social. Creen que embriagarse les va ayudar a acercarse al sexo opuesto y a divertirse en las fiestas.[19]

Factores demográficos

Se han examinado variables demográficos como la edad, el grupo étnico, la raza y el nivel socioeconómico en relación con su repercusión sobre el consumo de alcohol y otras drogas por los adolescentes. Se ha postulado que cada una de estas variables está asociada con la exposición a alcohol, y

[19] Espada, J., Méndez, X., Griffin, K. y Botvin, G. Adolescencia: Consumo de alcohol y otras drogas. Papeles del Psicólogo. 23 (84): 9 – 17. 2003.

que puede ejercer efectos independientes sobre las características del consumo.[20]

Conviene indicar que no existe una causalidad directa entre factores de riesgo y de protección, ni por separado ni entre sí, con el consumo de sustancias. Su aportación fundamental es la de ofrecer un amplio mapa de variables operativamente delimitadas y susceptibles de intervención. No obstante, esta definición y subsiguiente clasificación no es suficiente, màxime se tenemos en cuenta que cada factor de riesgo puede darse en una situación concreta de la vida de una persona, pero en otras circunstancias puede no ser un riesgo; asimismo, durante el desarrollo evolutivo, hay situaciones de riesgo o de crisis inevitables, momentos de disfuncionalidad propios que el individuo debe afrontar en el proceso de construcción vital.

Por otro lado, con la cantidad de factores de riesgo determinados no existe ninguna persona o grupo social que sea lo suficientemente fuerte, seguro o maduro para encontrase libre de ellos. El modelo de competencia social, a diferencia del Biopsicosocial, pone el interés en la conceptualización positiva de la salud y la focalización de las competencias existentes más que en los déficits de los individuos. Este modelo se centra en actividades preventivas diseñadas para promover el desarrollo cognitivo, las destrezas conductuales

[20] McAnarney, E., Kreipe, R. y col. Medicina del Adolescente. Buenos Aires – Argentina. Editorial Médica Panamericana S.A. 1994. 293.

y socioemocionales que proporcionan comportamientos más adaptativos y por tanto, una mayor capacidad para afrontar situaciones críticas vitales. La competencia individual para la interacción social actúa como factor de protección frente al consumo de alcohol, tabaco u otras drogas por lo que es imprescindible formar a los individuos para hacerles más capaces y activos a la hora de afrontar situaciones de riesgo. [12]

Factores motivadores

Las razones que impulsan a los adolescentes a beber o a mantener conductas de consumo son de muy diversa índole, privilegiándose una motivación netamente psicosocial. Se otorga una gran importancia como motivador de consumo en la primera experimentación a la vinculación grupal y al efecto de contagio de los iguales, ya sea bajo modalidades de modelado (*porque bebían mis amigos*) o mediante mecanismos de acción más persuasivos e impositivos (*porque me incitaron a ello*). Asimismo, entre las motivaciones que impulsan al primer consumo de alcohol se privilegia la búsqueda de sensaciones y la curiosidad como variable mediatizadora La búsqueda de evasión de la rutina junto a la euforia y desinhibición o las ilusiones de fortaleza y vigor físico representan otras de las posibilidades.[21]

---

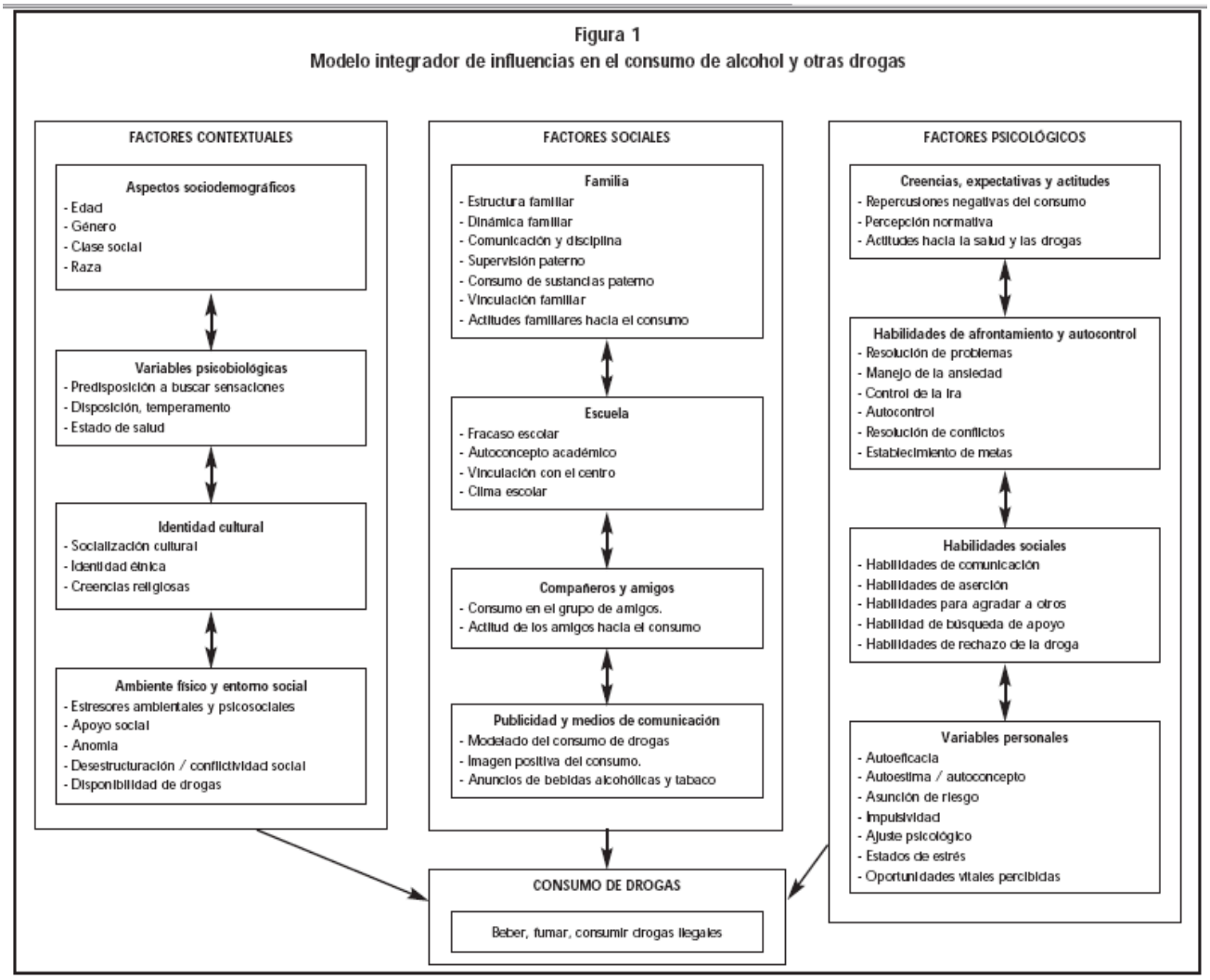
[12] Caballero, F. Las drogas. Educación y Prevención. Madrid - España. Nexus 2004. 165 - 169.

[21] De la Villa, M., Rodríguez, F. y Sirvent, C. Motivadores de consumo de alcohol en adolescentes: análisis de diferencias inter – género y propuestas de un continuum etiológico. Adicciones. 17 (2): 105 – 120. 2005.

Modelo integrador de los factores de riesgo.- Dado el gran número de variables que influyen en el consumo de alcohol y otras drogas parece apropiado plantear una etiología multicausal. En la figura 1 se presenta un modelo que integra los principales factores que contribuyen al consumo de drogas en la adolescencia, agrupados en tres categorías: a) los factores contextuales, incluyen variables socio demográficas, biológicas, culturales y ambientales; b) los factores sociales se refieren tanto al entorno próximo del adolescente, familia, escuela, grupo de amigos, como a la influencia mediática de la publicidad y los medios de comunicación; c) los factores personales comprenden cogniciones, habilidades y otras variables personales relevantes.

Las influencias sociales tienen mayor impacto en los adolescentes psicológicamente vulnerables, cuyos repertorios básicos de conducta son pobres, por ejemplo: déficit en habilidades sociales o académicas, y con deficiencias o problemas psicológicos como baja autoestima, ansiedad o estrés.

Cuantos más factores de riesgo incidan en un adolescente, mayor probabilidad de consumo de alcohol y otras drogas.



Fuente: Espada, J y col. Adolescencia: Consumo de alcohol y otras drogas. 2003

¿Por qué beben los adolescentes?

En el ámbito global, es importante tener en cuenta que ha habido un cambio considerable en las costumbres sociales que favorecen de alguna manera el consumo de alcohol. Por un lado, se tiende hacia las macro sociedades, donde cada vez se da más una pérdida de valores, y por otro los/as adolescentes tienen hoy una mayor independencia económica en líneas generales, que les permite entrar de lleno en la sociedad de consumo. En definitiva, podríamos decir que tanto el alcohol como otras drogas, están en nuestra sociedad porque cumplen determinadas funciones, entre las que

están, la de servir de elemento de integración para unos/as jóvenes y de evasión para otros/as.

Esta situación se da debido a una serie de variables, como crisis de valores, violencia intrafamiliar, además de una serie de cambios que vive el adolescente como crisis de identidad, conformación de grupos, cuestionamiento de la autoridad, desarraigo de los padres y búsqueda de ideales, entre otros, los cuales conducen al adolescente a actuar inadecuadamente, apropiándose de modelos que lo perjudican, por lo cual, se presentan altibajos por el estado de confusión que viven, conduciéndolos al alcohol, como medio de evasión de sus problemas, pensando que con este se encuentra la solución, sin darse cuenta que se está convirtiendo en un adicto. Según la O.M.S. cada año crece el número de adolescentes que consumen bebidas alcohólicas en el mundo entero. La edad de inicio del consumo de bebidas embriagantes es variable, notándose que algunos de los estudiantes tomaron por primera vez a los cinco años de edad, aunque la mayoría se ubican en el rango de 13 a 15 años.[22]

Para los adolescentes el alcohol es como una quitapenas que permitirían esquivar los limites que la realidad impone y acceder a un mundo que ofrecería mejores condiciones y sensaciones. A partir de aquí se podría constatar que la mayoría de los/as adolescentes no solo beben por placer, sino, por otras múltiples razones que se podrían agrupar en dos procesos:

[22] Rodríguez, L., Díaz, F. y Nájera, M. Génesis del alcoholismo en estudiantes adolescentes. Rev. Digital Buenos Aires. 10 (80). 2005.

1. La búsqueda de efectos agradables. El encontrarse a gusto, búsqueda de una mayor capacidad de relación, etc.
2. Elementos de presión social, el bombardeo de la publicidad y la oferta, etc.

Para cada uno de estos procesos existen una serie de factores que se podría diferenciar en:

a. De tipo Social

La dificultad de asumir algunas realidades cotidianas.- La adolescencia es un momento particularmente vulnerable en la vida de una persona, por ser el momento de transición entre la perdida de los padres como educadores principales y la búsqueda o el encuentro de otras nuevas figuras, deseos y sensaciones. A todo esto se suma enfrentamiento con un mundo que cada vez se les va haciendo más complejo.

El papel que hace del alcohol compañía habitual en las relaciones sociales. Las evidencias sugieren que el hecho de que los compañeros de un adolescente consuman alcohol es un sólido indicador de que él o ella beberán alcohol. La publicidad, dirigida de una manera especialmente agresiva a los jóvenes. La aceleración del ritmo de vida.

b. De tipo Familiar

El consumo de alcohol dentro de la familia es siempre referencia para los/as adolescentes y afecta sobre todo en el adelanto de la edad del consumo por parte de estos. Los adolescentes beben menos y tienen menos problemas relacionados con el alcohol cuando los padres aplican una disciplina

uniforme y expresan sus expectativas claramente Los hijos de padres alcohólicos tienen más probabilidades de empezar a tomar durante su adolescencia y a desarrollar desórdenes de uso de alcohol.

Las investigaciones más recientes sugieren que hay menos probabilidades de que los niños beban alcohol si los padres forman parte de sus vidas y participan en sus actividades y cuando tanto los niños como los padres indican que tienen una relación estrecha. Los jóvenes cuyas familias tienen ya un historial de abuso de alcohol, están en "mayor riesgo" que otros para desarrollar problemas relacionados con el alcohol puesto que al ver a sus padres y/o demás familiares, se acostumbran y creen que el consumir bebidas embriagantes es un buen habito característico de los adultos.

c. **De tipo Grupal**

Normalmente se bebe en grupo para divertirse y ser aceptado, y en alguna medida para mantener una relación grupal.

d. De tipo Individual

Problemas de socialización.

Dependencia afectiva. ·

Problemas de personalidad. ·

Iniciación sexual: es posible que en nuestra cultura actual el alcohol juega algún papel en este sentido para los adolescentes en tanto se es grande por estar tomando alcohol o por estar borracho. Por otra parte el alcohol suelta la lengua y da ánimos para encarar el juego de seducción inicial.

Otras veces se acude al alcohol por curiosidad, por el afán de experimentar, de conocer aquello de lo que se habla y que tan peligroso parece. También para facilitar el contacto y la comunicación en las relaciones sexuales, pero por el contrario, esto no solo no lo facilita, sino que lo dificulta y aporta efectos contrarios a los buscados. Otra de las formas de acercarse al alcohol por parte de los adolescentes es para participar de la sociedad de los adultos, cuyas actitudes se toman como referencia en numerosas situaciones cotidianas.

Otras literaturas plantean que en el caso de la adolescencia, muchas veces se niega sufrir alcoholismo puesto que no se bebe entre semana, sin embargo, sobrepasarse todos los fines de semana y comenzar a depender de ese hábito conlleva también un tipo de alcoholismo, ya que crea dependencia y adicción hacia ese tipo de bebida.

Generalmente, las personas que acaban dependiendo, poco a poco empiezan a beber también entre semana, y sin ningún motivo aparente o buscando los motivos donde no los hay.

Muchas veces inciden los problemas familiares (malas relaciones dentro de la familia), sociales (necesidad de pertenecer a un grupo de iguales), escolares (problemas en la escuela que me llevan a beber para olvidar) en la existencia del alcoholismo.

Los adolescentes beben alcohol para tener una excusa para involucrarse en conductas no aceptadas socialmente y poder echarle la culpa al alcohol, así por ejemplo, si alguno hace algo que pueda ser percibido como infantil,

agresivo o peligroso y que pudiera tener una respuesta negativa de sus compañeros, tiene un pretexto, algo a que atribuir la conducta inaceptable. En estos casos, el alcohol es usado como una carta abierta para hacer lo que a uno le plazca. Generalmente, el adolescente tiene dificultades en saber cuál es su límite, y pocas veces tiene conciencia de cuando tiene que parar de beber. Con el tiempo, la forma de beber de los adolescentes ha cambiado considerablemente.

Los jóvenes consumen alcohol intermitentemente y sin apenas diferencia en los sexos, la mujer ha alcanzado al varón. Se bebe mas los fines de semana y las bebidas preferidas por los adolescentes son la cerveza, las bebidas destiladas y los combinados. Se busca una rápida intoxicación y se ocupa casi la totalidad del tiempo libre en beber. Incluso el alcohol está presente en otro tipo de actividades que podrían ser susceptibles de ser en cierto modo alternativas al consumo, como por ejemplo en excursiones y acampadas, celebraciones deportivas, etc. El consumo se da en todas las capas de la sociedad. La accesibilidad de los jóvenes a las bebidas alcohólicas es cada vez mayor, a pesar de las prohibiciones impuestas de su venta a menores.[23]

2.5. EFECTOS A CORTO Y LARGO PLAZO

[23] Rodríguez, I., Castillo, I. y col. Alcoholismo y Adolescencia, tendencias actuales. Rev. de Psiquiatría y de Psicología del Niño y del Adolescente.7 (1): 38 – 64. 2007.

Se ha comprobado que la toma de alcohol durante la adolescencia, incluso de forma esporádica, puede provocar importantes alteraciones físicas y psíquicas. Se ha documentado en los últimos años un cambio en el patrón de consumo de los jóvenes, en el que a pesar de disminuir algunos indicadores, como el consumo diario, aparece un consumo más intenso durante el fin de semana, que se asocia con la frecuencia de consumo de otras sustancias adictivas.[5]

El adolescente que reconoce no tomar alcohol tiene mayor sensibilidad así como más dificultades para recuperarse después de una situación emocional o de estrés, siendo un individuo tranquilo, más introspectivo, con tendencia a ser previsor y llevar una vida más ordenada.

En cambio, el adolescente que bebe presenta una mayor adaptabilidad al entorno y un mejor control del estrés, con alta sociabilidad, aunque con alta impulsividad y sin adecuado control sobre sus sentimientos. Este perfil de adolescente tendría un mayor número de experiencias sociales y podría liderar e influenciar su grupo de amigos, siendo el acceso al alcohol una forma de relación social, que al tiempo favorece un peor rendimiento escolar.

Estos rasgos estarían más marcados en las mujeres por su madurez afectiva y social más temprana que en los varones, y serían más relevantes dada su mayor vulnerabilidad al alcohol.

---

[5] Ariza, C., Nebot, M. y col. Tendencias en el consumo de tabaco, alcohol, cannabis de los escolares de Barcelona (1987 – 1999). Gac. Sanit. 17 (3): 190 – 195. 2003.

Un adolescente que sea buen hijo y buen alumno no necesariamente equivale a ser un individuo con bajo riesgo para el uso de sustancias. Tener amigos que no siguen normas sociales, los problemas psicológicos, inactividad, aislamiento social, la mala conducta, los problemas de asistencia a la escuela y la oportunidad de usar drogas, son factores de riesgo de consumo de sustancias muy importantes.

El consumo de alcohol está relacionado con más de 60 condiciones de salud que van desde las que son resultado de un consumo excesivo de alcohol durante el embarazo y que afecta al feto, a lesiones intencionales y no intencionales, cánceres, trastornos cardiovasculares, enfermedades hepáticas y condiciones neuropsiquiátricas, incluyendo la dependencia.[24]

El alcohol es una sustancia psicoactiva que afecta al cerebro y a la mayoría de los órganos del cuerpo. Su consumo afecta al consumidor mismo y a quienes lo rodean, por estar relacionado con violencia familiar, accidentes fatales de tránsito (tanto para pasajeros como peatones) y violencia interpersonal. El consumo perjudicial de alcohol está también relacionado con problemas sociales y económicos, con el individuo, con la familia y la comunidad.[25]

---

[24] Alderete, E. y col. Problemas relacionados con el consumo de alcohol en jóvenes de la provincia de Jujuy, Argentina. Rev. Salud Pública de Mex. 50 (4): 300 – 307. 2008.

[25] Monteiro, M. y col. Problemas sociales y de salud relacionados con el alcohol. Alcohol y Salud Pública en las Américas. Un caso para la acción. OPS. 2007.

Las principales consecuencias negativas que pueden padecer los adolescentes por el consumo de alcohol son:

- Intoxicación etílica aguda o embriaguez. A mayor cantidad de alcohol ingerido, mayor descoordinación motora, agresividad y episodios de pérdida de conocimiento, coma y muerte.
- Problemas escolares. El consumo de alcohol repercute directamente en el rendimiento escolar.
- Sexo no planificado. Aunque los adolescentes disponen de información sobre los métodos para prevenir las enfermedades de transmisión sexual y los embarazos no deseados, la embriaguez puede actuar como una barrera que dificulta la puesta en práctica de las conductas de salud.
- Accidentes de tráfico. El riesgo de padecer un accidente aumenta por la pérdida de reflejos, la desinhibición, la sensación de control, la euforia y los déficits perceptivos ocasionados por el alcohol.
- Se considera al alcohol como una “puerta de entrada” al consumo de otras sustancias.

Alcohol → Tabaco → Cannabis → Otras drogas ilegales.

- El individuo que comienza a beber como adolescente tiene cuatro veces más probabilidades de desarrollar dependencia del alcohol que quien espera hasta la edad adulta para usar alcohol.

- Existe una fuerte relación entre el consumo de alcohol y el riesgo de una persona de ser perpetrador o víctima de violencia. La violencia o los maltratos relacionados con el alcohol incluyen violencia en la pareja, maltrato infantil, violencia juvenil, violencia sexual.
- Tanto a las mujeres, como a los niños y a los jóvenes, el alcohol generalmente les afecta más y tienen mayores concentraciones en sangre que los hombres adultos con la misma ingesta de alcohol.
- Esto se debe a que las mujeres tienen menor peso corporal, hígados más pequeños y mayor proporción de grasa que de músculo. [19]

Las características de un alcohólico adolescente, además de todas las comunes a todas las personas, son:

- Repetidamente se levanta y llega tarde al colegio, a clase, a algún entrenamiento, etc.
- Falta a clase o se escapa del salón con frecuencia.
- Su rendimiento académico se deteriora.
- Presenta problemas de retención y de juicio
- Inicia pleitos frecuentes con sus amigos y discute constantemente.
- Descuida su apariencia, muestra desaliño inusual.
- Es hostil con los que le rodean.

[19] Espada, J., Méndez, X., Griffin, K. y Botvin, G. Adolescencia: Consumo de alcohol y otras drogas. Papeles del Psicólogo. 23 (84): 9 – 17. 2003

- Se aísla de la familia, tiene cambios bruscos de humor.
- Se ve involucrado en peleas, robos.
- Cambia muy seguido de amigos.
- Tiene dificultad para conciliar el sueño.
- Presenta nerviosismo, irritabilidad. Se irrita de manera descontrolada por situaciones relativamente sencillas.
- Llega a casa con aliento alcohólico o masticando chicle o pastillas de menta.
- Constantemente encuentra excusas para quedarse en casa de algún amigo.
- Persiste en sentirse deprimido.
- No encuentra gusto en las diversiones y actividades propias de su edad.
- Baja de peso considerablemente.
- Falta de apetito, no le encuentra sabor a los alimentos o come en exceso, especialmente alimentos dulces.
- Presenta problemas de falta de concentración.
- Desorientación en el tiempo, espacio o en relación a las personas.
- Deterioro general de su estado físico.
- Desinterés o apatía por lo que antes le entusiasmaba, como practicar algún deporte.
- Protege exageradamente su habitación y sus cosas personales o parece esconderse.

- Se niega constantemente a decir con quién va o a dónde va.
- Utiliza lentes de sol inadecuadamente, se cubre demasiado aun cuando el clima sea caluroso.
- Continuamente solicita dinero, su mensualidad repentinamente empieza a ser insuficiente sin que existan mayores gastos.
- Su lenguaje incluye el uso de la jerga relacionada con las drogas.
- Entre sus pertenencias se encuentran objetos relacionados con el uso de droga como pipas, varas de incienso, papeles para cigarros.
- Desaparición de botellas de alcohol o disminución del contenido en las mismas.

La lista podría ser interminable, por lo que es recomendable que los padres estén alerta y agreguen mucho sentido común y suspicacia para saber detectar un comportamiento anormal de una rebeldía juvenil.

2.6. PREVENCIÒN

Se llama prevención al conjunto de estrategias (recursos, servicios, programas.) que una comunidad ensaya para promover la salud de sus miembros y reducir a mínimos socialmente aceptables la probabilidad de que aparezcan problemas relacionados con el consumo de sustancias. La prevención no es un asunto que únicamente compete a especialistas, sino que es una responsabilidad compartida por toda la comunidad en su quehacer cotidiano. Las acciones de prevención, es importante

desarrollarlas sobre todo en el ámbito escolar, familiar, laboral y de la sociedad y en los medios de comunicación. [26]

EDUCACIÓN Y PREVENCIÓN SOBRE EL CONSUMO DE ALCOHOL.

Sin duda alguna. Las nuevas pautas de consumo de alcohol en la población adolescente representan uno de los aspectos más destacados de la evolución del consumo de drogas en los últimos años; este consumo se caracteriza por realizarse los fines de semana y en contextos de tiempo libre y diversión. Otra característica del patrón adolescente y juvenil de consumo de alcohol son la búsqueda inintencionada de la embriaguez y la ingesta de combinados y principalmente cerveza. Un aspecto también muy relevante es la creciente incorporación de las mujeres al consumo; de tal modo que, en estos momentos, existe una práctica equivalente en las tasas de consumo de alcohol entre los sexos en las edades comprendidas entre los quince y dieciocho años.

En los últimos veinte años, el uso de alcohol y de otras drogas ha experimentado cambios muy importantes. Estos cambios han sido tanto en las cantidades, como en las formas e, incluso en el significado que se le da a su consumo. Los problemas relacionados con el abuso de alcohol distan de estar resueltos, y siguen siendo una de las cuestiones que despierta mayor preocupación especialmente porque está afectando a los sectores más jóvenes de la población.

[26] Alcalá, C., Azañas, S. y Moreno, C. Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en adolescentes, estudio de dos cortes. Medicina de Familia. 3 (2): 81 – 87. 2002

En una sociedad moderna, los principales determinantes para la salud, muy por encima de los factores biológicos, son los estilos o formas de vida. El estilo de vida comprende nuestras actitudes y valores, así como nuestra conducta en áreas como la alimentación, la sexualidad, el uso de alcohol, tabaco y otras drogas, los controles de salud, la práctica de ejercicio físico o las actividades de ocio. El estilo de vida no es algo que dependa única y exclusivamente de la voluntad de cada individuo en particular, sino que se desarrolla en estrecha relación con las condiciones de vida que nos impone la sociedad. Sin embargo, en el entramado social, hay un espacio para la libertad y responsabilidad de cada uno sobre su propia conducta. Y este es el lugar de la educación como agente de cambio social. [12]

Los hábitos nocivos para la salud se adquieren desde la infancia. Por ejemplo, la edad crítica para el inicio del consumo de sustancias como el alcohol, tabaco o drogas se sitúa entre los doce y quince años. Y aún antes de estas edades actúan factores que podrán condicionar el tipo de consumo. Esto quiere decir que, más allá de las posibles influencias de la moda o de los intereses políticos, la educación sobre el alcohol y las otras drogas es cada vez más necesarias en la escuela.

Una de las medidas preventivas en contra del alcoholismo es la de establecer campañas para poder proporcionar información por medio de folletos, trípticos, en forma oral, etc.

---

[12] Caballero, F. Las drogas. Educación y Prevención. Madrid - España. Nexus 2004. 24 – 27.

Con el fin de empezar hacer consciencia en la población de la problemática, tratando de tocar puntos esenciales, tales como que es el alcoholismo, en qué consiste, por que se da, cuales son los efectos que produce la ingestión excesiva de alcohol, lugares a donde se puede acudir a solicitar información, ayuda, etc.

La lucha antialcohólica consiste principalmente en educar a la gente contra el abuso del consumo de bebidas alcohólicas, sobre todo en personas que están en la edad de inicio (l4 a l5 años).

La aplicación de impuestos, la limitación de la producción y la prohibición de despachar este tipo de bebidas a los menores de edad son los medios indirectos que tratan de reducir el consumo.

El uso de los medios masivos de comunicación social es determinante para la adquisición de diferentes productos nocivos para la salud, relacionando los productos con personajes televisivos.

En los últimos años, los responsables de Salud Pública de diversos países, sobretodo de cultura mediterránea, han dado luz verde a distintas campañas sobre prevención del alcoholismo, con las que se ha pretendido, de una parte, llamar la atención social sobre lo que es un problema real de salud pública, contra la idea de tolerancia y permisividad, que dicho sea de paso, no se da con otras sustancias tóxicas, y de otra parte, informar respecto de

la prevención de esta enfermedad, como el medio más eficaz para combatirla.

Tratamiento preventivo:

- Control de la publicidad
- Restricción real del consumo de alcohol a menores
- Alternativas de ocio sin alcohol
- Limitación de horarios de los bares
- Educación para la Salud eficaz, es decir, con incidencia en los adolescentes y jóvenes
- Promover actitudes y estilos de vida incompatibles con el alcohol.
- Mensajes objetivos y no alarmistas, centrados en las ventajas de no beber, más que en los inconvenientes de no hacerlo.
- Manifestación de actitudes negativas con respecto de la bebida por parte de padres y profesores.
- Información que contemple el objetivo de contrarrestar las presiones a las que están sometidos los jóvenes por la publicidad y los tópicos culturales.

Sería muy interesante que los adolescentes aprendieran a una edad muy temprana, y sin ningún género de duda, que las supuestas "ventajas" del alcohol, (combatir el frío, eliminar la ansiedad, tratar el insomnio, etc.) no son más que creencias sin fundamento. La detección temprana de un problema

de alcoholismo es la clave para ofrecer al adolescente la oportunidad de aceptar ayuda y evitar que se vea envuelto en una espiral de deterioro personal y familiar como consecuencia de una enfermedad crónica, progresiva y mortal, como es la adicción al alcohol.

Detectar la existencia de una dependencia en sus inicios puede ayudar a prevenir la progresividad de la enfermedad. La detección temprana ofrece la posibilidad de tratamiento antes de que el grado de adicción aumente con daños mayores e irreversibles. Para ayudar al adolescente es necesario conocerlo. El conocimiento de lo que esta etapa del desarrollo envuelve puede facilitar la comprensión de la conducta de los jóvenes y evitar el riesgo de poner etiquetas a los adolescentes. En los adolescentes predomina un sentimiento de encontrarse perdido, de no encontrar el rumbo. Esta desorientación debida a los cambios que está experimentando física, mental y emocionalmente, se agrava y se complica aún más cuando el joven desarrolla una adicción.

La familia tiene un papel de crucial importancia en la prevención, el entorno familiar es el primer espacio socializador para el individuo y, como tal, debe tener un papel activo en la prevención del consumo de alcohol, a través de la acción educativa que se ejerce en su seno.

DECÁLOGO: JOVEN ANTE LA PUBLICIDAD DE ALCOHOL

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) 2002

Puesto que las empresas fabricantes de bebidas alcohólicas obtienen importantes beneficios proponemos:

Destinar un porcentaje de los beneficios de las empresas fabricantes de bebidas alcohólicas a la financiación de:

- **Programas de prevención del consumo de alcohol**

- **Educación para la salud**
- **Actividades de ocio alternativas**

En ningún caso se tratará de un patrocinio y el nombre de las empresas licoreras no figurará en ninguna de las actividades que se programen. Tampoco las empresas fabricantes podrán gestionar la cantidad a invertir, ni a través de Fundaciones ni de otras actividades de marketing social. Asimismo, las firmas comerciales no podrán decidir el destino del dinero.

Las empresas fabricantes de bebidas alcohólicas dedican buena parte de sus campañas de marketing a la promoción de competiciones y espectáculos deportivos, difundiendo una falsa imagen de que el consumo de alcohol es "saludable" y no perjudicial para la práctica deportiva.

Proponemos:

- **Limitar el patrocinio de actividades deportivas por parte de las**

empresas fabricantes de bebidas alcohólicas, de forma progresiva para que permita avanzar en otras alternativas

La venta de prendas de vestir y de otros productos con la misma marca que algunas bebidas alcohólicas favorece la identificación de estas firmas con productos inocuos. Proponemos:

- **Prohibir la utilización de marcas de bebidas alcohólicas para la comercialización de otros productos**

Determinadas campañas publicitarias contribuyen a identificar la fama, la belleza y la imagen del éxito (profesional, deportivo, sexual) con el consumo de bebidas alcohólicas. Proponemos:

- **Promocionar campañas en las que aparezcan personajes famosos que no consumen alcohol para romper el esquema alcohol / éxito**

Se ha demostrado que la información sobre los efectos nocivos del alcohol que tienen los adolescentes no ha sido eficaz para prevenir entre ellos el consumo abusivo de alcohol. Proponemos:

- **Introducir en los programas de educación para la salud unos conocimientos mínimos de publicidad, que permitan a los adolescentes analizar los mensajes publicitarios que reciben**

A diferencia de lo que ocurre con el tabaco o los medicamentos, la publicidad de bebidas alcohólicas no incluye mensajes claros sobre los

riesgos del consumo y del abuso. La aparición de mensajes del estilo de "es tu responsabilidad", lejos de ser una advertencia dan a entender que las empresas fabricantes no tienen ninguna responsabilidad sobre el tema. Proponemos:

- **Introducir en la publicidad de las bebidas alcohólicas advertencias claras y contundentes sobre los efectos del consumo y del abuso** (Ejemplo:"el alcohol mata")

La presencia de bebidas alcohólicas es algo habitual en nuestra sociedad, la publicidad se ubica en los medios de transporte, cerca de los ambientes universitarios y de zonas escolares, en las contraportadas de suplementos dominicales, de revistas deportivas y de información general, las botellas están expuestas en bares y en establecimientos de uso no restringido a menores. Proponemos:

- **Limitar la presencia del alcohol en lugares y publicaciones accesibles a los adolescentes** (por ejemplo: ubicar de forma menos visibles las botellas en las cafeterías y restaurantes)

La presencia de bebidas alcohólicas en supermercados y tiendas de alimentación es muy visible y no se diferencia de cualquier otro tipo de productos (las bebidas pueden incluso compartir pasillo con productos consumidos especialmente por adolescentes). Proponemos:

- **Eliminar progresivamente de los supermercados y tiendas de alimentación la presencia de bebidas alcohólicas situándolas, en principio, en una zona diferenciada y estableciendo una caja específica para su pago y, posteriormente, limitando su venta a comercios especializados**

La venta de bebidas alcohólicas en envases de tamaño reducido hace que su transporte sea cómodo, se puedan consumir con facilidad y el precio sea asequible para adolescentes y jóvenes. Proponemos:

- **Aumentar el tamaño de los envases de bebidas alcohólicas para dificultar su consumo por los jóvenes**

A pesar de estar limitada, la publicidad directa o indirecta de bebidas alcohólicas es muy visible en TV y radio. Proponemos:

- **Limitar los horarios de emisión de publicidad de bebidas alcohólicas, incluyendo la emisión de espectáculos o actividades deportivas en los que aparezca como patrocinadora alguna marca de bebidas**.

CAPÍTULO III

3. TABAQUISMO Y ADOLESCENCIA

3.1 CONCEPTO

El tabaquismo es la adicción al tabaco provocada, principalmente, por uno de sus componentes activos, la nicotina; la acción de dicha sustancia acaba condicionando el abuso de su consumo. El tabaquismo es una enfermedad crónica sistémica perteneciente al grupo de las adicciones y está catalogada en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV de la *American Psychiatric Association*. Actualmente se cree la causa principal mundial de enfermedad y mortalidad evitable.

El tabaquismo y la exposición al humo del tabaco constituyen una de las mayores causas prevenibles de morbi-mortalidad. Como la experimentación con el tabaco se inicia durante los primeros años de la adolescencia, la industria tabacalera presiona, a través de sus mensajes, a esta franja de edad. Como forma de seducción, las compañías muestran perfiles deseables de conducta, que muestran a los jóvenes tal como ellos quisieran verse: siempre jóvenes, triunfadores, en un marco ausente de conflicto. Las mujeres son un sector de la población vulnerable al tabaquismo, por lo que el acto de fumar puede representar en sí mismo cierta emancipación. Desde

el siglo XIX se consideraba que fumar era una conducta de liberación en las mujeres, aunque también se lo vinculaba con la prostitución.[27]

De acuerdo a la Teoría de la Acción Razonada, el comportamiento de fumar puede ser predicho por la intención de la persona a fumar, aunque la realización de esa intención pueda no ser posible debido a ciertas barreras (por ejemplo, no se quiere fumar pero no sabe como rechazar un cigarrillo; quiere fumar pero no tiene dinero para comprar cigarrillos). Según esta teoría la intención está "determinada" por la actitud y la norma subjetiva.

La actitud representa el sentimiento general (favorable o desfavorable) relativo a un comportamiento (por ejemplo, fumar es malo). La actitud de la persona relativa a un comportamiento está influenciada por sus creencias sobre las consecuencias (sobre los costes y beneficios, o sea, las ventajas y desventajas) de la realización del mismo. La norma subjetiva de una persona corresponde a la percepción personal sobre si la mayoría de las personas que son importantes para ella piensan que la persona debe o no realizar un determinado comportamiento.

En resumen, de acuerdo con esta teoría las personas tienen mayor probabilidad de realizar un determinado comportamiento cuando tienen una actitud favorable cara a su realización y cuando perciben apoyo normativo

[27] Sánchez, L., Hernández, M. y Lazcano, E. El consumo inmoderado de alcohol como factor predictor de la persistencia del consumo de tabaco en jóvenes. Salud Pública de México. 48 (1): 41 – 47. 2006.

para su realización por parte de personas que ellas consideran importantes o que les merecen credibilidad.[28]

3.2 CLASIFICACIÓN

Se puede considerar la existencia de varias etapas en el proceso de transformación no fumadora en fumadora: a) preparación/ iniciación, b) habituación y c) mantenimiento/adicción.

Preparación/iniciación. Según esta secuencia la preparación y la anticipación conducen en ocasiones a probar el primer cigarrillo (iniciación), acto a veces seguido de la experimentación repetida, posiblemente con frecuencia suficiente como para la adquisición del hábito (habituación) y para la intervención de una serie de procesos adictivos (mantenimiento). En general, en cada una de las etapas el número de adolescentes que pasa a la siguiente se reduce. Es decir, aunque son numerosos los jóvenes que experimentan con el tabaco, en teoría podrían no llegar a convertirse en fumadores.

Convertirse en fumador habitual durante la adolescencia no significa necesariamente continuar siéndolo en la edad adulta. Durante la juventud la alternancia entre el consumo habitual, el experimental y el abandono del tabaco puede ser relativamente natural. Esta fase se desarrolla esencialmente en la etapa escolar en los grupos de edad de 7-14 años en

[28] Precioso, J. y Macedo, M. La contribución de los programas de influencias psicosociales (complementados con otras estrategias) en el control de la epidemia tabáquica. Adicciones. 15 (4): 369 – 378. 2003.

los que concurren el deseo de aceptación social y la curiosidad por los hábitos de los adultos.

Habituación. Es la etapa donde se produce el refuerzo del hábito a través de las experiencias positivas del consumo de tabaco de orden físico, social, psicológico y ambiental.

En esta etapa son influencias decisivas las convicciones sobre los efectos del tabaco (p. ej., tranquiliza, disminuye el estrés, da confianza, combate el aburrimiento, controla el peso, etc.), la importancia de los riesgos que comporta para la salud, conducta de los amigos en relación con el tabaco, tabaquismo en la familia, imagen de uno mismo, disponibilidad y precio de los cigarrillos.

Mantenimiento y adicción. En este período es donde se logra la dependencia a los cigarrillos. El grupo de edad se extiende desde la juventud al inicio de la edad adulta. Las influencias decisivas son las mismas de la etapa anterior a las que se añade la dependencia a la nicotina.[29], [30]

3.3 FACTORES PROTECTORES

Los factores protectores son aquellas que estando presentes en el individuo, familia, comunidad, etc., disminuyen, modulan, limitan o compensan, el peso

[29] Barrueco, M., Hernández, M. y Torrecilla, M. Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo: 107 – 141. 2003.

[30] Caballero, A., Gonzàlez, B., Pinilla, J. y Barber, P. Factores predictores del inicio y consolidación del consumo de tabaco en adolescentes. Gac. Sanit. 19 (6): 440 – 447. 2005.

que los factores de riesgo podrían tener para el desarrollo o de una drogo dependencia.

En la literatura, las variables de protección más citados son:

1. El apego familiar
2. La existencia de normas de conducta claras tanto en el entorno familiar como en la escuela
3. Relaciones familiares satisfactorias, a favor de la estabilidad y la cohesión familiar.
4. Alto apoyo social.
5. Implicación de actividades religiosas y asistencia a actividades de parroquia.
6. Valores positivos con respecto al cuerpo y a la vida.
7. Toma de decisiones personales
8. Capacidad crítica y desarrollo del criterio propio.
9. Auto – aceptación.[31]

3.4 FACTORES DE RIESGO

La adolescencia es la etapa del desarrollo del individuo en la que, generalmente, se produce el inicio del hábito de fumar. En esta etapa interviene factores sociales y conductuales (que varían en función del sexo, la edad y la situación socioeconómica) que desencadenan un proceso que

[31] Martínez, M. y Robles, L. Variables de protección ante el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes. Psicothema. 13 (02): 222 – 228. 2001.

incluso empieza antes de probar el primer cigarrillo y que concluye con una dependencia física y psíquica del tabaco. La mayor parte de los adolescentes que empieza fumando pocos cigarrillos acaban viéndose atrapados entre la nicotina y otras sustancias adictivas del tabaco.[32]

La iniciación al consumo de tabaco se lleva a cabo en nuestro contexto sociocultural principalmente en la edad escolar. En este proceso entran dos factores importantes en juego. En primer lugar el tabaco legalmente está prohibido a los menores, justificado por los efectos negativos del mismo; de este modo el fumar se presenta como una forma de prerrogativa de los adultos y la vulneración de la prohibición como un incentivo añadido a la necesidad de conocer y probar novedades: es “el sabor de la aventura”. En segundo lugar, la iniciación es básicamente un proceso de grupo; más aún, el comienzo del uso del tabaco es uno de los elementos a través del cual se produce la transición de la adolescencia a la edad adulta.

Según la información procedente de la OMS, más del 60% de los jóvenes han probado el tabaco a la edad de 15 años y casi la tercera parte de todos ellos son fumadores activos antes de cumplir los 18 años. De este modo comenzar a fumar refuerza y facilita la incorporación al grupo; rechazar el

---

[32] González, L. Tabaquismo. Un problema sanitario de primera magnitud. Ámbito Farmacéutico. Educación Sanitaria. 23 (7) 68 - 74. 2004.

cigarrillo supondría ser discriminado; fumar y ofrecer tabaco equivale a ser aceptado y también a reforzar las relaciones dentro del grupo. [29]

FACTORES DE INICIO

Considerando los fumadores según la edad, las bandas de más alto consumo se han desplazado hacia los grupos de menor edad. Según la OMS, la demanda de tabaco se concentra en las regiones sub desarrolladas donde los niños y adolescentes comienzan a fumar a edades cada vez más tempranas. [33]

Aquí se incluyen aquellos factores que favorecen y potencian el comienzo del consumo de tabaco; comprenden tres tipos: factores ambientales, factores sociales y factores personales.

Factores ambientales. Dentro de los factores ambientales podríamos incluir la publicidad y promoción del tabaco. La publicidad no sólo promociona los distintos productos derivados del tabaco, sino también la práctica de consumirlos. Mediante el empleo de imágenes fascinantes, la industria tabaquera asocia el lujo, la aventura, el deporte, la libertad, la independencia, control del peso, el éxito social y profesional, con fumar.

Los niños, adolescentes y las mujeres son el futuro de la industria tabaquera. Entre sus numerosas estrategias, la industria ha participado en estudios sobre el inicio del consumo del tabaco en los jóvenes, difundiendo el

[29] Barrueco, M., Hernández, M. y Torrecilla, M. Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo: 107 – 141. 2003.

[33] Economía del Control del Tabaco de los países de Mercosur y Estados Asociados OPS. 2006.

mensaje de que fumar responde a un “comportamiento adulto”, lo que hace en la opinión de algunos autores que refuerce e incite aún más la intención de los jóvenes por fumar.

Por otro lado existe una gran accesibilidad para conseguir cigarrillos ya que son múltiples los canales de venta de productos derivados del tabaco, incluso se pueden adquirir de modo anónimo a través de las máquinas expendedoras automáticas. Contamos con disposiciones legales que limitan la venta de tabaco a los menores de 16 años15, pero resultan difíciles de aplicar. A causa de su bajo precio se tiene una gran disponibilidad del tabaco. Se ha estimado que el aumento del 1% del precio del tabaco supone una reducción en un 0,5% del consumo.

***Factores sociales*.** Dentro de estos factores, destacan la familia, el grupo de amigos y los educadores.

***Influencias familiares*.** El tabaquismo de los padres, así como sus actitudes frente al tabaco, se han asociado de manera constante al de los jóvenes. Los niños que crecen en hogares cuyos padres no fuman y desaprueban el consumo de tabaco 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.

***Influencias de los compañeros*.** El concepto de “presión de los compañeros” se ha identificado siempre como factor influyente en la

conducta de los jóvenes respecto al tabaco. Los jóvenes que fuman suelen hacerlo en compañía de amigos y para ellos fumar constituye una actitud decididamente integradora. Sin duda existen pequeños grupos de compañeros cuyos miembros se asocian entre sí, a través del tabaquismo, y los estudios demuestran que es más probable que los niños fumen si tienen amigos que lo hacen. En esta etapa hay que destacar la enorme influencia que tiene en ello la publicidad.

***Influencia de los educadores*.** El ámbito docente puede ejercer un papel determinante en el inicio del consumo del tabaco. Una de las estrategias más importantes en la prevención del tabaquismo escolar es difundir la idea de que fumar no se corresponde en absoluto con un comportamiento "normal" del adulto.

Se ha observado que en los colegios en los que fuman los profesores, y en particular el tutor, la prevalencia del tabaquismo entre los jóvenes es mayor que cuando los profesores no fuman. Establecer el no fumar como norma dentro de la escuela, promover el ejemplo de amigos y adultos no fumadores como conducta a imitar, instaurar programas educativos e instar a directores y profesores a conseguir un ambiente escolar sin humos son iniciativas de utilidad en la prevención de su uso.

***Factores personales*.** Diversos estudios han revelado características personales asociadas al hábito de fumar. En el plano de la conducta, fumar es el resultado de los rasgos de la personalidad de los sujetos que buscan la sensación, la novedad y el riesgo. El tabaquismo constituye para los jóvenes

una parte importante de la imagen que tienen de sí mismos. Para algunos puede representar, por ejemplo, una imagen adulta y dura. Otros lo consideran como un mecanismo de control del peso y un método para combatir el estrés y calmar los nervios.

El conocimiento y las convicciones en relación con el tabaco guardan relación, según se ha demostrado, con la conducta respecto al tabaco. Los jóvenes que no fuman tienen más probabilidades de sostener opiniones negativas respecto al tabaquismo, igual que los jóvenes que fuman tienen menos conocimientos sobre los riesgos para la salud del tabaquismo o no personalizan esos riesgos o ven que a corto plazo ofrece ventajas (autoestima, nuevas amistades, etc.) que compensan las amenazas para la salud.

La eliminación de la imagen positiva del tabaco y la ayuda a los jóvenes a desarrollar la confianza en sí mismos y sus destrezas sociales contribuirán a reducir la prevalencia del tabaquismo.

Dentro de los factores personales podríamos distinguir los factores psicológicos y los factores genéticos.

***Factores psicológicos*.** Eysenck investigó las características psicológicas y la personalidad del individuo en relación con el tabaquismo. Encontró que los adolescentes de naturaleza extrovertida, carácter impulsivo, tendencia a asumir riesgos, podrían manifestar mayor inclinación a fumar. Existen otras opiniones entre las que el fumar se asocia a adolescentes con problemas de disciplina y con patrones de comportamiento con aquellos que presentan

problemas de autoestima. En cualquier caso, con todos estos hallazgos debemos ser prudentes y entenderlos como “término medio”, ya que las diferencias observadas son mínimas y las afinidades de las personas que fuman son múltiples y diversas, y difieren poco de las no fumadoras.

***Factores genéticos*.** La incidencia del factor genético como determinante en el consumo del tabaco fue ya evaluada por Friberg et al en 1959, en un trabajo llevado a cabo sobre gemelos monocigotos y dicigotos, demostrando la existencia de un cierto grado de predisposición genética a ser fumador.

Diversos estudios sobre amplias cohortes de gemelos han mostrado datos que sugieren una moderada influencia genética y familiar que facilitaría el riesgo de convertirse en fumador, la persistencia en el hábito y la dificultad en el abandono del tabaco.

FACTORES MANTENEDORES Y DE AFIANZAMIENTO DEL HÁBITO TABÁQUICO

Dentro de los factores que favorecen el mantenimiento y estabilización del hábito tabáquico citaremos los farmacológicos, entre los que destaca la nicotina como sustancia de alto poder de generar adicción 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 (*Nicotiana tabacum*). Desde el punto de vista de su estructura química, se trata de una amina terciaria que se deriva de la unión de un anillo piridínico y otro pirrolidínico. Del proceso de combustión del cigarrillo, se origina el humo del tabaco. El

humo es un aerosol constituido por una fase gaseosa y por una fase de partículas; 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 particular. La nicotina es el principal alcaloide del humo del tabaco y el determinante de la dependencia farmacológica; es uno de los pocos alcaloides no oxigenados, y es incolora, oleaginosa, volátil e intensamente alcalina. Cuando toma contacto con el aire adquiere un color marrón y es quizás la sustancia responsable del sabor característico del tabaco. Durante la combustión se destruye un 35%, otro 35% va a parar al humo ambiental, el 22% se inhala a través de la corriente principal y el restante 8% se retiene en la porción no consumida del cigarrillo. La nicotina en su forma ionizada presenta un pH ácido, atraviesa con dificultad la membrana celular, mientras que en estado de base libre, en este caso el pH es alcalino, la atraviesa con facilidad. Éste es el motivo por el cual, la nicotina del humo del cigarro puro o de la pipa, que tiene un pH alcalino de aproximadamente, se absorbe con rapidez por la mucosa oral, mientras que el humo del cigarrillo, que tiene un pH ácido de alrededor del 5.5, se absorbe en un 90% a nivel de la membrana alveolocapilar.

***Factores condicionantes*.** El examen de los factores condicionantes que mantienen el consumo de tabaco muestra una gran complejidad, ya que el hecho de fumar está considerado como una sucesión de conductas.

Las circunstancias que rodean el fumar pueden comportarse como facilitadoras del mantenimiento del proceder del fumador e incluso despertar

respuestas similares a los efectos farmacológicos de la propia nicotina sobre el individuo, reforzando el comportamiento como fumador (factor de hábito).

No hay que olvidar que fumar es una actividad placentera que origina respuestas sensitivas agradables en determinadas terminaciones sensoriales (factores sensoriales).

***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 pueden causar cambios en el estado de ánimo, emociones, estrés, presión laboral y profesional, soledad, son condicionantes que favorecen el que el fumador encienda el pitillo.

Las circunstancias asociadas con fumar pueden convertirse en estímulos preferentes que mantengan y condicionen el hábito. Una sutil pero importante cuestión es si la continuación de fumar está potenciada por la atenuación del síndrome de abstinencia o por la aparición de “consecuencias positivas o de recompensa” derivadas de la inhalación de nicotina.

Por otra parte, se estima que el fumador de una cajetilla diaria durante 20 años ha inhalado más de millón de caladas; cada pipada supone más oportunidades condicionantes del consumo de tabaco asociándola con diversas situaciones de la vida diaria. La mera repetición del acto de fumar fortalece tal comportamiento con el mantenimiento y afianzamiento 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 garganta, y que provoca sensaciones placenteras a nivel del tacto, gusto y olfato, incluyendo también sensaciones visuales.

La conducta de fumar está influida por una acumulación de fuentes de gratificación no farmacológicas que no estaría completa sin incluir la interpretación psicológica del hábito. Recordemos que en muchas ocasiones se enciende el pitillo en circunstancias de estrés e inseguridad, para afrontar situaciones delicadas, luchar contra la apatía, un estímulo durante el reposo, etc.

Para concluir este apartado, añadir que 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. [29]

[29] Barrueco, M., Hernández, M. y Torrecilla, M. Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo: 107 – 141. 2003

El consumo de tabaco como un proceso

- **Factores de inicio**
  - Factores ambientales
    - Publicidad
    - Accesibilidad
    - Disponibilidad
  - Factores sociales
    - Familia
    - Compañeros
    - Educadores
  - Factores personales
    - Psicológicos
    - Genéticos
- **Factores mantenedores**
  - Factores farmacológicos
    - Nicotina
  - Factores condicionantes
    - De hábito
    - Sensoriales

3.5 EFECTOS A CORTO Y LARGO PLAZO

Si bien las mayores manifestaciones o deterioros de la salud se producen en la edad adulta, el hábito comienza en la pre-adolescencia y aumenta y se consolida en la adolescencia.[34]

El consumo de tabaco sigue siendo la principal causa de muerte evitable en el mundo y de un gran abanico de problemas de salud ampliamente

[34] Amato, R. Consumo de tabaco en la adolescencia: Un modelo de atención. Arch. Argent. Pediatr. 101 (6): 1 -4. 2003.

contrastados. Sin embargo, la lista de afecciones que causa el consumo de tabaco ha aumentado. Actualmente se sabe que el tabaco se asocia con alrededor de 25 enfermedades, contribuye a enfermedades como cataratas, neumonía, leucemia mieloide aguda, aneurisma de la aorta abdominal, cáncer de estómago, cáncer de páncreas, cáncer de útero, cáncer de riñón, periodontitis y otras enfermedades.

Estas dolencias se unen a la conocida lista de enfermedades relacionadas con el tabaco, que incluyen cáncer de pulmón, vesícula, esófago, laringe, boca, faringe, laringe, esófago; bronconeumopatía crónica, enfisema y bronquitis; apoplejía. De hecho, hoy sabemos que el tabaco produce el 90% de todos los cánceres de pulmón. Asimismo, el tabaco deteriora severamente el sistema reproductivo, contribuyendo a abortos, partos prematuros, bajo peso al nacer, muerte súbita del lactante y a enfermedades pediátricas, como los trastornos de déficit de atención con hiperactividad. Los niños nacidos de madres fumadoras pesan una media de 200 gramos menos que aquellos nacidos de madres no fumadoras.

Además de los efectos adictivos de la nicotina, esta produce un aumento de la presión arterial, de la resistencia periférica y del ritmo cardiorrespiratorio, e isquemia miocàrdica. Los fumadores tienen de dos a cuatro veces más incidencia de enfermedad coronaria, de hecho existe una relación clara entre el tabaco y el riesgo de infarto y muerte súbita inesperada.

No obstante, aquellos que consumen tabaco no son los únicos expuestos a sus efectos negativos. Existen pruebas científicas concluyentes que asocian

el tabaquismo pasivo a un incremento del riesgo de enfermedades cardiovasculares, cáncer de pulmón, asma y otras dolencias respiratorias en los adultos, y de asma y otras enfermedades respiratorias, infección de oído y muerte súbita del lactante en los niños, por nombrar tan sólo algunos efectos perjudiciales del tabaquismo pasivo. El consumo de tabaco está también asociado al riesgo de desarrollar cáncer de útero, cuatro veces mayor que en las mujeres no fumadoras.

El último informe de «Surgeon General» estadounidense sobre el tabaco y la salud llegaba a la conclusión de que fumar produce cáncer de útero, la principal causa de muerte entre los cánceres femeninos en todo el mundo. [35]

Sin embargo la severidad de los efectos a corto plazo del consumo de tabaco fumado en la salud, el mayor riesgo que corren los niños y adolescentes cuando comienzan a fumar es de hacerse dependientes del tabaco, muchas veces para toda su vida, pudiendo más tarde llegar a padecer algunas de las graves patologías asociadas a la inhalación del humo del tabaco. [28]

El humo del tabaco es una mezcla compleja de gases y partículas en la que existen más de 4.000 sustancias químicas, de las cuales más de 40 son carcinogénicas.

---

[28] Precioso, J. y Macedo, M. La contribución de los programas de influencias psicosociales (complementados con otras estrategias) en el control de la epidemia tabáquica. Adicciones. 15 (4): 369 – 378. 2003

[35] Tabaco: mortífero en todas sus formas. OMS. 2006.

Un cigarrillo en combustión produce dos tipos de humo:

1. La corriente principal, la que los fumadores inhalan y exhalan del cigarrillo.

2. La corriente lateral o secundaria, que va directamente al aire mientras el tabaco se consume.

El humo ambiental de tabaco (HAT) está formado por la corriente lateral —que constituye más del 75%— y por la corriente principal exhalada. Al ser fruto de una combustión más incompleta (a menores temperaturas), la corriente lateral contiene mayores niveles de componentes dañinos que la corriente principal.

Pese a este mayor contenido en sustancias tóxicas de la corriente lateral, la dilución en el aire ambiental reduce marcadamente las concentraciones inhaladas por los fumadores pasivos (en comparación con las inhaladas en la corriente principal por los fumadores). Aun así, fumar involuntariamente se acompaña de exposiciones tóxicas a los agentes generados por la combustión del tabaco.[36]

3.6 PREVENCIÒN

La relevancia de la prevención primaria del tabaquismo como factor de riesgo de algunas de las causas más prevalentes de mortalidad en el mundo occidental está hoy fuera de toda discusión. En las últimas décadas se han elaborado un número substancial de programas preventivos de orientación diversa que han sido sujetos a valoración y análisis. Existe un cierto acuerdo entre los expertos que aquellos programas que añaden una dimensión

[36] Ayesta, F. J. y Lorza, J. Tabaquismo pasivo: importancia. Trastornos adictivos. 9 (1): 53 – 58. 2007.

comunitaria en el diseño de sus intervenciones consiguen reducciones en el consumo de mayor duración. [37]

Los instrumentos básicos en la lucha antitabaco son la información y la sensibilización de la población, a través de los medios de comunicación de masas, educación sanitaria en la escuela, aplicación de medidas legislativas coercitivas reguladoras de la venta, promoción y consumo de productos tabáquicos y finalmente, el consejo sanitario impartido por el profesional en la práctica asistencial, especialmente a nivel de Atención Primaria de Salud. Muchos de estos hábitos no saludables (entre ellos el tabaco) se adquieren en las primeras etapas de la vida y son difíciles de modificar una vez establecidos. Es por ello que surge la necesidad de conocer cuáles son las conductas de los adolescentes y de las personas de su entorno, así como sus actitudes en relación a estos hábitos, para intentar modificarlos o evitarlos.

Diversos autores como Glyn y Pitchenik consideran que los primeros años de la adolescencia son la etapa idónea para intervenir sobre ellos. Dado que los condicionantes que conducen al consumo de tabaco son multifactoriales, los programas de educación para la salud en el medio escolar deben abordar el problema globalmente, centrándose en los niños que previsiblemente todavía no se han iniciado en el consumo (10-12 años), estando basados en modelos de aprendizaje social que refuercen la

[37] Ariza, C., Nebot, M, Janè, M. y col. El proyecto ESFA en Barcelona: Programa comunitario de prevención del tabaquismo en jóvenes. Prevención de Tabaquismo. 3 (2): 70 -71.2001

capacidad de los escolares para resistir las presiones del entorno, tanto macrosocial (publicidad), como microsocial (hermanos, amigos).

La prevención, según Vega y Mendoza, es la puesta en marcha de los medios apropiados para impedir la aparición de la problemática de las drogodependencias. Entre los objetivos de la prevención estaría la distribución de información entre los niños y jóvenes, la promoción de una mayor comprensión de los problemas causados por el tabaco, y dar a los jóvenes soluciones alternativas que respondan a sus necesidades y aspiraciones teniendo en cuenta la realidad y el entorno en el que vive el individuo.

Los planes de prevención del tabaquismo se deben realizar considerando específicamente el grupo de población al que van dirigidos, valorando su edad, entorno sociocultural, situación familiar y la interrelación de los múltiples factores que favorecen la adopción de decisiones a propósito del consumo de tabaco.

La Prevención del tabaquismo se debe realizar en tres niveles:

La “Prevención Primaria” cuya finalidad es evitar la incorporación de nuevos fumadores y en consecuencia disminuir su incidencia. La escuela es el espacio ideal para detectar posibles factores de riesgo y el profesorado uno de los agentes preventivos indispensables, incorporando sus contenidos en el diseño curricular de una forma transversal.

La “Prevención Secundaria”, pretende la interrupción de la progresión y/o su cese, estando destinada a los que están en contacto con el tabaco,

fumadores activos, pero que todavía no presentan patología asociada. Este tipo de prevención es llevada a cabo mediante los llamados “cribados o screenings” y dentro de estos, con la búsqueda activa de casos en la población con mayores factores de riesgo, realizada esta búsqueda durante cualquier actividad sanitaria, aunque no tenga relación directa con la patología consultada.

Finalmente la “Prevención Terciaria” cuya misión es la de frenar la evolución natural del consumo de tabaco, disminuyendo la morbimortalidad derivada de la misma, siendo el objetivo diana todo aquel fumador con patología relacionada con el consumo de tabaco.

No tiene ningún sentido la implantación de programas irrealizables, ni adecuados a la comunidad a la que van dirigidos, ni aceptados por la misma; en consecuencia si un programa no es aceptado por el grupo al que va dirigido, difícilmente llegará a ser implantado.[38]

En opinión de Vries y Kok (1986) para influenciar las actitudes, un programa de prevención debe:

1. Destacar las ventajas de no fumar y las desventajas de fumar.
2. Proporcionar información sobre los efectos a corto plazo pues los niños y adolescentes generalmente consideran las consecuencias a largo plazo como distantes en el tiempo y por ello poco probables de que les afecten.

[38] Pérez, A., Clemente, M. y Marrón, R. La intervención antitabàquica del médico en la escuela: Dilema entre voluntariado versus gabinete técnico. Prevención de Tabaquismo. 3 (2): 86 – 93. 2001

3. Proporcionar argumentos para contradecir la tendencia que los fumadores tienen de minimizar las desventajas de fumar.
4. Proteger a los no fumadores de las presiones para fumar, demostrando las imprecisiones de algunas ventajas percibidas por los fumadores (por ejemplo, que es relajante) e indicando que las supuestas ventajas de fumar referidas (a veces percibidas por los fumadores) pueden ser realizadas por otras actividades alternativas (por ejemplo, bailar, conversar y practicar un deporte).
5. Entrenar a los no fumadores para contradecir los (falsos) argumentos de los fumadores, proporcionándoles contra-argumentos y desarrollando su asertividad.

Para influenciar la norma subjectiva, de los no fumadores el programa de prevención debe:

1. Explicitar que la mayoría de las personas no fuman y están en contra de que fumen otras personas.
2. Demostrar los procesos directos y de modelado por los cuales los fumadores influencian a los no fumadores.
3. Aumentar la resistencia en los no fumadores a las presiones ejercidas por los fumadores.
4. Discutir los peligros de las situaciones de desafío en las cuales las presiones para fumar son más fuertes.
5. Desarrollar competencias en los no fumadores para afrontar las presiones para fumar en situaciones de desafío.

6. Aumentar las oportunidades de mantener el comportamiento de no fumar empleando técnicas de compromiso tales como la presentación pública de la decisión de no fumar (frente a una audiencia) o redactar y firmar un contrato de no fumar. [28]

[28] Precioso, J y Macedo, M. La contribución de los programas de influencias psicosociales (complementados con otras estrategias) en el control de la epidemia antitabàquica. Adicciones. 15 (4): 369 – 378. 2003.

4. HIPOTESIS

El programa de prevención de alcohol y tabaco aplicado a los adolescentes de los colegios de Riobamba disminuirá la frecuencia de su consumo y fortalecerá los factores protectores para evitarlo.

5. MATERIALES Y METODOS

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio cuasi experimental, donde se detalló la situación de los investigados en relación a actitudes y hábitos de consumo de alcohol y tabaco, fue dirigido a los y las adolescentes de los colegios particular y fiscal mixto diurno de la ciudad de Riobamba, comprendidos en las edades de 12 a 19 años, en el periodo marzo – junio del 2009.

Se organizo dos grupos de estudio, el primero experimental (colegio Camilo Gallegos Toledo) y el segundo de control (colegio La Providencia); en el primero se aplicó el programa de prevención de alcohol y tabaco y en el segundo se dio charlas educativas mensuales sobre varios temas: educación sexual (enfermedades de transmisión sexual, métodos de planificación familiar), nutrición y ejercicios.

Para demostrar los efectos vinculados al programa educativo de prevención del consumo de alcohol y tabaco, se comparó los resultados observados en el grupo sometido a la intervención, con el grupo de referencia

El estudio se contemplo en tres fases: En la primera fase en el mes de marzo se aplicó a los dos grupos dos cuestionarios autoadministrables bajo la denominación "Escala de actitudes y hábitos de consumo de alcohol" (De la Villa y col. 2003) adaptada de Macia (1993) (Cuestionario de actitudes hacia el consumo de sustancias psicoactivas) y la "Encuesta sobre el consumo de tabaco" Centro Docente La Mola Novelda – España. (2006).

Algunos términos de las encuestas fueron modificados de acuerdo a nuestra cultura. (Anexo 1 y 2)

Durante los meses de Marzo, Abril y Mayo y con una duración de 2 horas por cada paralelo se desarrolló la segunda fase. Al grupo experimental se aplicó el programa de prevención de alcohol y tabaco; mientras que al grupo control se les dio las charlas educativas mensuales.

En la última fase se aplicó nuevamente las encuestas en ambos grupos, en el mes de Junio, se aplicó también en el mismo mes la evaluación al programa educativo para medir el impacto que tuvo el mismo. (Anexo 3)

UNIVERSO Y MUESTRA

La población en estudio estuvo constituida inicialmente por 590 alumnos de los colegios mixtos: Camilo Gallegos Toledo (449 alumnos) y La Providencia (141 alumnos) inscritos para el año lectivo 2008 -2009. La muestra fue escogida a conveniencia debido a la mayor apertura mostrada por las autoridades de los colegios participantes.

Sin embargo la muestra definitiva estuvo constituida por 533 alumnos.

En el colegio Camilo Gallego Toledo, participaron 400 alumnos distribuidos en 13 paralelos desde octavo año de educación básica hasta tercer año de bachillerato. Presentándose una pérdida de 49 alumnos entre retirados y no asistentes al colegio el día de la encuesta.

En el Colegio la Providencia participaron 133 alumnos correspondientes a seis paralelos desde octavo año de educación básica hasta tercero de bachillerato. Registrándose una pérdida de 8 alumnos entre retirados y faltantes al colegio el día de la encuesta.

Criterios de inclusión: estar matriculados en los colegios participantes, adolescentes de 12 a 19 años de edad y sexo masculino y femenino.

Criterios de exclusión: adolescentes menores de 11 años y mayores de 20 años, alumnos retirados y alumnos que no se presentaron a la primera encuesta.

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

El programa de prevención se desarrollo en forma activa participativa y se involucro a cada uno de los adolescentes.

El programa consto de:

- ♥ Talleres y Charla educativa (Anexo 6)

El contenido de los talleres y charla educativa correspondiente al tema del mes fue igual para todos los paralelos, no se realizo ninguna modificación y se evito que se presenten sesgos.

El programa de prevención se realizo en tres momentos:

MOMENTO 1

Reunión con las autoridades (rector, inspector general, orientador vocacional) del grupo experimental a los que se les informo acerca del programa educativo.

MOMENTO 2

Se aplico el programa educativo para la prevención de alcohol y tabaco en el grupo experimental.

MOMENTO 3

Se aplico la encuesta para la evaluación del programa educativo. (Anexo 3)

INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCION DE DATOS

Se utilizaron dos cuestionarios autoadministrables bajo la denominación "Escala de actitudes y hábitos de consumo de alcohol" (De la Villa y col. 2003) adaptada de Macia (1993) (Cuestionario de actitudes hacia el consumo de sustancias psicoactivas) y la "Encuesta sobre el consumo de tabaco" Centro Docente La Mola Novelda – España. (2006). Algunos términos de las encuestas fueron modificados de acuerdo a nuestra cultura

La "Escala de actitudes y hábitos de consumo de alcohol" (De la Villa y col. 2003) constó de 44 preguntas, las mismas que fueron aplicadas previamente a 273 estudiantes con edades que oscilan entre los catorce y los dieciocho

años seleccionados de cuatro Centros de Secundaria del Principado de Asturias – España.

Diez preguntas ofrecen cinco posibilidades de respuesta.

1 = Nunca

2 = Pocas veces (menos de 2 veces)

3 =Bastante (3 o 4 veces)

4 = Muchas veces (más de 4 veces)

5 = Casi siempre

Veinte seis preguntas de opinión ofrecen cinco posibilidades de respuesta:

MD = Muy en desacuerdo

D = Desacuerdo

I = Inseguro

A = De acuerdo

MA = Muy de acuerdo

Cuatro preguntas son abiertas

Dos preguntas con respuesta de SI o NO

Dos preguntas de opción múltiple.

La "Encuesta sobre el consumo de tabaco" del Centro Docente La Mola Novelda – España. (2006) consto de 17 preguntas y fue aplicado previamente a 632 alumnos de primero, segundo, tercero y cuarto de la educación secundaria obligatoria, primero y segundo de bachillerato de la comunidad Valenciana.

Se presentan:

Seis preguntas con respuesta de SI o NO

Siete preguntas de opción múltiple con una sola respuesta.

Cuatro preguntas abiertas.

Los cuestionarios se aplicaron a todos los alumnos tanto del grupo experimental como del grupo control en los meses de marzo y junio durante una hora de clases, bajo el apoyo y vigilancia de sus educadores. Antes de cada cuestionario, a los alumnos se les informó sobre la estricta confidencialidad de los datos y que no serían divulgados a los padres ni maestros.

PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR ASPECTOS ETICOS

Previo a la aplicación de los cuestionarios y a la recolección de datos se solicitó la debida autorización a los directivos (Rector, inspector general, orientador vocacional), del colegio Camilo Gallegos Toledo y La providencia dándoles a conocer el objetivo de la investigación y las actividades a ejecutarse. Además se solicitó el consentimiento verbal y escrito de los estudiantes y padres de familia indicándoles el propósito de la investigación y garantizando la absoluta confidencialidad de la información recabada.

El instrumento que se utilizó se encuentra en el anexo 4.

ANÀLISIS DE LOS RESULTADOS

El procesamiento de la información se realizó una vez recolectados los datos, siguiendo el orden de las preguntas estructuradas, obteniendo los resultados y la discusión pertinente. Dentro del plan de análisis de datos, los resultados se presentaron en forma de porcentajes, utilizando los programas Microsoft Excel y Microsoft Word.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Primero se analizó si las muestras tanto del grupo control como del experimental tienen el tamaño adecuado para ser sometidas a investigación. Para ello se tomó como factores necesarios:

a. Nivel de confianza de un 95%
b. Máximo error permitido se fija en un 5%
c. Por tratarse de atributos la proporción de la muestra se determina en un 68% para el grupo experimental y en un 94% para el grupo control.

Se utilizó la fórmula $$n = \frac{Z^2 PQ}{E^2}$$

Donde: n= tamaño de la muestra

P= proporción de elementos de la encuesta

Q= proporción de elementos que no fueron encuestados

E= error permitido

Z= nivel de confianza.

Posteriormente se estableció la diferencia estadística del consumo pre y post intervención en el grupo experimental, para ello se realizaron pruebas de hipótesis para saber si las diferencias de porcentaje aceptan o rechazan la misma.

Por las características de las tablas se emplearon los llamados métodos no paramétricos, las pruebas del ji cuadrado tanto:

a. Pruebas de bondad de ajuste para frecuencias esperadas desiguales
b. Análisis de tablas de contingencia

El proceso estadístico para hallar resultados significativos se concreto en:

1. Establecer la hipótesis nula H_0 y alternativa H_1

   Hipótesis Nula H_0: "El programa de prevención de alcohol y tabaco aplicado a los adolescentes de los colegios de Riobamba NO disminuirá la frecuencia de su consumo y fortalecerá los factores protectores para evitarlo"

   Hipótesis Alternativa H_1: "El programa de prevención de alcohol y tabaco aplicado a los adolescentes de los colegios de Riobamba

disminuirá la frecuencia de su consumo y fortalecerá los factores protectores para evitarlo”

2. Seleccionar el nivel de significancia en un 0.05 como probabilidad de rechazar la hipótesis nula siendo verdadera.
3. Aplicar el concepto estadístico de prueba con la fórmula

$$X^2 = \sum \left[\frac{(fo - fe)^2}{fe} \right]$$

Donde:

X^2 = valor de la ji cuadrada

fo = frecuencia observada en cada categoría específica

fe = frecuencia esperada en cada categoría determinada

4. Establecer el valor crítico para formular la regla de decisión
5. Utilizar los datos de las tablas, calcular su ji cuadrada y tomar la decisión de aceptar o rechazar la hipótesis nula.

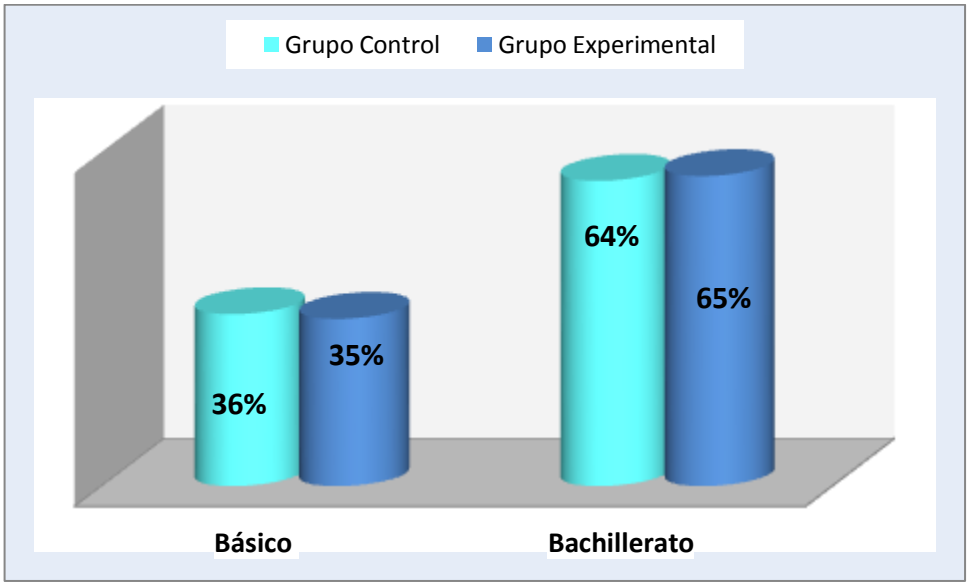
Los cálculos se realizaron utilizando el programa EXCEL. (Anexo 5)

Como complemento a este proceso se entregará la información a las unidades educativas participantes una vez terminado el estudio, para socializar los resultados encontrados para en conjunto con el departamento de orientación y el equipo multidisciplinario continúe trabajando con otros programas educativos y preventivos.

6. RESULTADOS

GRÁFICO Nº 1

Distribución de los/las adolescentes del grupo control y experimental de la ciudad de Riobamba. Marzo – Junio 2009



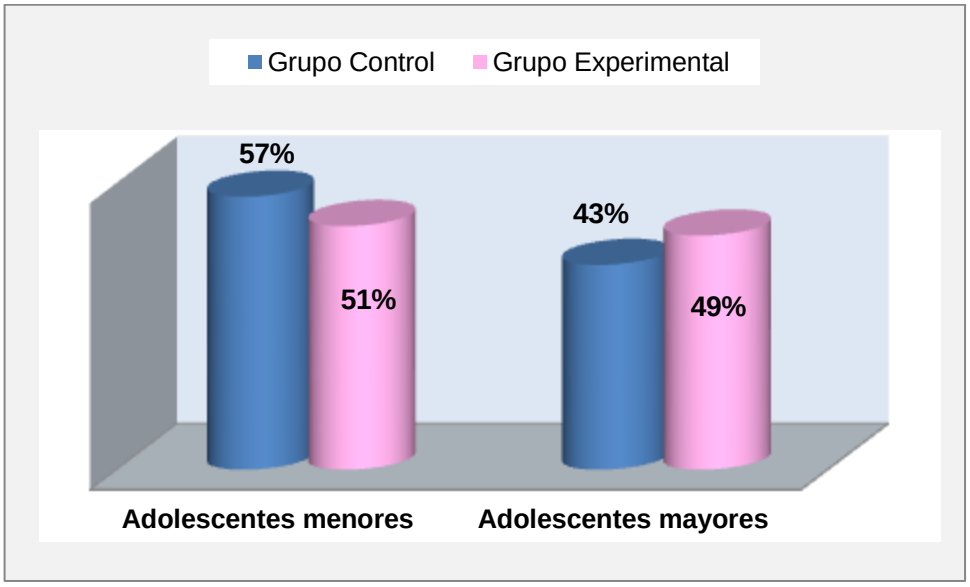
Fuente: *Departamento de Inspectoría de la Unidad Educativa la Providencia y Colegio Camilo Gallegos Toledo*

Elaborado por: *Dra. Janneth Amaguaya y Lic. María Ramos*

La muestra total del grupo control fue de 133 alumnos (94% de la muestra inicial) distribuidos en seis paralelos desde octavo año de educación básica hasta el tercer año de bachillerato. El 64% correspondían al grupo básico mientras que el 36% al bachillerato. En cuanto al grupo experimental la muestra total fue de 400 alumnos (89% de la muestra inicial) distribuidos en trece paralelos desde octavo año de educación básica hasta el tercer año de bachillerato, 65% correspondían al básico mientras que el 35% al bachillerato (Gráfico 1).

GRÁFICO Nº 2

Distribución por edad de los/las adolescentes del grupo control y experimental de la ciudad de Riobamba. Marzo – Junio 2009



Fuente: *Escala aplicada a adolescentes de la Unidad Educativa La Providencia y Colegio Camilo Gallegos Toledo.*

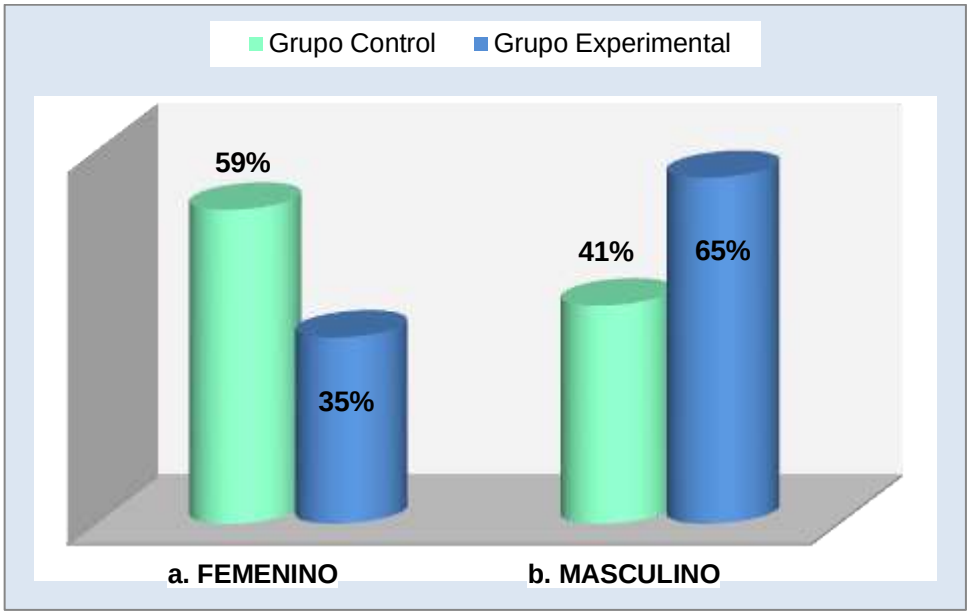
Elaborado por: *Dra. Janneth Amaguaya y Lic. María Ramos*

En cuanto se refiere a la distribución por edad, en el grupo control se observa que el 57% corresponde al grupo de 12 a 14 años que son los adolescentes menores, mientras que un 43% pertenece al grupo de 15 a 19 años que son los adolescentes mayores.

En el grupo experimental el 51% corresponde al grupo de adolescentes menores, y el 49% al grupo de adolescentes mayores. (Gráfico 2)

GRÁFICO Nº 3

Distribución por sexo de los/las adolescentes del grupo control y experimental de la ciudad de Riobamba. Marzo – Junio 2009



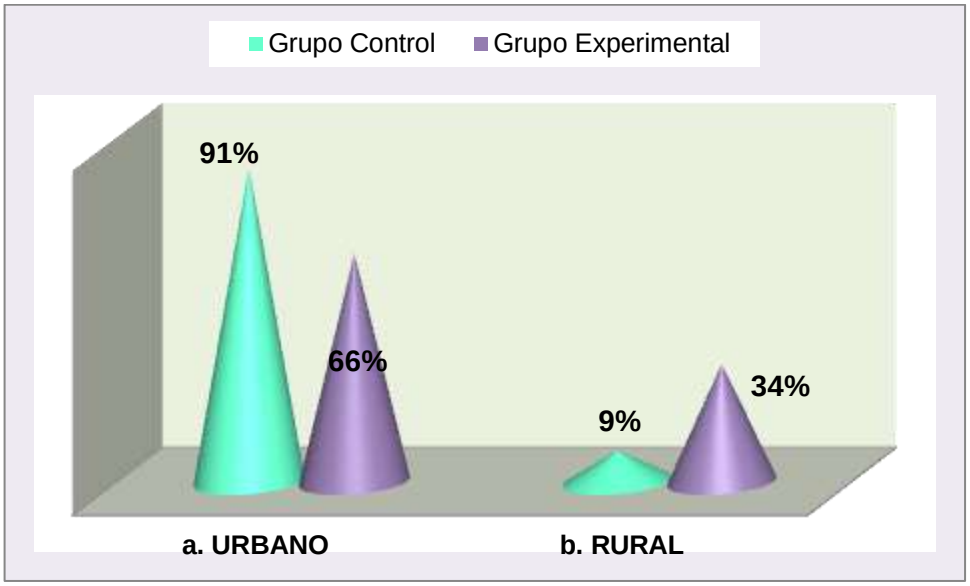
Fuente: *Escala aplicada a adolescentes de la Unidad Educativa La Providencia y Colegio Camilo Gallegos Toledo.*

Elaborado por: *Dra. Janneth Amaguaya y Lic. María Ramos*

En lo que compete al sexo de los/las adolescentes en el grupo control el 59% corresponde al sexo femenino y el 41% al sexo masculino. En el grupo experimental el 65% pertenece al sexo masculino y el 35% al sexo femenino. (Gráfico 3)

GRÁFICO Nº 4

Lugar de procedencia de los/las adolescentes del grupo control y experimental de la ciudad de Riobamba. Marzo – Junio 2009



Fuente: *Escala aplicada a adolescentes de la Unidad Educativa La Providencia y Colegio Camilo Gallegos Toledo.*

Elaborado por: *Dra. Janneth Amaguaya y Lic. María Ramos*

En relación al lugar de procedencia de los/las adolescentes el 91% del grupo control proceden del área urbana en tanto que el restante 9% del área rural. En el grupo experimental el 66% pertenecen al área urbana, y el 34% al área rural. (Gráfico 4)

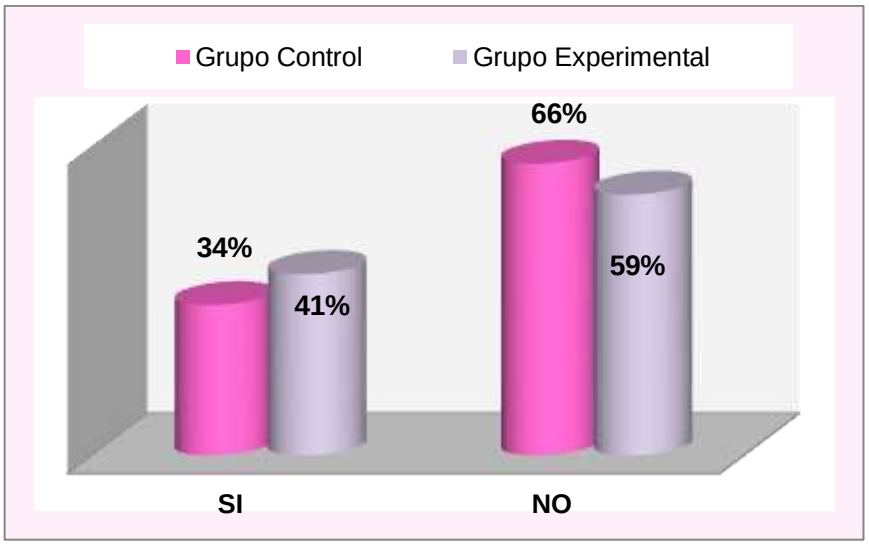
6.1 RESULTADOS PRE INTERVENCIÓN

FRECUENCIA DE CONSUMO

GRÁFICO Nº 5

Consumo actual de <u>bebidas alcohólicas</u> en los/las adolescentes del grupo control y experimental de la ciudad de Riobamba.

Marzo – Junio 2009



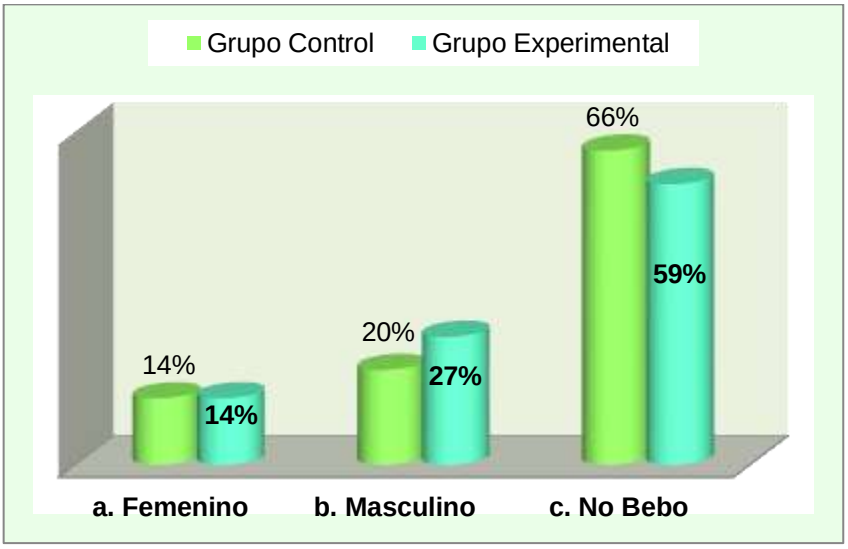
Fuente: *Escala aplicada a adolescentes de la Unidad Educativa La Providencia y Colegio Camilo Gallegos Toledo.*

Elaborado por: *Dra. Janneth Amaguaya y Lic. María Ramos*

La primera encuesta aplicada a los/las adolescentes investigados del grupo control reportó que el 34% consume bebidas alcohólicas en la actualidad, mientras que en el grupo experimental corresponde al 41%.(Gráfico5).

GRÁFICO Nº 6

Distribución por sexo de los adolescentes que consumen <u>bebidas alcohólicas</u> del grupo control y experimental de la ciudad de Riobamba. Marzo – Junio 2009



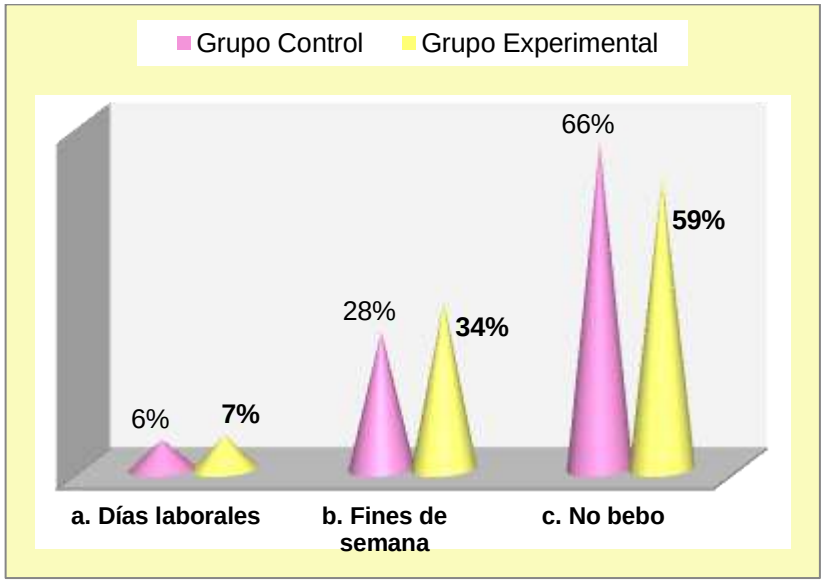
Fuente: *Escala aplicada a adolescentes de la Unidad Educativa La Providencia y Colegio Camilo Gallegos Toledo.*

Elaborado por: *Dra. Janneth Amaguaya y Lic. María Ramos*

Tomando en cuenta al sexo de los/las adolescentes investigados que consumen bebidas alcohólicas, en la encuesta pre intervención del grupo control se distribuyó un 14% al sexo femenino y un 20% al sexo masculino, mientras que el grupo experimental un 14% al femenino y un 27% al masculino. Se presenta una igualdad en el porcentaje del sexo femenino y una predominancia del masculino en ambos grupos (Gráfico 6).

GRÁFICO Nº 7

Consumo de bebidas alcohólicas en días laborales y fines de semana en los adolescentes del grupo control y experimental de la ciudad de Riobamba. Marzo – Junio 2009



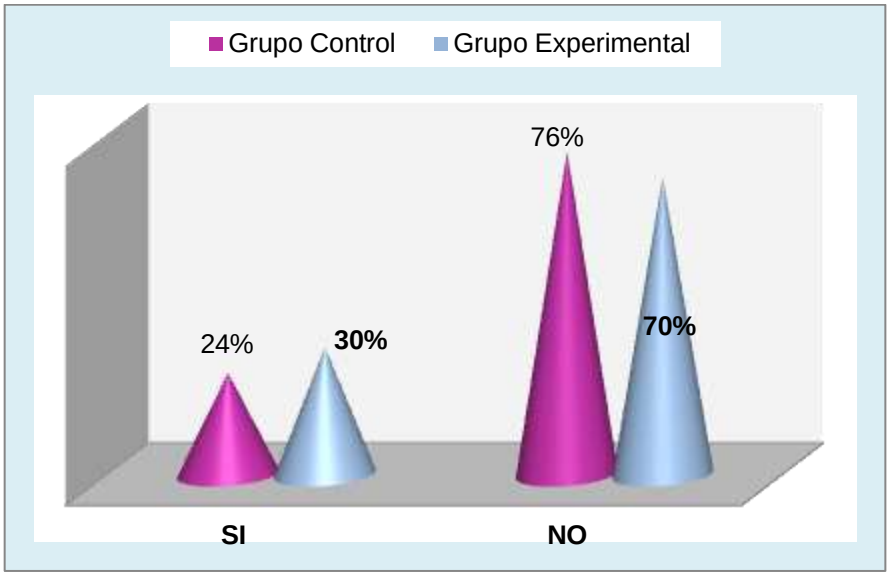
Fuente: *Escala aplicada a adolescentes de la Unidad Educativa La Providencia y Colegio Camilo Gallegos Toledo.*

Elaborado por: *Dra. Janneth Amaguaya y Lic. María Ramos*

En cuanto al consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 30 días, los investigados del grupo control en la encuesta inicial reportan que el 6% lo hizo en días laborales, mientras que un 28% los fines de semana. En el caso del grupo experimental se presenta un mayor porcentaje, 7% los días laborales, y 34% los fines de semana. Sin embargo en ambos casos la preferencia por los fines de semana es significativa. (Gráfico 7).

GRÁFICO Nº 8

Consumo actual de tabaco en los/las adolescentes del grupo control y experimental de la ciudad de Riobamba. Marzo – Junio 2009



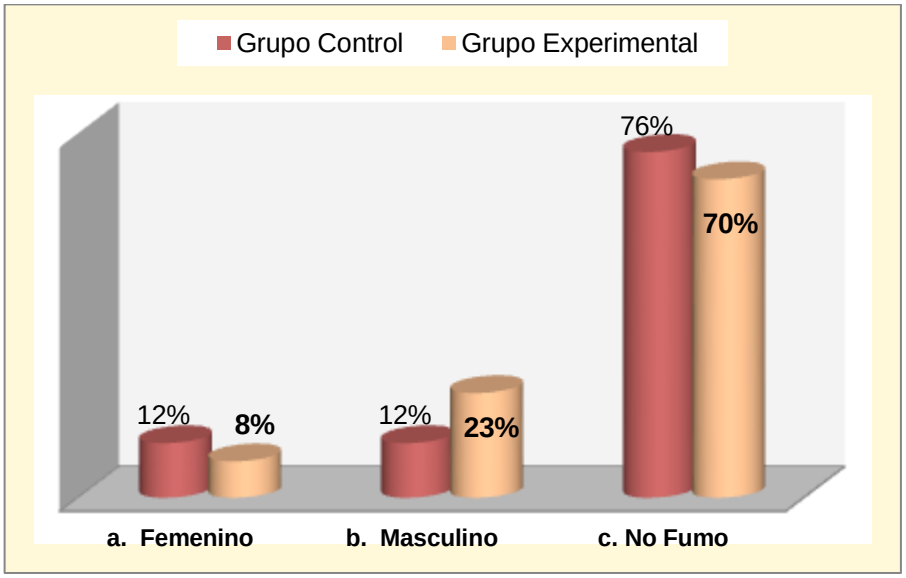
Fuente: *Encuesta aplicada a adolescentes de la Unidad Educativa La Providencia y Colegio Camilo Gallegos Toledo.*

Elaborado por: *Dra. Janneth Amaguaya y Lic. María Ramos*

La encuesta inicial reporta que el 24% de los investigados del grupo control consumen tabaco mientras que el restante 76% no lo hace. En tanto que el 30% de los/ las adolescentes del grupo experimental consumen tabaco mientras que el restante 70% no lo hace (Gráfico 8).

GRÁFICO Nº 9

Consumo actual de tabaco, distribución por sexo de los adolescentes del grupo control y experimental de la ciudad de Riobamba. Marzo – Junio 2009



Fuente: *Encuesta aplicada a adolescentes de la Unidad Educativa La Providencia y Colegio Camilo Gallegos Toledo.*

Elaborado por: *Dra. Janneth Amaguaya y Lic. María Ramos*

En cuanto se refiere al grupo control la distribución por sexo de los/las adolescentes que consumen tabaco hay una semejanza en el porcentaje tanto en sexo femenino como en el masculino (12% cada uno). En el grupo experimental el 8% corresponde al sexo femenino y el 23% al masculino, en esta parte hay un dominio del sexo masculino (Gráfico 9).

FACTORES DE RIESGO

TABLA Nº 10

Lugares de consumo de alcohol de los adolescentes del grupo control y experimental de la ciudad de Riobamba. Marzo – Junio 2009

Grupo control

	NUNCA		FRECUENCIA								
			POCAS VECES		BASTANTE		MUCHAS VECES		CASI SIEMPRE		
SITIOS DE CONSUMO	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	%
a. En casa, yo solo	119	89%	12	9%	2	2%	0	0%	0	0%	11%
b. Fuera de casa, yo solo	120	90%	9	7%	3	2%	1	1%	0	0%	10%
c. En casa, con mi familia	95	70%	34	26%	2	2%	2	2%	0	0%	30%
d. En mi casa o en la de un amigo/a, con mis amistades	82	62%	40	30%	4	3%	3	2%	4	3%	38%
e. En bares especialmente baratos con amigos u otra gente	113	84%	10	8%	5	4%	2	2%	3	2%	16%
f. En bares (normales) con amigos u otra gente	111	83%	12	9%	4	3%	5	4%	1	1%	17%
g. En la calle con amigos u otra gente	103	77%	21	16%	5	4%	3	2%	1	1%	23%
h. En discotecas	112	83%	10	8%	5	4%	2	2%	4	3%	17%
i. En otros sitios	106	79%	19	14%	4	3%	2	2%	2	2%	21%

Grupo experimental

SITIOS DE CONSUMO	NUNCA		FRECUENCIA								%
			POCAS VECES		BASTANTE		MUCHAS VECES		CASI SIEMPRE		
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	
a. En casa, yo solo	361	90%	26	7%	5	1%	3	1%	5	1%	10%
b. Fuera de casa, yo solo	340	85%	36	9%	9	2%	6	2%	9	2%	15%
c. En casa, con mi familia	314	78%	52	12%	14	4%	6	2%	14	4%	22%
d. En mi casa o en la de un amigo/a, con mis amistades	283	71%	86	22%	14	4%	8	2%	9	2%	30%
e. En bares especialmente baratos con amigos u otra gente	346	86%	27	7%	9	2%	7	2%	11	3%	14%
f. En bares (normales) con amigos u otra gente	344	85%	34	9%	6	2%	5	1%	11	3%	15%
g. En la calle con amigos u otra gente	324	80%	38	10%	14	4%	12	3%	11	3%	20%
h. En discotecas	337	84%	38	10%	12	3%	5	1%	8	2%	16%
i. En otros sitios	305	76%	66	17%	7	2%	12	3%	10	3%	25%

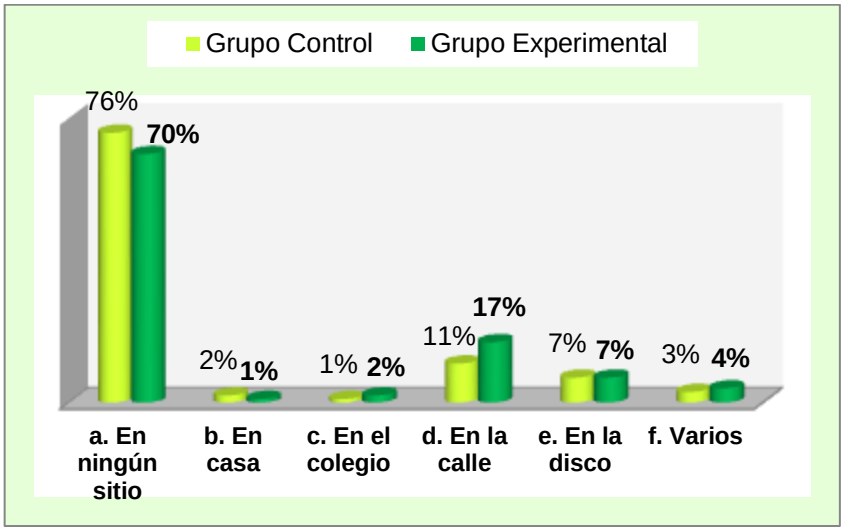
Fuente: *Escala aplicada a adolescentes de la Unidad Educativa La Providencia y Colegio Camilo Gallegos Toledo.*

Elaborado por: *Dra. Janneth Amaguaya y Lic. María Ramos*

La encuesta previa a la intervención reporta que los/las adolescentes del grupo control prefieren consumir alcohol: en su casa o en la de un amigo con sus amistades (38%), en casa con la familia (30%) y en las discotecas (17%). Sin embargo un llamativo 30% lo hace en la calle con amigos u otra gente, 11% que lo hace en casa, solo y un 10% que prefiere consumir fuera de casa solo. En cuanto al grupo experimental sucede algo similar aunque con pequeñas diferencias, el 30% refiere consumir alcohol en casa o en la de un amigo con sus amistades, un 22% en casa con la familia, 16% en las discotecas. De igual modo existe un representativo grupo que prefiere consumir alcohol en la calle con amigos u otra gente (20%), fuera de casa solo (15%) y en casa, solo (10%). (Tabla 10).

GRÁFICO Nº 11

Lugares de consumo de tabaco de los adolescentes del grupo control y experimental de la ciudad de Riobamba. Marzo – Junio 2009



Fuente: *Encuesta aplicada a adolescentes de la Unidad Educativa La Providencia y Colegio Camilo Gallegos Toledo.*

Elaborado por: *Dra. Janneth Amaguaya y Lic. María Ramos*

La investigación reporta que los lugares de mayor preferencia por los adolescentes del grupo control para el consumo de tabaco son: la calle (11%) y la discoteca (7%), y en menor porcentaje pero de forma llamativa en casa (2%) y en el colegio (1%). Es igual para el grupo experimental: la calle (17%) y la discoteca (7%) en mayor porcentaje, y el colegio (2%) y la casa (1%), en menor porcentaje. (Gráfico 11).

TABLA Nº 12

Tipo de bebidas que suelen consumirse en el hogar de los adolescentes del grupo control y experimental de la ciudad de Riobamba. Marzo – Junio 2009

Grupo control

	NUNCA		FRECUENCIA								
			POCAS VECES		BASTANTE		MUCHAS VECES		CASI SIEMPRE		
TIPO DE BEBIDAS	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	%
a. Vino	61	45%	46	35%	13	10%	9	7%	4	3%	55%
b. Cerveza	52	39%	42	32%	19	14%	11	8%	9	7%	61%
c. Aperitivos - Licores	96	72%	25	19%	5	4%	4	3%	3	2%	28%
d. Combinados	101	76%	19	14%	9	7%	3	2%	1	1%	24%

Grupo experimental

	NUNCA		FRECUENCIA								
			POCAS VECES		BASTANTE		MUCHAS VECES		CASI SIEMPRE		
TIPO DE BEBIDAS	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	% TOTAL
a. Vino	226	57%	118	29%	18	5%	16	4%	22	6%	44%
b. Cerveza	213	53%	105	26%	29	7%	23	6%	30	8%	47%
c. Aperitivos - Licores	291	73%	55	14%	27	7%	19	5%	8	2%	28%
d. Combinados	288	72%	53	13%	19	5%	21	5%	19	5%	28%

Fuente: *Escala aplicada a adolescentes de la Unidad Educativa La Providencia y Colegio Camilo Gallegos Toledo.*

Elaborado por: *Dra. Janneth Amaguaya y Lic. María Ramos*

Los datos nos indican que la preferencia en el hogar de ambos grupos, control y experimental es semejante, las bebidas más consumidas son la cerveza y el vino y en los dos casos el porcentaje es elevado.

El 61% de los adolescentes del grupo control refiere que en su hogar se consume cerveza, el 55% vino y el 28% aperitivos – licores. En el grupo experimental: cerveza 47%, 44% vino y con 28% cada uno aperitivos – licores y combinados. (Tabla 12)

TABLA Nº 13

Consumo de tabaco en familiares y profesores de los adolescentes del grupo control y experimental de la ciudad de Riobamba.

Marzo – Junio 2009

Grupo control

	NUNCA		YA NO		SI		
FUMA	**f**	**%**	**f**	**%**	**f**	**%**	**TOTAL**
a. Tu Padre	66	50%	37	28%	30	23%	133
b. Tú Madre	119	89%	7	5%	7	5%	133
c. Algún Hermano	102	77%	11	8%	20	15%	133
d. Algún Tío	32	24%	24	18%	77	58%	133
e. Algún Abuelo	93	70%	16	12%	24	18%	133
f. Algún profesor	111	83%	6	5%	16	12%	133

Grupo experimental

	NUNCA		YA NO		SI		
FUMA	**f**	**%**	**f**	**%**	**f**	**%**	**TOTAL**
a. Tu Padre	188	47%	85	21%	127	32%	400
b. Tú Madre	361	90%	26	7%	13	3%	400
c. Algún Hermano	255	64%	48	12%	97	24%	400
d. Algún Tío	127	32%	52	13%	221	55%	400
e. Algún Abuelo	268	67%	63	16%	69	17%	400
f. Algún Profesor	247	62%	32	8%	121	30%	400

Fuente: *Encuesta aplicada a adolescentes de la Unidad Educativa La Providencia y Colegio Camilo Gallegos Toledo.*

Elaborado por: *Dra. Janneth Amaguaya y Lic. María Ramos*

En lo que se refiere al consumo de tabaco en familiares del grupo control el 58% de los/las adolescentes refiere que algún tío de su familia fuma, el 23% el padre, el 18% algún abuelo y un 5% la madre. Mientras que el 12% de los/las adolescentes manifiesta que fuma algún profesor. Igual sucede en el grupo experimental con algún tío de su familia (55%) y el padre (32%), sin embargo aquí se presenta el 24% algún hermano, el 17% algún abuelo y un pequeño 3% la madre, mientras que el 30% de los/las adolescentes manifiesta que fuma algún profesor, este porcentaje es mayor en comparación con el control. (Tabla 13)

TABLA Nº 14

Factores de riesgo para el consumo actual de bebidas alcohólicas de los adolescentes del grupo control y experimental de la ciudad de Riobamba. Marzo – Junio 2009

Grupo control

FACTORES DE RIESGO PARA EL CONSUMO	MUY EN DESACUERDO		DESACUERDO		%	INSEGURO		DE ACUERDO		MUY DEACUERDO		%
	f	%	f	%		f	%	f	%	f	%	
a. Olvidar	52	39%	22	17%	56%	17	13%	31	23%	11	8%	31%
b. Evadir la rutina	67	50%	24	18%	68%	22	17%	16	12%	4	3%	15%
c. Porque beben mis amigos	49	37%	50	38%	75%	10	7%	5	4%	19	14%	18%
d. Para desinhibirme	68	51%	25	19%	70%	27	20%	9	7%	4	3%	10%
e. Para ligar	69	52%	22	17%	69%	19	14%	16	12%	7	5%	17%
f. Para sentir euforia	68	51%	25	19%	70%	23	17%	8	6%	9	7%	13%
g. Para sentirme más fuerte	75	56%	26	20%	76%	15	11%	11	8%	6	5%	13%

Grupo experimental

FACTORES DE RIESGO PARA EL CONSUMO	MUY EN DESACUERDO		DESACUERDO		%	INSEGURO		DE ACUERDO		MUY DEACUERDO		%
	f	%	f	%		f	%	f	%	f	%	
a. Olvidar	138	35%	80	20%	55%	75	18%	59	15%	48	12%	27%
b. Evadir la rutina	128	32%	101	25%	57%	100	25%	43	11%	28	7%	18%
c. Porque beben mis amigos	135	34%	103	26%	60%	97	24%	41	10%	24	6%	16%
d. Para desinhibirme	141	35%	98	25%	60%	108	27%	33	8%	20	5%	13%
e. Para ligar	144	36%	92	23%	59%	111	27%	26	7%	27	7%	14%
f. Para sentir euforia	161	40%	90	23%	63%	94	23%	31	8%	24	6%	14%
g. Para sentirme más fuerte	152	38%	87	22%	60%	86	21%	34	9%	41	10%	19%

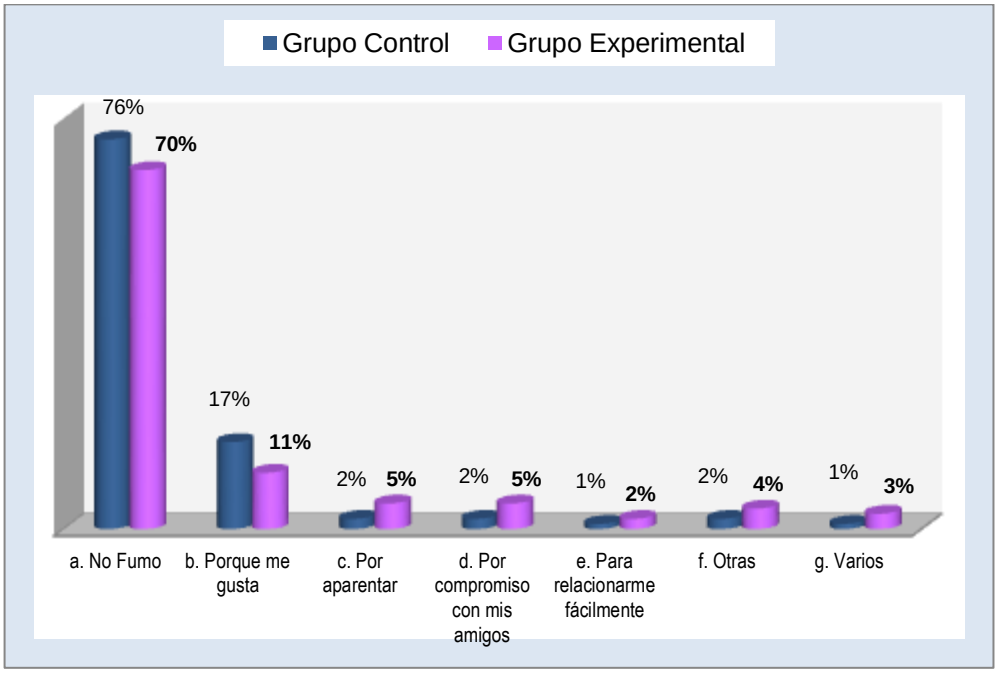
Fuente: *Escala aplicada a adolescentes de la Unidad Educativa La Providencia y Colegio Camilo Gallegos Toledo.*

Elaborado por: *Dra. Janneth Amaguaya y Lic. María Ramos*

La encuesta inicial reporta que el 31% de los/las investigados del grupo control están de acuerdo y muy de acuerdo en que el principal factor motivador para el consumo actual de bebidas alcohólicas es por olvidar, seguido de un 18% porque beben sus amigos y un 15% para evadir la rutina. En tanto que en el grupo experimental se reporta que el 27% de los investigados están de acuerdo y muy de acuerdo en que el principal factor motivador es por olvidar, factor que es similar al del grupo control aunque con menor porcentaje, sin embargo los factores en orden de preferencia se distribuyen de diferente manera, así: 19% para sentirse más fuerte, un 17% para evadir la rutina y 16% por influencia parental (beben mis amigos) (Tabla 14)

GRÁFICO Nº 15

Factores de riesgo individuales para el consumo actual de tabaco de los adolescentes del grupo control y experimental de la ciudad de Riobamba. Marzo – Junio 2009



Fuente: *Encuesta aplicada a adolescentes de la Unidad Educativa La Providencia y Colegio Camilo Gallegos Toledo.*

Elaborado por: *Dra. Janneth Amaguaya y Lic. María Ramos*

Porque me gusta es el principal factor de motivador para el consumo actual de tabaco tanto en el grupo control como en el experimental con 17% y 11% respectivamente. Pero en esta última hay un representativo 5% cada una por aparentar y por compromiso con los amigos (Gráfico 15).

FACTORES PROTECTORES

TABLA Nº 16

Uso adecuado del tiempo libre como factor protector para evitar el consumo de alcohol y tabaco del grupo control y experimental de la ciudad de Riobamba. Marzo – Junio 2009

Grupo control

USO DEL TIEMPO LIBRE	NUNCA		FRECUENCIA								
			POCAS VECES		BASTANTE		MUCHAS VECES		CASI SIEMPRE		
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	%
a. Estar en la calle	25	18%	72	54%	18	14%	8	6%	10	8%	82%
b. Estudiar	5	3%	54	41%	27	20%	18	14%	29	22%	97%
c. Salir de copas	104	78%	15	11%	12	9%	1	1%	1	1%	22%
d. Salir al campo	48	36%	60	45%	12	9%	6	5%	7	5%	64%
e. Practicar deporte	11	8%	38	28%	34	26%	20	15%	30	23%	92%
f. Bailar	55	41%	34	26%	25	19%	7	5%	12	9%	59%
g. Ver tele	3	2%	25	19%	31	24%	35	26%	39	29%	98%
h. Escuchar música	6	5%	11	8%	21	16%	42	31%	53	40%	95%
i. Salir con la familia	14	11%	31	23%	44	33%	24	18%	20	15%	89%
j. Otros	88	66%	15	11%	9	7%	7	5%	14	11%	34%

Grupo experimental

USO DEL TIEMPO LIBRE	NUNCA		FRECUENCIA								
			POCAS VECES		BASTANTE		MUCHAS VECES		CASI SIEMPRE		
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	%
a. Estar en la calle	164	40%	187	47%	19	5%	15	4%	15	4%	60%
b. Estudiar	48	12%	128	32%	85	21%	73	18%	66	17%	88%
c. Salir de copas	306	77%	53	13%	24	6%	12	3%	5	1%	23%
d. Salir al campo	117	28%	136	34%	34	9%	58	15%	55	14%	72%
e. Practicar deporte	31	8%	104	26%	77	19%	88	22%	100	25%	92%
f. Bailar	165	42%	137	34%	36	9%	29	7%	33	8%	58%
g. Ver tele	40	10%	101	25%	71	18%	92	23%	96	24%	90%
h. Escuchar música	16	4%	59	15%	98	24%	90	23%	137	34%	96%
i. Salir con la familia	66	16%	119	29%	83	21%	58	15%	74	19%	84%
j. Otros	223	55%	69	17%	40	10%	30	8%	38	10%	45%

Fuente: *Escala aplicada a adolescentes de la Unidad Educativa La Providencia y Colegio Camilo Gallegos Toledo.*

Elaborado por: *Dra. Janneth Amaguaya y Lic. María Ramos*

El uso adecuado del tiempo libre se considera como un factor protector importante para evitar el consumo de bebidas alcohólicas por parte de los adolescentes. La encuesta previa a la intervención reporta que los/las adolescentes del grupo control ocupan su tiempo libre en: estudiar (97%), escuchar música (95%), practicar deporte (92%), salir con la familia (89%), y un menor porcentaje en salir al campo (64%). Las actividades que en el grupo experimental realizan en su tiempo libre varían en relación al anterior, así: escuchar música (96%), practicar deporte (92%), es menor en 9% en la actividad de estudiar (88%), en 5% salir con la familia (89%), y un menor porcentaje en salir al campo (64%). (Tabla 16).

TABLA Nº 17

Fuentes por las que han recibido información sobre alcohol y drogas los adolescentes del grupo control y experimental de la ciudad de Riobamba. Marzo – Junio 2009

Grupo control

VIAS DE INFORMACIÓN	NUNCA		FRECUENCIA								%
			POCAS VECES		BASTANTE		MUCHAS VECES		CASI SIEMPRE		
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	%
a. Padres, hermanos	29	22%	30	23%	31	23%	12	9%	31	23%	78%
b. Otros familiares	47	35%	41	31%	21	16%	9	7%	15	11%	65%
c. Amigos	47	36%	40	30%	28	21%	11	8%	7	5%	64%
d. Profesores	16	11%	14	11%	33	25%	25	19%	45	34%	89%
e. Medios de comunicación (TV, prensa, radio)	13	10%	27	20%	38	28%	33	25%	22	17%	90%
f. Charlas o cursos sobre el tema	13	10%	17	13%	18	14%	21	16%	64	47%	90%
g. Folletos, libros	22	16%	31	23%	32	24%	18	14%	30	23%	84%
h. Personas relacionadas con el tema	35	26%	23	17%	19	14%	29	22%	27	21%	74%
i. Otros	106	80%	11	8%	7	5%	1	1%	8	6%	20%

Grupo experimental

VIAS DE INFORMACIÓN	NUNCA		FRECUENCIA								%
			POCAS VECES		BASTANTE		MUCHAS VECES		CASI SIEMPRE		
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	%
a. Padres, hermanos	189	46%	86	22%	33	8%	34	9%	58	15%	54%
b. Otros familiares	225	55%	92	23%	27	7%	34	9%	22	6%	45%
c. Amigos	214	53%	110	28%	34	9%	25	6%	17	4%	47%
d. Profesores	153	38%	78	20%	48	12%	60	15%	61	15%	62%
e. Medios de comunicación (TV, prensa, radio)	108	26%	99	25%	66	17%	52	13%	75	19%	74%
f. Charlas o cursos sobre el tema	119	29%	114	29%	69	17%	51	13%	47	12%	71%
g. Folletos, libros	163	40%	112	28%	43	11%	48	12%	34	9%	60%
h. Personas relacionadas con el tema	172	42%	108	27%	38	10%	43	11%	39	10%	58%
i. Otros	321	80%	43	11%	11	3%	8	2%	17	4%	20%

Fuente: *Escala aplicada a adolescentes de la Unidad Educativa La Providencia y Colegio Camilo Gallegos Toledo.*

Elaborado por: *Dra. Janneth Amaguaya y Lic. María Ramos*

La información oportuna y de fuentes fidedignas que los/las adolescentes reciben sobre alcohol, tabaco y drogas les permite desarrollar una buena capacidad crítica que a su vez les faculta para una toma racional de decisiones.

El estudio reporta que las principales fuentes por la que los investigados del grupo control han recibido información sobre alcohol y drogas son: charlas o cursos sobre el tema (90%), seguido de profesores (89%), folletos, libros (84%), los padres y hermanos se encuentran en cuarto lugar con el 78%.

En el caso de grupo experimental las fuentes de información son iguales: las charlas o cursos sobre el tema (71%), los padres, hermanos (54%). profesores (62%) aunque hay un menor porcentaje en comparación con el primer grupo (19%, 24% y 27% respectivamente), sin embargo se presentan otras vías como: personas relacionadas con el tema (58%). (Tabla 17)

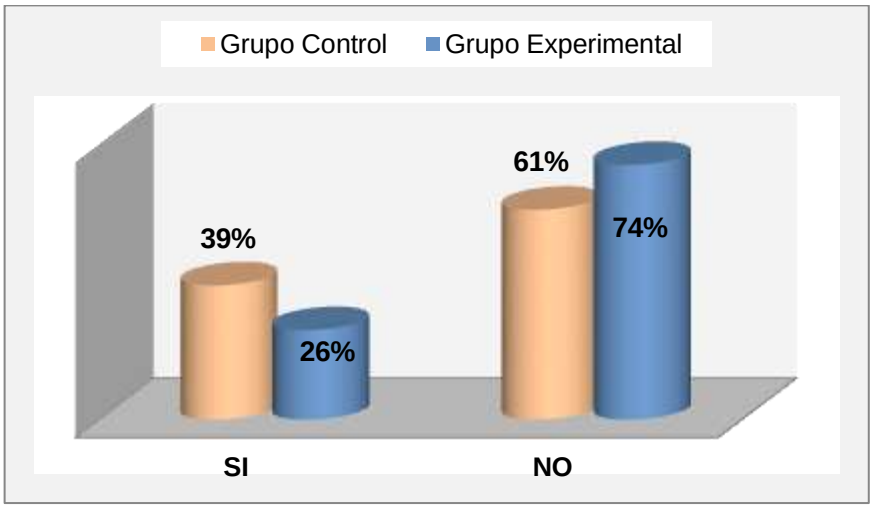
6.2 RESULTADOS POST INTERVENCIÓN

FRECUENCIA DE CONSUMO

GRÁFICO Nº 18

Consumo actual de <u>bebidas alcohólicas</u> en los/las adolescentes del grupo control y experimental de la ciudad de Riobamba.

Marzo – Junio 2009



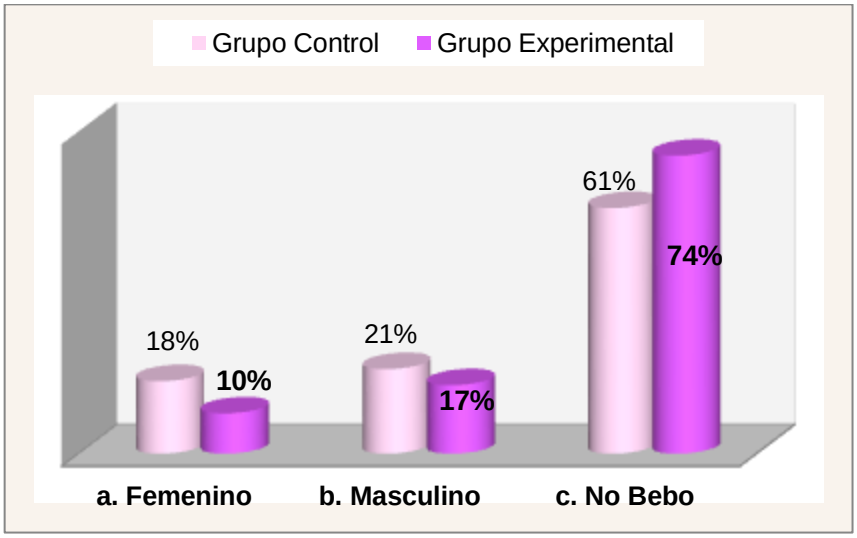
Fuente: *Escala aplicada a adolescentes de la Unidad Educativa La Providencia y Colegio Camilo Gallegos Toledo.*

Elaborado por: *Dra. Janneth Amaguaya y Lic. María Ramos*

Posterior a la intervención con el programa educativo se presenta: en el grupo control un aumento de 5% al porcentaje de consumo inicial (39%); en tanto que en el grupo experimental hay una disminución de 15% en el consumo de bebidas alcohólicas (26%). (Gráfico 18)

GRÁFICO Nº 19

Distribución por sexo de los adolescentes que consumen <u>bebidas alcohólicas</u> del grupo control y experimental de la ciudad de Riobamba. Marzo – Junio 2009



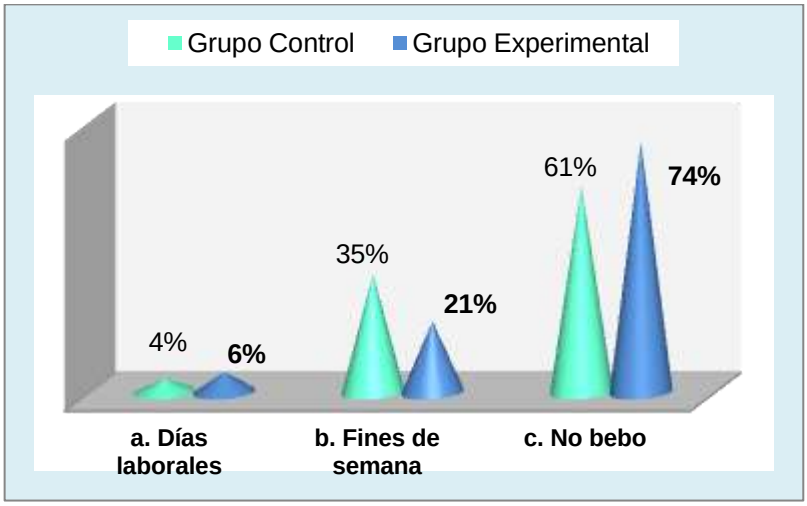
Fuente: *Escala aplicada a adolescentes de la Unidad Educativa La Providencia y Colegio Camilo Gallegos Toledo.*

Elaborado por: *Dra. Janneth Amaguaya y Lic. María Ramos*

Tras la intervención con el programa educativo, en el grupo control se evidencio un aumento en el porcentaje en ambos sexos (18% femenino y 21% masculino). Sin embargo este aumento es mayor para el sexo femenino (4%) que para el masculino (1%). En tanto que en el grupo experimental se presenta una disminución de 8% en el sexo femenino (10%) y 4% en el sexo masculino (17%). Pero aún la predominancia sigue siendo masculina en ambos grupos. (Gráfico 19).

GRÁFICO Nº 20

Consumo de bebidas alcohólicas en días laborales y fines de semana en los adolescentes del grupo control y experimental de la ciudad de Riobamba. Marzo – Junio 2009



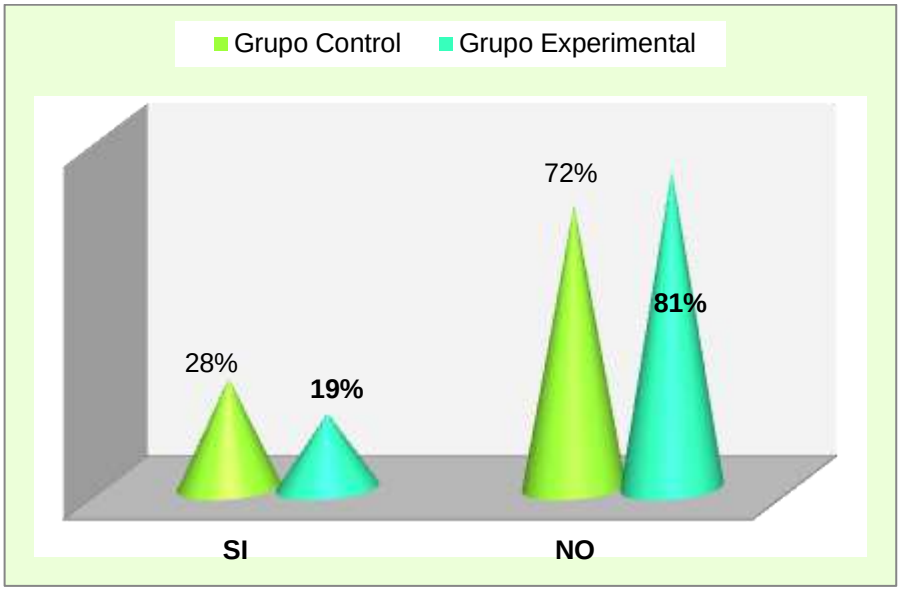
Fuente: *Escala aplicada a adolescentes de la Unidad Educativa La Providencia y Colegio Camilo Gallegos Toledo.*

Elaborado por: *Dra. Janneth Amaguaya y Lic. María Ramos*

La encuesta posterior a la intervención con el programa educativo revela en el grupo control una disminución del consumo a 4% los días laborales, pero un incremento a 35% los fines de semana. En el caso del grupo experimental se presenta una disminución en ambos parámetros, en 1% los días laborales (6%) y en 13% los fines de semana (21%). Estos datos muestran que aún el porcentaje de consumo es alto en los fines de semana en los dos grupos. (Gráfico 20).

GRÁFICO Nº 21

Consumo actual de tabaco en los/las adolescentes del grupo control y experimental de la ciudad de Riobamba. Marzo – Junio 2009



Fuente: *Encuesta aplicada a adolescentes de la Unidad Educativa La Providencia y Colegio Camilo Gallegos Toledo.*

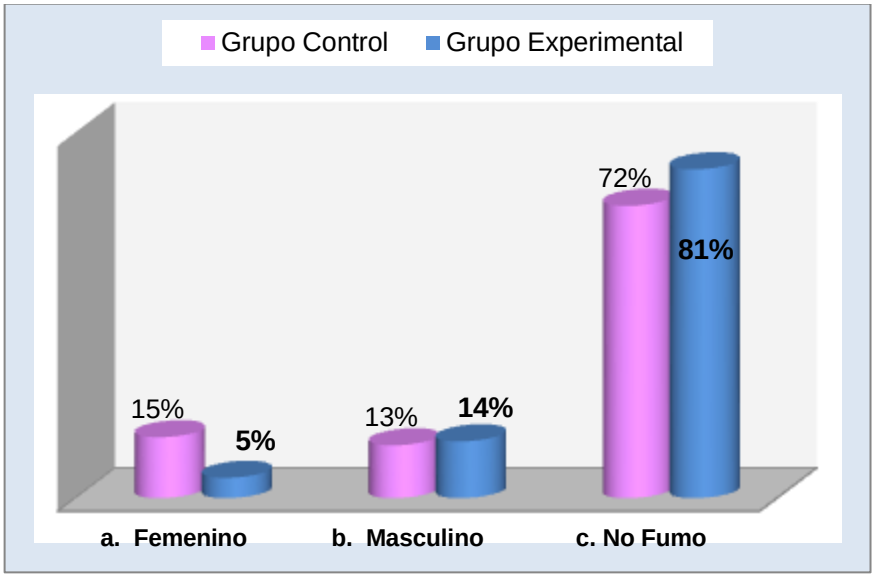
Elaborado por: *Dra. Janneth Amaguaya y Lic. María Ramos*

La posterior encuesta revela que en el grupo control hay un incremento de 4% en el porcentaje de consumo actual (28%). Sin embargo en el grupo experimental este consumo disminuye un 11% (19%) y aumenta a 81% el no consumo. (Gráfico 21)

GRÁFICO Nº 22

Consumo actual de tabaco, distribución por sexo de los adolescentes del grupo control y experimental de la ciudad de Riobamba.

Marzo – Junio 2009



Fuente: *Encuesta aplicada a adolescentes de la Unidad Educativa La Providencia y Colegio Camilo Gallegos Toledo.*

Elaborado por: *Dra. Janneth Amaguaya y Lic. María Ramos*

Posterior al programa educativo hay un incremento de 2% en el sexo masculino (13%) y 3% en el femenino (15%) revelando un mayor interés de las mujeres por el consumo de tabaco. En tanto que en el grupo experimental hay una disminución del 3% en el femenino (5%) y 9% en el masculino (14%), pero aún a pesar de una baja en el porcentaje se presenta una preferencia de este último por el tabaco incluso después de la intervención. (Gráfico 22)

FACTORES DE RIESGO

TABLA Nº 23

Lugares de consumo de alcohol de los adolescentes del grupo control y experimental de la ciudad de Riobamba. Marzo – Junio 2009

Grupo control

	NUNCA		FRECUENCIA								
			POCAS VECES		BASTANTE		MUCHAS VECES		CASI SIEMPRE		
SITIOS DE CONSUMO	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	%
a. En casa, yo solo	121	90%	10	8%	1	1%	1	1%	0	0%	10%
b. Fuera de casa, yo solo	118	88%	14	11%	1	1%	0	0%	0	0%	12%
c. En casa, con mi familia	100	74%	29	22%	2	2%	1	1%	1	1%	26%
d. En mi casa o en la de un amigo/a, con mis amistades	70	52%	45	34%	5	4%	6	5%	7	5%	48%
e. En bares especialmente baratos con amigos u otra gente	115	86%	12	9%	3	2%	2	2%	1	1%	14%
f. En bares (normales) con amigos u otra gente	91	68%	26	20%	6	5%	7	5%	3	2%	32%
g. En la calle con amigos u otra gente	95	71%	28	21%	6	5%	4	3%	0	0%	29%
h. En discotecas	85	63%	27	20%	6	5%	5	4%	10	8%	37%
i. En otros sitios	102	76%	25	19%	3	2%	2	2%	1	1%	24%

Grupo experimental

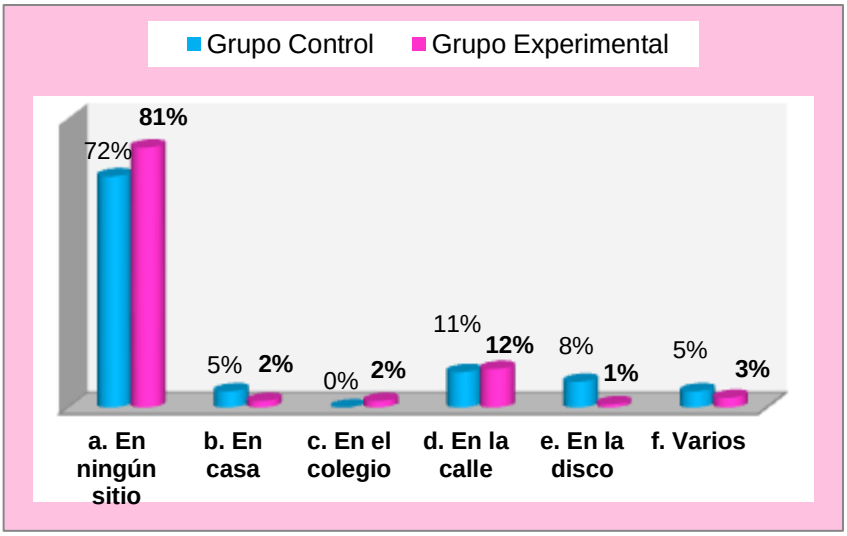
	NUNCA		FRECUENCIA								
			POCAS VECES		BASTANTE		MUCHAS VECES		CASI SIEMPRE		
SITIOS DE CONSUMO	f	%	f	%			f	%	f	%	%
a. En casa, yo solo	367	92%	25	6%	3	1%	2	1%	3	1%	9%
b. Fuera de casa, yo solo	346	87%	40	10%	4	1%	4	1%	6	2%	13%
c. En casa, con mi familia	316	79%	57	15%	7	2%	15	4%	5	1%	22%
d. En mi casa o en la de un amigo/a, con mis amistades	300	75%	63	16%	17	4%	9	2%	11	3%	25%
e. En bares especialmente baratos con amigos u otra gente	340	85%	44	11%	7	2%	5	1%	4	1%	15%
f. En bares (normales) con amigos u otra gente	344	86%	38	10%	10	3%	3	1%	5	1%	14%
g. En la calle con amigos u otra gente	318	80%	55	14%	12	3%	7	2%	8	2%	20%
h. En discotecas	343	86%	32	8%	9	2%	7	2%	9	2%	14%
i. En otros sitios	320	80%	44	10%	11	3%	10	3%	15	4%	20%

Fuente: *Escala aplicada a adolescentes de la Unidad Educativa La Providencia y Colegio Camilo Gallegos Toledo.*
Elaborado por: *Dra. Janneth Amaguaya y Lic. María Ramos*

Tras la intervención con el programa educativo es inquietante observar que en los investigados del grupo control se presenta un incremento en el porcentaje: un 10% consumir alcohol en casa o en la de un amigo con sus amistades (48%); un 20% en las discotecas (37%) y un 2% fuera de casa solo (12%). En el caso del grupo experimental a pesar de una leve disminución del porcentaje, aún llama la atención y se ratifican los lugares preferidos para el consumo de alcohol: en casa o en la de un amigo con sus amistades (25%), discotecas (14%), fuera de casa solo (13%) y en casa, yo solo (9%). Se mantiene igual el 22% en casa con la familia. (Tabla 23)

GRÁFICO Nº 24

Lugares de consumo de tabaco de los adolescentes del grupo control y experimental de la ciudad de Riobamba. Marzo – Junio 2009



Fuente: *Encuesta aplicada a adolescentes de la Unidad Educativa La Providencia y Colegio Camilo Gallegos Toledo.*

Elaborado por: *Dra. Janneth Amaguaya y Lic. María Ramos*

El grupo control en la segunda evaluación se ratifica en la calle (11%) y la discoteca (8%) como sitios elegido para el consumo, sin embargo se presenta un aumento de 1% en este último lugar y de un 3% en casa. En el experimental disminuye un 5% la preferencia en la calle (12%) como sitio elegido para el consumo, y un 6% en la discoteca. (1%), pero hay un incremento a 2% de consumo en casa. Estos datos hacen pensar que en ambos grupos hay influencia parental y familiar para el consumo, y al ser el colegio un sitio donde se presenta aparentemente más control, la calle y la discoteca son lugares aptos para el consumo libre. No hay que dejar pasar el hecho de que puede haber el consumo a "escondidas" en los planteles educativos. (Gráfico 24)

TABLA Nº 25

Factores de riesgo para el consumo actual de bebidas alcohólicas de los adolescentes del grupo control y experimental de la ciudad de Riobamba. Marzo – Junio 2009

Grupo control

FACTORES DE RIESGO PARA EL CONSUMO	MUY EN DESACUERDO		DESACUERDO		%	INSEGURO		DE ACUERDO		MUY DEACUERDO		%
	f	%	f	%		f	%	f	%	f	%	
a. Olvidar	53	39%	46	35%	74%	9	7%	11	8%	14	11%	19%
b. Evadir la rutina	65	49%	17	13%	62%	22	17%	16	12%	12	9%	21%
c. Porque beben mis amigos	57	42%	29	22%	64%	22	17%	19	14%	6	5%	19%
d. Para desinhibirme	54	41%	48	36%	77%	17	12%	5	4%	9	7%	11%
e. Para ligar	54	41%	31	23%	64%	29	21%	10	8%	9	7%	15%
f. Para sentir euforia	60	45%	41	31%	76%	20	15%	8	6%	4	3%	9%
g. Para sentirme más fuerte	60	45%	26	20%	65%	20	15%	15	11%	12	9%	20%

Grupo experimental

FACTORES DE RIESGO PARA EL CONSUMO	MUY EN DESACUERDO		DESACUERDO		%	INSEGURO		DE ACUERDO		MUY DE ACUERDO		%
	f	%	f	%		f	%	f	%	f	%	
a. Olvidar	147	37%	87	21%	58%	86	21%	42	11%	38	10%	21%
b. Evadir la rutina	137	34%	103	26%	60%	98	24%	34	9%	28	7%	16%
c. Porque beben mis amigos	139	35%	91	22%	57%	100	25%	46	12%	24	6%	18%
d. Para desinhibirme	144	36%	102	26%	62%	103	25%	28	7%	23	6%	13%
e. Para ligar	160	40%	93	23%	63%	90	23%	37	9%	20	5%	14%
f. Para sentir euforia	164	41%	101	25%	66%	82	21%	28	7%	25	6%	13%
g. Para sentirme más fuerte	150	37%	91	23%	60%	88	22%	40	10%	31	8%	18%

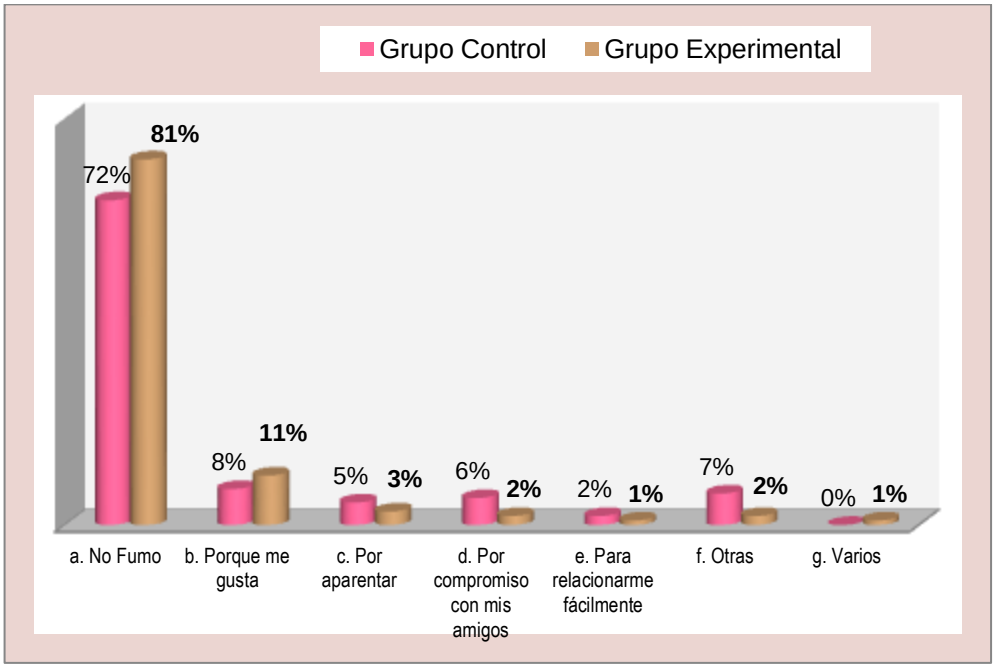
Fuente: *Escala aplicada a adolescentes de la Unidad Educativa La Providencia y Colegio Camilo Gallegos Toledo.*

Elaborado por: *Dra. Janneth Amaguaya y Lic. María Ramos*

Tras el programa educativo, la segunda encuesta reporta un cambio en el motivador para el consumo estando en primer lugar para evadir la rutina (21%), secundado por sentirse más fuerte (20%), además un representativo 19% consume alcohol para olvidar y porque beben sus amigos. En el grupo experimental, hay una disminución de 6% en el porcentaje de los factores para olvidar (21%), 1% para sentirse más fuerte (18%), pero un aumento de 2% en el porcentaje de influencia parental (porque beben sus amigos 18%). (Tabla 25)

GRÁFICO Nº 26

Factores de riesgo individuales para el consumo actual de tabaco de los adolescentes del grupo control y experimental de la ciudad de Riobamba. Marzo – Junio 2009



Fuente: *Encuesta aplicada a adolescentes de la Unidad Educativa La Providencia y Colegio Camilo Gallegos Toledo.*

Elaborado por: *Dra. Janneth Amaguaya y Lic. María Ramos*

Tras la intervención sigue predominando como factor motivador porque me gusta, sin embargo en el grupo control hay una disminución del 9% y en el grupo experimental se mantiene el porcentaje. En el caso de por aparentar (5%) y por compromiso con mis amigos (6%) se presentan representativos como motivadores en el grupo control. (Gráfico 26)

FACTORES PROTECTORES

TABLA Nº 27

Uso adecuado del tiempo libre como factor protector para evitar el consumo de alcohol y tabaco del grupo control y experimental de la ciudad de Riobamba. Marzo – Junio 2009

Grupo control

USO DEL TIEMPO LIBRE	NUNCA		FRECUENCIA								
			POCAS VECES		BASTANTE		MUCHAS VECES		CASI SIEMPRE		
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	%
a. Estar en la calle	17	13%	80	60%	15	11%	9	7%	12	9%	87%
b. Estudiar	4	3%	45	34%	30	22%	21	16%	33	25%	97%
c. Salir de copas	99	73%	18	14%	13	10%	2	2%	1	1%	27%
d. Salir al campo	45	33%	56	42%	21	16%	6	5%	5	4%	67%
e. Practicar deporte	9	7%	20	15%	41	31%	35	26%	28	21%	93%
f. Bailar	45	34%	40	30%	23	17%	9	7%	16	12%	66%
g. Ver tele	3	2%	20	15%	36	27%	40	30%	34	26%	98%
h. Escuchar música	4	3%	10	8%	21	16%	40	30%	58	43%	97%
i. Salir con la familia	12	9%	29	22%	51	38%	23	17%	18	14%	91%
j. Otros	100	74%	14	11%	6	5%	5	4%	8	6%	26%

Grupo experimental

USO DEL TIEMPO LIBRE	NUNCA		FRECUENCIA								
			POCAS VECES		BASTANTE		MUCHAS VECES		CASI SIEMPRE		
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	%
a. Estar en la calle	188	47%	156	39%	18	5%	17	4%	21	5%	53%
b. Estudiar	32	8%	163	40%	90	23%	57	14%	58	15%	92%
c. Salir de copas	315	79%	53	13%	17	4%	8	2%	7	2%	21%
d. Salir al campo	136	33%	115	29%	51	13%	46	12%	52	13%	67%
e. Practicar deporte	20	5%	139	35%	81	20%	76	19%	84	21%	95%
f. Bailar	168	42%	143	35%	34	9%	25	6%	30	8%	58%
g. Ver tele	45	11%	126	32%	61	15%	92	23%	76	19%	89%
h. Escuchar música	36	8%	59	15%	94	24%	80	20%	131	33%	92%
i. Salir con la familia	42	10%	148	37%	83	21%	48	12%	79	20%	90%
j. Otras	266	66%	51	12%	30	8%	18	5%	35	9%	34%

Fuente: *Escala aplicada a adolescentes de la Unidad Educativa La Providencia y Colegio Camilo Gallegos Toledo.*

Elaborado por: *Dra. Janneth Amaguaya y Lic. María Ramos*

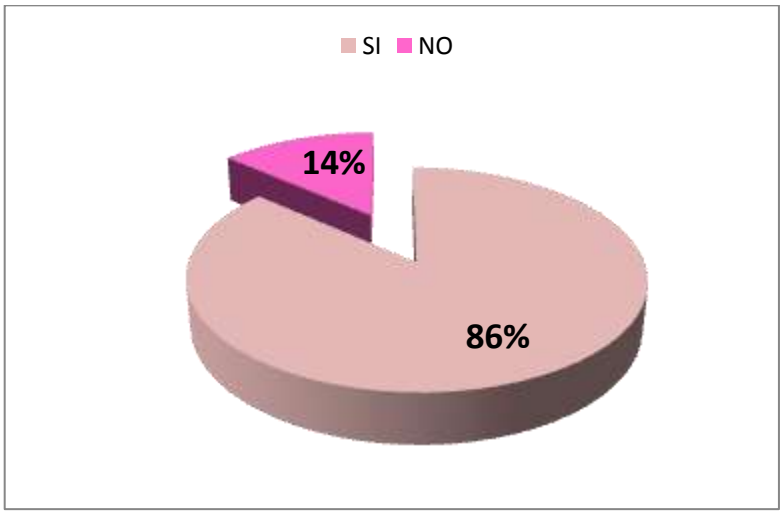
Posterior al programa educativo en el grupo control se mantiene el uso del tiempo libre en: estudiar y escuchar música (97%), practicar deporte (93%), salir con la familia (91%), y salir al campo (67%). En el experimental se presenta un incremento en los porcentajes: un 3% ocupa su tiempo libre en practicar deporte (95%), un 4% en estudiar (92%), un 1% salir con la familia (90%), y un 3% en salir al campo (67%). (Tabla 27)

GRÁFICO Nº 28

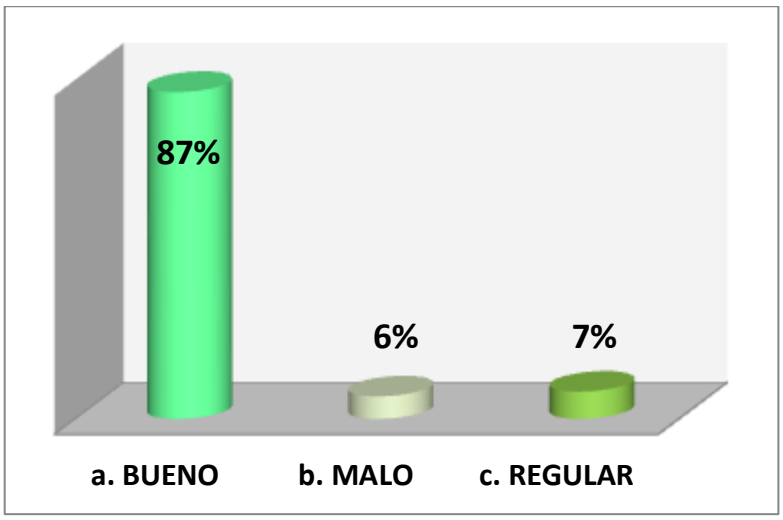
ENCUESTA DE EVALUACIÒN DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÒN

Marzo – Junio 2009

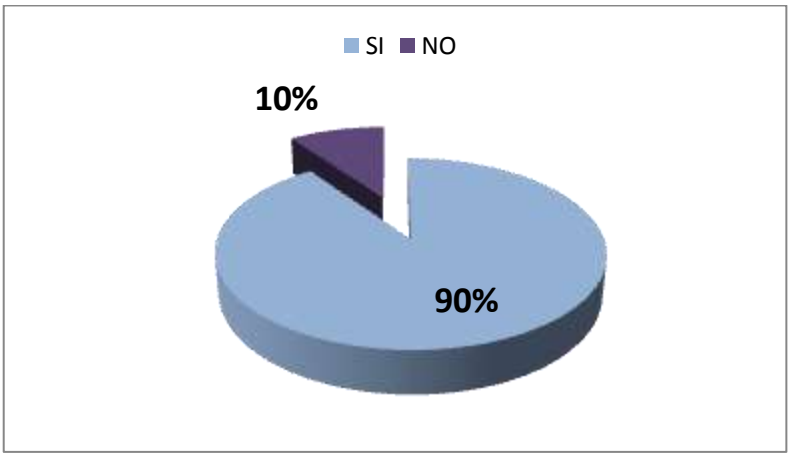
1. **Considera usted que el programa educativo han influido en su criterio sobre el consumo de alcohol y tabaco?**



2. **Usted considera que el programa educativo fue:**



3. **Tiene usted ahora más conciencia de lo que significa fumar y beber alcohol para su salud?**



Fuente: *Encuesta aplicada a adolescentes de la Unidad Educativa La Providencia y Colegio Camilo Gallegos Toledo.*

Elaborado por: *Dra. Janneth Amaguaya y Lic. María Ramos*

Se les pregunto a los/las adolescentes si el programa educativo han influido en su criterio sobre el consumo de alcohol y tabaco, el 86% respondió afirmativamente, mientras que el 14% lo hizo negativamente.

El 87% de los encuestados manifiestan que el programa fue bueno, el 7% regular, mientras que un 6% responde que malo.

Con respecto a la tercera pregunta el 90% responde que ahora tiene más conciencia de lo que significa fumar y beber alcohol para su salud. (Gráfico 28)

6.3 ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA HIPÓTESIS

La muestra tanto del grupo control (133 alumnos) como del grupo experimental (400) son adecuadas para la investigación. Y no hay diferencia significativa ni en número ni en edad entre los grupos control y experimental para la investigación. Por lo que el tamaño de la muestra es adecuado y se puede comparar los grupos en número y en edad.

TABLA Nº 29

Consumo actual de bebidas alcohólicas en los/las adolescentes del grupo experimental de la ciudad de Riobamba.

PRE INTERVENCIÓN	POST INTERVENCIÓN	DIFERENCIA DE PORCENTAJE	ESTADISTICA		DIFERENCIA ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVA	
			Ji cuadrado	Valor crítico	SI	NO
41%	26%	15%	18.8755	3.84	X	

Fuente: *Escala aplicada a adolescentes de la Unidad Educativa La Providencia y Colegio Camilo Gallegos Toledo.*

Elaborado por: *Dra. Janneth Amaguaya y Lic. María Ramos*

Los datos indican que hay una diferencia estadísticamente significativa, por lo que se comprueba la hipótesis. (Tabla 29)

TABLA Nº 30

Distribución por sexo de los adolescentes que consumen bebidas alcohólicas del grupo experimental de la cuidad de Riobamba

PRE INTERVENCIÓN		POST INTERVENCIÓN		DIFERENCIA DE PORCENTAJE		ESTADISTICA		DIFERENCIA ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVA	
F	M	F	M	F	M	Ji cuadrado	Valor crítico	SI	NO
14%	27%	10%	17%	4%	10%	19.03654	5.99	X	

Fuente: *Escala aplicada a adolescentes de la Unidad Educativa La Providencia y Colegio Camilo Gallegos Toledo.*

Elaborado por: *Dra. Janneth Amaguaya y Lic. María Ramos*

En cuanto se refiere al sexo de los adolescentes que consumen actualmente bebidas alcohólicas hay una diferencia estadísticamente significativa, por lo que se comprueba la hipótesis. (Tabla 30)

TABLA Nº 31

Consumo de bebidas alcohólicas en días laborales y fines de semana en los adolescentes del grupo experimental de la ciudad de Riobamba

PRE INTERVENCIÓN		POST INTERVENCIÓN		DIFERENCIA DE PORCENTAJE		ESTADISTICA		DIFERENCIA ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVA	
Días laborales	Fines de semana	Días laborales	Fines de semana	Días laborales	Fines de semana	Ji cuadrado	Valor crítico	SI	NO
7%	34%	6%	21%	1%	13%	19.2702	5.991	X	

Fuente: *Escala aplicada a adolescentes de la Unidad Educativa La Providencia y Colegio Camilo Gallegos Toledo.*

Elaborado por: *Dra. Janneth Amaguaya y Lic. María Ramos*

Los datos demuestran que el programa logró disminuir la frecuencia de consumo de alcohol en los días laborales y fines de semana por lo que se comprueba la hipótesis. (Tabla 31)

TABLA Nº 32

Consumo actual de tabaco en los/las adolescentes del grupo experimental de la ciudad de Riobamba.

PRE INTERVENCIÓN	POST INTERVENCIÓN	DIFERENCIA DE PORCENTAJE	ESTADISTICA		DIFERENCIA ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVA	
			Ji cuadrado	Valor crítico	SI	NO
30%	19%	11%	0.000312537	3.84		X

Fuente: *Encuesta aplicada a adolescentes de la Unidad Educativa La Providencia y Colegio Camilo Gallegos Toledo.*

Elaborado por: *Dra. Janneth Amaguaya y Lic. María Ramos*

A pesar de existir disminución en el porcentaje (11%) antes y después de la intervención, esta no es estadísticamente significativa, por lo que se rechaza la hipótesis. (Tabla 32)

TABLA Nº 33

Distribución por sexo de los adolescentes que consumen tabaco del grupo experimental de la cuidad de Riobamba

PRE INTERVENCIÓN		POST INTERVENCIÓN		DIFERENCIA DE PORCENTAJE		ESTADISTICA		DIFERENCIA ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVA	
F	M	F	M	F	M	Ji cuadrado	Valor crítico	SI	NO
8%	23%	5%	14%	3%	9%	0.00140354	5.99		X

Fuente: *Encuesta aplicada a adolescentes de la Unidad Educativa La Providencia y Colegio Camilo Gallegos Toledo.*

Elaborado por: *Dra. Janneth Amaguaya y Lic. María Ramos*

A pesar de existir una disminución en el porcentaje en el sexo femenino (3%) y en el masculino (9%) antes y después de la intervención, esta no es estadísticamente significativa, por lo que se rechaza la hipótesis. (Tabla 33)

7. DISCUSIÓN

DISCUSIÓN

Los resultados del estudio realizado arrojan los siguientes datos:

El análisis estadístico evidencia que las muestras tanto del grupo control como del grupo experimental son adecuadas para la investigación. Y no hay diferencia significativa ni en número, ni en edad entre los grupos.

La muestra total fue de 533 alumnos distribuidos en: 133 del grupo control pertenecientes a seis paralelos desde octavo año de educación básica hasta el tercer año de bachillerato. El 64% correspondían al grupo básico mientras que el 36% al bachillerato. En cuanto al grupo experimental la muestra total fue de 400 alumnos distribuidos en trece paralelos desde octavo año de educación básica hasta el tercer año de bachillerato, 65% correspondían al básico mientras que el 35% al bachillerato. En cuanto se refiere a la distribución por edad, se observa que el 57% del grupo control y el 51% del grupo experimental correspondían a los adolescentes menores, mientras que un 43% y 49% respectivamente pertenecen a los adolescentes mayores.

La investigación revela que el 34% de adolescentes del grupo control consume bebidas alcohólicas en la actualidad, y el 41% del grupo experimental. Posterior a la intervención se presenta: en el grupo control un aumento de 5% al porcentaje de consumo inicial (39%); en tanto que en el grupo experimental hay una disminución de 15% (26%). Por lo tanto se evidencia en este último una disminución estadísticamente significativa.

Tomando en cuenta al sexo de los investigados que consumen bebidas alcohólicas, se presenta una igualdad en el porcentaje del sexo femenino (14% grupo control y experimental) y una predominancia del sexo masculino (20% grupo control y 27% grupo experimental) en ambos grupos. Tras la intervención, en el grupo control se evidenció un aumento en el porcentaje en ambos sexos (18% femenino y 21% masculino). En tanto que en el grupo experimental se presentó una disminución de 8% en el sexo femenino (10%) y 4% en el sexo masculino (17%).

Observándose una diferencia estadísticamente significativa en el grupo experimental.

La encuesta sobre el consumo de alcohol en escolares de 14 a 17 años auspiciado por la CICAD en países latinoamericanos entre el 2001 – 2005 revela que el 76.4% de los adolescentes Colombianos consume alcohol (mujeres 74.2%, hombres 79.1%), seguido por Brasil con un 69.3% (mujeres 70.3%, hombres 68.4%).

En el caso del Ecuador fue del 60.5% (mujeres 58%, hombres 63.3%). [25]

El Sistema Ecuatoriano de Vigilancia Integral para la prevención de drogas (SEVIP) en una investigación realizada en el año 2005 en estudiantes secundarios de la ciudad de Quito, encontró que el 39% ingirió bebidas alcohólicas durante el último mes.

---

[25] Monteiro, M. y col. Problemas sociales y de salud relacionados con el alcohol. Alcohol y Salud Pública en las Américas. Un caso para la acción. OPS. 2007.

El consumo es más frecuente entre los hombres (44%) que entre las mujeres (34%).[39]

A nivel de la provincia de Chimborazo de acuerdo con los datos estadísticos del MSP en el 2006, el 8% de adolescentes en edades comprendidas entre 16 - 19 años consumió alcohol y el 48% entre los 20 – 35 años. En el año 2007 existió un ligero incremento, el 9% entre 16 - 19 años y 51% de 20 – 35 años. Hasta el mes de junio del 2008 en el grupo de 14 – 35 años ya hay un consumo de alcohol de un 63%.[40]

Los investigación reporta que el 6% del grupo control y 7% del grupo experimental consumió bebidas alcohólicas en días laborales, mientras que un 28% (grupo control) y 34% (grupo experimental) los fines de semana. La encuesta posterior revela en el grupo control una disminución del consumo a 4% los días laborales, pero un incremento a 35% los fines de semana.

Sin embargo en el grupo experimental se presenta una disminución en ambos parámetros (6% los días laborales y 21% los fines de semana). Los datos son estadísticamente significativos y demuestran que el programa logro disminuir la frecuencia de consumo de alcohol en los días laborables y fines de semana en el grupo experimental.

---

[39] SEVIP abril del 2005

[40] Notificación anual de enfermedades de vigilancia epidemiológica EPI 2. MSP 2006 – 2008.

De acuerdo con la encuesta del Observatorio Español sobre Drogas en el año 2000, el 43% de los adolescentes que había bebido en el último mes lo hizo exclusivamente durante el fin de semana. Cerca del 40% reconoció haberse emborrachado alguna vez. [19]

Un estudio realizado en Salamanca en el año 2006 reporta que el 20,7% dice beber una vez al mes o menos y el 57% más de dos veces al mes, es importante señalar que esta categoría abarcaría los fines de semana, se concentra el mayor número de respuestas, *a partir de los 15 años,* Si sumamos los que salen con mayor frecuencia tenemos que más del 60% sale y bebe alcohol los fines de semana.[41] [42]

En el hogar familiar de los adolescentes se consume cerveza (61% grupo control y 47% grupo experimental), vino (55% grupo control y 44% grupo experimental) y aperitivos – licores (28% grupo control y experimental). Los datos indican que no hubo una diferencia estadísticamente significativa en ambos grupos.

Un estudio realizado en Guayaquil revela que el comportamiento de los padres actuaría como modelo para los hijos y puede llevar a los niños y adolescentes a ser usuarios de alcohol y tabaco utilizando esta manera

---

[19] Espada, J., Méndez, X., Griffin, K., y Botvin, G. Adolescencia: Consumo de alcohol y otras drogas. Papeles del Psicólogo. 23 (84): 9 - 17. 2003

[41] Gil, F. El consumo de alcohol: la punta del iceberg de los problemas de los escolares. Rev. De Educación. 341. Sep – Dic: 471 – 494. 2006.

[42] Medranda, M. Consumo de alcohol en jóvenes españoles. Rev. Pediatría Aten Primaria. 8 (3): 43 – 54. 2006.

como forma alternativa para enfrentar sus problemas generados por ese ambiente. El 52% de las familias encuestadas acepta el consumo de alcohol y tabaco, este porcentaje hace determinar que el consumo de alcohol en la familia es un factor de riesgo elevado, pues él niño aprende por lo que ve y asimila entonces, que cuando crezca él hará lo mismo.[43]

El estudio realizado a 200 estudiantes de 15 a 18 años del nivel medio superior inscritos en una escuela preparatoria de la Universidad de Guanajuato, reportó que todos los estudiantes informaron que uno o varios de sus familiares consumen frecuentemente cerveza, vino o licor. En la mayoría de los casos sus parientes tomadores son tíos y primos, el 37% mencionaron al padre y únicamente el 3% a la madre. [22]

En lo que se refiere al consumo de tabaco en familiares del grupo control el 58% refiere que algún tío de su familia fuma, el 23% el padre, el 18% algún abuelo y un 5% la madre. Igual sucede en el grupo experimental con algún tío de su familia (55%) y el padre (32%), sin embargo aquí se presenta el 24% algún hermano, el 17% algún abuelo y un pequeño 3% la madre. Sin embargo no existe diferencia estadísticamente significativa en ambos grupos.

---

[43] Ramírez, M. y Andrade, D. La familia y los factores de riesgo relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en los niños y adolescentes (Guayaquil – Ecuador). Rev. Latino-am Enfermagen. 13: 813 – 815. 2005.

[22] Rodríguez, L., Díaz, F. y Nájera, M. Génesis del alcoholismo en estudiantes adolescentes. Rev. Digital Buenos Aires. 10 (80). 2005.

El consumo de tabaco habitual entre los padres parece ser un factor predictor del consumo juvenil. Cuando esto sucede, es recomendable abordar el consumo en todos los miembros de la familia[44].

En un estudio realizado en estudiantes de la preparatoria N° 5 de Guadalajara inscritos en el periodo 2004. Indica que la prevalencia del consumo de tabaco entre los familiares se distribuyó de la siguiente forma: un 36% tabaquismo en el padre, 33.1% un hermano, y 37.2% en los amigos. El consumo paterno tiene implicaciones sobre el consumo de tabaco de los adolescentes, no así el materno o filial.[45]

La encuesta inicial reporta que el 31% del grupo control y el 27% del grupo experimental está de acuerdo y muy de acuerdo en que el principal factor motivador para el consumo actual de bebidas alcohólicas es por olvidar, seguido de un 18% y 16% porque beben sus amigos y un 15% y 17% para evadir la rutina.

Luego del programa educativo, en el grupo control se reporta un cambio en el motivador para el consumo estando en primer lugar para evadir la rutina (21%), secundado por sentirse más fuerte (20%), y 19% para olvidar. En el grupo experimental, hay una disminución de 6% en el porcentaje de los factores para olvidar (21%), 1% para sentirse más fuerte (18%), pero un

---

[44] Hidalgo, M., Montón, A. y González, R. Evidencias y medidas preventivas en el abuso de sustancias durante la adolescencia. Rev. Pediatría Aten Primaria. 8(3): 113 – 127. 2006

[45] Nuño, B. y col. Prevalencia y factores asociados al consumo de tabaco en adolescentes de una preparatoria de Guadalajara, Jalisco, México. Rev. Salud Mental. 28 (5): 64 – 70. 2005

aumento de 2% en el porcentaje de influencia parental (porque beben sus amigos 18%).

Un estudio realizado en 273 adolescentes de cuatro centros de secundaria del Principado de Asturias, reporta como motivadores para la primera experiencia con el alcohol a la vinculación grupal y al efecto de contagio de los iguales, ya sea bajo las modalidades de modelado (porque bebían mis amigos) o mediante mecanismos de acción más persuasivos e impositivos (porque me incitaron a ello). [21]

Las principales razones que aluden los estudiantes de la escuela preparatoria de la Universidad de Guanajuato involucrados en el consumo de productos alcohólicos, son la curiosidad y la inducción de amigos y compañeros de clase. El pretexto casi siempre tiene que ver con algún festejo y con reuniones de socialización. Cabe destacar que la primera ingesta de alcohol pocas veces se realizó en presencia de los padres, salvo en festejos y celebraciones familiares. La mayoría de los jóvenes relatan que por primera vez probaron bebidas alcohólicas con amigos y compañeros de escuela. [22]

---

[21] De la Villa, M., Rodríguez, F. y Sirvent, C. Motivadores de consumo de alcohol en adolescentes: análisis de diferencias inter – género y propuesta de un continuum etiológico. Adicciones. 17 (2): 105 – 120. 2005.

[22] Rodríguez, L., Díaz, F. y Nájera, M. Génesis del alcoholismo en estudiantes adolescentes. Rev. Digital Buenos Aires. 10 (80). 2005.

En tanto que el estudio realizado en cuatro centros de secundaria del principado de Asturias, indica que entre las razones para el consumo actual están: la propia vinculación grupal (25%), para evadir la rutina (22.9%), sentir euforia (21.9%) y para olvidar (22%). [21]

La encuesta previa a la intervención reporta que los/las adolescentes del grupo control y experimental ocupan su tiempo libre en: ver televisión (98% y 90%), estudiar (97% y 88%), escuchar música (95% y 96%) y practicar deporte (92%).

Posterior al programa educativo en el grupo control se mantiene el uso del tiempo libre en ver televisión (98%), estudiar y escuchar música (97%), practicar deporte (93%). En el experimental se presenta un incremento en los porcentajes: 3% ocupa su tiempo libre en practicar deporte (95%), 4% en estudiar (92%). A pesar de existir un incremento en el porcentaje del buen uso del tiempo libre, no hay diferencia significativa en el grupo experimental en la pre y la post intervención.

La principal actividad a la que los jóvenes dedican su tiempo libre, sobre todo durante el fin de semana, es salir con sus amigos y otras actividades, entre las que se destaca ver la televisión.

---

[21] De la Villa, M., Rodríguez, F. y Sirvent, C. Motivadores de consumo de alcohol en adolescentes: análisis de diferencias inter – género y propuesta de un continuum etiológico. Adicciones. 17 (2): 105 – 120. 2005.

Entre el 50 y 70% de jóvenes salen a la calle al menos una noche todos los fines de semana.[46]

La encuesta inicial reporta que el 24% de los investigados del grupo control y el 30% grupo experimental consume tabaco en la actualidad. Posterior a la intervención se revela que en el grupo control hay un incremento de 4% en el porcentaje de consumo actual (28%). Sin embargo en el grupo experimental este consumo disminuye un 11% (19%).

En cuanto se refiere a la distribución por sexo de los adolescentes que consumen tabaco 12% del grupo control y 8% del grupo experimental corresponde al sexo femenino y 12% (grupo control) y 23% (grupo experimental) corresponde al sexo masculino. Posterior al programa educativo en el grupo control hay un incremento de 2% en el sexo masculino (13%) y 3% en el femenino (15%) revelando un mayor interés de las mujeres por el consumo de tabaco. En tanto que en el grupo experimental hay una disminución del 3% en el femenino (5%) y 9% en el masculino (14%), pero aún a pesar de una baja en el porcentaje se presenta una preferencia de este último por el tabaco incluso después de la intervención.

La Encuesta Mundial sobre Tabaquismo en la Juventud realizada entre el año 2000 y 2005 en estudiantes de 13 a 15 años indica que el consumo de cigarrillos era mayor en Chile con casi 34%. La prevalencia en el hábito de

[46] Hernán, M., Fernández, A. y Ramos, M. La salud de los jóvenes. Gac. Sanitaria. 18 (1): 47 – 55. 2004.

fumar era mayor entre las adolescentes (Chile: varones 27.6%, mujeres, 39.2%; Argentina: varones 17.2%, mujeres, 26.8%; Uruguay: varones 22.2%, mujeres 29.6%)[47].

En un estudio realizado en estudiantes de entre 13 y 18 años de Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO) de un instituto de la provincia de Málaga durante el curso escolar 2002-2003.pone de manifiesto el elevado consumo de tabaco en los adolescentes, fundamentalmente en las chicas.[48]

Según datos del V levantamiento Nacional sobre consumo de drogas psicotrópicas entre estudiantes de nivel fundamental y medio muestra que Chile (75%) y Ecuador (61.4%) presentan los mayores porcentajes de "uso en la vida" seguidos de Paraguay (37.3%) y Brasil (24.9%).[16]

Los lugares de mayor preferencia por los adolescentes del grupo control y experimental para el consumo de tabaco son: la calle (11% y 17%), la discoteca (7% y 7%), en menor preferencia su casa (2% y 1%). Posterior a la intervención se ratifica en ambos grupos la preferencia de la calle (11% y 12%), la discoteca (8% y 1%) y se presenta un aumento de porcentaje en su casa (5% y 2%)

---

[16] Ribera, M. y Villar, M. Factores de riesgo para el consumo de alcohol en escolares de 10 a 18 años, de establecimientos educativos fiscales en la ciudad de la paz – Bolivia (2003- 2004). Rev. Latino – am Enfermagen. 13: 880 – 887. 2005.

[47] Salud en las Américas. 2007.

[48] Soria, M. y col. Intervención sobre tabaquismo en estudiantes de enseñanza secundaria de la provincia de Málaga. Arch. Bronconeumol. 41 (12): 654 – 658. 2005.

El estudio realizado en escolares del 7mo a 9no año de La Costa Buenos – Aires, reveló que el 26.5% de los fumadores habituales fuman en grupos, el 8% cuando se encuentran solos y menos del 2% en su casa y el resto en cualquier lugar. [49] Aproximadamente el 75% de los jóvenes norteamericanos que consumen tabaco diariamente declaran que lo hacen porque es "difícil" dejarlo y más del 90% han sufrido al menos un síntoma de abstinencia cuando han intentado dejar de fumar.[50]

[49] Bolzàn, A. y Peleteiro, R. Tabaquismo durante la adolescencia temprana. Estudio en escolares argentinos. Jornal de Pediatría. 79 (5): 461 – 466. 2003.

[50] Soto, F y col. La iniciación al tabaquismo: aportaciones de la epidemiología, el laboratorio y las ciencias del comportamiento. An. Esp. Pediatr. 57 (4): 327 – 333. 2002.

8. CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

- El 34% de adolescentes del grupo control y el 41% del grupo experimental consume bebidas alcohólicas en la actualidad, más sin embargo posterior a la intervención la frecuencia de consumo del grupo experimental presenta una disminución del porcentaje (26%). Por lo tanto se evidencia una disminución estadísticamente significativa. Esto ocurrió de igual modo en la distribución por sexo (femenino 10% y masculino 17%) de los adolescentes del grupo experimental que consumen alcohol.
- En el caso del tabaco a pesar de que hubo una disminución en la frecuencia de consumo (de 30% a 19%) en el grupo experimental, esta diferencia no fue estadísticamente significativa. Por lo que se concluye que el programa no tuvo mayor impacto en este campo.
- El consumo de cerveza (61% grupo control y 47% grupo experimental) vino (55% grupo control y 44% grupo experimental) y tabaco en los familiares principalmente del padre (23% control 32% experimental), la influencia de los pares para el consumo actual de alcohol y tabaco (18% y 6% grupo control y 16% y 2% experimental), lugares de fácil acceso al producto (tienda, vendedores informales, bares y discotecas), mal uso del tiempo libre (salir de copas 27% grupo control y 21% grupo experimental) son los principales factores de riesgo detectados en esta investigación.

- Se consideró como factores protectores, el uso del tiempo libre en actividades como: practicar deporte (93% grupo control y 95% grupo experimental), escuchar música (97% grupo control y 92% experimental), estudiar (97% control y 92%experimental). El que los adolescentes reciban información sobre drogas de los padres, hermanos (78% control y 54% experimental) o personas relacionadas con el tema (74% control y 58% experimental), el que los adolescentes sean asertivos en sus decisiones (no bebo alcohol porque es malo para la salud 92% control y 75% experimental), y tengan una buena capacidad crítica (aunque mis amigos beban yo no pienso hacerlo 87% y 65%, no tengo curiosidad por probar nuevas bebidas alcohólicas 80% y 60%).
- Basados en la encuesta inicial se determinó que el colegio en donde hubo mayor frecuencia de consumo de alcohol (41%) y tabaco (30%) fue el colegio Camilo Gallegos Toledo. Sin embargo tras la intervención los datos cambian y es a la unidad educativa La Providencia donde existe mayor frecuencia de consumo tanto del alcohol (39%) como del tabaco (28%).

- Posterior al análisis estadístico la hipótesis se cumplió en el caso del alcohol ya que hubo una diferencia estadísticamente significativa, sin embargo en cuanto al tabaco se refiere, a pesar de presentarse una disminución en el porcentaje de la frecuencia de consumo esta no fue

estadísticamente significativa por lo que se refuta la hipótesis en el caso del tabaco.

- Al evaluar el programa de prevención de alcohol y tabaco, el 87% de los adolescentes investigados consideró que fue bueno y ha influido en su criterio sobre el consumo de alcohol y tabaco. La sugerencia más relevante es que se continúe con el programa y en lo posible durante el año escolar.

9. RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

- La evidencia científica de hoy sugiere que los programas educativos una vez que se ha instaurado el consumo, no son muy efectivos y que el potencial más prometedor es aplicarlo antes de que aparezca el problema. Ya que unas actuaciones preventivas bien orientadas permitirán retrasar al máximo posible la edad de inicio, evitando la evolución hacia bebedores y fumadores adultos. Por lo que debería ser tomado en consideración el aplicar el programa educativo a edades más tempranas, en lo posible desde la escuela, debe ser multidimensional e implicar a padres, profesores, profesionales de la salud y a la comunidad. A su vez el programa educativo debe desarrollarse por un largo periodo de tiempo y evaluarse continuamente para medir el impacto que este genere en los adolescentes.
- Comprometer a las autoridades de los planteles educativos para implementar una cultura de NO consumo de alcohol y tabaco en los alumnos y maestros.
- A pesar de las prohibiciones de venta de alcohol y tabaco a los menores estas no se cumplen, por lo que una campaña masiva de educación a los vendedores formales e informales cercanos a los centros educativos ayudarían a concienciarlos y orientarlos a ser parte de la solución y no del problema. Campaña que se pondrá a

consideración de los directivos de los planteles educativos y se desarrollará una vez que sea aprobada la propuesta.

- Con esta investigación se ha logrado disminuir el porcentaje del consumo de los/las adolescentes investigados, por lo que nuestro trabajo estará encaminado en dar el seguimiento a los mismos para determinar si esta disminución se mantiene con el tiempo, tarea que la realizaremos previa autorización de los directivos de la institución educativa.
- Como en la provincia de Chimborazo no hay suficientes estudios que aborden la problemática del consumo de alcohol y tabaco en los adolescentes, convendría realizar investigaciones en otras poblaciones para obtener nuevos datos que permitan realizar comparaciones.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÀFICAS

1. Osorio, E.A. y Ortega, N. Factores de riesgo asociados al consumo de drogas en estudiantes adolescentes. Rev. Latino-am Enfermagen.12:369-375.2004.

2. Fantin, M. y Morales, C. Nivel socioeconómico y consumo de sustancias en una muestra de adolescentes escolarizados de san Luis. Argentina. Fundamentos en Humanidades. 1 (15): 133-145.2007.

3. Fernández, S., Nebot, M. y Janè, M. Evaluación de la efectividad de los programas escolares de prevención del consumo de tabaco, alcohol y cannabis: ¿Qué nos dicen los meta – análisis?. Rev. Española de Salud Pública. 76 (3): 175 – 187. 2002.

4. Urquieta, J., Hernández, M. y Hernández, B. El consumo de tabaco y alcohol en jóvenes de zonas urbanas marginadas de México. Un análisis de decisiones relacionadas. Rev. Salud Pública de México. 48 (1): 30 – 40. 2006.

5. Ariza, C., Nebot, M. y col. Tendencias en el consumo de tabaco, alcohol y cannabis de los escolares de Barcelona (1987 – 1999). Gac. Sanit. 17 (3): 190 – 195. 2003.

6. Lillo, J. Crecimiento y comportamientos en la adolescencia. Rev. Asoc. Esp. Neurosiq. Abr – Jun.90: 57 – 71. 2004

7. Tarazona, D. Autoestima, satisfacción con la vida y condiciones de habilidad en adolescentes estudiantes de quinto año de media. Un estudio factorial según pobreza y sexo. Rev. IIPSI Facultad de Psicologìa. 8 (2): 57 – 65. 2005.

8. Muñoz, M. y Graña, J. Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. Psicothema. 13 (1): 87 – 94. 2001.

9. Espada, J.P., Hidalgo, M.D. y Méndez, F.X. Consumo de alcohol en escolares: descenso de la edad de inicio y cambios en los patrones de ingesta. Adicciones. 12 (1): 57 – 64. 2000.

10. Pérez, A., Martínez, M.L. y col. Alcohol en adolescentes: estudio sobre dependencia y relación con aspectos psicológicos y sociofamiliares. Medicina de Familia. 6 (1): 28 – 31. 2005.

11. Moreno, J. Valores, actitudes hacia el alcohol y consumo en adolescentes varones. Rev. de Filosofía y Psicología. 13 (1): 195 – 211. 2006.

12. Caballero, F. Las drogas. Educación y Prevención. Madrid - España. Nexus. 2004. 13 – 34.

13. Yáñez, A.M., López, R., y otros. Consumo de tabaco en adolescentes. Estudio poblacional sobre las influencias parentales y escolares. Arch. Bronconeumol. 42 (1): 21 – 24. 2006.

14. Ministerio del Interior. Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes. CONACE. Chile. 2004.
15. Astoviza, M. y Socarras, M. El Alcoholismo, consecuencias y prevención. Rev. Cubana de Investigación Biomédica. 22 (1): 25 – 31. 2003.
16. Ribera, M. y Villar, M. Factores de riesgo para el consumo de alcohol en escolares de 10 a 18 años, de establecimientos educativos fiscales en la ciudad de la paz – Bolivia (2003- 2004). Rev. Latino – am Enfermagen. 13: 880 – 887. 2005.
17. Silva, I. y Pillon, S. Factores protectores y de riesgo asociados al uso de alcohol en adolescentes hijos de padre alcohólico, en el Perú. Rev. Latino – am Enfermagen. 12: 359 – 368. 2004.
18. Carvajal, M. y Andrade, D. La escuela básica en la prevención del consumo de alcohol y tabaco: retrato de una realidad. Rev. Latino-am Enfermagen. 13: 784 – 789. 2005.
19. Espada, J., Méndez, X., Griffin, K. y Botvin, G. Adolescencia: Consumo de alcohol y otras drogas. Papeles del Psicólogo. 23 (84): 9 – 17. 2003.
20. McAnarney, E., Kreipe, R. y col. Medicina del Adolescente. Buenos Aires – Argentina. Editorial Médica Panamericana S.A. 1994. 293.
21. De la Villa, M., Rodríguez, F. y Sirvent, C. Motivadores de consumo de alcohol en adolescentes: análisis de diferencias inter – género y

propuestas de un continuum etiológico. Adicciones. 17 (2): 105 – 120. 2005.

22. Rodríguez, L., Díaz, F. y Nájera, M. Génesis del alcoholismo en estudiantes adolescentes. Rev. Digital Buenos Aires. 10 (80). 2005.

23. Rodríguez, I., Castillo, I. y col. Alcoholismo y Adolescencia, tendencias actuales. Rev. de Psiquiatría y de Psicología del Niño y del Adolescente.7 (1): 38 – 64. 2007.

24. Alderete, E. y col. Problemas relacionados con el consumo de alcohol en jóvenes de la provincia de Jujuy, Argentina. Rev. Salud Pública de Mex. 50 (4): 300 – 307. 2008.

25. Monteiro, M. y col. Problemas sociales y de salud relacionados con el alcohol. Alcohol y Salud Pública en las Américas. Un caso para la acción. OPS. 2007.

26. Alcalá, M., Azañas, S. y Moreno, C. Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en adolescentes, estudio de dos cortes. Medicina de Familia. 3 (2): 81 – 87. 2002.

27. Sánchez, L., Hernández, M. y Lazcano, E. El consumo inmoderado de alcohol como factor predictor de la persistencia del consumo de tabaco en jóvenes. Salud Pública de México. 48 (1): 41 – 47. 2006.

28. Precioso, J. y Macedo, M. La contribución de los programas de influencias psicosociales (complementados con otras estrategias) en

el control de la epidemia tabáquica. Adicciones. 15 (4): 369 – 378. 2003.

29. Barrueco, M., Hernández, M. y Torrecilla, M. Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo: 107 – 141. 2003.
30. Caballero, A., González, B., Pinilla, J. y Barber, P. Factores predictores del inicio y consolidación del consumo de tabaco en adolescentes. Gac. Sanit. 19 (6): 440 – 447. 2005.
31. Martínez, M. y Robles, L. Variables de protección ante el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes. Psicothema. 13 (02): 222 – 228. 2001.
32. González, L. Tabaquismo. Un problema sanitario de primera magnitud. Ámbito Farmacéutico. Educación Sanitaria. 23 (7) 68 - 74. 2004.
33. Economía del Control del Tabaco en los países de Mercosur y Estados Asociados OPS. 2006.
34. Amato, R. Consumo de tabaco en la adolescencia: Un modelo de atención. Arch. Argent. Pediatr. 101 (6): 1 -4. 2003.
35. Tabaco: mortífero en todas sus formas. OMS. 2006.
36. Ayesta, F. J. y Lorza, J. Tabaquismo pasivo: importancia. Trastornos adictivos. 9 (1): 53 – 58. 2007.

37. Ariza, C., Nebot, M, Janè, M. y col. El proyecto ESFA en Barcelona: Programa comunitario de prevención del tabaquismo en jóvenes. Prevención de Tabaquismo. 3 (2): 70 -71.2001.

38. Pérez, A., Clemente, M. y Marrón, R. La intervención antitabàquica del médico en la escuela: Dilema entre voluntariado versus gabinete técnico. Prevención de Tabaquismo. 3 (2): 86 – 93. 2001.

39. SEVIP abril del 2005.

40. Notificación anual de enfermedades de vigilancia epidemiológica EPI 2. MSP 2006 – 2008.

41. Gil, F. El consumo de alcohol: la punta del iceberg de los problemas de los escolares. Rev. De Educación. 341. Sep – Dic: 471 – 494. 2006.

42. Medranda, M. Consumo de alcohol en jóvenes españoles. Rev. Pediatría Aten. Primaria. 8 (3): 43 – 54. 2006.

43. Ramírez, M. y Andrade, D. La familia y los factores de riesgo relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en los niños y adolescentes (Guayaquil – Ecuador). Rev. Latino – am Enfermagen. 13: 813 – 815. 2005.

44. Hidalgo, M., Montón, A. y González, R. Evidencias y medidas preventivas en el abuso de sustancias durante la adolescencia. Rev. Pediatría Aten Primaria. 8(3): 113 – 127. 2006

45. Nuño, B. y col. Prevalencia y factores asociados al consumo de tabaco en adolescentes de una preparatoria de Guadalajara, Jalisco, México. Rev. Salud Mental. 28 (5): 64 – 70. 2005

46. Hernán, M., Fernández, A. y Ramos, M. La salud de los jóvenes. Gac. Sanitaria. 18 (1): 47 – 55. 2004.

47. Salud en las Américas. 2007.

48. Soria, M. y col. Intervención sobre tabaquismo en estudiantes de enseñanza secundaria de la provincia de Málaga. Arch. Bronconeumol. 41 (12): 654 – 658. 2005.

49. Bolzàn, A. y Peleteiro, R. Tabaquismo durante la adolescencia temprana. Estudio en escolares argentinos. Jornal de Pediatría. 79 (5): 461 – 466. 2003.

50. Soto, F y col. La iniciación al tabaquismo: aportaciones de la epidemiología, el laboratorio y las ciencias del comportamiento. An. Esp. Pediatr. 57 (4): 327 – 333. 2002.

11. ANEXOS

ANEXO 1

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

NIVEL DE POSTGRADO

MAESTRÍA DE HEBEATRÍA - RIOBAMBA

"ESCALA DE ACTITUDES Y HÀBITOS DE CONSUMO DE ALCOHOL"

Nombre de Colegio:_____

Curso:_____ Especialidad:_____

Edad: _____Sexo: Hombre ( ) Mujer ( )

Lugar de procedencia: Área Urbana ( ) Área Rural ( )

A continuación encontrarás una serie de preguntas que debes leer atentamente. Contéstalas de una en una hasta completar el cuestionario. NO pases la hoja hasta terminar de responder a todas las preguntas.
Si tienes alguna duda o pregunta, por favor levanta la mano para que el responsable te la resuelva. ASEGÚRATE DE QUE RESPONDES A TODAS LAS PREGUNTAS y hazlo de la manera más sincera posible. No tienes que poner el nombre, con eso garantizamos tu anonimato. Nadie absolutamente se enterará de tus respuestas, contesta con sinceridad.
Respecto a las preguntas que se presentan a continuación, encontrarás 3 tipos de respuesta: a) aquellas en las cuales debas valorar mediante un número rellenando las casillas; b) aquellas en las que deberás señalar tu opinión con una cruz y c) aquellas que requieren una respuesta abierta.

PARA COMPLETAR EL CUESTIONARIO SIGUE EL SIGUIENTE EJEMPLO:

MD = Muy en desacuerdo	**1 = Nunca**
D = Desacuerdo	**2 = Pocas veces (menos 2)**
I = Inseguro	**3 = Bastante (3 ó 4 veces)**
A = De acuerdo	**4 = Muchas veces (más de 4)**
MA = Muy de acuerdo	**5 = Casi siempre**

Escribe en cada casilla el número que corresponda:
1 = Nunca; 2 = Pocas veces (menos de 2); 3 = Bastante (3 ó 4 veces);
4= Muchas veces (más de 4); 5 = Casi siempre

1. En el último mes ¿con qué frecuencia has utilizado tu tiempo libre en las siguientes actividades?

a. Estar en la calle	☐	f. Bailar	☐
b. Estudiar	☐	g. Ver la tele	☐
c. Salir de copas	☐	h. Escuchar música	☐
d. Salir al campo	☐	i. Salir con la familia	☐
e. Practicar deporte	☐	j. Otras (especificar)	☐

2. Mi tiempo libre lo paso...

a. Sólo	☐	d. Con uno o dos buenos amigos	☐
b. Con la familia	☐	e. Con un grupo de amigos	☐
c. Con mi pareja	☐		

3. ¿En qué medida crees que los siguientes comportamientos pueden significar un problema para tí (de salud o de otro tipo)?

a. Fumar un paquete de tabaco diario	☐
b. Tomarse 5 ó 6 copas/cañas cada día	☐
c. Fumar hachís/marihuana habitualmente	☐
d. Tomar tranquilizantes/pastillas para dormir alguna vez (una vez al mes o menos)	☐
e. Tomar tranquilizantes/pastillas para dormir habitualmente	☐
f. Consumir éxtasis alguna vez (una vez al mes o menos)	☐
g. Consumir éxtasis habitualmente	☐
h. Consumir cocaína alguna vez (una vez al mes o menos)	☐
i. Consumir cocaína habitualmente	☐

4. ¿Qué clase bebidas suelen consumirse en tu hogar familiar?

a. Vino ☐ b. Cerveza ☐ c. Aperitivos ☐ d. Combinados ☐

Escribe en cada casilla el número que corresponda:
1 = Nunca; 2 = Pocas veces (menos de 2); 3 = Bastante (3 ó 4 veces);
4= Muchas veces (más de 4); 5 = Casi siempre

5. ¿Dónde has consumido alcohol en los últimos 30 días?

a. En casa, yo sólo ☐
b. Fuera de casa, yo sólo ☐
c. En casa, con mi familia ☐
d. En mi casa o en la de un amigo/a, con mis amistades ☐
e. En bares especialmente baratos con amigos u otra gente ☐
f. En bares o pubs (normales) con amigos u otra gente ☐
g. En la calle con amigos u otra gente ☐
h. En discotecas ☐
i. En otros sitios ☐

6. ¿Por qué bebiste por primera vez?

a. Olvidar ☐
b. Evadir la rutina ☐
c. Porque bebían mis amigos ☐
d. Porque me incitaron a ello ☐
e. Para desinhibirme ☐
f. Para ligar ☐
g. Para sentir euforia ☐
h. Para sentirme más fuerte ☐
i. Por curiosidad ☐

7. ¿En el último mes qué tipo de bebida has tomado y con qué frecuencia?

a. Vino ☐
b. Cerveza ☐
c. Combinados ☐
d. Aperitivos-licores ☐
e. Kalimocho ☐
f. Otros (Sidra,...) ☐

8. ¿Porqué crees que bebe la gente?

a. Olvidar ☐
b. Evadir la rutina ☐
c. Porque beben sus amigos ☐
d. Porque les incitaron a ello ☐
e. Para desinhibirse ☐
f. Para ligar ☐
g. Para sentir euforia ☐
h. Para sentirse más fuerte ☐
i. Por curiosidad ☐

Escribe en cada casilla el número que corresponda:
1 = Nunca; 2 = Pocas veces (menos de 2); 3 = Bastante (3 ó 4 veces);
4= Muchas veces (más de 4); 5 = Casi siempre

9. A lo largo de tu vida, ¿cuántas veces has tenido cada uno de los siguientes problemas como consecuencia del consumo de bebidas alcohólicas?

a. Accidente (caída, quemadura, acc. tráfico...) por el que recibiste atención médica ☐

b. Otro problema que necesitó atención médica ☐

c. Detención por la policía o las fuerzas de orden público ☐

d. Faltar al colegio un día entero o más tiempo ☐

e. Riña, discusión u otro conflicto importante sin agresión ☐

f. Pelea o agresión física ☐

10. ¿Porqué vía o vías has recibido, principalmente, información sobre drogas?

a. Padres, hermanos ☐

b. Otros familiares ☐

c. Amigos ☐

d. Profesores ☐

e. Medios de comunicación (TV, prensa, radio) ☐

f. Charlas o cursos sobre el tema ☐

g. Folletos, libros ☐

h. Personas relacionadas con el tema ☐

i. Otros ☐

Dí cual_____

Señala, mediante una cruz, tu opinión sobre cada pregunta:
MD= Muy en desacuerdo; D= Desacuerdo; I= Inseguro;
A= De acuerdo; MA= Muy de acuerdo

11. El alcohol en pequeñas cantidades es perjudicial	MD	D	I	A	MA
12. Admiro a quién no consume alcohol o al que deja de beber	MD	D	I	A	MA
13. Estaría dispuesto a tomar alcohol cuantas veces fuera necesario hasta "coger el punto" o hasta emborracharme	MD	D	I	A	MA
14. El alcohol puede producir trastornos físicos y mentales	MD	D	I	A	MA
15. No existe relación entre fumar y tomar alcohol y el consumo de otras drogas ilegales	MD	D	I	A	MA
16. Estaría dispuesto a comprar una o varias botellas de alcohol para mi uso (y el de mis amigos)	MD	D	I	A	MA

Señala, mediante una cruz, tu opinión sobre cada pregunta:
MD= Muy en desacuerdo; D= Desacuerdo; I= Inseguro;
A= De acuerdo; MA= Muy de acuerdo

17. No tengo curiosidad para probar nuevas bebidas alcohólicas	MD	D	I	A	MA
18. El abuso de alcohol produce infelicidad a largo plazo	MD	D	I	A	MA
19. Que tanta gente consuma alcohol demuestra que no es tan perjudicial como se dice	MD	D	I	A	MA
20. Aunque mis amigos beban yo no pienso hacerlo	MD	D	I	A	MA
21. El alcoholismo no tiene cura	MD	D	I	A	MA
22. Estaría dispuesto a tratar de convencer a alguien sobre el riesgo del alcohol	MD	D	I	A	MA
23. El alcohol no es uno de los grandes problemas de nuestra sociedad	MD	D	I	A	MA
24. Expresa tu grado de acuerdo en las siguientes razones por las que bebes:					
a. Olvidar	MD	D	I	A	MA
b. Evadir la rutina	MD	D	I	A	MA
c. Porque beben mis amigos	MD	D	I	A	MA
d. Para desinhibirme	MD	D	I	A	MA
e. Para ligar	MD	D	I	A	MA
f. Para sentir euforia	MD	D	I	A	MA
g. Para sentirme más fuerte	MD	D	I	A	MA
25. Estaría dispuesto a resistir la insistencia de un grupo de amigos para que bebiese alcohol	MD	D	I	A	MA
26. Me disgusta que se consuma alcohol	MD	D	I	A	MA
27. Estaría dispuesto a dejar de frecuentar ambientes por ser sitio de consumo de alcohol	MD	D	I	A	MA
28. ¿Se puede ser alcohólico bebiendo 2 cervezas diarias?	MD	D	I	A	MA
29. Quien toma alcohol para animarse, fácilmente buscará efectos parecidos en otras drogas	MD	D	I	A	MA
30. Estaría dispuesto a convencer a mis amigos para que probasen alcohol por primera vez	MD	D	I	A	MA
31. Estaría dispuesto a ser consumidor habitual de alcohol	MD	D	I	A	MA
32. Para terminar siendo alcohólico hay que ser un vicioso	MD	D	I	A	MA
33. La mayor parte de los alcohólicos proceden de clases sociales bajas	MD	D	I	A	MA
34. Estaría dispuesto a felicitar a alguien por dejar de beber	MD	D	I	A	MA

Señala, mediante una cruz, tu opinión sobre cada pregunta:
MD= Muy en desacuerdo; D= Desacuerdo; I= Inseguro;
A= De acuerdo; MA= Muy de acuerdo

35. Expresa tu grado de acuerdo en relación con las siguientes razones para no beber:					
a. Porque es malo para la salud	MD	D	I	A	MA
b. Porque es demasiado caro	MD	D	I	A	MA
c. Porque es difícil dejarlo una vez que se ha empezado	MD	D	I	A	MA
d. Porque a mis padres les molesta mucho que beba	MD	D	I	A	MA
e. Tomar alcohol engorda	MD	D	I	A	MA
f. Porque no me gusta su sabor	MD	D	I	A	MA
g. Porque sus efectos son molestos (resaca, vómitos, mareos...)	MD	D	I	A	MA
h. Porque beber alcohol provoca actos delictivos	MD	D	I	A	MA
i. Porque va contra mis creencias religiosas	MD	D	I	A	MA
j. Porque provoca accidentes graves	MD	D	I	A	MA
k. Porque provoca problemas en la vida familiar	MD	D	I	A	MA
36. Me siento suficientemente informado en relación con el consumo y los efectos de las drogas	MD	D	I	A	MA

37. En los últimos 30 días ¿Cuántos días has salido con tus amigos para divertirte? (poner cantidad de días por semana)

38. En caso de que hayas salido de noche en los últimos 30 días ¿a qué hora volviste a casa la última vez que saliste en fin de semana? (especificar franja horaria)

39. ¿Consumes bebidas alcohólicas en la actualidad?

40. ¿A qué edad empezaste a consumir alcohol por primera vez? (años)

41. En el último mes ¿te has emborrachado alguna vez? (rodear) SI NO
Número de veces

42. ¿Fumas? (rodear) SI NO
Número de cigarrillos en 24 horas

43. ¿Con qué frecuencia has consumido bebidas alcohólicas en los últimos 30 días?
a. Días laborales Nº de días
b. Fines de semana Nº de fines de semana

44. ¿Cuánto dirías que bebes?

En exceso ☐ Con moderación ☐ Poco ☐

GRACIAS POR TU COLABORACIÒN

ANEXO 2

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

NIVEL DE POSTGRADO

MAESTRÍA DE HEBEATRÍA - RIOBAMBA

"ENCUESTA SOBRE EL CONSUMO DE TABACO"

Esta encuesta es totalmente ANONIMA. Lo único que te pedimos es que contestes con SINCERIDAD a las preguntas, con la finalidad de poder ayudar; en la medida de lo posible, a chicos y chicas como tú. (Pon una cruz en la opción que tú pienses. Elige UNA sola respuesta)

Nombre de Colegio:_____

Curso:_____ Especialidad:_____

Edad: _____ Sexo: Hombre ( ) Mujer ( )

1. ¿Has probado tabaco alguna vez?

   SI ( ) NO ( )

2. ¿Cuántos cigarrillos fumas? (de 0 en adelante)

   a. NO FUMO ( )
   b. En ocasiones especiales …….cigarrillos
   c. Viernes: ……..cigarrillos
   d. Sábado ……..cigarrillos
   e. Domingo ……..cigarrillos
   f. Demás días ……..cigarrillos

3. ¿A qué edad comenzaste a fumar?

   NO FUMO ( )

   A los ……..años

4. ¿Por qué empezaste a fumar?

   a. NO HE FUMADO NUNCA ( )

   b. Por curiosidad ( )

   c. Por hacer lo que mis amigos ( )

   d. Por sentirme mayor ( )

   e. Por hacer lo que los adultos ( )

   f. Por los anuncios ( )

   g. Otras…….

5. ¿Por qué fumas actualmente?

a. NO FUMO ( )

b. Porque me gusta ( )

c. Por aparentar ( )

d. Por compromiso con mis amigos ( )

e. Para relacionarme fácilmente ( )

f. Otras……..

6. ¿Dónde sueles fumar?

   a. En ningún sitio ( )

   b. En casa ( )

   c. En el colegio ( )

   d. En la calle ( )

   e. En la disco ( )

7. ¿Cuándo sueles fumar?

   a. NO LO HAGO ( )

   b. Al principio de la mañana ( )

   c. A media mañana/recreo ( )

   d. A la salida de clase ( )

   e. Después de comer ( )

   f. Durante las clases ( )

   g. Después de clases o deportes ( )

   h. Antes de cenar ( )

   i. Antes de acostarme ( )

8. ¿Has comprado tabaco a tus padres?

   SI ( ) NO ( )

9. Fuma:

	NUNCA	YA NO	SI
a. Tú Padre			
b. Tú Madre			
c. Algún hermano			
d. Algún tío			
e. Algún abuelo			
f. Algún profesor			

10. ¿Estás de acuerdo con qué se prohíba fumar en locales cerrados?

    SI ( ) NO ( )

11. Ordena de más a menos importante (de 9 a 1) donde debería estar prohibido fumar:

a. En un hospital ……

b. En un colegio ……

c. En una oficina pública ……

d. En un banco ……

e. En un restaurante ……

f. En una discoteca ……

g. En una cafetería ……

h. En una estación ……

12. ¿Crees que le es difícil dejar de fumar a un adulto?

SI ( ) NO ( )

13. ¿Crees que te sería difícil dejar de fumar?

SI ( ) NO ( )

14. ¿Cómo consideras al fumador?

a. Una persona normal ( )

b. Una persona con problemas ( )

c. Con poca fuerza de voluntad ( )

d. Un vicioso ( )

15. ¿Donde compras tabaco para tú consumo?

a. NO FUMO ( )

b. En el bar ( )

c. En la tienda ( )

d. A los vendedores informales ( )

e. Me lo ofrecen ( )

16. ¿Crees que el tabaco es una droga?

SI ( ) NO ( )

17. Cita algunos efectos nocivos del tabaco en orden de importancia

1……

2……

3……

4……

GRACIAS POR SU COLABORACIÒN

ANEXO 3

ENCUESTA DE EVALUACIÒN DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÒN

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

NIVEL DE POSTGRADO

MAESTRÍA DE HEBEATRÍA - RIOBAMBA

La presente encuesta es totalmente ANÒNIMA. Lo único que pedimos es que por favor conteste todas las preguntas y lo haga con total sinceridad.

Lea atentamente cada pregunta y luego de reflexionar, marque con una X su respuesta.

Nombre del Colegio:_____

Curso:_____ Especialidad:_____

Edad: _____

Sexo: Hombre ( ) Mujer ( )

1. **Considera usted que el programa educativo han influido en su criterio sobre el consumo de alcohol y tabaco?**

SI ( ) NO ( )

2. **Usted considera que el programa educativo fue:**

a. Bueno ( )

b. Malo ( )

c. Regular ( )

3. Tiene usted ahora más conciencia de lo que significa fumar y beber alcohol para su salud?

SI ( ) NO ( )

4. Usted que sugerencias nos da para mejorar el programa educativo sobre alcohol y tabaco?

_____

_____

_____

GRACIAS POR SU COLABORACIÒN

ANEXO 4

CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

NIVEL DE POSTGRADO

MAESTRÍA DE HEBEATRÍA - RIOBAMBA

Señor padre de Familia, por medio de la presente solicitamos su autorización para la participación de su hijo quien ha sido seleccionado en el trabajo de investigación "Programa de prevención de alcohol y tabaco en adolescentes de Riobamba", cuya finalidad es disminuir el consumo de alcohol y tabaco en los adolescentes del colegio Camilo Gallegos Toledo.

Dicha investigación está dirigida por las maestrantes en Hebeatría Dra. Janneth Amaguaya Ramos y Lic. María Ramos, quienes aplicarán un cuestionario de preguntas y solo las investigadoras tendrá acceso a la información obtenida, por tanto es de carácter confidencial.

El cuestionario se aplicará por 2 ocasiones con el permiso del centro educativo no perdiendo clases y si usted o su hijo tuvieran alguna pregunta con respecto a la investigación, pueden dirigirse para mayor información a la coordinadora de la maestría en Hebeatría Dra. Elvia Ruiz al teléfono……..o a la Dra. Sonia Sizalima o Dra. Ruth Maldonado, docentes de la maestría al teléfono……..

Este estudio no involucra ningún riesgo físico para su hijo. Ho hay costos para usted ni para su hijo por tomar parte de la investigación, ni tampoco se la pagará algún dinero por contestar el cuestionario.

De NO estar de acuerdo con la participación de su hijo en el trabajo de investigación sírvase llenar, firmar y desglosar la circular que remitimos, haciéndonos llegar en un plazo 5 días después de recibir el documento, con ello se procederá a excluir a su hijo del estudio sin consecuencia alguna.

Las Investigadoras:

_____ _____

Dra. Janneth Amaguaya R. Lic. María Ramos

Yo,..... **(SI) (NO)** autorizo a mi hijo..... para participar en el estudio de investigación a realizarse en el Centro Educativo.

_____

Firma del Padre de Familia o Huella Digital

Si la persona no acepta participar, por favor explique por qué:_____
_____
_____

CONSENTIMIENTO (ASENTIMIENTO) INFORMADO

Mediante este documento estoy de acuerdo con mi participación en la investigación "Programa de prevención de alcohol y tabaco en adolescentes de Riobamba", cuya finalidad es disminuir el consumo de alcohol y tabaco

en los adolescentes del colegio Camilo Gallegos Toledo, en donde se aplicará un cuestionario por un tiempo de 60 minutos.

Mi participación como alumno no tiene consecuencias adversas y/o sanciones por parte del director o profesores del centro educativo.

El cuestionario se aplicará con la autorización del centro educativo y en el momento en que se indique sin perjudicarme en mis estudios.

_____

Firma del Investigado

ANEXO 5

ANÁLISIS ESTADISTICO

	Grupo Experimental				DIFERENCIA ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVA	
	Ji cuadrada	Grados de libertad (r – 1) (c – 1) =	Nivel de significancia	Valor crítico	SI	NO
Cálculo de la muestra	**0.078718522**	(2 -1) (2 – 1) = 1	0.05	**3.481**	Adecuada	
Consumo actual de bebidas alcohólicas	**18.87554707**	(2 -1) (2 – 1) = 1	0.05	**3.84**	X	
Distribución por sexo de los adolescentes que consumen bebidas alcohólicas	**19.03654944**	(3 -1) (2 – 1) = 2	0.05	**5.99**	X	
Consumo de alcohol en los días laborables y fines de semana.	**19.2702677**	(3 -1) (2 – 1) = 2	0.05	**5.991**	X	

Consumo actual de tabaco	**0.000312537**	(2 -1) (2 – 1) = 1	0.05	**3.84**		X
Distribución por sexo de los adolescentes que consumen tabaco	**0.00140354**	(3 -1) (2 – 1) = 2	0.05	**5.99**		X
Lugares de consumo de alcohol de los adolescentes	**14.19065**	(9 -1) (10 – 1) = 72	0.05	**92.808**		X
Lugares de consumo de tabaco de los adolescentes	**0.000144232**	(6 -1) (2 – 1) = 5	0.05	**11.07**		X
Consumo de bebidas alcohólicas en los hogares de los adolescentes	**1.7207**	(4 -1) (10 – 1) = 3	0.05	**40. 11**		X
Consumo de tabaco entre familiares y profesores de los adolescentes	**1.0848**	(6 -1) (6 – 1) = 25	0.05	**37.65**		X
Motivadores para el consumo de alcohol en los adolescentes	**0.004408233**	(7 -1) (10 – 1) = 54	0.05	**72.153**		X
Motivadores para el consumo de tabaco en los adolescentes	**0.001079367**	(7 -1) (2 – 1) = 6	0.05	**12.59**		X

Uso del tiempo libre	**0**	(10 -1) (10 – 1) = 81	0.05	**103. 009**		X
Vías de información	**4.157**	(9 -1) (10 – 1) = 72	0.05	**92.808**		X

Fuente: Escala y Encuesta aplicada a adolescentes de la Unidad Educativa La Providencia y Camilo Gallegos Toledo

Elaborado por: Dra. Janneth Amaguaya Ramos y Lic. María Gricelda Ramos.

ANEXO 6

PROGRAMA DE PREVENCIÒN DE ALCOHOL Y TABACO EN LOS ADOLESCENTES

INTRODUCCIÓN

En materia de salud, prevenir es concienciar, no imponer. Educar representa más que instruir y se abunda en la necesidad de intervenir con quien lo precise tratando de responder a cuestiones que se plantee el individuo "afectado". Prevenir la aparición y/o cronificaciòn de una problemática como la del consumo de alcohol y tabaco por parte de la población adolescente y juvenil ha de ser un acto de mediación, más que de imposición, por ello la escuela debe emplearse como un instrumento preventivo, aparte de educador ya de por sí, siendo la intervención específica en materia de consumo de sustancias un reto inexcusable. Ha de puntualizarse que un intento excesivamente persuasivo de imposición de actitudes promotoras y potenciadoras de salud puede ser juzgado como un acto intrusivo en el que la comunidad escolar, y fundamentalmente el alumnado como población subsidiaria, no se sienta representado ni actúe como agente crítico, percibiéndose como mera población diana en la aplicación de políticas de ese estilo.

Hay que tomar en cuenta que los programas interactivos son más efectivos que los no interactivos. Aunque todos los programas producen cambios

significativos en conocimientos, los no interactivos no tienen efectos positivos en actitudes ni en conducta, sea cual fuere la sustancia examinada.

Los modelos que mejor explican la conducta de beber o fumar son los bio-psico-socio-ambientales, o sea, los que refieren que los comportamientos están determinados por factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales y que para poder modificar o alterar esa conducta hay que actuar a través de programas que pretendan actuar sobre esos factores. Hoy se defiende que la prevención del consumo de alcohol y tabaco debe ser hecha de forma global y comprensiva, dirigida a los distintos factores de riesgo asociados al consumo. Está demostrado que los programas preventivos de influencia psicosocial aplicados en la escuela a los alumnos tienen demostrado su elevada eficacia preventiva y deben por eso formar parte de esa estrategia global de prevención.

A través de la elaboración y aplicación de los programas de influencias psicosociales se intenta “inmunizar” a los niños y jóvenes contra el consumo de alcohol y tabaco. Tal como el organismo desarrolla inmunidad contra un agente infeccioso al que se le ha sometido en dosis que no le hagan enfermar, también se puede desarrollar en el alumno una cierta “inmunidad” contra las influencias psicosociales que lo pueden llevar a fumar.

JUSTIFICACIÒN

Globalmente, la experimentación con las sustancias adictivas como el alcohol y el tabaco se producen en la edad escolar, lo que ha subrayado aún más el papel de la prevención de estos consumos, ya que los

programas que se implementan en este ámbito tienen la ventaja de llegar a la mayoría de jóvenes. La evidencia científica hoy en día sugiere que los programas de tratamiento, una vez que se ha instaurado el consumo, no son muy efectivos y que el potencial más prometedor para resolver este problema reside en el desarrollo de programas de prevención eficaces. La intervención dirigida a modificar los factores de riesgo e incrementar el número de factores protectores en la población vulnerable es uno de los pilares básicos en la prevención primaria.

Como no existe una fórmula mágica para derrotar al alcohol y al tabaco, la prevención es la única forma de detener el incremento de su consumo. El presente programa se justifica en la necesidad de fortalecer los factores protectores y reducir la frecuencia de consumo de alcohol y tabaco; desarrollando estrategias para la formación permanente de los educandos del Colegio mixto diurno Camilo Gallegos Toledo. Siendo los únicos beneficiarios los adolescentes y el centro educativo al que va dirigido la investigación.

Marco Teórico.- Se entiende el consumo de alcohol y tabaco no como un "comportamiento aislado" en la vida del adolescente, sino como una conducta que tiene relación directa con su estilo de vida, la adaptación en cada una de las áreas de vida cotidiana, los procesos propios de la adolescencia, etc. La comunidad educativa juega un rol preponderante al momento de intervenir cuando el problema ya existe o evitar que se desarrolle un consumo problemático. El primer objetivo de la prevención es

que los adolescentes nunca lleguen a consumir, aquellos que han probado no lo vuelvan a hacer, aquellos que consumen ocasionalmente en lo posible que no consuman y que quienes tengan consumo abusivo reciban el apoyo adecuado para que lo dejen, al igual que quienes son dependientes. [14]

Se presenta a continuación la temática de los talleres y charla educativa del programa de prevención de alcohol y tabaco:

CONTENIDOS:

1. ALCOHOL
   1.1 Taller: EL GRAN DEBATE
   1.2 Taller: CINE FORO: VIAJE SIN RETORNO
   1.3 Taller: DECISIONES Y RIESGOS

2. TABACO
   2.1 Taller: ROMPIENDO MITOS
   2.2 Taller: LA DROGA SILENCIOSA
   2.3 Charla educativa: EL TABAQUISMO EN LA ADOLESCENCIA

[14] Ministerio del Interior. Consejo Nacional para el Control de estupefacientes. CONACE. Chile. 2004

OBJETIVOS

1. Reducir la frecuencia de consumo de alcohol y tabaco de los adolescentes de los colegios de Riobamba
2. Fortalecer los factores protectores para evitar el consumo de alcohol y tabaco de los adolescentes de los colegios de Riobamba

METODOLOGÌA

El programa de prevención se desarrollará en forma activa participativa involucrando a cada uno de los adolescentes para tener un mayor impacto y motivación constante. El programa constará de:

- ♥ Talleres y Charla educativa

El contenido de los talleres y charla educativa correspondiente al tema del mes será igual para todos los paralelos, no se realizará ninguna modificación para evitar que se presenten sesgos.

El programa de prevención se realizará en tres momentos:

MOMENTO 1

Reunión con las autoridades (rector, inspector general, orientador vocacional) del grupo experimental para informarles acerca del programa educativo a aplicarse con los estudiantes y solicitar su colaboración para el desarrollo del mismo.

MOMENTO 2

Aplicación del programa para la prevención de alcohol y tabaco en adolescentes de Riobamba.

ESTRATEGIAS

1. Propiciar un acercamiento con los adolescentes participantes para crear una atmósfera de empatía.
2. Establecer acuerdos de participación y trabajo en cada sesión.
3. Desarrollo de taller y charla educativa, una sesión por mes, cuyo contenido será el mismo para todos los paralelos.
4. Compromiso para asistir a la próxima sesión.

MOMENTO 3

Aplicación de encuesta para la evaluación del programa educativo.

TALLERES EDUCATIVOS

OBJETIVO	TEMAS	METODOLOGÌA	RECURSOS	MATERIALES	RESPONSABLES
Adquirir información para la toma de decisiones en relación al consumo de alcohol.	Taller: El Gran Debate	1. Presentación y bienvenida a los y las participantes al taller. 2. Presentación de la dinámica de trabajo 3. Dinámica de ambientación 4. Abordaje inicial del tema sobre el alcohol. 5. Formación de grupos 6. Desarrollo del debate 7. Conclusiones.	HUMANOS Adolescentes Personal docente y directivos de los centros educativas Maestrantes	1. Pizarrón 2. Marcadores 3. Papelotes 4. Materiales de oficina	Dra. Janneth Amaguaya R Lic. Gricelda Ramos C.
Adquirir información para la toma de decisiones en relación al consumo de alcohol. Reflexionar acerca de testimonios de personas dependientes del alcohol. Expresar sentimientos, pensamientos y opiniones personales.	CINE FORO “Viaje sin retorno”	1. Presentación y bienvenida a los y las participantes al taller. 2. Presentación de la dinámica de trabajo 3. Dinámica de ambientación 4. Abordaje inicial del tema sobre el alcohol. 5. Proyección de la película “Viaje sin retorno” 6. Foro: análisis de la película. 7. Conclusiones	HUMANOS Adolescentes Personal docente y directivos de los centros educativas Maestrantes	1. Película “Viaje sin Retorno” 2. Televisor 3. DVD 4. Materiales de escritorio.	Dra. Janneth Amaguaya R Lic. Gricelda Ramos C.
Adquirir información para la toma de	Taller:	1. Presentación y bienvenida a los y las participantes al taller.	HUMANOS	Copias de las historias	Dra. Janneth

decisiones en relación al consumo de alcohol. Desarrollar habilidades protectoras frente al consumo del alcohol.	DESICIONES Y RIESGOS	2. Presentación de la dinámica de trabajo 3. Dinámica de ambientación 4. Abordaje inicial del tema sobre alcohol. 5. Lectura de las historias: "Era bueno dejar de ser tímida"; "Y ahora se fue la novia" 6. Análisis de las historias - plenaria 7. Conclusiones	Adolescentes Personal docente y directivos de los centros educativas Maestrantes	de vida: "Era bueno dejar de ser tímida" "Y ahora se fue la novia" Materiales de escritorio.	Amaguaya R Lic. Gricelda Ramos C.
Adquirir información para la toma de decisiones en relación al consumo de tabaco.	Taller: ROMPIENDO MITOS	1. Presentación y bienvenida a los y las participantes al taller. 2. Presentación de la dinámica de trabajo 3. Dinámica de ambientación 4. Abordaje inicial del tema sobre el tabaco. 5. Lectura: "Los mitos sobre el tabaco". 6. Plenaria 7. Conclusiones.	HUMANOS Adolescentes Personal docente y directivos de los centros educativas Maestrantes	1. Pizarrón 2. Copias de la lectura "los mitos sobre el tabaco" 3. Marcadores 4. Papelotes 5. Materiales de oficina	Dra. Janneth Amaguaya R Lic. Gricelda Ramos C.
Adquirir información para la toma de decisiones en relación al consumo de tabaco.	Taller: "LA DROGA SILENCIOSA"	1. Presentación y bienvenida a los y las participantes al taller. 2. Presentación de la dinámica de trabajo 3. Dinámica de ambientación 4. Abordaje inicial del tema sobre el tabaco. 5. Lectura: "Tabaco: la droga silenciosa que asesina en masa"	HUMANOS Adolescentes Personal docente y directivos de los centros educativas Maestrantes	1. Pizarrón 2. Copias de la lectura "Tabaco: la droga silenciosa que asesina en masa" 3. Marcadores	Dra. Janneth Amaguaya R Lic. Gricelda Ramos C.

		6. Plenaria 7. Conclusiones.		4. Papelotes 5. Materiales de oficina	
Adquirir información y conocimientos referentes al consumo de tabaco en la adolescencia.	Charla educativa: El tabaquismo en la adolescencia.	1. Presentación y bienvenida a los y las participantes. 2. Presentación de la dinámica de trabajo 3. Desarrollo de la charla	HUMANOS Adolescentes Personal docente y directivos de los centros educativas Maestrantes	1. Pizarrón 2. Marcadores 3. Papelotes 4. Materiales de oficina 5. Laptop 6. Infocus	Dra. Janneth Amaguaya R Lic. Gricelda Ramos C.

AUTORAS: Dra. Janneth Amaguaya R. /Lic. María Ramos C.

TALLERES EDUCATIVOS ALCOHOL

Taller Nº 1

TEMA: EL GRAN DEBATE	
TIEMPO:	2 horas
BENFICIARIOS/AS:	Adolescentes de décimo a tercero de bachillerato del colegio Camilo Gallegos Toledo.
OBJETIVO:	Adquirir información para la toma de decisiones en relación al consumo de alcohol.
RESPONSABLES:	Dra. Janneth Amaguaya R Lic. Gricelda Ramos C.

METODOLOGÌA:

1. Presentación y bienvenida a los y las participantes al taller.
2. Presentación de la dinámica de trabajo
3. Dinámica de ambientación
4. Abordaje inicial del tema
5. Formación de grupos
6. Desarrollo del debate
7. Conclusiones.

RECURSOS

Para la realización del siguiente taller nos apoyaremos de los siguientes recursos:

HUMANOS:

Facilitadores: Dra. Janneth Amaguaya R. y Lic. Gricelda Ramos

Estudiantes del colegio previamente captado.

Personal docente (Orientador Vocacional, Inspector General).

MATERIALES:

1. Pizarrón
2. Marcadores
3. Papelotes
4. Materiales de oficina

MOMENTOS DEL TALLER.

MOMENTO INICIAL:

a. Presentación de los maestrantes facilitadores

   Dra. Janneth Amaguaya.

   Lic. María Ramos

b. Presentación de la visión, de la propuesta del trabajo y de las necesidades y expectativas de los participantes.

c. Establecer reglas, en común acuerdo con los adolescentes. Se les sugerirá:

   Que todo lo dicho durante el desarrollo del taller es confidencial y no se divulgará.

   No se juzgará, ni minimizará y no se emitirá juicios.

d. Dinámica de ambientación “el teléfono estropeado”

Los participantes deberán sentarse en círculo. El primero que empiece el juego deberá pensar una frase que susurrará al oído del jugador de su derecha, de manera que el resto de participantes no puedan oír. El segundo participante hará lo propio con el siguiente jugador que esta sentado a su derecha. El mensaje deberá continua hasta que llegue al primer jugador. En este momento se comparará la frase que ha llegado al oído del primer jugador con el que había pensado al comenzar el juego. Esta dinámica podrá repetirse todas las veces que quiera.

MOMENTO INTERMEDIO

a. Abordaje inicial del tema

En la sociedad actual sabemos que el alcohol y las drogas son cada vez más fáciles de conseguir. Es posible encontrarlos a la vuelta de la esquina, por lo que todos estamos expuestos a decidir sobre consumo, decisión que conlleva una serie de consecuencias. Para poder tomar buenas decisiones, uno debe estar bien informado y ser consciente de las consecuencias que acarrea una u otra decisión. Así, uno puede ser libre y responsable para

elegir. En el caso del alcohol, el estar bien informado acerca de las motivaciones para consumir, y acerca de las consecuencias de dicho consumo, es un factor protector.

b. Desarrollo del Debate

Se dividirá el curso en dos grupos, el grupo A defenderá el consumo de alcohol y el grupo B defenderá el no consumo. Para ello se hará un sorteo de roles.

Cada grupo elegirá un secretario quien irá anotando en papelotes los argumentos más importantes que aparezcan en pro o en contra del consumo. Los grupos tendrán veinte minutos para organizarse internamente y estructurar su defensa.

Luego de ello se procederá al debate. Los alumnos deberán dar razones y argumentos convincentes y bien fundamentados, en forma ordenada y respetando su turno. Estos pueden ser de tipo legal, como por ejemplo: es malo consumir alcohol porque se puede terminar preso; económico, es bueno porque es barato. Los argumentos también pueden referirse a las consecuencias físicas, psicológicas; a las consecuencias en las relaciones familiares, en las actividades escolares, etc.

Transcurrida media hora, se dará por terminado el debate con el intercambio entre grupos de los papelotes.

Por último se realizará un plenario, en el que los alumnos contestarán las siguientes preguntas:

• ¿Qué les pareció la actividad? ¿Les gustó o no?

• ¿Para qué les sirvió esta actividad?

• ¿Qué les llamó la atención en esta actividad?

MOMENTO DE CIERRE

Se resumirà lo tratado

Conclusiones

Taller Nº 2

TEMA: CINE FORO “Viaje sin retorno”	
TIEMPO:	2 horas
BENFICIARIOS/AS:	Adolescentes de décimo a tercero de bachillerato del colegio Camilo Gallegos Toledo
OBJETIVOS:	Adquirir información para la toma de decisiones en relación al consumo de alcohol. Reflexionar acerca de testimonios de personas dependientes del alcohol. Expresar sentimientos, pensamientos y opiniones personales.
RESPONSABLES:	Dra. Janneth Amaguaya R Lic. Gricelda Ramos C.

METODOLOGÌA:

1. Presentación y bienvenida a los y las participantes al taller.
2. Presentación de la dinámica de trabajo
3. Dinámica de ambientación
4. Abordaje inicial del tema
5. Proyección de la película “Viaje sin retorno”
6. Foro: análisis de la película.
7. Conclusiones

RECURSOS

Para la realización del siguiente taller nos apoyaremos de los siguientes recursos:

HUMANOS:

Facilitadores: Dra. Janneth Amaguaya R. y Lic. Gricelda Ramos

Estudiantes del colegio previamente captado.

Personal docente (Orientador Vocacional, Inspector General).

MATERIALES:

1. Película “Viaje sin Retorno”
2. Televisor
3. DVD
4. Materiales de escritorio.

MOMENTOS DEL TALLER.

MOMENTO INICIAL:

a. Presentación de los maestrantes facilitadores

   Dra. Janneth Amaguaya.

   Lic. María Ramos

b. Presentación de la visión, de la propuesta del trabajo y de las necesidades y expectativas de los participantes.

c. Establecer reglas, en común acuerdo con los adolescentes. Se les sugerirá:

   - ✓ Que todo lo dicho durante el desarrollo del taller es confidencial y no se divulgará.
   - ✓ No se juzgará, ni minimizará y no se emitirá juicios.

d. Dinámica de ambientación “el pulpo”

Los participantes se dividirán en grupos de cinco personas, uno de ellos se rodea de los otros cuatro que le tocarán con un dedo. El jugador del centro es la cabeza del pulpo, que tiene los ojos abiertos y dirige el desplazamiento del animal. Los que lo rodean son los tentáculos: tienen los ojos cerrados y deben seguir todos los movimientos de la cabeza sin perder contacto físico de la punta del dedo con el jugador del centro, además no deberán topar a los compañeros de los otros grupos. A la señal se van cambiando de posiciones.

MOMENTO INTERMEDIO

a. Abordaje inicial del tema

El cine, como fuente de aprendizaje, es muy útil, dado que permite presenciar realidades, causas, consecuencias y situaciones a través de imágenes y sonidos que impactan a quienes lo observan.

En virtud de estos atributos, se propone utilizar con ustedes la modalidad de Cine Foro para abrir al final un debate respecto al tema del consumo de alcohol.

b. Proyección del video "Viaje sin retorno"

Primero se creará un clima de respeto mientras se vea la película, porque lo que a uno puede causarle gracia, a otro puede estar tocándole profundamente.

A los participantes se les dará una breve reseña del argumento del film, y se procederá a su proyección. Una vez terminada la película se les invitará a comentar abierta y libremente. Para facilitar la aparición de comentarios se les preguntará:

- ¿Qué les pareció este video?
- ¿Qué fue lo que más les llamó la atención de este video?

Se llevará a la reflexión individual y grupal con preguntas como:

- ¿Cuáles son los posibles problemas de fondo? ¿Personales? ¿Familiares? ¿Sociales?
- ¿Dejar el alcohol, la droga o algo más, es posible?
- ¿Qué pudo haberles ayudado antes?

Y por último se desarrollará el foro con la participación activa del grupo.

MOMENTO DE CIERRE

Se resumirà lo tratado

Conclusiones

Taller Nº 3

TEMA: DESICIONES Y RIESGOS	
TIEMPO:	2 horas
BENFICIARIOS/AS:	Adolescentes de décimo a tercero de bachillerato del colegio Camilo Gallegos Toledo
OBJETIVOS:	Adquirir información para la toma de decisiones en relación al consumo de alcohol. Desarrollar habilidades protectoras frente al consumo del alcohol.
RESPONSABLES:	Dra. Janneth Amaguaya R Lic. Gricelda Ramos C.

METODOLOGÌA:

1. Presentación y bienvenida a los y las participantes al taller.
2. Presentación de la dinámica de trabajo
3. Dinámica de ambientación
4. Abordaje inicial del tema

5. Lectura de las historias: “Era bueno dejar de ser tímida”; “Y ahora se fue la novia”
6. Análisis de las historias - plenaria
7. Conclusiones

RECURSOS

Para la realización del siguiente taller nos apoyaremos de los siguientes recursos:

HUMANOS:

Facilitadores: Dra. Janneth Amaguaya R. y Lic. Gricelda Ramos

Estudiantes del colegio previamente captado.

Personal docente (Orientador Vocacional, Inspector General).

MATERIALES:

1. Copias de las historias de vida:

   “Era bueno dejar de ser tímida”

   “Y ahora se fue la novia”

2. Materiales de escritorio.

MOMENTOS DEL TALLER.

MOMENTO INICIAL:

a. Presentación de los maestrantes facilitadores

Dra. Janneth Amaguaya.

Lic. María Ramos

b. Presentación de la visión, de la propuesta del trabajo y de las necesidades y expectativas de los participantes.

c. Establecer reglas, en común acuerdo con los adolescentes. Se les sugerirá:

- ✓ Que todo lo dicho durante el desarrollo del taller es confidencial y no se divulgará.
- ✓ No se juzgará, ni minimizará y no se emitirá juicios.

d. Dinámica de ambientación “La cebolla”

Para esta dinámica se necesitará un voluntario que ejercerá de granjero mientras que el resto del grupo formará una cebolla. Para poder formar la cebolla todos los participantes deberán unirse entre sì de manera muy fuerte, como si tratara de capas de una misma cebolla. Una vez la cebolla esté lista el granjero deberá pelarla capa a capa. Cada vez que este consiga pelar una capa, la persona que ha sido desprendida del grupo se convertirá en un segundo granjero que ayudará en la labor de pelar la cebolla. Así una de las capas desprendidas pasarán a formar parte del grupo de granjeros. La dinámica se podrá repetir todas las veces que se crea necesario.

Al finalizar la dinámica compartir en el grupo verbalmente las sensaciones vividas.

MOMENTO INTERMEDIO

a. Abordaje inicial del tema

Las decisiones que se van tomando en la vida nos conducen por un camino u otro. Generalmente, las malas decisiones pueden repararse con buenas decisiones. Todos tomamos a veces malas decisiones, y no por eso nuestra vida se echa a perder para siempre. Sin embargo, a veces tomamos una seguidilla de malas decisiones, y sin darnos cuenta, nos metemos en un camino muy difícil, del que después no es fácil salir. En relación con el consumo de alcohol y/o drogas, hay personas que tienen ciertas condiciones que pueden hacer riesgoso el consumo, quedándose "pegadas", y terminar con problemas de alcohol y/o drogas, o sufriendo las consecuencias de un consumo excesivo. Es importante aprender a analizar las decisiones y tener en cuenta los riesgos para tomar decisiones responsables.

c. Lectura Nº 1 "Era bueno dejar de ser tímida"

Las cosas no resultaban como ellos lo habían imaginado. Toda la escuela esperando llegar a Primer curso... y ahora los días pasaban y pasaban, y se sentían cada vez más deprimidos. Este grupo venía de la escuela rural, y habían sido buenos alumnos. Se fueron los cuatro, dos hombres y dos mujeres, al colegio. Era otro mundo. Demasiadas personas, agresivas, todo pasaba muy rápido. La escuela no los había preparado para esto, y había varios que se burlaban de ellos, por campesinos, por ignorantes…; se sentían mal vestidos, con los cuerpos demasiado gruesos las mujeres,

demasiado flacos los hombres. La timidez que siempre los caracterizó ahora era peor, y la adolescencia los llenó de espinillas, y la ansiedad, de comida barata, de esa que engorda más. Puros cuatro el primer trimestre, salvo un par de casos cada uno en que salieron con rojo. Y eso que estudiaron bastante. No siempre podían viajar los sábados a sus casas, porque el colegio era exigente y había que trabajar en grupos el fin de semana. Se empezaron a acostumbrar a juntarse la tarde del viernes y del sábado en un local de cervezas del centro. La cerveza los alegraba, los desinhibía: cuando se encontraban con los otros compañeros ya no se sentían tan "cortados".

La cerveza se convirtió en una buena compañía. Y la cerveza les trajo la compañía de los más "cancheros" del curso, con los que se veían en el local. Todo iba bien, salvo para Carola, la más gordita del grupo, que se embaló con un "chico" que, además de sabroso, consumía hierva. Su primer enamorado, que junto con salvarla de la timidez y la baja autoestima, la inició en la marihuana. Dos años más tarde, Carola estaba completamente "pegada" en la marihuana y el alcohol, consumía a diario; dejó a Jaime y se emparejó con un loco muy agresivo, que además, consumía coca. En tercer curso, los padres se dieron cuenta definitivamente, la sacaron del colegio y la dejaron en el campo.

Había muy mal ambiente en la casa, con la Carola furiosa, y el padre más tomador que nunca, siempre había sido bueno para el trago. La Carola se fugó diez veces a la ciudad, se robó varios objetos de la casa, se ganó un par de cachetadas que nunca había recibido antes de sus padres… hasta

que la asistente social, que iba una vez al mes, convenció a los padres de ponerla en tratamiento. Mañana parte con su mochila a un centro de rehabilitación… Carola, que no había abierto la boca y parecía indignada, se pone a llorar abrazada a su madre, y le pide perdón. La mamá, secándole las lágrimas, le mete unos panes en el bolsillo del chaquetón, para el viaje. Está tocando la bocina el furgón que viene a buscarla en el que la trasladará a setecientos kilómetros de nostalgia del campito que la vio nacer.

PLENARIA

Para reflexionar:

1. **¿Qué decisiones, que tomó o dejó de tomar en el pasado, podrían haberle evitado llegar al problema actual?**
2. **¿Qué decisiones le ayudarían a mejorar su vida?**
3. **¿Qué factores hicieron que Carola llegara a tener problemas con el alcohol y las drogas?**

Lectura Nº 2: "Y ahora se fue la novia"

Definitivamente, ahora sí que la embarré. Esta vez estaba enamorado de verdad. Ella realmente habría sido una buena mujer para casarse... y la perdí. Y lo peor es que le encuentro razón de haberme dejado. Me quiere, yo lo sé, pero dijo que prefiere sufrir sin mí, que engancharse con un tipo que no es capaz de cortarla con el trago... Pero no es tan fácil dejar de tomar... Yo sé que se me pasa un poco la mano los fines de semana, pero es algo

que he hecho siempre, desde chico. Y no es el momento más bueno para dejarlo...

Realmente estos años han sido duros, y el trago me ayuda a olvidar los problemas.

¿Pero cómo se lo iba a decir a ella, que ni conoce a mi familia?

... Todo empeoró cuando mi mamá se trajo a don Lucho a vivir con nosotros. Es cierto que nos ayuda a mantenernos, pero el daño que está haciendo a nuestra familia es más grande que el hambre. Él sí que es curado. Yo al lado de él soy un yogur. Lo peor es lo que le hace a mi hermana... Si mi papá viviera, le sacaría la p….. Si mi viejo hubiera sabido todo lo que nos iba a pasar, quizá se habría cuidado un poco más...

Estaba muy tomado cuando lo atropelló una buseta. Para mí, el trago es un remedio, ¿sabe?...

Es lo que me permite seguir estudiando en la semana, concentrarme un poco, olvidarme de mi casa, de mi pobre mamá, de mi hermana, de la rabia que guardo dentro...

PLENARIA

Para reflexionar:

¿Cuáles decisiones, que tomó o dejó de tomar en el pasado, podrían haberle evitado llegar al problema actual?

¿Qué decisión le ayudaría a cambiar el rumbo de su vida? ¿Por dónde va la salida?

¿Qué factores de riesgo se pueden identificar en esta historia?

¿Cómo podría evitar empeorar su situación

MOMENTO DE CIERRE

Se resumirà lo tratado

Conclusiones

TALLERES EDUCATIVOS TABACO

Taller Nº 4

TEMA: ROMPIENDO MITOS	
TIEMPO:	2 horas
BENFICIARIOS/AS:	Adolescentes de décimo a tercero de bachillerato del colegio Camilo Gallegos Toledo
OBJETIVOS:	Adquirir información para la toma de decisiones en relación al consumo de tabaco.
RESPONSABLES:	Dra. Janneth Amaguaya R Lic. Gricelda Ramos C.

METODOLOGÌA:

1. Presentación y bienvenida a los y las participantes al taller.
2. Presentación de la dinámica de trabajo
3. Dinámica de ambientación
4. Abordaje inicial del tema
5. Lectura: “Los mitos sobre el tabaco”.
6. Plenaria
7. Conclusiones.

RECURSOS

Para la realización del siguiente taller nos apoyaremos de los siguientes recursos:

HUMANOS:

Facilitadores: Dra. Janneth Amaguaya R. y Lic. Gricelda Ramos

Estudiantes del colegio previamente captado.

Personal docente (Orientador Vocacional, Inspector General).

MATERIALES:

1. Pizarrón
2. Copias de la lectura “los mitos sobre el tabaco”
3. Marcadores
4. Papelotes
5. Materiales de oficina

MOMENTOS DEL TALLER.

MOMENTO INICIAL:

a. Presentación de los maestrantes facilitadores

   Dra. Janneth Amaguaya.

   Lic. María Ramos

b. Presentación de la visión, de la propuesta del trabajo y de las necesidades y expectativas de los participantes.

c. Establecer reglas, en común acuerdo con los adolescentes. Se les sugerirá:

   Que todo lo dicho durante el desarrollo del taller es confidencial y no se divulgará.

   No se juzgará, ni minimizará y no se emitirá juicios.

d. Dinámica de ambientación “ensalada de frutas”

Todos los participantes se dispondrán en círculo. Cada uno erigirá una fruta en voz alta. El coordinador irá contando una historia que involucre a las distintas frutas, cada vez que la fruta sea nombrada tiene que cambiarse de lugar y frente a la frase “ensalada de frutas”, todos los integrantes intercambian de lugar. Se continuara la dinámica hasta que el clima sea óptimo y no se haya transformado en un caos.

MOMENTO INTERMEDIO

a. Abordaje inicial del tema

Algunas creencias bastantes extendidas entre los chicos y as chicas, sobre ciertos efectos del consumo de tabaco, son con frecuencia erróneas o están poco fundamentadas, pero se suelen tomar como realidades indiscutibles.

La percepción de que la mayor parte de las personas adultas fuma, creer que el tabaco te hace más atractivo o atractiva a los ojos de los demás, que no es tan peligroso como dicen o que no te va a hacer daño hasta que sea mayor, constituyen algunas de las creencias más extendidas entre chicos u chicas adolescentes que sin duda facilitan el inicio y mantenimiento del hábito tabáquico.

Disponer de una información veraz y bien fundamentada sobre los efectos del tabaquismo, contribuye a que los adolescentes cuenten con más recursos a la hora de decir NO al consumo del tabaco.

b. Lectura "Los mitos sobre el tabaco"

Mito 1

"Yo puedo dejarlo cuando quiera…."

Realidad

El tabaco es una droga con una capacidad adictiva superior a la de la heroína. La mayoría de la gente continúa fumando porque es muy difícil dejar de fumar.

Datos

La nicotina es una de las substancias que existen en la naturaleza con mayor capacidad para crear adicción en la persona que lo consume, comparable a la heroína. El síndrome de abstinencia se manifiesta por síntomas físicos y psíquicos entre los que se encuentran: irritabilidad, altos niveles de ansiedad e incluso ligeros temblores.

Los primeros síntomas de adicción a la nicotina pueden aparecer a los pocos días de comenzar a fumar.

En la práctica, las personas fumadoras fuman cada vez más. La mayoría de éstas cuando empezaron, pensaban que no iban a pasar nunca de unos pocos cigarros al día, la realidad es que la mayoría de los fumadores fuman diariamente y consumen una media de 20 cigarrillos al día.

El consumo de tabaco se integra fácilmente en los hábitos de vida, lo que supone otra dificultad añadida para dejar de fumar. Cuando un fumador hace un serio intento de abandonar el consumo de tabaco sin recibir tratamiento adecuado, sus posibilidades de éxito se cifran entre un 5% y un 10%, si este mismo intento se acompaña de tratamiento (médico y/o psicológico) sus posibilidades de éxito se triplican.

Mito 2

"Fumar hace atractivas a las personas"

Realidad

A pesar de lo que muchos jóvenes creen, cada vez hay más personas a las que le molesta el humo y el mal olor del tabaco y cada vez hay una mayor sensibilidad sobre los efectos de esta droga sobre la salud de las personas fumadoras y las que le rodean por lo que fumar no hace a una persona más atractiva.

Datos

Cada vez hay más lugares donde no se permite fumar: los centros sanitarios, las escuelas, los centros de trabajo, los cines, los museos, los supermercados o los transportes. Cada vez hay más personas a las que no les gusta respirar aire contaminado por el humo de tabaco.

El consumo de tabaco contribuye a que se pierda atractivo personal al producir mal aliento, mal olor corporal y arrugas prematuras.

Mito 3

"El tabaco no es tan peligroso como dicen"

Realidad

El tabaquismo es la principal causa evitable de pérdida de salud y de muerte prematura en nuestra sociedad. Los fumadores pasivos presentan un riesgo elevado de contraer las mismas enfermedades que los fumadores activos.

Datos

Se ha demostrado que una persona no fumadora, expuesta al aire contaminado por el humo de tabaco durante una hora, equivale a fumarse tres cigarrillos.

El tabaquismo está asociado con una elevada proporción de cánceres de pulmón (85%), cavidad oral (92% en hombres y 61% en mujeres), laringe (83%), esófago (80%), estómago, vejiga, páncreas y riñón. Del total de muertes debidas al tabaco el 42.9% son debidas a tumores.

Esta demostrado que el tabaquismo aumenta entre 2 y 4 veces la posibilidad de padecer enfermedad coronaria y enfermedad cerebrovascular. El 34.1 % de las muertes debidas al tabaquismo son debidas a enfermedades cardiovasculares. También se cuenta con evidencia científica de que el humo del cigarrillo es el principal causante de la sintomatología y de las enfermedades respiratorias. Más del 90% de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) esta relacionada con el consumo de tabaco. La bronquitis crónica, el enfisema y el asma son también enfermedades asociadas al consumo de tabaco Diversos estudios han puesto de manifiesto la relación que existe entre el consumo de tabaco de una mujer embarazada y el riesgo de complicaciones durante el embarazo y la salud del feto.

Mito 4

"Fumar es algo que no te va a hacer daño hasta que seas mayor".

Realidad

El consumo de tabaco tiene consecuencias negativas en el organismo a corto plazo.

Datos

La nicotina produce un incremento del pulso cardíaco y de la tensión arterial. El consumo habitual de tabaco incrementa el nivel de monóxido de carbono en sangre lo cual dificulta la oxigenación de los músculos. Esto se traduce en una disminución del rendimiento deportivo. Facilita la aparición de arrugas precoces en el contorno de los ojos y alrededor de los labios, provocando envejecimiento prematuro de la piel de la cara. Hace que aparezcan manchas amarillas en los dientes y en dedos y uñas. El consumo de tabaco altera el sentido del gusto y del olfato. Los alimentos no saben igual, ni pueden percibirse las fragancias suaves.

c. **Desarrollo de la plenaria** con la participación activa de los alumnos.

MOMENTO DE CIERRE

Se resumirà lo tratado. Conclusiones

Taller Nº 5

TEMA: "LA DROGA SILENCIOSA"	
TIEMPO:	2 horas
BENFICIARIOS/AS:	Adolescentes de décimo a tercero de bachillerato del colegio Camilo Gallegos Toledo
OBJETIVOS:	Adquirir información para la toma de decisiones en relación al consumo de tabaco.
RESPONSABLES:	Dra. Janneth Amaguaya R Lic. Gricelda Ramos C.

METODOLOGÌA:

1. Presentación y bienvenida a los y las participantes al taller.
2. Presentación de la dinámica de trabajo
3. Dinámica de ambientación
4. Abordaje inicial del tema
5. Lectura: "Tabaco: la droga silenciosa que asesina en masa"
6. Plenaria
7. Conclusiones.

RECURSOS

Para la realización del siguiente taller nos apoyaremos de los siguientes recursos:

HUMANOS:

Facilitadores: Dra. Janneth Amaguaya R. y Lic. Gricelda Ramos

Estudiantes del colegio previamente captado.

Personal docente (Orientador Vocacional, Inspector General).

MATERIALES:

1. Pizarrón
2. Copias de la lectura “Tabaco: la droga silenciosa que asesina en masa”
3. Marcadores
4. Papelotes
5. Materiales de oficina

MOMENTOS DEL TALLER.

MOMENTO INICIAL:

a. Presentación de los maestrantes facilitadores

   Dra. Janneth Amaguaya.

   Lic. María Ramos

b. Presentación de la visión, de la propuesta del trabajo y de las necesidades y expectativas de los participantes.

c. Establecer reglas, en común acuerdo con los adolescentes. Se les sugerirá:

   Que todo lo dicho durante el desarrollo del taller es confidencial y no se divulgará.

   No se juzgará, ni minimizará y no se emitirá juicios.

d. Dinámica de ambientación “cuerpos expresivos”

Se escribirán en papelitos nombres de animales (macho y hembra). Por ejemplo: León en un papelito, en otro Leona (tantos papeles como participantes).

Se procederá a la distribución de los papelitos entre los participantes, durante 5 minutos y sin hacer sonidos los chicos/as deberán actuar como el animal que les tocó y buscar a su pareja. Cuando crean haberla encontrado, se toman del brazo y se quedan en silencio apartados del resto del grupo; no pueden decir a su compañero el animal que representó.

Una vez que todos tienen su pareja, deben decir que animal estaba representando cada uno, para ver si acertaron.

MOMENTO INTERMEDIO

a. Abordaje inicial del tema

La iniciación al consumo de tabaco se lleva a cabo en nuestro contexto sociocultural principalmente en la edad escolar. En este proceso entran dos factores importantes en juego. En primer lugar el tabaco legalmente está prohibido a los menores, justificado por los efectos negativos del mismo; de este modo el fumar se presenta como una forma de prerrogativa de los adultos y la vulneración de la prohibición como un incentivo añadido a la necesidad de conocer y probar novedades: es “el sabor de la aventura”. En segundo lugar, la iniciación es básicamente un proceso de grupo; más aún, el comienzo del uso del tabaco es uno de los elementos a través del cual se produce la transición de la adolescencia a la edad adulta.

b. Lectura:”Tabaco: la droga silenciosa que asesina en masa”.

I = Isabel, D = Daniel

Isabel se quita muy despacio el reloj de la muñeca izquierda. Tiene un pequeño parche blanco. Despega la cinta adhesiva y me enseña una horrible herida circular como del tamaño de un garbanzo.

D: ¿Qué te pasó?

I: Es la quemadura de un cigarro hecha de manera profunda durante varios segundos.

D: ¿Quién te la hizo?

I: Un muchacho con el que salí, Rodrigo. Acepté ser su novia. Solo duramos un día. Quiso drogarme. ¡Es más común de lo que te imaginas!. Por eso estoy tan desesperada. ¡Esto es una horrible epidemia!

D: Siento que mi corazón palpita de forma acelerada. Las cosas se están complicando cada vez más. Mi prima se soba la muñeca con suavidad.

D: ¿Te duele?

I: Sí

D: ¿Cómo te quemó?

I: Fuimos a una fiesta de parejas. Todos bebieron tequila y fumaron muchos cigarrillos. Quisieron enseñarme a jugar cartas. Aunque había otras mujeres, yo estaba muy incómoda; no me sentía bien en ese lugar. Insistieron tanto que bebí una margarita; como no estoy acostumbrada a tomar alcohol, me emborraché de pronto dejaron de apostar dinero e inventaron un juego nuevo. Escribieron, varios castigos en tarjetitas que pusieron sobre la mesa; se reían y murmuraba. Según ellos, una de las tarjetas contenía la "sentencia máxima". Comenzamos a jugar, a los perdedores les salían castigos bastante fuertes, como quitarse algunas prendas de vestir o dar besos y cachetadas a diferentes personas, pero cuando a la muchacha que estaba sentada junto a mí le tocó " la sentencia máxima", todos se pusieron felices. Hubo gritos y carcajadas. Al calor de las copas y del tabaco, ella tuvo que obedecer.

Isabel se detiene en su relato. La animo a seguir.

D: ¿Qué decía la tarjeta?

I: “Despréndete de todas tus prendas o haz la prueba de fuego”

D: ¿Cómo?

I: Tal cual. La mujer estaba muy tomada, así que optó por quitarse la ropa. Yo quise salirme del juego, pero no me dejaron; la que me obligó a permanecer casi a gritos, fue la muchacha recién castigada. Quería que alguien más sufriera la pena máxima. Acordamos en jugar sólo cinco rondas más. Volvieron a meter la “sentencia de muerte” en el paquete de cartas y las revolvieron. Me libré de perder en las primeras cuatro, pero a la quinta, tuve la carta más baja. Tomé la tarjeta y ahí estaba otra vez. Ya te imaginarás -levanta su brazo lastimado- esta era la prueba de fuego…

D: lo comprendo todo mi prima no aceptó desnudarse, pero la obligaron a quemar su piel con un cigarro encendido.

D: ¿Lo hiciste tú sola?

I: me detuvieron entre varios y la chava castigada lo hizo. Hubo muchas risas y aplauso. Yo no podía creer que Rodrigo hubiese visto todo sin defenderme. Cuando subimos al coche, yo estaba llorando. Sentía mucho dolor en el brazo, Él quiso consolarme. Se acercó a mí y me besó. Traté de apartarlo, pero me agarró con mucha fuerza y siguió besándome. Olía a

tabaco, sabía a tabaco. Era como si me hubieran obligado a chupar un cenicero.

D: ¿Qué le dijiste a Rodrigo, después de que te besó a la fuerza?

Isabel tiene la mirada cristalizada por el coraje al recordar.

I: lo amenacé con denunciarlo en la policía porque él ocasionó que sus amigos me quemaran el brazo, le dije que era un poco hombre. Me contestó: “cálmate, tómate esta pastilla, es una medicina para el dolor de la quemadura; te sentirás mejor”. Ahora pienso que tal vez el quería drogarme. Le aventé la pastilla a la cara y salí de su auto. Casi me atropellan. Subí a aun taxi y nunca más volví a verlo, hasta ayer en la noche.

D: ¿Lo denunciaste?

I: No

D: ¿Al menos le platicaste a tú mamá?

D: No, Daniel. Tú eres el primero que lo sabe. Supongo que me pasó como a las mujeres que sufren abuso o tienen problemas con hombres. Se sienten culpables, sucias y solo desean olvidar lo que ocurrió. Por eso callan.

Isabel me muestra la herida, tiene como un agujero en carne viva.

D: no está nada bien. Esto se te puede infectar. Prométeme que vas a decirle a tú mamá o a un médico…

I: sí primo te lo prometo.

D: ahora entiendo, porque no soportas el cigarro.

I: ¿su simple olor me da asco! Además es una droga muy dañina.

D: bueno!, el cigarro se considera una droga “blanda”. No es como la coca o las anfetaminas y todas esas que las llaman “duras”.

I: ¿Quién te dijo eso?

D: lo leí

I: ¡pues es una tontería! No existen drogas duras y blandas. Existen drogas y punto. La televisión hace publicidad para que digamos “NO” a las drogas y los adultos se preocupan porque la juventud no se drogue, pero hablando claro, en el mundo mueren más personas debido a las consecuencias del alcohol y del tabaco, que por el uso de todas las drogas ilegales juntas.

D: ¿entonces el tabaco sí es una droga?

I: por supuesto que SI. Se le llama droga a toda sustancia no alimenticia, que produce tolerancia y a veces adicción, cuyas moléculas viajan en forma directa al cerebro y actúan sobre él alterando las sensaciones físicas o psicológicas y modificando el comportamiento de la persona.

Bueno, pues el tabaco cumple con todos los requisitos. Acabo de leerlo. ¡Mira!

Es una droga adictiva, produce dependencia física y psicológica con rapidez. De hecho, aquí dice que la nicotina pura es un veneno muy potente; si

tomaras unas cuantas gotas de nicotina morirías en minutos. En el humo del cigarro, las partículas de nicotina se disuelven con la saliva de la boca y pasan a la sangre, al llegar al cerebro irritan las neuronas y mejoran los niveles de atención, al mismo tiempo disminuyen la rigidez muscular. Los efectos parecen “muy agradables”; pero son PASAJEROS, el fumador no se da cuenta de que sus dientes se vuelven amarillos, su piel se reseca, su boca adquiere un profundo olor acre y su condición física disminuye, porque el tabaco lesiona los pulmones, además es responsable del cáncer y enfermedades del corazón.

D: pero yo conozco personas mayores que han fumado toda la vida y se encuentran sanas!. También e oído que el humo de las ciudades contaminadas es más dañino que el humo de los cigarrillos.

I: las dos cosas son mentira, Daniel. Todos conocemos adultos fumadores, ¿pero, analízalos bien! Ve como les cuesta trabajo respirar, escucharlos toser, observa que casi no se mueven y son incapaces de hacer el más mínimo ejercicio, mira sus dientes, acércate a oler la fetidez de su boca. Si pudieras echar un vistazo a sus pulmones te asustarías. Aunque han sobrevivido a un hábito nocivo, no merecen honores por ello. ¿Todo lo contrario!...cuando alguien enciende un cigarro para fumarlo, sólo presume debilidad de carácter.

Además Daniel mira lo que dice este artículo:

“los estudios epidemiológicos señalan que el tabaco es causante del 30% de todos los cánceres diagnosticados, frente a un 2% producido por la contaminación ambiental, así que es tonto decir que el humo de las fábricas y autos causan más daño. Cuando el cigarro se deja consumir en el cenicero, el humo que sale de él es incluso más dañino, pues tiene mayor concentración de cancerígenos. Al fumar delante de otras personas se les está convirtiendo en fumadores pasivos obligándolos a respirar un aire contaminado. Los fumadores pasivos también pueden padecer problemas respiratorios. Para fumar marihuana o crack se necesita, por fuerza aprender a fumar tabaco, primero”…

….De pronto suena el teléfono y dejamos de leer la información porque tenemos que salir….

c. Desarrollo de la Plenaria.

Para reflexionar:

¿Qué les pareció la historia?

¿Qué factores de riesgo se pueden identificar en esta historia?

¿Cómo podría evitar empeorar su situación?

MOMENTO DE CIERRE

Se resumirà lo tratado

Conclusiones

CHARLA EDUCATIVA

TEMA: El tabaquismo en la adolescencia.	
TIEMPO:	45 minutos
BENFICIARIOS/AS:	Adolescentes de décimo a tercero de bachillerato del colegio Camilo Gallegos Toledo.
OBJETIVO:	Adquirir información y conocimientos referentes al consumo de tabaco en la adolescencia.
RESPONSABLES:	Dra. Janneth Amaguaya R Lic. Gricelda Ramos C.

APLICACIÓN DE ENCUESTAS PRE-INTERVENCION

GRUPO EXPERIMENTAL

COLEGIO CAMILO GALLEGOS TOLEDO

APLICACIÓN DE ENCUESTAS PRE-INTERVENCION

GRUPO CONTROL

COLEGIO LA PROVIDENCIA

PROGRAMA EDUCATIVO PREVENCION DE ALCOHOL Y TABACO

APLICACIÓN DE ENCUESTAS POST INTERVENCION

GRUPO EXPERIMENTAL

COLEGIO CAMILO GALLEGOS TOLEDO

APLICACIÓN DE ENCUESTAS POST INTERVENCION

GRUPO CONTROL

COLEGIO LA PROVIDENCIA