



Adicciones y género en la sociedad moderna

Ma. Luisa Quintero Soto
Elisa B. Velázquez Rodríguez
Silvia Padilla Loredo

Adicciones
y género en la
sociedad moderna

estudios
de género

Adicciones y género en la sociedad moderna

Ma. Luisa Quintero Soto
Elisa B. Velázquez Rodríguez
Silvia Padilla Loredo



Universidad Autónoma
del Estado de México



MÉXICO

2018

Esta investigación, arbitrada por pares académicos,
se privilegia con el aval de la institución coeditora.

362.291
Q457

Quintero Soto, Ma. Luisa.
Adicciones y género en la sociedad moderna / por Ma. Luisa Quintero Soto, Elisa B. Velázquez
Rodríguez y Silvia Padilla Loredo. -- 4ª ed. -- México : Universidad Autónoma del Estado de México :
Miguel Ángel Porrúa, 2018.
98 p. : 17 × 23 cm. -- [Estudios de Género]

ISBN 978-607-524-237-8

1. Mujeres -- Abuso de sustancias. 2. Hombres -- Abuso de sustancias. 3. Abuso de sustancias --
Aspectos sociales.

Primera edición, octubre del año 2018

© 2018
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

© 2018
Por características tipográficas y de diseño editorial
MIGUEL ÁNGEL PORRÚA, librero-editor

Derechos reservados conforme a la ley
ISBN 978-607-524-237-8

En cumplimiento a la normatividad sobre el acceso abierto de la investigación científica, esta obra se pone a disposición del público en su versión electrónica en el repositorio de la UAEMéx (<http://ri.uaemex.mx>) para su uso en línea con fines académicos y no de lucro, por lo que se prohíbe la reproducción parcial o total, directa o indirecta del contenido de esta presentación impresa sin contar previamente con la autorización expresa y por escrito de MAPorrúa, en términos de lo así previsto por la *Ley Federal del Derecho de Autor* y, en su caso, por los tratados internacionales aplicables.

IMPRESO EN MÉXICO



PRINTED IN MEXICO

LIBRO IMPRESO SOBRE PAPEL DE FABRICACIÓN ECOLÓGICA CON BULK A 80 GRAMOS
www.maporrúa.com.mx
Amargura 4, San Ángel, Álvaro Obregón, 01000, CDMX

Prólogo

El presente libro es una invitación a reflexionar sobre el impacto en la salud, y en la sociedad que tiene el consumo de sustancias tóxicas, llámese cigarro, marihuana o alcohol, entre otras. Los individuos hombres o mujeres que sufren una adicción muy probablemente tienen uno o dos problemas médicos asociados, entre los que podemos mencionar: enfermedad pulmonar o cardiovascular, accidente cerebrovascular, cáncer y trastornos mentales.

El abuso de drogas va asociado a menudo con enfermedades mentales. En algunos casos, la depresión, los trastornos mentales como la ansiedad o la esquizofrenia pueden preceder a la adicción; en otros casos, el abuso de drogas puede presentar o acentuar los trastornos mentales, particularmente en personas con vulnerabilidades específicas. Más allá de las consecuencias perjudiciales para la persona que padece la adicción, el abuso de drogas puede causar problemas de salud graves para los demás, para familiares o para los bebés de estos consumidores.

La adicción es una enfermedad primaria constituida por un conjunto de signos y síntomas característicos. Las adicciones siempre han estado presentes en la historia de la humanidad, pero ahora con el desarrollo tecnológico han aparecido otras sustancias nocivas para la salud. La adicción puede ser de carácter químico o conductual. Entre las adicciones químicas tenemos al alcohol, la nicotina; y en las conductuales, el juego, entre otras.

Estas adicciones constituyen uno de los problemas más graves a los que se enfrenta hoy en día nuestra sociedad. Sin embargo, la mayoría de ellas pueden ser tratadas con éxito de la misma manera, siempre y cuando el individuo que las consume tenga la necesidad de asumir su enfermedad

y buscar un tratamiento. Pero también es necesario fomentar este tipo de investigaciones para prevenir, y que en futuro las personas estén conscientes del daño que les ocasiona este tipo de sustancias.

Podemos preguntarnos el porqué se consumen estas drogas, sin embargo, la respuesta es muy compleja, pues son diversos factores que están presentes, no obstante, podemos resaltar que son sustancias a las que las personas pueden volverse adictas dado que producen un efecto excitante o relajante. Hablar de la dependencia implica considerar, aparte de la dependencia física, la dependencia psíquica que producen estas sustancias.

INTRODUCCIÓN

En la convivencia social, el consumo de alcohol representa lo que une a la amistad, adormece a la vergüenza y la culpa, proporciona el valor para mostrar la autenticidad o para que emerjan identidades escondidas. Sin lugar a dudas el consumo del alcohol forma parte constitutiva de las relaciones sociales en la sociedad. Desde esta legitimización social, el alcohol circula como la sangre en el tejido social, a través de los medios de comunicación, en la literatura, el cine, la música e inclusive coexiste en armonía con diversas prácticas religiosas, lo cual ha conformado una cultura ética que sanciona, evalúa y sienta diferencias entre las prácticas e interacciones sociales y deja huella en las actividades económicas y políticas de la sociedad. El abuso en el consumo del alcohol es una amenaza que está presente en todas las naciones, es masivo en todo el planeta y el consumo individual día a día se incrementa (Góngora y Leyva, 2005).

Prueba de ello es la importancia que la sociedad le adjudica, el espacio y tiempo que le dedica y la representación que éste tiene; por ejemplo: las fiestas se consideran sin destello y aburridas sin bebidas alcohólicas. En las comidas un aperitivo se considera como una buena costumbre social y un par de cervezas son insustituibles para acompañar una buena comida picosa, o los días soleados donde amerita refrescarse con una cerveza; qué decir de los negocios, un buen acuerdo de negocios tiene que cerrarse con un brindis, la pérdida o generación de ganancia está trazada por el alcohol. Por ejemplo, gane o pierda el equipo de futbol preferido, hasta en el ritual

de duelo el alcohol sirve de acompañante y silencia el dolor de nuestro cuerpo y nuestras conciencias (Góngora y Leyva, 2005).

En México el hombre casado que bebe, lo hace con frecuencia en el hogar; deja a la mujer fuera del consumo, pero no de las consecuencias, observándose más tensión y agresión que en otras sociedades, en las que el varón casado elige como primera compañía para el consumo a su esposa (Medina, 1993).

Así, beber alcohol ha constituido un acto que prueba la masculinidad, que exacerba el machismo, que refrenda el carácter “mujeriego” y “aventurero”. Las mujeres que trasgreden la identidad de ser madres, esposas y fieles son, desde este código de conductas, consideradas prostitutas, malas mujeres y traicioneras (Laguna, Villaseñor y Rosas, 2012).

Al hablar de las drogas muchas veces no se piensa en las llamadas drogas institucionalizadas, es decir, en las sustancias cuya presencia y consumo están plenamente integradas en las pautas de comportamiento de la sociedad, aquellas que gozan del respaldo de la tradición histórico-cultural y cuya producción, venta y consumo no están penalizados. Pocas veces, en nuestra cultura, al hablar de las drogas, nos referimos al alcohol, al tabaco o al café, dado que se nos presentan como productos de uso común, aunque sean clasificables farmacológicamente como drogas en función de sus acciones sobre el organismo —como veremos posteriormente— y sean capaces de crear toxicomanías más o menos severas. La polémica parece siempre centrarse, de manera parcial y por tanto errónea, en las sustancias no integradas, en las no pertenecientes al acervo cultural de referencia, es decir en aquellas que son consideradas exóticas dentro del sistema cultural de valores. Como consecuencia, el consumidor de ciertas drogas carentes de aceptación social, será etiquetado en muchas ocasiones como un delincuente, o en el mejor de los casos como un “desviado”, mientras que con el consumidor de drogas institucionalizadas —caso del alcohol— la sociedad será más permisiva y más benevolente (Llopis, Pons y Berjano, 1996).

Las definiciones de uso y abuso están en función de la cantidad, frecuencia y consecuencias del consumo, y se miden a través de indicadores tales como la ingestión por persona, los patrones de consumo y los problemas asociados (enfermedades, accidentes, conductas antisociales, etcétera). La adicción es la dependencia fisiológica y psicológica a alguna sustancia psicoactiva legal o ilegal, provocada por el abuso en el consumo, que causa una búsqueda ansiosa de la misma. También conocida como drogodepen-

dencia, fue definida por primera vez por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1964, como un estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga natural o sintética, cuyas características son: deseo dominante de continuar tomando la droga y obtenerla por cualquier medio, tendencia a incrementar la dosis, dependencia física y generalmente psicológica, con síndrome de abstinencia si se retira la droga, efectos nocivos para el individuo y para la sociedad. Más tarde, en 1982, la OMS definió a la dependencia como un síndrome que implica un esquema de comportamiento en el que se establece una gran prioridad para el uso de una o varias sustancias psicoactivas determinadas, frente a otros comportamientos considerados habitualmente como más importantes (CONADIC-DIF-SS, s/f).

MARCO TEÓRICO: ALCOHOLISMO DESDE LA VISIÓN DE GÉNERO

El alcoholismo degrada más rápida y profundamente a la mujer en su estatus y sus papeles femeninos y maternos que al hombre en su estatus y papeles masculinos y paternos. El rechazo y la intolerancia social son más vivos y precoces para la mujer. El alcoholismo también representa un mayor riesgo para la integridad física y la vida de la mujer dado que la expone a frecuentes atentados sexuales. Sobre la valoración del uso de esta estrategia, se encontró que los chicos y, en general, aquellas personas que poseían más mitos sobre la violación, rechazaron menos el uso del alcohol como forma de conseguir contactos sexuales con una chica. De igual forma, se observó que los chicos, más que las chicas, y quienes sostenían mitos sobre la violación, percibían como más “promiscuas” a aquellas que aceptaban tomar alcohol cuando se encontraban interactuando con chicos (Romero y Megías, 2010: 4).

La mujer es el reflejo de la educación impartida en el hogar donde se piensa que tiene una naturaleza frágil y sensible, que le hace propensa a emociones y a sentimientos nobles, a quien se le aconsejaba la satisfacción razonable y medida de sus deseos y de sus necesidades de ternura. En cambio, al varón desde su formación y educación se le ha delegado el papel de proveedor, además de formar un patriarcado en el cual sus sentimientos y emociones son denegables para ellos.

La imagen ideal de la mujer del siglo XIX, era de virtud y prudencia reflejo de una educación impartida en el seno del hogar por las madres e institutrices quienes les proporcionaban los conocimientos “propios de su género”. Así, la mujer estaba dedicada por completo a las labores del hogar y a la atención de la familia. Es evidente que ser mujer y presentar un consumo problemático de alcohol reta a los estereotipos sociales y culturales de una sociedad sexista. Se cree que, en relación con los hombres, las mujeres con problemas de alcohol tienen la tendencia a experimentar un estigma doloroso que destruye la imagen que se tiene de ellas. Además, con el estigma asociado a ser una mujer enferma, es mal juzgada en el ejercicio de su rol materno en el aspecto privado y desde lo público es vista como alguien que no es capaz de controlar su situación familiar (Ettorre, 1998).

En gran parte ha aumentado el abuso del consumo de alcohol entre las mujeres, pero esta práctica tiene una valoración social y simbólica distinta a las del varón. El alcoholismo es un fenómeno que históricamente ha tenido mayor presencia en el mundo masculino; incluso los símbolos y representaciones acerca de la virilidad han estado asociados al consumo de bebidas alcohólicas, así como a la vida pública y al trabajo remunerado; mientras que a la mujer se le identifica con el mundo familiar, con lo doméstico y lo privado. Es decir, los roles a desempeñar que marca la sociedad dentro de un contexto tipificado que muestra la división sexual del trabajo, tienen un peso incomparable, y son los varones quienes ancestralmente, al desempeñar el papel de trabajadores y proveedores, también definieron el uso del tiempo libre. Así, el consumo del alcohol ha estado vinculado al tiempo libre, la fiesta, la cantina y por ello, no existen espacios de esparcimiento propios para la mujer (Góngora y Leyva, 2005).

La discriminación contra la mujer sigue siendo parte de nuestra realidad lo que se manifiesta en la existencia de dobles parámetros apoyados por hombres y mujeres, adultos y jóvenes, quienes consideran que las mujeres no deben de beber o beber menos que el varón. Como consecuencia ellas beben menos; sin embargo, cuando presentan problemas con su manejo del alcohol son a menudo más rechazadas, experimentan más problemas y con frecuencia lo ocultan, lo que dificulta una detección-intervención tempranas (Medina, 1998a).

Así, puede decirse que la cultura niega a la mujer abusar de sustancias y aumenta la carga cuando ésta desarrolla problemas, a diferencia de los

hombres a quienes se presenta más empatía por el consumo de alcohol e incluso por sus actitudes bajo la influencia de éste; es decir, vivimos en una sociedad patriarcal donde el papel del hombre y su masculinidad está protegida y justificada bajo la tutela de ser quienes están al mando de un hogar, son proveedores y toman las decisiones más importantes. Además, los medios de comunicación se encargan de emitir información errónea sobre la masculinidad como ingerir bebidas alcohólicas, tener varias mujeres a la vez e incluso golpear o mostrar algún tipo de violencia contra las mujeres (Medina, 1998a).

Para Borrell y Artazcoz (2008), desde la perspectiva de género tanto hombres como mujeres pueden padecer de alcoholismo, sin importar raza, color, sexo, idioma, ideología, situación social, etcétera. Sin embargo, tanto el proceso, el padecimiento, la dependencia, así como su tratamiento son distintos y por lo tanto merecen un trato diferente. Diversas características biológicas, emocionales y sociales, deben ser atendidas y priorizadas de acuerdo a las necesidades de cada persona sin ejercer ningún tipo de violencia o abuso a sus derechos. Esto abrirá el panorama para desarrollar estrategias efectivas para la prevención y tratamiento desde un enfoque integral.

El enfoque de género permite identificar las motivaciones del inicio y mantenimiento de la dependencia a alguna droga, conducta que hace algunos años era exclusiva de los hombres, puesto que el consumo de drogas era (y es) una práctica básicamente social; ahora la conquista de este ámbito social por las mujeres las exige reproducir conductas propias del hombre. Por eso diversas drogas legales e ilegales se perciben como símbolo de independencia femenina e igualdad entre sexos; identificando su consumo como signo de autonomía, atractivo y éxito social (Borrell y Artazcoz, 2008).

MARCO HISTÓRICO

La elaboración y el consumo de bebidas alcohólicas ha estado presente desde épocas remotas en diferentes regiones del mundo, donde se han encontrado evidencias de su consumo, por lo que es de suponerse que los seres humanos beben alcohol desde hace por lo menos 5 mil años. Los insumos y

las condiciones básicas para elaborar bebidas fermentadas ya existían desde entonces: almidones (azúcar de frutas silvestres), agua, bacterias y la temperatura adecuada. Probablemente las primeras bebidas fermentadas se produjeron de forma accidental, quizás con unas frutas abandonadas en el interior de una cueva, que se fermentaron y de las que el hombre primitivo probó el líquido resultante, y apreció sus efectos relajantes, placenteros y también intoxicantes (Valdez, 2005).

Las poblaciones nómadas que con el tiempo se establecieron en asentamientos, dieron lugar a la agricultura. De este modo se presentaron las condiciones para que se pudiera iniciar el cultivo de la vid, la cebada y el maguey, y la elaboración regular de productos fermentados. Los estudios antropológicos sugieren que los pueblos de Mesopotamia fueron los primeros en elaborar bebidas con alcohol de modo sistemático. En Egipto comenzaron a elaborarse a partir del año 3000 a. C. y los médicos egipcios las recetaban desde entonces como medicamento; en China, la producción de bebidas con alcohol se inició mil años después (CECA, 2002a).

El alcohol ha sido sin duda la droga por excelencia de los pueblos mediterráneos. Sus efectos embriagantes fueron utilizados como vínculo litúrgico por egipcios, griegos, romanos y hebreos. Los egipcios son los inventores de la cerveza tres milenios antes de Cristo. Aún antes, la civilización de Mesopotamia conocía y utilizaba otras bebidas fermentadas similares, citadas incluso en el código de Hammurabi, donde se prescribía la pena de ser arrojado al río para aquellos propietarios de locales de bebidas que permitieran la embriaguez de sus clientes. Parece ser que la utilización del vino como vínculo de unión con la espiritualidad, aprovechando sus efectos embriagantes, se remonta a la civilización egipcia. Entre ellos, la cerveza estaba vinculada a usos populares, y gravada con algo similar a lo que ahora llamaríamos impuestos (Pons y Berjano, 1999).

En lo que concierne al consumo de alcohol en territorio mexicano, éste tuvo sus inicios en la época prehispánica, donde existían reglas muy claras acerca de quién podía beber, en qué cantidad y en qué ocasiones. La bebida más popular era el pulque u *octli* (bebida fermentada obtenida del maguey), cuyo uso era comunal y estaba asociado con la agricultura, la religión y los ciclos vitales como nacimientos, matrimonios y muertes. La ebriedad que se producía durante los actos religiosos era aceptada socialmente (Escotto, 1999; Medina, 1998).

Los sacerdotes, celosos de su tarea mediadora con lo divino, prohibieron a los plebeyos el uso de la sustancia sagrada fuera de ciertas ceremonias. La prohibición era clara pero no universal. Había matices y diferencias: los castigos más severos estaban dirigidos a la élite gobernante y los estratos populares recibían penas menores. Los ancianos mayores de 50 años podían beber *octli* a placer para, según creían, calentar la sangre y poder dormir. Pero incluso en estos casos no se bebían más de cuatro cazuelas por ocasión. Si los jóvenes bebían más de lo permitido o en situaciones prohibidas, cometían una ofensa grave y se les lapidaba o apaleaba hasta la muerte en casos extremos. Cuando incurrían en el exceso por primera vez, eran rapados en la plaza pública y en caso de reincidir, se les derribaba su casa, dándoles a entender que quienes se conducían así no eran dignos de tener casa en el pueblo, ni contarse entre los vecinos. También se les prohibía ejercer cualquier oficio honroso en la comunidad. Pero también se utilizaba esta bebida con fines terapéuticos, como en las mujeres recién paridas, para aminorar sus dolores y aumentar su producción de leche (Medina, 1998b).

El *Código Mendoza* menciona que a partir de los 60 años de edad se podía beber sin ninguna restricción y que en ciertas ocasiones se permitía la embriaguez a hombres y mujeres, jóvenes y adultos. No obstante, la violación de las normas se castigaba con el aislamiento social, medida que resultaba muy efectiva. No bastaba con dar un significado religioso a la bebida, era necesario controlar el comportamiento de los individuos y esto se logró con normas claras y severas sanciones para los infractores. Con esas medidas la sociedad mexicana pudo tener control sobre el consumo de pulque durante un periodo prolongado, hasta la Conquista, cuando el consumo de alcohol se modificó en toda la población. Estas modificaciones fueron en dirección al abuso, hasta llegar al punto de volverse un gran problema para la Nueva España (Medina, 1998b).

Estos cambios tienen varios orígenes. Entre ellos se comenta el uso indiscriminado de alcohol por parte de los conquistadores, ya que entre los aztecas el uso estaba restringido. Además, se trajeron de España las bebidas destiladas, que contienen una mayor concentración de alcohol. El índice de embriaguez aumentó considerablemente, y este fenómeno se asocia al aumento del número de macehuales que se sumaron al consumo; a la comercialización del pulque y, además, a que la antigua embriaguez exclusiva de los ritos aztecas se ajustó a las numerosas festividades de la Iglesia católica. A la par de la conquista, las autoridades indígenas ya no ejercían

ningún control para evitar el abuso y este vacío no fue llenado por los españoles (Martínez, 2002).

A pesar de que la cultura católica prescribía restricciones para el consumo del alcohol, tanto en las celebraciones rituales como en la vida cotidiana; éstas no resultaron efectivas en la práctica. Durante el siglo XVII muchos españoles, sobre todo en la Ciudad de México, dedicaban su tiempo a la vagancia y a beber en las múltiples tabernas y puestos de bebidas embriagantes, lo cual era imitado frecuentemente por las personas de toda condición y origen. Hubo intentos dispersos e inconexos de control: por un lado, a los evangelizadores les preocupaba el abuso; por el otro, los conquistadores vendían y se enriquecían. El constante aumento en el consumo de bebidas alcohólicas explica por qué, a pesar de las ganancias económicas que los españoles lograban con la comercialización del pulque y del aguardiente de caña, durante el virreinato en Mesoamérica se volvieron a castigar los excesos, y las personas a quienes se sorprendía bebiendo públicamente, o ya intoxicados, fueran encarceladas y azotadas. En 1751 las disposiciones de los antiguos mexicanos impuestas para combatir el alcoholismo, con excepción de la pena de muerte, volvieron a tener vigencia durante el virreinato. Esto se debió a que los indios, tanto hombres como mujeres, se habían dedicado a la embriaguez, exponiéndose públicamente. Se ordenaba que todo ebrio fuera aprehendido y puesto en la cárcel; si reincidía, se le daban 50 azotes en el palo de la plaza y se le cortaba el cabello. Si a pesar de estos castigos volvían a beber, se les mataba (Kershenovich y Vargas, 1994).

Los cambios que ocurrieron durante la época colonial en el patrón de consumo de bebidas y que generaron su uso indiscriminado, se explican con las siguientes razones: permisividad social, anulación de las restricciones socioculturales existentes, comercialización del pulque, introducción y venta de bebidas destiladas y además, el que las bebidas con alcohol se volvieron un arma adicional de la dominación.

En el periodo de la Independencia, se inició una gran proliferación de la fabricación del pulque. La industria llegó a ser tan importante, que muchas de las familias que formaron parte de la gran aristocracia mexicana, debían sus fortunas a la fabricación de bebidas, o al cultivo del maguey en sus extensas haciendas.

Durante la época del Porfiriato, además de las grandes haciendas pulqueras, florecieron sembradíos de vid, hubo mucho auge en la fabricación

de tequila y en igual forma, la industria cervecera comenzó a tener importancia (Argüelles, 1994). Actualmente, el consumo de alcohol entre los diversos grupos indígenas es muy variado. Entre los chamulas, por un lado, está integrado en todos los aspectos de la vida; en otro extremo están los tarahumaras, quienes lo restringen únicamente a ocasiones especiales (Escotto, 1999; Medina, 1998b).

DEFINICIONES BÁSICAS: ALCOHOL, ALCOHOLISMO, DEPENDENCIA

La palabra alcoholismo fue acuñada por Magnus Huss,⁴ un médico sueco que en 1948 escribió el libro titulado *Alcoholismus Chronicus*, en el cual se argumenta que el consumo de bebidas alcohólicas en general condiciona diversas patologías de carácter digestivo, hepático y mental, y pueden evolucionar hasta el punto de considerarse crónicas.

Durante la década de los cuarenta, se concertó un trabajo conjunto entre académicos y exalcohólicos en el Centro de Estudios de Alcohol de la Universidad de Yale. Lo anterior tomó forma en un movimiento denominado *National Council on Alcoholism* (Consejo Nacional sobre Alcoholismo), un organismo con amplia influencia en la opinión pública que promovió explícitamente el concepto de alcoholismo como enfermedad (Room, 1989). En este concepto de alcoholismo, el origen de la enfermedad queda ubicado en los individuos: se cree que es causado por una condición de carácter biológico que predispone a varones y mujeres a desarrollar la enfermedad siempre que ingieran alcohol, mientras que otras personas pueden beber con moderación, provocando que se desencadene una adicción que no es una cuestión de género; si bien lo cierto es que en la adicción ambos sexos cuentan con algunas semejanzas y diferencias. Con frecuencia la mujer adicta presenta deterioro de la autoestima, y de la autoconfianza (Room, 1989).

Al aumentar paulatinamente la dosis, como consecuencia del fenómeno de la tolerancia, puede suceder que el individuo se vea abocado necesariamente a consumir alcohol continuamente en diversas circunstancias, con

⁴Glosario de términos del portal de internet de la Organización Mundial de la Salud (OMS): http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/

la finalidad de experimentar determinados efectos. En este momento se instaaura el proceso que conocemos como adicción o dependencia, y el sujeto, a partir de ese momento es considerado como un adicto al alcohol, ya que la no administración de una nueva dosis puede producir en su organismo una serie de trastornos físicos y mentales. El término dependencia es definido por Kramer y Cameron (1975), en el anteriormente mencionado manual de la OMS, como un estado psíquico y a veces físico causado por la acción recíproca entre un organismo vivo y un fármaco, que se caracteriza por modificaciones en el comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible a tomar el fármaco en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces por evitar el malestar producido por la privación.

Como vemos, existe una dependencia de tipo físico presente en algunas drogas, entre ellas el alcohol, y una dependencia de tipo psicológico, presente en mayor o menor medida en todas las drogas. Freixa (1993) denomina “adicción” al proceso físico y “dependencia” al proceso psicológico. El primero de estos conceptos se explica en términos de lo que este autor denomina “unión biometabólica”, en la que existe una necesidad metabólica real de la sustancia; el segundo de ellos lo explica como la “ligazón comportamental”, que facilita el uso continuo. La adicción física supone un estado caracterizado por la necesidad imprescindible de aportar al organismo una determinada cantidad de alcohol para el mantenimiento de su propia normalidad, llegando la adicción hasta tal punto que la ausencia de la droga podría provocar una serie de trastornos de índole física y mental —síndrome de abstinencia.

La dependencia psicológica estaría caracterizada por la aparición en el sujeto de un deseo incontrolable de ingerir determinadas dosis de alcohol, con el fin de experimentar de nuevo sus efectos, que pudieran resultar placenteros por sí mismos —refuerzo positivo— o por el estado de evitación de situaciones y estímulos displacenteros —refuerzo negativo. Es un proceso complejo, en el cual también intervienen la estructura social donde se desenvuelve el sujeto, sus relaciones dentro de un grupo humano y la oferta del producto en el mercado. Cabe señalar que este proceso psicológico es el responsable de las recaídas en sujetos que habían permanecido en abstinencia durante algún tiempo después de un tratamiento (Berjano y Musitu, 1987).

TIPOS DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS

De acuerdo con Valdez (2005), en primer lugar se encuentran las bebidas fermentadas que se obtienen al exponer frutos, cereales, raíces, savia y otros productos naturales a ciertas condiciones de humedad, temperatura y tiempo; lo que se llama fermentación. Las bebidas así obtenidas son relativamente bajas en contenido de alcohol. En México, las bebidas fermentadas más consumidas son la cerveza, el vino y el pulque.

Posteriormente las bebidas destiladas, en donde, mediante el calor se separa al alcohol de otros componentes menos volátiles, eliminando el agua y obteniendo así un producto más concentrado; así que los destilados contienen porcentajes de alcohol más elevados que los fermentados. Las bebidas destiladas más comunes producidas y consumidas en México son el brandy, el ron, el tequila y el mezcal, aguardientes, el whisky y el vodka. Otro tipo de bebidas son los licores que se producen a partir de bebidas con alcohol destiladas, a las que posteriormente se añaden aroma o sabor con diversos ingredientes y aditivos, resultando, por ejemplo, licores de café, de naranja, de cereza, de almendra o de anís (Valdez, 2005). También han proliferado en México los cocteles, que son bebidas cuya base es un destilado o un fermentado que se mezcla con jugos, refrescos o agua mineral (por ejemplo la michelada, la cuba libre, la piña colada, las margaritas, etcétera). Hay cocteles ya envasados que se conocen como *coolers* y tienen como base un fermentado natural de manzana, durazno, uva u otras frutas, mezclado con agua y bióxido de carbono o agua carbonatada (CECA, 2002a).

PATRONES DE CONSUMO

Los patrones de consumo de alcohol, la cantidad y la frecuencia con la que se ingiere marcan la diferencia entre el consumo moderado, el abuso, o la dependencia. En investigaciones nacionales se menciona que el patrón de consumo más característico es episódico, no diario, y en cada ocasión se ingieren grandes cantidades de alcohol (Medina, 1998a).

Considerando la clasificación que reporta la Encuesta Nacional de Adicciones en su estudio de 1998, se consideran ocho patrones de consumo de alcohol:

- **Abstemios:** se refiere a las personas que no consumieron alcohol en el último año, o a los que han consumido antes del último año, sin importar la cantidad por ocasión.
- **Bebedores poco frecuentes de bajo nivel:** son las personas que reportaron consumir en el último año, pero nunca más de cinco copas por ocasión.
- **Bebedores poco frecuentes de alto nivel:** quienes han consumido en el último año y en alguna ocasión bebieron cinco copas o más, pero no en el último mes.
- **Bebedores moderados de bajo nivel:** los que consumieron en el último mes y nunca bebieron más de cinco copas.
- **Bebedores moderados de alto nivel:** quienes consumieron en el último mes y, en el último año o en el último mes, bebieron más de cinco copas en alguna de las ocasiones.
- **Bebedores frecuentes de bajo nivel:** consumieron en la última semana pero nunca bebieron más de cinco copas en el último año.
- **Bebedores frecuentes de alto nivel:** consumieron en la última semana, en el último mes o en el último año y bebieron cinco copas o más, en alguna de las ocasiones.
- **Bebedores frecuentes consuetudinarios:** consumieron en la última semana y en esas ocasiones tomaron cinco copas o más (Medina, Cravioto, Villatoro, Fleiz, Galván y Tapia, 2003).

La mayoría de estos trabajos provienen del campo médico, razón por la cual se refieren a la dependencia alcohólica en términos de enfermedad. No es el objetivo de este trabajo dilucidar si la dependencia alcohólica es una enfermedad (Brown, 1985) o se trata más bien de un trastorno de conducta (Marlatt y Gordon, 1985), sin embargo, mencionaremos en el siguiente apartado las implicaciones psicosociales de la dependencia alcohólica, que justifican, a nuestro modo de entender, su adscripción a las alteraciones de tipo conductual.

Se denomina consumo problemático cuando el bebedor ha padecido o padece algún problema relacionado con el alcohol, como haber conducido bajo sus efectos o presentar complicaciones médicas, familiares o conductuales. Se considera consumo perjudicial el realizado por una persona que, independientemente de la cantidad de alcohol consumida, presenta problemas físicos o psicológicos como consecuencia (Azaustre, 2014).

ESTADÍSTICAS EN MÉXICO SOBRE EL CONSUMO DEL ALCOHOL

Se estima por el Consejo Nacional Contra las Adicciones, que en México más de 2.8 millones de personas presentan síntomas de dependencia al alcohol, de las cuales casi un cuarto de millón son mujeres y cerca de 300 mil son menores de edad (CONACAD, 2002). Se destaca la tendencia en incremento de los niveles de consumo de bebidas con alcohol en adolescentes, de 27 por ciento en 1998 a 35 por ciento en el 2002 entre los varones, mientras que en las mujeres se registra un aumento de 18 a 25 por ciento en el mismo periodo.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones realizada en el año 2008, al menos 50,145 habitantes de 12 a 65 años consumen alcohol diariamente en el Estado de México, mientras que 2'850,223 habitantes son considerados como "bebedores altos".

Un 54 por ciento de los accidentes mortales de tránsito ocurren, en su mayoría, bajo los influjos que el alcohol genera en el organismo. Más de la mitad de estos percances involucran a jóvenes de entre 16 y 20 años de edad. Lo anterior se refleja en el registro de mortalidad en nuestro país, el cual muestra que los accidentes de tránsito se ubican como la primera causa de fallecimientos entre jóvenes de 15 al 19 años, seguida de homicidios y suicidios (CONACAD, 2002).

Según la Encuesta Nacional sobre el Uso de Drogas y la Salud (NSDUH, 2006) se entrevistaron a 3 mil jóvenes de 12 a 17 años de edad del Distrito Federal y 16 municipios conurbados del Estado de México: el 60 por ciento de los adolescentes reportó haber consumido alcohol en algún momento de su vida.

El joven se desinhibe cuando se encuentra bajo los influjos de bebidas alcohólicas, lo cual puede conducirlo a realizar prácticas de riesgo, como tener relaciones sexuales sin protección y resultar en embarazos no deseados, o ser infectado de una enfermedad. Las consecuencias del abuso del alcohol pueden ser muy graves en esta etapa del desarrollo, no sólo a nivel físico, sino también social, pues trae como resultado un mal rendimiento académico, ya que este tipo de bebidas alteran la memoria y el aprendizaje, generando a largo plazo la deserción escolar. Otro de los hallazgos derivados de esta encuesta, es que un considerable porcentaje de jóvenes que

han ingerido alcohol, lo hizo para disminuir los síntomas de alguna alteración psiquiátrica, mientras que en los menores de 14 años se genera un mayor riesgo de intentos de suicidio.

En el Estado de México, 70.8 por ciento de los adolescentes ha consumido alcohol alguna vez en su vida y 40.8 por ciento ha ingerido bebidas alcohólicas en el último mes. Los resultados globales para el Estado de México indican que 25 por ciento de los estudiantes consumen cinco copas o más por ocasión, al menos una vez al mes (NSDUH, 2006).

ABUSO Y TOLERANCIA EN EL CONSUMO DEL ALCOHOL

El consumo excesivo de alcohol es una de las causas más frecuentes de transgresiones sociales, práctica de sexo sin protección, violaciones, riñas, abandono familiar y laboral. Se vincula mundialmente con el 50 por ciento de las muertes ocurridas en accidentes de tránsito y el 30 por ciento de los homicidios y arrestos policiales (García, Lima, Aldana, Casanova y Felician, 2004). Cabe señalar que este tipo de problemas no sólo se presenta entorno a bebedores compulsivos, sino que puede ser consecuencia de una noche de abuso de alcohol por alguien que no lo haga habitualmente. Además de reducir de 10 a 15 años la expectativa de vida, el consumo de bebidas alcohólicas determina el 30 por ciento de las admisiones psiquiátricas y el 8 por ciento de los ingresos por psicosis. También el estrés y otros elementos genéticos y ambientales influyen significativamente en el alcoholismo (García, Lima, Aldana, Casanova y Felician, 2004).

México tiene una cultura tóxica con respecto al alcohol, ya que suele estar presente en todo tipo de celebraciones: cumpleaños, bodas, graduaciones, cierre de negocios y hasta en triunfos deportivos.² De hecho muchas familias mexicanas están convencidas que es justificado beber tanto en el éxito como en el fracaso. El alcohol, además de las numerosas complicaciones de salud que produce, es también una fuente de problemas sociales. El peligro del alcoholismo está presente por igual en todas las personas. Sin embargo, la adolescencia es una etapa de mayor riesgo, cuando

²Véase: jovannamondragon.blogspot.com/2017/.../la-sociedad-y-el-consumo-de-alcohol-en.ht

se favorecen las conductas de consumo de alcohol, ya sea por la reafirmación de la independencia, la virilidad, la libertad en la toma de decisiones, la creencia de determinados mitos o la imitación de los adultos. El alcohol actúa sobre la conciencia de las personas alrededor del individuo; un estado fuerte de embriaguez altera la percepción del bebedor, distorsionando no sólo la realidad, sino también las normas de conducta y de convivencia.

En nuestra sociedad se promueve el abuso del alcohol y el tabaco, siendo éstas las drogas que favorecen el inicio del consumo de otras sustancias potencialmente tóxicas, tales como: marihuana, cocaína, crack, inhalantes, anfetaminas y metanfetaminas, heroína, alucinógenos, etcétera. Las fiestas para los adolescentes, los antros con barra libre, centros de diversión y juegos como el billar o el frontón callejero, también incitan y premian el consumo de alcohol de los adolescentes (Vergara, 2014). Los hábitos de los padres, si los hijos crecen en un ambiente donde el alcohol va ligado con la fiesta, el bienestar y la euforia, al tiempo que reduce el miedo y la ansiedad, es caldo de cultivo para que el adolescente se convierta en adicto.

EFFECTOS DEL ALCOHOL EN EL ORGANISMO

Inmediatamente que penetra en el organismo, el alcohol produce una dilatación de los vasos sanguíneos periféricos y, consiguientemente, al refrigerarse la sangre, un descenso de la temperatura. Si la ingestión es pequeña, aumentará la secreción gástrica, pero si es elevada, la secreción gástrica se inhibe y la mucosa estomacal sufre una fuerte irritación, pudiendo dar lugar a gastritis, vómito, diarrea, etcétera. Cuando el estómago está vacío, el alcohol lo atraviesa muy rápidamente y pasa al duodeno y al intestino delgado, donde se absorbe, distribuyéndose en el torrente circulatorio en poco tiempo. Si, por el contrario, el estómago está lleno, el alcohol se difunde en la sangre lentamente, a medida que va pasando al intestino delgado. El alcohol no es transformado por los jugos digestivos del estómago o del intestino como los alimentos, sino que pasa directa y muy rápidamente, sobre todo en ayunas, a la sangre, desde donde se difunde a los distintos tejidos del organismo. De todos los órganos y tejidos, es únicamente en el hígado donde el alcohol es quemado, es decir, metabolizado (Pons y Berjano, 1999).

El organismo, en cambio, no puede almacenar alcohol ni tampoco eliminarlo por la orina, el sudor o la respiración; sólo elimina por este medio un pequeño porcentaje, del 1 al 5 por ciento. Así pues, al menos un 95 por ciento del alcohol ingerido deberá ser metabolizado a nivel hepático y transformado totalmente en cuerpos más simples que se puedan eliminar. Como sólo puede ser oxidado a una cierta velocidad en el hígado, el alcohol permanece en la sangre y en los tejidos mientras termina de ser quemado. El alcohol es metabolizado o quemado en el hígado, produciéndose al final de ese proceso de transformación anhídrido carbónico y agua. El alcohol quemado en el organismo ocupa el lugar de otros combustibles, sobre todo de las grasas, a las cuales ahorra así la combustión y quedan almacenadas metabolizadas (Pons y Berjano, 1999).

Hombres y mujeres responden de manera diferente a las sustancias. Entre los factores fisiológicos que la condicionan están la menor proporción de agua en el cuerpo femenino, que se relaciona con niveles más altos de intoxicación a menores dosis de alcohol. Comúnmente, se suele considerar al alcohol como un estimulante, como una bebida que despierta y activa a la persona, pero en realidad el alcohol es un depresor del Sistema Nervioso Central (SNC). El alcohol llega al SNC a través de la sangre y los efectos comienzan a manifestarse casi de inmediato, tanto los subjetivos (la forma en que el bebedor siente que cambia su estado de ánimo y su percepción de las cosas), como los objetivos (la conducta que exhibe). Cabe mencionar que en pequeñas cantidades, las bebidas con alcohol parece que estimulan porque inhiben funciones cerebrales que se relacionan con el aprendizaje, el juicio y el control. Provoca desorganización e interrupción en el pensamiento y en la actividad motriz. Esa desinhibición inicial y la euforia que puede presentarse con pocas cantidades, han hecho creer equivocadamente que las bebidas son estimulantes (CECA, 2002b).

EFFECTOS DEL ALCOHOL EN LA MUJER

Martínez (2002), señala que las características propias del alcoholismo en la mujer son que la misma dosis de alcohol produce mayor efecto en la mujer que en el hombre, una vez digerido el alcohol se absorbe en parte en el estómago y en el intestino delgado donde el alcohol se metaboliza mediante la enzima Alcohol Deshidrogenasa Gástrica (ADH). La actividad

de ésta es menor en la mujer lo que contribuye a que, a iguales cantidades de alcohol, se alcancen mayores concentraciones en sangre que en el varón. Las mujeres, además, tienen menor contenido de agua corporal y mayor de grasa (donde no se distribuye el alcohol) que el hombre. Esto junto con la mayor absorción de alcohol debido a la menor actividad de la ADH gástrica, hace que en la mujer se alcancen valores en sangre superiores a los del varón.

Hay otros factores por los que la mujer, con menos cantidad de ingesta de alcohol, tiene una mayor susceptibilidad a manifestar efectos indeseables en su organismo. Las mujeres que toman anticonceptivos retardan la absorción del alcohol y disminuyen las concentraciones sanguíneas del mismo, por lo que los síntomas de intoxicación se retardan. Si una mujer toma anticonceptivos, puede beber más sin tener en forma inmediata los efectos colaterales de la intoxicación aguda, como la sensación de mareo o de dolor de cabeza, esto es muy interesante porque entonces va a tomar más, puede condicionar el desarrollo de tolerancia y tardíamente, más lesiones en su organismo (Martínez, 2002).

EFFECTOS DEL ALCOHOL EN EL HOMBRE

La imagen del hombre en la mayor parte del territorio nacional, se formula cuando el adolescente es capaz de fumar, beber y tener relaciones sexuales (Silva, 1972). Por desgracia el estribillo de que beba para que se haga hombre, para que aprenda, es el criterio que subsiste todavía en muchos padres preocupados por la virilidad de sus hijos.

Sin embargo, el consumo de alcohol en los jóvenes no sólo provoca la inserción o no en la sociedad, sino también una serie de enfermedades y complicaciones en salud dadas desde su proceso de absorción: para su paso al interior del organismo, el alcohol se absorbe sin necesidad de mezclarse o combinarse, por el simple proceso de difusión; ello aunado a que los hombres tardan un poco más en absorberlo a comparación de las mujeres. La vía habitual de ingreso de alcohol al organismo es la oral —caso de las bebidas alcohólicas, de medicamentos que lo contiene en su fórmula, pero existe un grado de absorción posible y en proporciones diferentes por el pulmón, la cavidad bucal y la parte terminal del intestino (Aragón, Miguel, Correa y Sanchis, 2002).

Es, pues, la vía corriente de absorción, la digestiva; de 20 a 25 por ciento del alcohol ingerido se absorbe en el estómago y de 75 a 80 por ciento en el intestino, en forma más o menos rápida: pequeñas cantidades pueden ser absorbidas a través de la mucosa de la boca y el esófago, sobre todo si la ingestión se hace a tragos cortos.³

El consumo excesivo y continuo de bebidas alcohólicas podría inducir estados depresivos graves (Schuckit, Irwin y Smith, 1994; Merikangas, Leckman, Pursoff, Pauls y Weissman, 1985). Ningún estudio ha demostrado que los trastornos depresivos puedan ser la causa del alcoholismo. Sin embargo, el alcoholismo puede inducir síntomas afectivos transitorios, incluso en personas que no tenían antecedentes de depresión (Schuckit, Tipp, Bucholz, Nurnbergere, Hesselbrock, Crowe y Kramer, 1997).

Por otro lado, la depresión puede formar parte del proceso de recuperación de cualquier conducta adictiva. El hecho de tener que renunciar al consumo de alcohol o la pérdida de relaciones interpersonales significativas puede resultar emocionalmente doloroso. Su acción a largo plazo se presenta principalmente en el sistema nervioso central. El cerebro, dotado de una rica red de vasos sanguíneos, recibe un importante aporte de sangre. Presenta elevadas concentraciones de alcohol y da precozmente manifestaciones de intoxicación; por lo tanto, realiza una acción depresora que se traduce en perturbaciones de las funciones corticales. Éstas a su vez provocan confusión en el pensamiento, disminución de la memoria y poder de concentración, juicios lentos y con frecuencia incorrectos, funciones motoras entorpecidas y cambios comúnmente desfavorables en la conducta. El grado y desviación de los cambios en la conducta depende de: la personalidad y contenido psicológico del individuo, su estado de salud, su tolerancia en el alcohol, el grado de intoxicación que presente, sus experiencias anteriores bajo la acción del alcohol y las condiciones ambientales.

Por lo tanto, podemos concluir que la variabilidad individual en la metabolización del alcohol es alta y ello se debe a factores genéticos, patrón de consumo, edad y género, entre otros factores.

Con relación al género,⁴ las mujeres presentan una menor actividad de la ADH gástrica que los hombres, una de las enzimas encargadas de meta-

³Véase *La absorción del alcohol*, en <https://mejorconsalud.com/la-absorcion-del-alcohol/>

⁴Véase "Diferencias entre hombres y mujeres", periódico *El Horizonte*, 26 de noviembre de 2016, en www.elhorizonte.mx/opinion/editorial/diferencias-entre-hombres...mujeres.

bolizar el alcohol, y esto implica que, a igual cantidad de alcohol ingerida, la mujer alcance una mayor concentración plasmática de etanol que el hombre. Una de las principales complicaciones médicas del abuso de alcohol es la que afecta al hígado. El riesgo de toxicidad hepática se ha establecido en tasas relativamente bajas de alcohol consumido (30 g/día) y las mujeres bebedoras muestran entre dos y cuatro veces mayor probabilidad de desarrollar toxicidad hepática que los hombres. Otra complicación severa es el daño que se hace al intestino y cómo el alcohol destruye la flora intestinal (elimina bacterias positivas de nuestro intestino, provocando depresión, fatiga, alteraciones en el estado de ánimo). Las alteraciones nutricionales asociadas al alcoholismo crónico son bien conocidas; su origen es multifactorial, aunque la causa más común es una dieta inadecuada. Más de la mitad de las calorías ingeridas por individuos con alcoholismo crónico están ligadas al etanol, si bien éstas carecen de propiedades energéticas. Además, el consumo crónico de alcohol interfiere en la digestión, absorción y metabolismo de los principios inmediatos, vitaminas y oligoelementos. Los efectos metabólicos del alcohol en el organismo son múltiples e incluyen, entre otros, alteraciones de los carbohidratos y en las interacciones del etanol con el metabolismo de los lípidos que favorecen la movilización de grasas a los tejidos.

CARACTERÍSTICAS DEL ALCOHOLISMO

Para el *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* (NIAAA, 2005), las siguientes características son algunas de las típicas del alcoholismo:

- Deseo: una necesidad fuerte, o urgencia, por beber
- Pérdida de control: no poder dejar de beber una vez que se ha comenzado
- Dependencia física: síntomas de reajuste, tales como descompostura de estómago, sudor, temblores y ansiedad tras haber dejado la bebida después de un periodo de consumo excesivo
- Tolerancia: la necesidad de beber mayor cantidad de alcohol para sentirse "eufórico".

ETAPAS DE LOS EFECTOS DEL ALCOHOL EN EL ORGANISMO

En el aparato digestivo, el órgano más afectado es el hígado: cerca del 20 por ciento de los alcohólicos termina padeciendo cirrosis. El hígado también puede sufrir esteatosis o hepatitis alcohólica; además es más factible que junto al consumo de cigarrillos se produzca el cáncer de boca. El consumo agudo es uno de los causantes de gastritis erosiva. El páncreas también puede ser afectado, además de presentar aumento en la presión arterial tras ingesta aguda. Favorece el desarrollo de la osteoporosis. En el bebedor intenso se han encontrado casos de impotencia en el varón y esterilidad en la mujer. En la mujer embarazada: el Síndrome de Alcoholismo Fetal, propicia que el recién nacido presente bajo peso y malformaciones craneofaciales (Navarrete, s/f).

Los efectos del alcohol se presentan en una secuencia de cinco etapas, y dependen de la frecuencia, la cantidad y el tipo de bebida ingerida. También es importante considerar otros factores como la ingesta de alimentos, el sexo, el peso corporal y las circunstancias en que se bebe. El sujeto se ve relajado, comunicativo, sociable, desinhibido y eufórico. Se altera el juicio y la coordinación motora. Sufre confusión mental, dificultad para entender y pronunciar palabras, visión borrosa, marcha tambaleante, se muestra agresivo y llora o ríe sin motivo. Si continúa bebiendo, pierde el equilibrio, presenta somnolencia y vómito. Hay pérdida de la conciencia y los reflejos; la persona queda "anestesiada", puede morir por bronco-aspiración del vómito y paro respiratorio (CONADIC-DIF-SS, s/f).

COMPLICACIONES EN SALUD

La Fundación de Investigaciones Sociales A.C. (FISAC, 2007) indica que el consumo de alcohol acarrea consecuencias adversas, en un amplio rango de áreas del individuo. Estas consecuencias van desde físicas, familiares y sociales; hasta llegar al punto de poder afirmar que virtualmente ninguna parte del organismo está libre de los efectos del consumo excesivo de alcohol. La condición genética de la mujer la hace menos propensa a padecer una dependencia alcohol, pero tiene más posibilidades de desarrollar cirro-

sis, según un estudio de la Universitat Autònoma de Barcelona, la Universitat Rovira i Virgili (URV) y el Hospital Joan XXIII de Tarragona. Puesto que los factores ambientales no determinan que una persona dependa del alcohol para vivir, se han analizado si los determinantes genéticos actúan de forma diferente en hombres y mujeres. Este descubrimiento sugiere que el género podría tener un efecto modulador por lo que se refiere al peso de ciertos determinantes genéticos en el riesgo de presentar dependencia del alcohol y enfermedad hepática alcohólica (cirrosis).

Además, el alcohol impacta severamente sobre el desarrollo del aparato reproductor de la mujer en las etapas prepuberal y puberal, aun en cantidades consideradas moderadas. El consumo de alcohol también aumenta el riesgo de cáncer de mama. El consumo crónico de alcohol genera menopausia precoz, osteoporosis, amenorrea e infertilidad con disminución del tamaño de los ovarios; además son susceptibles al desarrollo de cirrosis hepática y tienen un mayor riesgo de padecer enfermedades vasculares (García, 2014).

Durante el embarazo hay mayor riesgo de aborto espontáneo, feto muerto por insuficiencia placentaria y la incidencia de parto prematuro se multiplica por 7 respecto a las abstemias. El Síndrome Alcohólico Fetal es la primera causa de retraso mental evitable. No hay consumo seguro en el embarazo ya que incluso cantidades pequeñas de alcohol se han relacionado con peores resultados escolares y pobre desarrollo psicomotor (Navarrete, s/f).

Sólo por mencionar algunos de los efectos, está el daño al hígado (concretamente el hígado graso), y la hepatitis alcohólica o cirrosis. Ubicándonos en el tubo digestivo, se puede dar lugar a esofagitis y exacerbación de úlceras pépticas ya existentes. Además, el riesgo de cáncer esofágico aumenta, así como la frecuencia de gastritis atrófica crónica. Se ha encontrado que el consumo excesivo de alcohol es causa importante de pancreatitis crónica y causa común de pancreatitis aguda (Valdez, 2005).

El consumo excesivo de alcohol se acompaña de deficiencias en la nutrición, pudiendo presentarse también anemia, neuropatía y depresión de las funciones celulares y hormonales. El alcohol tiene un efecto metabólico profundo sobre carbohidratos, lípidos y proteínas. El consumo crónico de alcohol puede afectar el músculo cardíaco y ocasionar arritmias cardíacas e hipertensión.

El alcohol afecta el sistema inmunitario y endocrino; puede producir complicaciones neurológicas que incluyen demencia, convulsiones, alucinaciones y neuropatía periférica (Kershenobich y Vargas, 1994).

En relación con los aspectos sexuales, se pueden presentar alteraciones menstruales en la mujer bebedora, abortos espontáneos y disfunción sexual, así como la disminución de orgasmo, falta de lubricación, e incluso lesiones vaginales que son favorecidas por esta falta de lubricación y que pueden provocar rasgados o lesiones de la mucosa vaginal; también hay aumento del sangrado durante la menstruación. Asimismo, en la mujer que consume con abuso, es más temprana y más frecuente la osteoporosis, lo que favorece las fracturas de cadera. Esto sucede porque hay una disminución de la densidad ósea por efecto de disfunción hormonal a causa del abuso en el consumo de bebidas alcohólicas (NIAAA, 2005).

Puesto que es el hígado el órgano donde principalmente se realiza la metabolización del alcohol, éste puede verse afectado por el consumo continuo de la sustancia y así presentar hepatitis alcohólica, afección tóxica de las células hepáticas—, esteatosis hepática, acumulación de grasa en las células hepáticas y cirrosis hepática —alteración estructural del hígado que resulta irreversible—. Se calcula que en más de la mitad de las muertes por cirrosis hepática interviene el alcohol como factor desencadenante de la enfermedad, aunque no todos los consumidores abusivos de alcohol acaban padeciendo necesariamente este síndrome. Se pueden detectar también, asociadas a un consumo habitual, alteraciones en diversos órganos del aparato digestivo, tales como grietas en las porciones inferiores del esófago, gastritis —inflamación de la mucosa gástrica— o alteraciones en el tránsito intestinal; todo ello acompañado de los desequilibrios nutritivos que aparecen como consecuencia de las citadas afecciones. Por otra parte, el riesgo de padecer cáncer de esófago y de estómago es mayor entre las personas bebedoras habituales (Pons y Berjano, 1999).

El consumo habitual, aun en cantidades socialmente aceptadas, también puede afectar al páncreas y dar lugar a un grave proceso patológico que se denomina pancreatitis, y que se caracteriza por intensos dolores abdominales, vómito y alteraciones metabólicas y enzimáticas, que en ocasiones requieren resecciones parciales del páncreas afectado. Su ingestión habitual durante al menos ocho o 10 años, afecta a los nervios periféricos, dando lugar a un proceso que se denomina polineuritis alcohólica, caracterizado

por alteraciones en las extremidades inferiores, tales como fatiga al andar, calambres, dolores nocturnos, anulación de reflejos y parálisis muscular, pudiendo estos síntomas extenderse a las extremidades superiores. Las alteraciones cerebrales de los alcohólicos evolucionan muchas veces en la pérdida irreversible de las facultades intelectuales. Son auténticas demencias que determinan comportamiento alterado y regresivo, donde predomina la labilidad emocional y los estados depresivos, todo lo cual impide que la persona afectada pueda hacerse cargo de su propia vida (Pons y Berjano, 1999).

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL CONSUMO

El que las mujeres consuman bebidas con alcohol sin moderación, las induce a padecer de diversas patologías por ser más susceptible biológicamente; también determina otro tipo de problemas de orden social y cultural: es víctima de violencia intrafamiliar y estigmas sociales, y hasta ahora, los esquemas de atención a esta problemática se han caracterizado por haber sido diseñados para la atención de la población masculina, sin considerar que existen diferencias biológicas y sociales que hacen a la mujer más vulnerable en el aspecto psíquico, social y biológico (Medina, 1998a).

Las mujeres en todo el mundo, por el hecho de serlo, están en especial riesgo de desarrollar problemas derivados del abuso de sustancias; estos riesgos se relacionan, por un lado, con factores biológicos y psicológicos que hacen a la mujer más vulnerable a los efectos del alcohol y por otro, con normas socioculturales que establecen marcadas diferencias en la conducta esperada para varones y mujeres y que tienden hacia mayores sanciones para las segundas cuando no se sujetan a éstas.

CONSECUENCIAS SOCIALES

Medina, Rascón, García y Ezbán (1986), reportaron un aumento en la intervención del alcohol tanto en delitos del fuero general como en el común: en 1975 el 49.3 por ciento de los delitos ocurrieron bajo los efectos del alcohol, y en 1981, el 24 por ciento. En 1980, en el 38 por ciento de los casos de suicidio registrados por el Servicio Médico Forense en el Distrito Fede-

ral, se descubrió un nivel de alcohol en sangre superior a 10 mg por 100 ml, y el 49 por ciento de los homicidas recluidos en la Penitenciaría del Distrito Federal, había ingerido bebidas alcohólicas antes de cometer el delito. Datos arrojados en 1983 mostraron que el 15.8 por ciento de los accidentes de tránsito ocurrieron mientras el conductor se hallaba bajo los efectos del alcohol y finalmente, en 1985 el 22 por ciento de los pacientes atendidos de urgencia en hospitales de la Ciudad de México presentaron niveles positivos de alcohol en sangre. Fuente (1987) expresó que en el 45 por ciento de los casos denunciados por violación, el sujeto activo se encontraba bajo los efectos del alcohol.

La *American Psychiatric Association* (APA, 2014), en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales desglosa las consecuencias que se esperan ante el abuso de alcohol:

1. La disminución del rendimiento en las actividades de la persona. Este punto lo podemos interpretar como una pérdida o disminución de la vida productiva en momentos en los que se espera que la persona cumpla con sus obligaciones.
2. También se sabe que ciertas conductas son inadecuadas y hasta peligrosas en algunas circunstancias, por lo que el segundo criterio se refiere al consumo en momentos inadecuados, como por ejemplo, al conducir un coche o accionar una maquinaria.
3. Otro criterio es la presencia de problemas legales, como arrestos por comportamiento escandaloso, asaltos, conducir bajo los efectos del alcohol, etcétera.
4. Finalmente se menciona la presencia de dificultades en el entorno social, debido a la manera de beber. Todos estos criterios del DSM IV nos hablan acerca de las consecuencias dañinas que se presentan cuando se abusa del alcohol. Estas consecuencias afectan tanto al entorno como al individuo.

El patrón desadaptativo de uso de alcohol que conduce a un deterioro significativo se manifiesta por algunos de los siguientes síntomas:

1. Consumo recurrente de alcohol que produce incapacidad para cumplir con las obligaciones en el trabajo, escuela o casa.

2. Consumo recurrente de alcohol en situaciones peligrosas.
3. Problemas legales relacionados con el consumo recurrente de alcohol.
4. Consumo continuo de alcohol, a pesar de tener problemas sociales o interpersonales causados o exacerbados por los efectos del alcohol (APA, 2014).

PREVENCIÓN

En un programa preventivo óptimo se deberán incorporar esfuerzos en el diseño e implementación de acciones de carácter comprensivo que respondan a la multidimensionalidad de la problemática asociada al consumo de drogas (Moral y Ovejero, 2005), tales como el cuidado de la salud de forma integral (De León, 2004), cambios en las actitudes hacia el consumo, resistencia a la presión de grupo, entrenamiento en competencias básicas y optimizadores de recursos personales (Moral y Ovejero, 2005).

Hasta ahora se ha mostrado cómo los programas preventivos, particularmente en México, son pocos, y los existentes no abordan el problema del consumo de drogas y trastorno adictivo desde la integralidad del individuo. Además, hay programas preventivos en México basados en “ocurrencias”, los cuales carecen de base teórica para comprender el escenario del consumo de drogas (Velasco, 2008). Sin embargo, para la prevención no sólo hace falta definir modelos eficaces, sino que también es esencial tomar en cuenta la edad de inicio en la prevención.

En primera instancia se debe focalizar el de los individuos, tomando en cuenta que su ambiente es un factor para incidir en el consumo. Desde este punto, para hablar de prevención se debe educar o reeducar a los que están en su entorno: familiares, amigos, maestros, vecinos, para que de esta manera y con ayuda de profesionales, se formen individuos con capacidades de decisión y una visión céntrica sobre el consumo del alcohol, mediante estrategias adaptadas al contexto y al individuo que permitan fortalecer lo aprendido, sin olvidarnos de los principios y valores que día a día se deben fortalecer más.

TRATAMIENTO

Los distintos tratamientos que en la actualidad se manejan tratan de cubrir las necesidades de cada individuo; sin embargo resulta obvio que la asistencia en el campo de las adicciones en cuanto a género no es la adecuada. En general se asume que la mujer es más vulnerable tanto fisiológica como socialmente al alcohol, por lo que desarrolla esta adicción en menor tiempo, además de sufrir el mayor grado de rechazo de su familia y comunidad; sin embargo, el abrumador predominio de varones que sufren de alcoholismo hace que éste en mujeres sea tratado como un caso atípico (Espada, Méndez, Griffin y Botvin, 2003).

Muchas mujeres no buscan tratamiento porque tienen miedo, por ejemplo, a no poder cuidar a sus hijos, a las represalias de su pareja o familiares cercanos, al castigo de las autoridades; además, varias investigaciones indican que la mujer adicta tiene una enorme dificultad para mantener tratamiento por factores sociales, personales, así como emocionales y económicos (Nick, 1999).

El año 1956, nace el primer grupo de AA de habla hispana en la República mexicana: "Hospital Central Militar", En primer lugar ubicamos a los grupos de autoayuda como Alcohólicos Anónimos (AA) 24 horas, una comunidad mundial de hombres y mujeres que se ayudan los unos a los otros a mantenerse en abstinencia: ofrecen la misma clase de ayuda a toda persona que tiene un problema con la bebida y quiere hacer algo para resolverlo. Una implicación muy importante de la ideología terapéutica en AA, es la propuesta de que la persona que desee integrarse al grupo debe identificarse con el síntoma (Brändle, 2007). Su mecanismo funciona mediante sesiones diarias de una hora y media de terapia intensiva, donde practican los 12 pasos tradicionales que ayudan a fortalecer su lado emocional e iniciativa propia por mantenerse abstemios.

La mayoría de las personas que sufren trastornos relacionados con el alcohol inician el tratamiento como resultado de las presiones familiares o de su entorno. Quienes tienen mejor pronóstico son aquellos que recurren a centros asistenciales y reconocen su dependencia y adicción, y el hecho de que necesitan ayuda especializada (Brändle, 2007). Los trastornos relacionados con el alcohol se pueden abordar desde distintos tipos de terapias:

- Psicoterapia: las terapias que se centran en las razones por las que el sujeto bebe suelen ser las más eficaces. El núcleo del tratamiento es siempre la situación en la que el paciente bebe, la motivación que lo impulsa a hacerlo y las posibles vías alternativas para hacer frente a esas situaciones.

Muchas veces incluir a un cónyuge o a alguien del grupo familiar es muy efectivo. Algunos terapeutas enfocan el tratamiento en los problemas de interacción que presenta el paciente con la familia, con los compañeros de trabajo y con la sociedad en general, más que en la conducta de beber.

La psicoterapia se enfrenta al alcohol como un mecanismo de defensa psicológico del paciente. Es casi seguro que durante el tratamiento, el paciente sufra estados depresivos que pueden remitir con el abordaje psicológico y con fármacos.

Al-Anon es una organización para los cónyuges de los alcohólicos, estructurada siguiendo las mismas directrices de AA. Los objetivos de Al-Anon se articulan a través de sesiones de grupo, en los que se ayuda a los cónyuges a recuperar su autoestima, a eliminar los sentimientos de culpabilidad por el problema de su pareja y a reiniciar su vida de una forma más confortable.

Alateen está dirigido a los hijos de personas alcohólicas para ayudarlos a entender la dependencia al alcohol de sus padres.

Según el Manual de Psicopatología de Belloch (2008) las causas del alcoholismo son múltiples, así como los tratamientos diversos:

- Terapia de grupo: es de fundamental importancia en este tipo de trastornos. Permite:
 - Descubrir nuevos modos más propicios de relacionarse y descubrir los recursos con los que se cuenta para enfrentar la problemática.
 - Aumenta la autoestima y la autoeficacia.
 - Mejora la adaptación al medio.
 - Estimula la esperanza.
 - Permite ver la realidad de una manera distinta.
 - Contribuye a obtener apoyo de los compañeros del grupo.
 - Permite sentirse acompañado a lo largo del tratamiento.

- Brinda sentimientos de seguridad.
- Fomenta la capacidad de ayudar y ser ayudado.
- Comunidades terapéuticas: son otra forma de tratamiento. En éstas casi no se utiliza medicación. Se trabaja fundamentalmente en grupo, buscando que los pacientes puedan sentirse comprendidos y que vean que su problemática no es única, sino que otras personas atraviesan por una historia similar.
- Terapia conductual: este tipo de terapia pretende enseñar otras formas de reducir la ansiedad. Se centra en el entrenamiento para relajación, en autocontrol y en nuevas estrategias para controlar el ambiente. Los programas de condicionamiento operante ayudan a estas personas a modificar su conducta de beber o bien a eliminarla por completo.

CONCLUSIONES

La representación social que el alcoholismo refiere es un tema complejo que, sin lugar a duda y con base en los comportamientos y efectos emitidos tanto de hombres como de mujeres con o sin dependencia al alcohol, afecta a la sociedad y deteriora la calidad de vida. Las condiciones sociales y las costumbres de la mujer favorecieron que algunos padecimientos en los que se veía claramente involucrada la moral y la intimidad fueran tratados superficialmente; éste fue el caso del alcoholismo.

Los datos revisados sugieren que a pesar de que las mujeres beben menos que los varones, están en más riesgo de presentar problemas, como resultado de los valores y normas culturales, y de la mayor vulnerabilidad física y psicológica. Estas diferencias en las condiciones sociales y biológicas de las mujeres imponen necesidades específicas de tratamiento.

A pesar de la importante evidencia de las variaciones por género en las prácticas de consumo de alcohol y las necesidades de atención, pocos programas han sido diseñados para atender las necesidades específicas de las mujeres. No es común que los programas consideren las formas en que las mujeres utilizan los servicios, las barreras del tratamiento y otras necesidades derivadas de su condición reproductiva.

No es necesario el alcohol para estar bien y tener alegría. Evitar o controlar su consumo es la mejor forma de prevenir la adicción. Algunas reco-

mendaciones para los padres: si bebe en su casa o en alguna reunión, hágalo de forma moderada y en sus fiestas ofrezca también bebidas no alcohólicas; ponga un límite en el consumo, no compre en exceso, ni permita la barra libre. Si alguna persona se excede, solicítele que deje de tomar; no beba todos los días, ni en todos los lugares, ya que los hijos aprenden del ejemplo; por ningún motivo permita que sus hijos o hijas prueben alguna bebida alcohólica durante la infancia; antes de tomar, coman algo y acostumbre a sus hijos e hijas a hacerlo. Muchas jóvenes con el fin de conservar “la línea” para alguna fiesta, dejan de comer días antes y al llegar a la fiesta consumen alcohol como si fueran muy “expertas”, eso ha llevado a la muerte a muchos jóvenes. No consuma alcohol cuando esté bajo tratamiento con medicamentos; muchos pueden provocar reacciones muy peligrosas.

FUENTES CONSULTADAS

- APA (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Editorial Médica Panamericana. American Psychiatric Association.
- ARAGÓN, C., M. Miquel, M. Correa y S. Sanchis (2002). “Alcohol y metabolismo humano”. *Revista Adicciones*. Vol. 14. Supl. 1
- ARGÜELLES, A. (1991). *El alcoholismo en el Distrito Federal y las distintas estrategias para enfrentarlo*. Tesis de licenciatura. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- AZAUSTRE, L. (2014). Estudio del consumo de alcohol en el alumnado de la Universidad de Huelva: causas, riesgos y prevención. Tesis de la Universidad de Huelva. Departamento de Educación.
- BELLOCH, A. (2008). *Manual de Psicopatología*. Vol. 1. McGraw-Hill-Interamericana de España.
- BERJANO, E. y G. Musitu (1987). *Las drogas: Análisis teórico y métodos de intervención*. Valencia: Nau Llibres.
- BRÄNDLE, G. (2007). “Consumo y cambio social en España: evolución en el equipamiento doméstico 1983-2005”. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 120, 75-114.
- BORRELL, C. y L. Artazcoz (2008). “Las desigualdades de género en salud: retos para el futuro”. *Rev. Esp. Salud Pública*. 82: 245-249.
- BROWN, S. (1985). *Treating the alcoholic: A developmental model of recovery*. Nueva York: Wiley.
- CECA (2002a). *Bebidas fermentadas y destiladas*. Consejo Estatal Contra las Adicciones, Querétaro Anudando, 3, 17, 15-16.

- _____. (2002b). *¿Cómo actúa el alcohol en el organismo?*. Consejo Estatal Contra las Adicciones, Querétaro. Anudando, 3, 17, 24-25.
- CONADIC-DIF-SS (s/f). "Prevención de las adicciones y promoción de conductas saludables para una nueva vida". *Guía para el promotor de Nueva Vida*.
- CONACAD (2002). *Encuesta Nacional de Adicciones 2002*. Consejo Nacional Contra las Adicciones.
- DE LEÓN, G. (2004). "La Comunidad Terapéutica y las Adicciones". *Teoría, Modelo y Método*. Nueva York: Springer Publishing Company.
- ESCOTTO, J. (1999). *El alcohol y sus enfermedades*. México: JGH Editores.
- ESPADA, J., J. Méndez, K. Griffin y G. Botvin (2003). "Adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas". *Papeles del Psicólogo*, 84, 9-17.
- ETTORRE, E. (1998). *Mujeres y alcohol*, Madrid, España: Narcea ediciones, 147-150.
- FISAC (2007). *Las mujeres son menos propensas al alcoholismo pero tienen más posibilidades de sufrir cirrosis, según un estudio*. Fundación de Investigaciones Sociales A.C.
- FREIXA, F. (1993). "Uso y riesgo de dependencia del alcohol en adolescentes y jóvenes". En M. Sánchez-Turet (ed.), *Uso, abuso y dependencia del alcohol en adolescentes y jóvenes*. Barcelona: PPU.
- FUENTE, R. de la (1987). *Conclusiones: Estrategias para la prevención y el tratamiento del alcoholismo y el abuso del alcohol*. Salud Mental. JO,98-104.
- GARCÍA, G., M. Lima, V. Aldana, C. Casanova y A. Felician (2004). "Alcoholismo y sociedad, tendencias actuales". *Rev. Cubana Med. Milit.*: 33(3).
- GARCÍA, P. (2014). *El alcoholismo en la mujer*. Tesis de la Universidad Marista de Querétaro.
- GÓNGORA, J. y A. Leyva (2005). "El alcoholismo desde la perspectiva de género", *El Cotidiano*, núm. 132, julio-agosto, Distrito Federal, México, Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Azcapotzalco, pp. 84-91.
- KERSHENOBICH, D. y F. Vargas (1994). "Definición de los límites individuales de susceptibilidad ante el consumo de alcohol". En R. Tapia-Conyer. *Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas*. México: El Manual Moderno: 181-187.
- KRAMER, J.F. y D.C. Cameron (1975). *Manual sobre dependencia de las drogas*. Ginebra: OMS.
- LAGUNA, M., B. Villaseñor y C. Rosas (2012). *Documento que contenga el Programa de Intervención Dirigido a las Instituciones que Atienden el Problema del Alcoholismo en la Población Joven con el Fin de Disminuir este Fenómeno*. Instituto Nacional de las Mujeres, Gobierno del Estado de Zacatecas: PNUD, Instituto para las Mujeres Zacatecanas.
- LLOPIS, D., J. Pons y E. Berjano (1996). "Evaluación diferencial de la imagen social de los consumidores de drogas". *Psicothema*, 8 (3), 465-474.

- MARLATT, G. y J. Gordon (1985). *Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Nueva York: Guilford.
- MARTÍNEZ, M. (2002). *Alcoholismo, adicción permitida*. *CIJ informa*, 8, 26, 9-13.
- MEDINA, E. (1993). *Diferencias por Género en las Prácticas de consumo de alcohol*. Tesis para optar por el grado de doctor en psicología social, Universidad Nacional Autónoma de México.
- (1998a). *Las mujeres y el abuso en el consumo de bebidas con alcohol en México*. Fundación de Investigaciones Sociales, A.C.
- (1998b). "Beber en campo y ciudad". En FISAC, *Beber de tierra generosa. Historia de las bebidas alcohólicas en México*. México: FISAC: 207-226.
- MEDINA, E., M. Rascón, Z. García y M. Ezbán (1986). "Patrones de consumo de alcohol y normas relacionadas con dicho consumo, en una población de Michoacán, México". *Salud Mental*, 9, 87-91.
- MEDINA-MORA, M., P. Cravioto, J. Villatoro, C. Fleiz, F. Galván y R. Tapia (2003). *Consumo de drogas entre adolescentes*. Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones de 1998. *Salud Pública de México*, 45: 16-25.
- MERIKANGAS, K.; J. Leckman, B. Pursoff, D. Pauls y Mm. Weissman (1985). *Familial transmission of depression and alcoholism*. *Arch. Gen. Psychiatry*; 42: 367-372.
- MORAL, M.V., A. Ovejero (2005). "Modificación de las actitudes, hábitos y frecuencia de consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas en adolescentes españoles a partir de un programa educativo-preventivo". *Revista Colombiana de Psicología*, 14: 100-118.
- NATERA, G. y A. Nava (1993). "La prevención del consumo de alcohol en la familia". En *Psicología de la salud. Memorias*. Primer Congreso Internacional de Psicología y Salud, UNAM. México: UNAM: 211-215.
- NAVARRETE, O. (s/f). *Las drogas (parte III): El alcoholismo y sus consecuencias negativas*, en www.monografias.com, consultado el 2 de abril de 2018.
- NIAAA (2005). *Alcohol. Un tema de Salud de la Mujer*. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- NICK, H. (1999). "Más allá del alcoholismo: Perspectivas actuales de la adicción al alcohol y sus problemas", artículo ubicado en el portal de Federación de profesionales europeos trabajando en el campo del abuso de drogas (ERIT) ubicado en http://www.erit.org/articles/+allAlcohol_esp.htm
- NSDUH (2006). "Encuesta Nacional sobre el uso de Drogas y la Salud" *Metodología y cuestionarios*. Recuperado de <http://www.icpsr.umich.-edu/icpsrweb/SAMHDA/series/00064>.
- OMS (2005). *Glosario de términos del portal de internet de la Organización Mundial de la Salud* (OMS): http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/

- ONU (1993). *Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las personas con discapacidad*. Organización de las Naciones Unidas.
- PONS, J. y E. Berjano (1999). *El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia: un modelo explicativo desde la psicología social*. Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- ROMERO, M. y J.L. Megías (2010). "Alcohol use as a strategy for obtaining non-consensual sexual relations: incidence in spanish university students and relation to rape myths acceptance". *The Spanish Journal of Psychology*, 13, 2, 864-874.
- ROOM, R. (1989). "Alcoholism and Alcoholics Anonymous in U.S. Films, 1945-1962: The Party Ends for the 'Wet Generations'", *Journal of Studies on Alcohol* 50:368-383, en <http://www.bks.no/partyend.htm>, consultado el 5 de enero de 2018.
- SCHUCKIT, M., M. Irwin y T. Smith (1994). "Oneyear incidence rate of major depression and other psychiatric disorders in 139 alcoholic men". *Addiction*; 89: 441-445.
- SCHUCKIT, M., J. Tipp, K. Bucholz, J. Nurnbergere, V. Hesselbrock, R. Crowe y J. Kramer (1997). "The life-time rates of three major mood disorders and four major anxiety disorders in alcoholics and controls". *Addiction*; 92: 1289-1304.
- SILVA, M. (1972). "Alcoholismo y accidentes de tránsito". *Revista Salud Pública*. Vol. XIV, núm. 6.
- TAPIA C., R. (1994). "Factores relacionados con el riesgo del consumo de drogas" Barcelona.
- VALDEZ, J. (2005). *El consumo de alcohol en estudiantes del distrito federal y su relación con la autoestima y la percepción de riesgo*. Tesis para obtener el título de licenciada en psicología. UNAM.
- VELASCO, R. (2008). *Los retos actuales en la prevención del consumo de drogas*. (Presentación Microsoft PowerPoint) [CD ROM]. Xalapa, Ver.: 2008, octubre 30.
- VERGARA, G. (2014). *Experiencias de Riesgo y consumo de drogas ilegales. Subjetividad y trayectorias biográficas de jóvenes peruanos*. Tesis. México: Flacso.

INTRODUCCIÓN

El tabaquismo es la principal causa evitable de muerte en el mundo y se ha vuelto un problema de salud pública mundial. La Organización Mundial de la Salud ha estimado 5 millones de muertes anuales, cifra que podría duplicarse en breve tiempo de continuar la tendencia actual de consumo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008), el tabaquismo representa la segunda causa principal de muerte en el mundo; los cálculos señalan que para el año 2020 causará el doble de defunciones que las actuales, esto es, cerca de 10 millones de muertes (Vázquez, Sesma y Hernández, 2002).

Es el único producto de consumo legal que mata entre un tercio y la mitad de sus consumidores (Aveyard y Wes, 2007). Las adicciones son un problema en el campo de la salud pública, que requieren de acciones amplias y coordinadas en las que deben estar incluidos los esfuerzos de todos los sectores de la sociedad; como lo señala la Secretaría de Salud y el Consejo Nacional Contra las Adicciones (SSA/CONADIC, 2000), con programas nacionales, en los cuales se conjugan muchas propuestas e ideas que emprenden infinidad de agrupaciones y organismos tanto nacionales como internacionales. Sin embargo, los tiempos y las condiciones en las que se presenta el abordaje y la atención para disminuir los índices de adicción no parecen reflejar el esfuerzo y la atención de agrupaciones y organismos: entre sus actividades está el implementar estrategias y actividades contra el tabaquismo en beneficio de la población.

El tabaquismo constituye la enfermedad prevenible que se relaciona con más problemas de salud y causas de muerte en el mundo. En México

durante el año 2000, se estimó que más de 40 mil defunciones anuales están asociadas al consumo de tabaco. El costo que este problema de salud pública tiene para nuestra sociedad se refleja en las muertes prematuras, en la invalidez de población productiva y en un deterioro de la calidad de vida de los mexicanos. Además, la atención a los padecimientos agudos y crónicos causados por el tabaquismo afectan severamente el presupuesto de los sistemas de atención a la salud (SSA/CONADIC, 2000; Villaba, Ramírez y Sansores, 2004).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2009), define a un adolescente o joven sano como una persona que cumple las tareas biológicas, psicológicas y sociales de desarrollo con un sentido de identidad, autoestima y pertenencia; ve un camino positivo hacia el futuro, es tolerante al cambio y la diversidad, y ha adquirido las competencias necesarias para integrarse como miembro activo en la sociedad civil y en la fuerza de trabajo. Esta definición se manifiesta en los jóvenes como la adopción de hábitos de alimentación saludables, actividad física regular, buenas prácticas de salud mental y bienestar, y una aproximación responsable y positiva a la sexualidad. Asimismo, la OMS (2001) señala la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años y que se divide en dos fases, la adolescencia temprana de 10 a 14 años y la adolescencia tardía de 15 a 19 años.

La adolescencia es una etapa crucial de la vida del ser humano, en la que se producen profundos cambios físicos, psicológicos y sociales. Entre los cambios físicos se encuentra el crecimiento corporal, el desarrollo sexual y el inicio de la capacidad reproductiva; entre los cambios psicológicos se encuentra la necesidad de independencia que trae relaciones conflictivas con los padres, la búsqueda de identidad, las contradicciones en las manifestaciones de la conducta y las fluctuaciones del estado de ánimo; entre los cambios sociales se encuentra la tendencia a reunirse con grupos, la elección de una ocupación y la necesidad de adiestramiento y capacitación para el desempeño de ésta, que se convertirá en su proyecto de vida (Domínguez, 2008).

Recientemente se han desarrollado investigaciones que, con métodos diferentes, han tratado de evaluar el impacto del tabaquismo en la mortalidad. Del total de defunciones debidas al tabaquismo, el mayor peso proporcional se observa en causas de muerte como la cardiopatía isquémica, la obstrucción crónica de las vías respiratorias, y los tumores de tráquea-bron-

quios-pulmón, causantes en su conjunto de la mitad de estas defunciones. Entre las dos primeras se concentra más de la mitad de la mortalidad resultante del consumo de tabaco y si se agrega los tumores malignos, la cifra rebasa el 80 por ciento (Banegas *et al.*, 2001).

Los adolescentes están expuestos a factores y conductas de riesgo que son, respectivamente, los elementos que aumentan la probabilidad de asociarse al desencadenamiento de algún hecho indeseable, enfermar o morir y las actuaciones repetidas fuera de determinados límites, que pueden desviar o comprometer su desarrollo psicosocial normal, con repercusiones perjudiciales para la vida actual o futura (Magaña, 2002).

La familia y la sociedad condicionan el proceso de socialización y permiten incorporar valores, creencias, modalidades afectivas y cognitivas que modularán la conducta presente de los adolescentes y la futura de los jóvenes. La familia es el ámbito natural de socialización primaria y en ella se desarrollan los comportamientos, actitudes y valores básicos que el individuo perfeccionará a lo largo de su existencia, por lo que se convierte en un elemento clave en el desarrollo o la prevención de esas conductas y factores de riesgo que influyen en última instancia en la vulnerabilidad del individuo. Aunque la familia juega un rol importante en el desarrollo de las conductas de los adolescentes, se debe tener en cuenta, también, que los pares y los medios masivos de difusión tienen una influencia sobre éstos, en ocasiones superior a la de la familia (Gómez, 2000).

Se plantea que las interacciones que se producen entre los miembros de una familia acaban repercutiendo sobre su funcionamiento en general. De esta forma, cualquier conducta o exposición a un factor de riesgo de un miembro de familia puede incidir sobre toda la familia y fundamentalmente, sobre los individuos más vulnerables, entre los que se encuentran los adolescentes (Villaba *et al.*, 2004).

La importancia de las exposiciones al riesgo en los adolescentes está dada por las consecuencias que pueden traer estos factores a la salud y porque influyen en la aparición de otros o sirven de puerta de entrada para los mismos. Entre las conductas y factores de riesgo que con mayor frecuencia se presentan en los adolescentes, se encuentra el consumo y las adicciones al tabaco, alcohol y drogas, así como la violencia, que han sido ampliamente estudiados y de los cuales existen numerosos reportes en la literatura científica (Sancho, 2008).

Para Mackay y Eriksen (2002) el consumo de tabaco es en la actualidad uno de los principales problemas de salud pública mundial; para el periodo de 2025 a 2030 se calcula que en países en desarrollo morirán cerca de 7 millones de personas por daños a la salud atribuibles al consumo de tabaco, por lo que es preocupante que decenas de jóvenes se agreguen a este problema sin considerar las consecuencias que atrae a su salud. Por ello es de vital importancia que se realicen acciones preventivas y estratégicas para evitar que más jóvenes sean víctimas del tabaquismo. El tabaquismo es la mayor pandemia que se ha infiltrado en nuestras estructuras sociales, donde se ha constituido como una enfermedad global fomentada y tolerada por intereses exclusivamente comerciales, convirtiéndose por mucho, en la principal amenaza a la salud pública.

El consumo de tabaco se vincula con necesidades humanas, como disminución de la ansiedad, estimulación, símbolo de pertenencia a un grupo y de socialización, o distracción; de ello se deriva, entre otras causas, la adicción física y psicológica a la nicotina. Es importante reconocer que desde hace varios años se vive un proceso que busca revertir el uso y evitar el abuso del consumo del tabaco, atender las causas que llevan a una persona a encender un cigarrillo y atentar así contra su salud, brindar la contención necesaria para que los consumidores de tabaco lo abandonen y persuadir a los no fumadores y a los exfumadores de evitar el consumo.

De ahí la relevancia de la construcción de sinergias y de que el Estado y la sociedad se unan para continuar el largo proceso de eliminar dicha práctica en el futuro. Para ello es indispensable sumar fuerzas, vencer las barreras de la lucha de poderes y coincidir en una sola dirección: la protección de la salud, en especial de mujeres, niños y jóvenes.

Por esta razón, la estructura del presente trabajo está encaminada a buscar una nueva visión en cuanto al tabaquismo en adolescentes, proporcionando información como estadísticas, conceptos básicos, además de mencionar las estrategias preventivas ya implementadas para una mejor comprensión de esta enfermedad.

CONCEPTOS BÁSICOS

El tabaco o *nicotina tabacum*, proviene de una planta que se usa desde hace siglos, es originaria de América y los españoles a su llegada encontraron

que se fumaba con fines religiosos, ceremoniales o medicinales. El nombre de "cigarro", deriva del maya *sik-ar*, que significa fumar. A la acción repetida de consumir cigarrillos cuyo contenido principal es el tabaco se le llama tabaquismo y éste a su vez es definido como una adicción que causa graves daños a la salud integral de consumidores y no consumidores de tabaco, además es un factor principal para desarrollar enfermedades como cáncer, infartos y enfisema pulmonar (Aveyard y Wes, 2007).

La nicotina es el principal alcaloide contenido en el tabaco y provoca diversos cambios sobre la neurotransmisión: incremento de la liberación de dopamina en el sistema mesolímbico del cerebro basal anterior; de nora-drenalina en el *locus coeruleus*; de serotonina en los núcleos del rafe dorsales, y de acetilcolina en los núcleos colinérgicos del tallo cerebral. En general, los efectos de la nicotina dependen en gran medida de la exposición previa y la salud mental.

Los trastornos de ansiedad no sólo están relacionados con el consumo de tabaco, sino también con otros trastornos mentales por consumo de sustancias (alcohol, hachís, etcétera). Durante las últimas décadas, los psicólogos han sido testigos de cómo sus pacientes diagnosticados con trastornos de ansiedad, a menudo sufren de trastornos relacionados con sustancias adictivas (Barlow, 2002).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 1998), el 27.7 por ciento de la población urbana entre 12 y 65 años fuma, mientras que los exfumadores (casos que reportaron haber fumado alguna vez en la vida, por periodos mínimos de un mes) representan el 14.8 por ciento. El tabaquismo es más frecuente entre los hombres (42.9 por ciento) respecto a las mujeres (16.3 por ciento). Se estima que más de 120 personas mueren diariamente por males asociados al consumo de tabaco, lo cual equivale al 10 por ciento de las muertes acaecidas a nivel nacional (ENA, 1998).

La dependencia a sustancias consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, conductuales y fisiológicos que señalan que el individuo consume alguna sustancia a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ésta. Existe un patrón de autoadministración repetida que a menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia (Benowitz, 1992). La dependencia se define por la presencia dentro de un periodo de 12 meses, de tres o más síntomas de los que se describen a continuación:

- a) Necesidad de incrementar la dosis de la sustancia para alcanzar la intoxicación o el efecto deseado (tolerancia) o hay una notable disminución de los efectos de la sustancia con el uso de la misma dosis.
- b) La abstinencia es un comportamiento inadaptativo con características cognoscitivas y fisiológicas que se manifiesta cuando disminuye la concentración sanguínea de una sustancia en un individuo que ha mantenido un consumo prolongado de grandes cantidades de la misma. Los síntomas de abstinencia desaparecen cuando el sujeto toma la sustancia.
- c) Hay incremento en la cantidad y el tiempo de consumo de la sustancia respecto a la expectativa del paciente.
- d) El sujeto puede expresar el deseo persistente de controlar o abandonar el consumo de la sustancia. En algunos casos habrá un historial de numerosos intentos infructuosos.
- e) Incremento del tiempo dedicado a obtener la sustancia, a tomarla y a recuperarse de sus efectos.
- f) Todas las actividades de la persona giran en torno a la sustancia. Importantes actividades sociales, laborales o recreativas pueden abandonarse o reducirse debido al consumo de la sustancia.
- g) El sujeto puede abandonar las actividades familiares para consumir la sustancia en privado o se reúne con gente que comparte el consumo. El paciente consume la sustancia aunque reconoce que provoca problemas psicológicos y fisiológicos causados por su adicción.

LA PROBLEMÁTICA SOBRE EL TABAQUISMO

Se reconoce que el tabaquismo es una entidad clínica definida como adicción a la nicotina del tabaco; se manifiesta a través de dependencia, tolerancia y síndrome de abstinencia, y en el individuo se expresa por la necesidad compulsiva de consumir tabaco y la dificultad para abandonarlo; constituye una forma de dependencia como la que se evidencia en otras adicciones. En México se cuenta con diferentes fuentes de información sobre la situación de las adicciones, por ejemplo, encuestas, investigaciones y sistemas de reporte, en los cuales se argumenta la asociación entre el consumo de tabaco y alcohol, la predisposición a usar otras drogas y su incidencia en los delitos (Gañan y Gordon, 2004).

La ENA (1998) realizada en México, señala que el 27.7 por ciento de la población entre 12 y 65 años es fumadora lo que representó en 1998 más de 13 millones de habitantes. Haciendo hincapié en que el grupo de edad con mayor prevalencia de tabaquismo fue el de 18 a 29 años. Destacando al mismo tiempo, que alrededor de un 10 por ciento de los adolescentes de la población general es fumador. Por otra parte, reveló que un 61.4 por ciento de los fumadores adolescentes reportó haberse iniciado en el consumo antes de los 18 años de edad, con una distribución por rango de 15 a 17 años el 39.7 por ciento, 11 a 14 años el 19.6 por ciento y menor de los 10 años el 2.1 por ciento.

El tabaquismo en México se asocia estrechamente con los principales indicadores de morbilidad y mortalidad, que atañen a enfermedades cardiovasculares, pulmonares y diversos cánceres, por lo que constituye un importante problema de salud pública en nuestro país, tanto por su aspecto invalidante, como por su elevada letalidad (Plan Nacional sobre Drogas, 2008).

ESTADÍSTICAS DEL CONSUMO DE TABACO: NIVEL MUNDIAL, NACIONAL Y ESTATAL

El tabaquismo es la principal causa evitable de muerte en el mundo. Es el único producto de consumo legal que mata entre un tercio y la mitad de sus consumidores. En México se cuenta con diferentes fuentes de información sobre la situación de las adicciones, por ejemplo, encuestas, investigaciones y sistemas de reporte, en los cuales, se argumenta la asociación entre el consumo de tabaco y alcohol, y la predisposición de usar otras drogas (Villaba *et al.*, 2001).

La Encuesta Nacional sobre Adicciones realizada en México durante el año de 2008, señala que el 27.7 por ciento de la población entre 12 y 65 años es fumadora lo que representó en 1998, es decir más de 13 millones de habitantes. Haciendo hincapié, que el grupo de edad con mayor prevalencia de tabaquismo fue el de 18 a 29 años. Destacando al mismo tiempo, que alrededor de un 10 por ciento de los adolescentes de la población general es fumador. Por otra parte reveló que un 61.4 por ciento de los fumadores adolescentes reportó haberse iniciado en el consumo antes de los 18 años de edad, con una distribución por rango de 15 a 17 años el 39.7

por ciento, 11 a 14 años el 19.6 por ciento y menor de los 10 años el 2.1 por ciento (González, 2004).

Los informes del SSA/CONADIC (2000) nos señalan que la tasa de muerte por cáncer de pulmón ha aumentado en ambos sexos durante los últimos años en nuestro país, siendo más elevada entre los hombres en una proporción de 2.5 hombres por cada mujer. Pero, esta relación se modifica en la tendencia de suponer que la causa de este comportamiento se debe al aumento en el consumo de tabaco entre las mujeres. Estadísticas agregan que entre 1992 y 1998 la mortalidad por tumores malignos en labio, cavidad bucal y faringe tendió a incrementar, llegando a registrarse, en ese último año, 735 defunciones por dichas causas (Belsasso, 2002).

El Programa Nacional Contra las Adicciones reporta que a nivel mundial, alrededor del 60 por ciento de fumadores ha empezado el consumo desde los 13 años y más del 90 por ciento antes de los 20 años de edad. Cifras de las que los expertos infieren que, si se empieza a fumar en la madurez de edad, es poco frecuente convertirse en fumador. Y destacan que por ello el grupo de los adolescentes es donde la industria tabacalera trata de reclutar a la mayoría de los fumadores. Llama la atención señalar que en todo el mundo se trata de atraer, a diario, más de 5 millones de niños y adolescentes con el propósito de reemplazar a los fumadores que se han rehabilitado o han muerto prematuramente a causa de alguna enfermedad asociada con el tabaquismo (SSA/CONADIC, 2000).

A NIVEL MUNDIAL

En cuanto al número mundial de fumadores, se estima que existe alrededor de 1,300 millones de personas que consumen tabaco; de las cuales mil millones son hombres y 250 millones son mujeres. Más de 600 mil muertes anuales ocurren entre personas no fumadoras expuestas al humo de tabaco. En total, la epidemia de tabaquismo mata cada año a casi 6 millones de personas; de proseguir esa tendencia, para 2030 la cifra aumentará hasta más de 8 millones de muertes anuales. El consumo de tabaco es un factor de riesgo en seis de las ocho principales causas de defunción en el mundo. Se estima que cada 6.5 segundos muere una persona a causa de tabaco, directa o indirectamente (PAHO, 2008).

A NIVEL NACIONAL

Según la ENA (2008) y retomando la definición de fumador activo, que consiste haber fumado alguna vez en la vida y haber fumado durante el último año, se estima lo siguiente: en el ámbito nacional de la población entre 12 a 65 años, el 18.5 por ciento son fumadores activos, lo cual representa cerca de 14 millones de mexicanos fumadores; siendo hombres 27.8 por ciento y mujeres 9.9 por ciento. El número total de muertes anuales atribuibles al tabaquismo por enfermedades asociadas es de más de 53 mil, lo que equivale a que 147 mexicanos mueren diariamente por enfermedades causadas por el tabaco; seis de cada 10 mexicanos están expuestos al humo del tabaco. Cada hora se consume en México un millón de cigarrillos (INSP-SS-CONADIC, 2009).

Es importante retomar que no sólo consumir tabaco es una práctica de riesgo, sino también convivir con personas adictas; es por eso que la exposición al humo de tabaco ajeno (HTA) es un factor de riesgo causal para desarrollar en los no fumadores enfermedades cardíacas y cerebro-vasculares, cáncer de pulmón, exacerbación del asma, e inducir infecciones respiratorias en niños y daños a los productos de mujeres embarazadas. La mayor exposición de personas al HTA, tanto en lugares públicos como en los hogares ocurre en Ciudad de México (público 59.4 por ciento, hogares 46.9 por ciento), Guadalajara (público 59.1 por ciento, hogares, 45.4 por ciento), Aguascalientes (público 59 por ciento, hogares, 39.4 por ciento) y Saltillo (público 58.2 por ciento, hogares, 39 por ciento). Las ciudades con las más bajas exposiciones son Tapachula (público 41.5 por ciento, hogares, 26.7 por ciento), Campeche (público 46.3, hogares, 23.3 por ciento) y Oaxaca (público 39.6 por ciento, hogares, 22.3 por ciento); esto quiere decir que ser fumador no sólo representa un riesgo individual, sino también puede agravar la situación en salud de quienes los rodean, tomando en cuenta que quienes lo hacen son familiares, amigos y gente cercana al consumidor de tabaco (INSP-SS-CONADIC, 2009).

A NIVEL DEL ESTADO DE MÉXICO

Según la ENA (2008) se estima, que entre los pobladores de 18 a 65 años del Estado de México, 23.5 por ciento eran fumadores activos, lo que representa

cerca de 2'065,000 fumadores. En el Estado de México los fumadores activos de 18 a 65 años inician el consumo diario de cigarrillos, en promedio, a los 16.3 años. Algunas de las características de los fumadores activos (aquellos que fumaron cigarrillos durante el último año) en la población entre 18 y 65 años residente en el Estado de México, son: el 74.7 por ciento le dan el golpe al cigarro algunas veces o siempre; el 8.8 por ciento fuman el primer cigarro del día durante la primera media hora después de levantarse; el periodo en el que fuman con mayor frecuencia, en 94.4 por ciento de los casos, es en el transcurso de la tarde y la noche. Los fumadores activos entre 18 y 65 años en el Estado de México fuman, en promedio, siete cigarrillos al día. El 83.8 por ciento de los fumadores activos consume menos de 16 cigarrillos al día; el 10.9 por ciento, de 16 a 25 cigarrillos, y el 5.3 por ciento, más de 26 cigarrillos (ENA, 2008).

COMPONENTES DEL CIGARRO

México, siendo un país de jóvenes en el que aún existe cierta tolerancia social hacia esta adicción, y en el que la regulación sobre el comercio de tabaco y sobre la protección para no fumadores todavía presenta deficiencias importantes, tanto en los reglamentos como en la observancia de los mismos, puede ser considerado como un país de alta vulnerabilidad para la libre acción de las compañías tabacaleras, con la consecuente promoción del consumo de tabaco y el aumento en la proporción de fumadores. Por esta razón se busca regular el producto y divulgar los ingredientes para brindarnos una visión sobre el daño que el cigarro provoca en nuestra salud y la de quienes nos rodean. Es importante conocer los componentes del cigarro y tal vez utilizarlos como método de impacto para realizar estrategias de prevención (Martín, 2004).

En el Reglamento Interior del Consejo Nacional Contra las Adicciones y en el *Diario Oficial de la Federación* del 20 de julio del 2000 se menciona lo siguiente: con base en los ingredientes, se han descubierto cerca de 4 mil sustancias químicas en el tabaco y al menos 40 de ellas son cancerígenas para el hombre. Entre ellas podemos encontrar:

Amoniaco: componente de los productos de limpieza; arsénico: veneno contenido en los raticidas; butano: combustible doméstico; cianuro: empleado en

las cámaras de gas; metano: combustible utilizado en cohetes espaciales; cadmio: se encuentra presente en las baterías para carro.

Y entre los más peligrosos y que se encuentran en más cantidad tenemos:

Monóxido de carbono: el mismo gas que sale del escape de un automóvil; es incoloro e inodoro. En concentraciones altas es mortal y en dosis bajas dificulta la oxigenación de las células, ya que bloquea la hemoglobina y por tanto desactiva los hematíes, que ya no pueden trasladar el oxígeno durante largos periodos.

Alquitrán: sustancia oscura y pegajosa encargada de llevar la nicotina y demás productos químicos del tabaco hasta nuestros pulmones. Podríamos decir que es el vehículo en el que todos los venenos presentes en el cigarrillo viajan hacia nuestro torrente sanguíneo; además es el responsable de la mayoría de los cánceres producidos por el tabaco, así como de problemas bronquiales y vasculares.

Nicotina: es una sustancia extremadamente tóxica, encargada de originar la adicción y la dependencia psicológica. Es el producto activo más importante del tabaco; la dosis mortal es de 30 miligramos. Un cigarrillo suele contener de 15 a 20 miligramos. De nicotina se calcula que, al fumar, pasan a la sangre 1.2 miligramos. Produce un incremento del pulso cardíaco y de la tensión arterial y de cada cigarro que se fuma, el 10 por ciento de su contenido entra y se deposita en los pulmones.

Es importante recordar que la nicotina es uno de los componentes en más proporción presentes en los cigarros, que perjudica gravemente a la salud, que se presenta en seguida en la dependencia física y psicológica y la manera en que actúa en nuestro cuerpo y mente.

DEPENDENCIA FÍSICA A LA NICOTINA

Para entender el mecanismo del hábito de fumar debemos considerar que ello representa mucho más que la dependencia física a la nicotina. Con el paso del tiempo el fumador pasa a recibir estímulos sociales, comportamentales o culturales que refuerzan su hábito y probablemente serán causantes del establecimiento de la dependencia psicológica. Tanto el componente psicológico como el físico de la dependencia al tabaco tienen un papel fundamental en el mantenimiento del hábito. Esto surge desde que

se da la primera bocanada de cigarro. Después de inhalada, la nicotina tarda aproximadamente siete segundos en atravesar la superficie alveolar de los pulmones, entrar en la corriente sanguínea y alcanzar el cerebro. Este es el tiempo necesario para que se manifiesten los efectos del tabaco a nivel cerebral, entre ellos la sensación de placer experimentada por el fumador, el supuesto aumento de la capacidad mental, el incremento de la concentración, la estabilidad del estado de ánimo y la reducción de la ansiedad. El proceso de la dependencia propiamente dicho ocurre a través del contacto entre las neuronas y la nicotina. Desde el primer contacto, la nicotina le proporciona a las neuronas un estado de excitación notable. Este estado será “memorizado” por las neuronas, que adaptarán su respuesta a nuevas agresiones que puedan sufrir de la ingestión de otras dosis de nicotina. Esa adaptación, aunque que ligera, está comandada por la necesidad de volver a ser excitadas y a esta necesidad se le denomina dependencia (Da Costa y Audera, 2005).

La nicotina es la sustancia causante del proceso de dependencia física al tabaco; primero porque las personas que empiezan a utilizarla sienten que no pueden abandonarla en cualquier momento, y segundo, porque perciben que pueden controlar la dosis consumida, negando los problemas que ésta puede provocar, aunque sean obvios. Su uso desmesurado frente a los riesgos conocidos, el bajo coste de la nicotina, la fácil aceptación social y sus efectos colaterales inmediatos y leves que no molestan, son otros factores que deben ser considerados. Se estima que un 50 por ciento de los fumadores puede ser clasificado como dependiente a la nicotina por presentar tres de las siguientes características evaluadas, considerando los últimos 12 meses de consumo: *a)* tolerancia, *b)* síntomas de abstinencia, *c)* deseo persistente de fumar, *d)* un gasto de tiempo considerable consumiendo u obteniendo el tabaco, y *e)* seguir fumando a pesar de conocer los riesgos para la salud. La indicación primaria de la dependencia física, es la existencia del síndrome de abstinencia subsecuente a la administración de la droga, aunado a diversos estados conductuales, subjetivos y psicológicos relacionados con la cesación del uso crónico. Los síntomas de abstinencia tabáquica son muy similares en naturaleza e intensidad a la sintomatología de abstinencia de otras sustancias como la cafeína o el alcohol (González, 2001).

DEPENDENCIA PSICOLÓGICA A LA NICOTINA

Una vez instalado el hábito, el fumador comienza a asociar una serie de estímulos ambientales al acto de fumar. Las circunstancias que provocan los estímulos ambientales pueden variar de acuerdo con el medio por donde se mueve el fumador. Las circunstancias más frecuentes pueden estar relacionadas con determinados locales, como salas de espera, bares, restaurantes, automóviles; factores emocionales como estrés, ansiedad, aburrimiento, soledad; o eventos sociales como fiestas, reuniones de trabajo, cocteles y encuentros con amigos, lo convierten en un hábito asimilado por el fumador a medida que éste realiza varias conductas para conseguir la dosis diaria de nicotina (CONADIC, 2002).

La propia conducta de fumar, el reforzamiento de la nicotina, los factores ambientales, el sabor y el olor del tabaco, y el manejo de un cigarrillo en la mano, cuando ocurren conjuntamente durante mucho tiempo, se convierten en elementos agradables y consecuentemente asociados por los fumadores al consumo de tabaco. Un fumador que consume un paquete diario de tabaco, al cabo de 10 años habrá repetido el movimiento de extender el cigarrillo hacia la boca 73 mil veces. Ese movimiento repetitivo constituye verdaderas conductas que después llevan a actuar por automatismo. Dichas acciones se transforman en un ritual diario que empieza con la costumbre de encender por la mañana el primer cigarrillo antes o después de desayunar o incluso nada más levantarse de la cama. El lugar que ocupa el paquete del tabaco, sea dentro del bolso o del bolsillo de la chaqueta, las herramientas para encenderlo, que deben estar siempre al alcance de las manos, y la necesidad de hacer constantes "viajes" a la tienda, a la máquina expendedora y a los bares, definen seguramente un estado de dependencia psicológica a la droga. Sin embargo, al igual que ocurre con otras sustancias adictivas, la sintomatología varía de sujeto a sujeto, pero normalmente el primer síntoma es el físico. Frenar el intenso deseo de tabaco es la prueba máxima para el fumador que quiere dejar el hábito, pues su capacidad de control pone a prueba las probabilidades de abandono del mismo (Sansores, Villalba, Herrera, Soriano y Ramírez, 1999).

Para Green *et al.* (1991), la iniciación en el hábito tabáquico depende de diferentes factores que pueden sintetizarse en tres grupos principales: socioculturales, personales y ambientales. Entre los primeros, cabe destacar la influencia que pueden tener los padres en el hábito tabáquico de sus hijos, aspecto ampliamente estudiado en los países desarrollados y que ha demostrado duplicar la probabilidad de que un adolescente sea fumador.

Es especialmente importante en el tema que nos ocupa: el análisis de las diferencias de género en la receptividad de los jóvenes al consumo de sus padres. Parece ser que las mujeres jóvenes son más vulnerables al tabaquismo de sus padres y, además, lo son especialmente al de la madre, con las consiguientes repercusiones que podría tener el tabaquismo femenino en un futuro no muy lejano a juzgar por los incrementos de prevalencia del hábito tabáquico, analizados en el apartado de epidemiología (Donato *et al.*, 1994).

El análisis de la influencia de los *peers* o iguales, en la iniciación al tabaquismo en los adolescentes, sugiere que se trata del factor más importante por delante incluso de la influencia paterna, siendo el número de mejores amigos fumadores el factor que se asocia más directamente con el tabaquismo de los adolescentes (OMS, 2004).

Sin embargo, parece ser que los varones son más susceptibles a la presión directa ejercida por los compañeros, mientras que tanto las chicas como los chicos tienden a una susceptibilidad similar frente a la presión indirecta, es decir, aquella producida al entrar en un grupo de amigos y que a pesar de no haber un ofrecimiento claro y directo de cigarrillos, incita al adolescente a fumar (Silvis y Perry, 1987).

Tanto el entorno familiar como de las amistades está ampliamente ligado al entorno socioeconómico y cultural de los jóvenes, factores ambos que están relacionados a su vez con la iniciación en el tabaquismo y que han presentado marcadas diferencias de género tanto en nuestro país como en el extranjero. Los factores que motivan la iniciación al tabaquismo femenino son diversos y, en general, se puede afirmar que en los países desarrollados, las mujeres se inician en el tabaquismo antes de finalizar la educación secundaria y, puesto que la nicotina es adictiva, las adolescentes que empiezan a fumar regularmente suelen transformarse en mujeres fumadoras para toda la vida (Checa, 2004).

Las consecuencias del tabaquismo femenino conllevan, además, unas especificidades de riesgo que han de tenerse muy en cuenta y que afectan principalmente a las áreas ginecológicas y de la reproducción. Por ejemplo, las mujeres fumadoras que toman anticonceptivos orales ven incrementado su riesgo de infarto agudo de miocardio en aproximadamente 20 veces cuando su edad se sitúa por encima de los 35 años (Farley, Meirik, Chang y Poulter, 1998).

Además, el tabaco se ha relacionado con una reducción de la fertilidad, tanto espontánea como asistida médicamente (reproducción humana asistida), a juzgar por estudios recientes que apuntan a una afectación de la viabilidad del ovocito, la motilidad tubárica, el crecimiento del embrión y su implantación (Delacroix y Chuffart, 1999). La fertilidad también se ve disminuida en las mujeres que fuman, al adelantarse aproximadamente un año la menopausia, dado el efecto antiestrogénico del tabaco. Este efecto influye también en el incremento de riesgo de osteoporosis que presentan las mujeres fumadoras, centrado especialmente en un mayor riesgo de fracturas de cadera (Law y Hackshaw, 1997). Asimismo, el Departamento de Sanidad y Seguridad Social (DSSS, 2001) indica que la recuperación de la masa ósea en las mujeres que realizan terapia hormonal sustitutiva sería peor en las mujeres fumadoras, quienes necesitan dosis superiores de estrógenos para mantener los mismos niveles de masa ósea. Otros efectos sobre la salud de las mujeres fumadoras son el aumento de las arrugas faciales, por su efecto sobre la microcirculación de la piel; el color amarillento de los dedos, y un olor desagradable, aspectos todos ellos que afectarían el ámbito estético y que pueden tener un papel disuasorio especialmente en las mujeres jóvenes (Checa, 2004).

TABAQUISMO EN ADOLESCENTES

El inicio del consumo de tabaco a edad temprana implica la integración de un grupo de fumadores muy jóvenes, cuyo estudio se separó en la ENA (2002) para diferenciarlo de la situación de los adolescentes (el consumo ilegal) y los adultos. Casi un millón de adolescentes de 12 a 17 años en áreas urbanas son fumadores (10.1 por ciento), con una mayor prevalencia en los hombres (15.4 por ciento) respecto de las mujeres (4.8 por ciento). En el

área rural, la prevalencia de fumadores menores de edad es menor (6.1 por ciento) y se observa el mismo patrón de mayor consumo en los varones (11.3 por ciento en hombres contra 1 por ciento en mujeres). La facilidad de acceso al tabaco para los menores de edad se refleja en México en la información disponible de consumo de tabaco en adolescentes, a pesar de la legislación vigente (Puente, 1986).

En cuanto a la edad de inicio, casi la mitad de los adolescentes (47.6 por ciento) comenzó a fumar entre los 15 y 17 años, y en el área rural esta cifra es aún mayor (50.5 por ciento). Además, en ambas áreas se advierte que el 10 por ciento de los hombres comenzó el hábito antes de los 11 años; ninguna mujer inició el hábito a esta edad. La mayoría de los adolescentes fuma entre uno y cinco cigarros diarios (86.5 por ciento); la prevalencia de consumo de un mayor número de cigarros es menor. En el área rural, todos los adolescentes fumadores consumen sólo entre uno y cinco cigarros cada día. Sin embargo, el estudio que publicaron Lotrean *et al.* (2005) señala que existe cinco veces la posibilidad de fumar más en relación con la permisibilidad social de su entorno.

TABAQUISMO EN ADULTOS

La ENA (2002) en cuanto a los fumadores adultos de 18 a 65 años de edad, reporta que la prevalencia es de 30.2 por ciento (12.9 millones) en el área urbana. La prevalencia por sexo es de 45.3 por ciento en hombres y 18.4 por ciento en mujeres. En el área rural, 16.6 por ciento (2.2 millones) es fumador (32.3 por ciento de hombres y 4.2 por ciento de mujeres). En cuanto a la edad de los fumadores actuales del área urbana, casi todos son jóvenes de 18 a 29 años de edad (40.8 por ciento). En el área rural, la mayor parte de los fumadores se encuentra en los extremos de la vida: 28.8 por ciento en el grupo de 18 a 29 años y 27.1 por ciento en el de 50 a 65 años. La edad de inicio de los adultos fumadores en áreas urbanas tuvo lugar a temprana edad, cuando eran menores: 41.1 por ciento entre los 15 y 17 años. Sólo 3.7 por ciento inició entre los 26 y 35 años, y 1.3 por ciento a edades mayores de 35 años. Para el área rural, 39.7 por ciento comenzó entre los 18 y 25 años. Una proporción similar en las dos áreas empezó entre los 11 y 14 años de edad (12 por ciento en el área urbana y 15 por ciento en el área rural). Puede agregarse que la edad de inicio por sexo muestra algu-

nas diferencias: los hombres, en las áreas urbana y rural, inician el hábito a edades más tempranas en comparación con las mujeres. Los fumadores adultos muestran un patrón de consumo de cigarros similar al de los adolescentes en las zonas urbana y rural. En la primera, 64 por ciento fuma entre uno y cinco cigarros; y en la segunda, 52.6 por ciento. Otros estudios han proporcionado más información sobre el número de cigarros fumados (Hoy-Gutiérrez *et al.*, 2000).

TABAQUISMO Y ESTRÉS

Existen diferentes opiniones respecto a los efectos ansiolíticos que provoca la nicotina. La paradoja de Nesbitt puntualiza que el fumar genera cambios psicológicos y fisiológicos que normalmente son incompatibles, el tabaco aparentemente provoca efectos estimulantes y relajantes (Parrot, 1999). Los fumadores frecuentemente reportan que encienden un nuevo cigarrillo cuando están tensos o ansiosos y que se tranquilizan al fumar (Munafó, Johnstone, Murphy y Walton, 2004); no obstante, Parrot (1999) menciona que si el tabaco tuviera efectos ansiolíticos, los fumadores tendrían menos ansiedad que los no fumadores; sin embargo, los fumadores generalmente tienen mayor ansiedad, sobre todo cuando no han fumado recientemente; por lo general tienen más estrés que el promedio de la población no fumadora.

Dejar de fumar parece producir un incremento de síntomas similares a los reportados por desórdenes de tipo psiquiátrico. Entre los síntomas más comunes en este tipo de trastornos destacan alteraciones en el estado de ánimo tales como ansiedad y depresión (Hughes, 2006). Otros síntomas identificados como indicadores del síndrome de abstinencia son: dificultad para concentrarse, insomnio e inquietud.

Durante el inicio de la abstinencia se incrementan los síntomas de ansiedad, irritabilidad e intranquilidad; pero después de 14 días empiezan a disminuir progresivamente a través de 30, 60 y 90 días de abstinencia (Hughes, 2007). La "ganancia" psicológica que se experimenta al fumar se debe a la disminución de la abstinencia cuando se fuma nuevamente; la abstinencia al tabaco se caracteriza por sentimientos de estrés, enojo, irritabilidad y dificultad de concentración; junto con aumento del apetito y búsqueda de cigarros (Hughes, Higgins y Bickel, 1994).

Parrot (1999) notó frecuentes fluctuaciones del afecto, con disminución autopercebida del estrés e incremento de la activación inmediatamente después de fumar, seguido de un deterioro correspondiente del estado de ánimo entre cigarrillos; así, concluye que los fumadores tienen frecuentes síntomas de ansiedad y disminución del estado de ánimo durante el día. La presentación de los malestares psicológicos también se ajusta a los patrones de consumo ya que los fumadores regulares encienden otro cigarro cada 30 o 60 minutos para evitar los síntomas de ansiedad (Parrot, 1999).

Parrot (1999) menciona que el tabaco disminuye el estrés e incrementa la activación en los fumadores. El consumo de cigarrillos produce sentimientos de relajación, placer y mejora de la concentración, restaurando el funcionamiento normal. También en los fumadores, la disminución de la nicotina produce estrés psicológico: nerviosismo, irritabilidad, depresión; disminuye la concentración y deteriora la ejecución de tareas. Los cambios del afecto también pueden estar asociados con el tabaquismo; es posible que el paso del humo por la garganta se convierta en un estímulo condicionado que contribuya a la disminución de los síntomas de abstinencia.

BIOQUÍMICA DE LA NICOTINA

La nicotina es el principal agente psicoactivo que se ha encontrado en el tabaco y es responsable de los efectos fisiológicos causantes de la adicción (Tomkins, 1966). Las bases moleculares de los efectos fisiológicos y conductuales de la nicotina se describieron por Goldstein (1994) cuando se mencionó que la nicotina se une a los receptores nicotínicos a la acetilcolina (Picciotto y Corrigan, 2002).

A nivel periférico se han identificado receptores colinérgicos nicotínicos preganglionares y posganglionares (simpáticos y parasimpáticos); el consumo de nicotina causa incremento de la actividad colinérgica y adrenergica, provocando vasoconstricción de los órganos abdominales, incremento de la actividad gastrointestinal y disminución de la frecuencia cardíaca (Sansores, Villalba, Herrera, Soriano y Ramírez, 1999). La nicotina ejerce sus efectos sobre el SNC estimulando los cuerpos celulares de las neuronas dopaminérgicas del área ventral tegmental, produciendo un incremento de la liberación de dopamina en el núcleo accumbens.

DAÑOS A LA SALUD

El tabaco daña la vista; atrofia el nervio óptico, el sentido del gusto y el olfato, disminuyendo sus funciones perceptivas; dientes, encías y cuerdas bucales, ya que promueve la formación de sarro y placa bacteriana, facilita la aparición de lesiones premalignas; huesos, acelerando el proceso de la osteoporosis; el hígado, favoreciendo su degeneración en cirrosis hepática; estómago, generando acidez, gastritis y úlceras; el aparato reproductor, produciendo disfunción eréctil, la piel, al producir arrugas prematuras, pliegues alrededor de los labios y deshidratación; el cabello, generando resequedad, maltrato y favoreciendo la caída de cabello (Samet, 2002).

Según la OMS (2008) se desencadenan también ciertas alteraciones que pueden dañar a un corto y largo plazo a la persona fumadora; entre ellas podemos encontrar las siguientes alteraciones:

- *Fisiológicas*
 - Dificultad para respirar
 - Cambios en la estructura ósea
 - Agotamiento
 - Alteraciones del sueño

- *Psicológicas*
 - Irritabilidad
 - Reducción del deseo sexual
 - Depresión
 - Ansiedad

ENFERMEDADES ATRIBUIBLES AL TABACO

Enfermedad cardiovascular

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte entre los hombres y las mujeres. Las enfermedades cardiovasculares que provoca el consumo de tabaco incluyen, entre otras, enfermedades cardíacas coronarias, aterosclerosis y accidentes cerebro-vasculares. El

riesgo de sufrir una enfermedad cardíaca coronaria aumenta con la cantidad de cigarrillos que se fuman por día, la cantidad total de años de consumo y el inicio a una edad temprana. Las mujeres fumadoras tienen un mayor riesgo relativo que los hombres de desarrollar una enfermedad cardiovascular. En comparación con los no fumadores, las mujeres que fuman tienen un 25 por ciento más de riesgo de desarrollar una enfermedad cardíaca coronaria que los hombres fumadores (Caraveo y Comenares, 2014).

Cánceres

De acuerdo con la *American Cancer Society*,⁵ el adenocarcinoma es un tipo de cáncer de pulmón poco frecuente que afecta las vías más pequeñas del pulmón; es más frecuente entre las mujeres fumadoras que entre los hombres. El uso del tabaco ha sido vinculado con el desarrollo de cáncer de lengua, cáncer de la boca, cáncer de la laringe, cáncer de la vejiga, cáncer del riñón, cáncer del páncreas, cáncer del cuello uterino, cáncer del estómago, cáncer de los ovarios, y algunas leucemias. Además de los tipos de cánceres ya mencionados, se tiene el riesgo de padecer de enfisema y bronquitis crónica. Los consumidores de tabaco y sus derivados también tienen dos veces más probabilidades de morir a causa de ataques cardíacos que el resto de las personas que no fuman.

El uso de tabaco y sus derivados por las mujeres resulta en riesgos específicos para ellas y para sus bebés. Por ejemplo, las mujeres mayores de 35 años que fuman y usan píldoras anticonceptivas están clasificadas como un grupo de alto riesgo que puede sufrir ataques cardíacos, derrames cerebrales y tromboembolismos. Las mujeres que fuman y quedan embarazadas corren el riesgo de tener un aborto natural, de dar a luz a un bebé de bajo peso o de tener embarazos ectópicos. Asimismo, el uso del tabaco y sus derivados ha sido vinculado con el síndrome de muerte súbita de los bebés (Pérez y Pinzón, 2012).

Finalmente, además de los efectos negativos en el sistema circulatorio y respiratorio, el uso de tabaco y sus derivados también contribuye a la formación de arrugas prematuras de la piel, causa mal aliento, afecta la pro-

⁵*American Cancer Society* "Factores de riesgo para los tipos de cáncer de orofaringe y de cavidad oral". <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-orofaringe.../factores-de-riesgo.html>

ducción de espermatozoides, produce un olor desagradable en la ropa y el cabello, y hace que las uñas se tornen amarillentas. No se puede terminar este apartado sin hacer una referencia, aunque sea breve, a los fumadores pasivos. Ya que el solo respirar el humo de tabaco es un factor importante para morir por alguna causa atribuible al tabaquismo (Valdés *et al.*, 2004).

Síntomas de un fumador en abstinencia

Según Valdés *et al.* (2004), el fumador habitual presenta una serie de daños a corto plazo que revelan su condición, como por ejemplo:

- Astenia: cansancio, desaparece al fumar.
- Anorexia: falta de apetito que se suele acentuar al fumar.
- Disnea: dificultad para respirar que se acentúa con el mínimo esfuerzo.
- Disfonía: ronquera del fumador.
- Otras: tos bronquial matinal, tos con flemas por la mañana, impotencia a edades precoces o disminución de la libido, coloración amarillenta de los dientes, dolores torácicos difusos, bronquitis estacionales.

MÉXICO Y SU ESTRATEGIA INSTITUCIONAL CONTRA EL TABAQUISMO: SSA-CONADIC

El campo de la atención preventiva y curativa del tabaquismo tiene relativamente pocos años de haberse establecido en México. Es en 1984 que por primera vez la Ley General de Salud consideró las adicciones (farmacodependencia, alcoholismo y tabaquismo) como un problema de salubridad general. Este esquema normativo dio lugar a la creación en la Secretaría de Salud (SSA), del Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC) el 8 de julio de 1986, cuyos objetivos son promover y apoyar las acciones del sector público, social y privado encaminadas a prevenir y combatir los problemas de salud pública causados por las adicciones, así como proponer y evaluar los Programas Nacionales Contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas, el Tabaquismo y la Farmacodependencia (SSA/CONADIC, 2000).

El programa contra el tabaquismo de 1986, elaborado con el consenso de los representantes de los diferentes sectores que conforman el Comité

Técnico en la materia, se orientó específicamente al análisis de los aspectos de salud, educación, investigación y legislación en este campo, con base en las primeras aproximaciones epidemiológicas y clínicas existentes en el país. Planteó amplias líneas estratégicas orientadas a la prevención, la atención de la salud, la legislación y la investigación conforme al modelo del agente, el huésped y el medio ambiente (Villaba, Ramírez y Sansores, 2004).

Para 1992, avances en estas líneas de trabajo constituyeron el fundamento para que el programa contra el tabaquismo fuera actualizado, contando, una vez más, con la participación activa de otras instituciones. Sin embargo, no se contó con mecanismos específicos para llevar a cabo el seguimiento y evaluación de los compromisos establecidos por las instituciones participantes (Velázquez *et al.*, 1990).

En 1993, la Dirección General de Epidemiología realizó la segunda Encuesta Nacional de Adicciones, que sirvió de base para conocer las tendencias del tabaquismo y fundamentar el establecimiento de nuevas prioridades en cuanto a la forma de otorgar servicios de atención a este fenómeno o situación que, por sus dimensiones, formaba parte de los ya principales problemas de salud pública en el país. Sin embargo, la prevalencia detectada en hogares urbanos señaló que alrededor de la cuarta parte de la población había consumido tabaco “alguna vez en su vida”, lo que permitió estimar más de 10 millones de usuarios. Tales resultados probaron que, a pesar de las acciones emprendidas, el consumo de tabaco se mantenía elevado, particularmente entre los adolescentes, las mujeres jóvenes y los grupos urbanos de ingresos estables (Plan Nacional sobre Drogas, 2008).

Es en 1997 cuando la SSA, a través de la Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades, instituyó el Programa para la Prevención y Control de Adicciones, a cargo del CONADIC, como uno de sus programas prioritarios, buscando fortalecer, ampliar la cobertura y aumentar el impacto en el ámbito nacional. Todo ello con el fin de cumplir con el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000. De igual manera se emitió el Reglamento sobre Consumo de Tabaco para hacer efectivas las disposiciones del artículo 188 de la Ley General de Salud, que se refiere a la prohibición de fumar en instalaciones del gobierno federal, del Sistema Nacional de Salud y entidades que prestan servicios de nivel federal (Jiménez, 2010).

El tabaquismo es uno de los problemas más importantes de salud pública en el país. Sin embargo, gracias a las diferentes políticas integrales y programas de prevención y rehabilitación que operan actualmente en México, este problema ha tenido una evolución favorable durante los últimos años. A pesar de los esfuerzos de promoción que realiza la industria tabacalera, la epidemia ha permanecido relativamente estable y sólo se han registrado incrementos, desafortunadamente significativos, en las mujeres jóvenes que inician tempranamente la adicción al tabaco. Prevenir el consumo de cigarros en jóvenes, y ayudar a fumadores a dejar de hacerlo, es sin duda una fuente de ahorro importante para la nación, que día a día enfrenta el alto costo ocasionado por la morbilidad o mortalidad prematura de miles de nacionales que sufren enfermedades ocasionadas por el tabaco; y para las familias de fumadores, quienes se ven obligadas a destinar parte importante de su ingreso para aliviar la adicción a la nicotina, o para contender con las enfermedades ocasionadas de manera directa e indirecta por la exposición a humo de tabaco (WHO, 2004).

La lucha contra el consumo de tabaco debe basarse, entre otras medidas, en el establecimiento de políticas fiscales saludables que, por un lado, desalienten el consumo de tabaco, sobre todo entre la población adolescente y, por el otro, estimulen la generación de ingresos fiscales que permitan financiar campañas de prevención y promoción; así como costear los daños a la salud provocados por la exposición voluntaria e involuntaria al tabaco. Los impuestos se convierten en el principal instrumento para modificar, por una parte, los precios de los productos del tabaco y, por otra, los ingresos de los hogares. Empero, para impedir el alza de impuestos, la industria tabacalera internacional ha expuesto diversos argumentos, entre los que destacan la soberanía del consumidor, las repercusiones negativas sobre la economía y su efecto nulo sobre el consumo (Chapman y Richardson, 1990; Townsend, 1996; Ceballos, 2001).

A continuación se hará mención de algunas medidas de carácter político que intentan reducir el consumo de tabaco en nuestro país. Es importante tomar en cuenta que, aunque ya entraron en vigor, un "no" es suficiente para lograr un cambio significativo en cuanto a la reducción de tabaquismo.

EL PRECIO/COSTOS DEL CIGARRO

Se dice que un aumento en el precio en general de las cajas de cigarros se acompaña de una disminución en el consumo de éstos, causado por el efecto combinado de la reducción en el número de fumadores y en la proporción de jóvenes que inician el consumo de estos productos. Una manera de controlar el precio y, de manera indirecta el consumo, es a través de los impuestos; de tal manera que la política fiscal asociada al tabaco es considerada actualmente como uno de los instrumentos más poderosos y efectivos para controlar esta adicción. Sin embargo, hoy en día eso no ha obstaculizado el avance del consumo de tabaco porque tal vez no consume el cigarrillo de la misma marca, pero se puede sustituir con cigarrillos de marcas chinas o irlandesas, que no son registradas legalmente y que se encuentran a muy bajo precio. Claro está que si las marcas registradas no están reguladas, por lógica este tipo de cajetillas de cigarro de bajo precio pueden provocar daños a la salud en menos tiempo ocasionando complicaciones más severas. Otro obstáculo se encontró cuando los precios se diferenciaron para los cigarros con y sin filtro, propiciando un precio bajo para los cigarros sin filtro, que además de ser consumidos por el sector más pobre de la población, tienden a ser también más nocivos para la salud. Ello equivalía a un subsidio a la enfermedad y a la muerte de los mexicanos pobres, quienes por restricciones en los presupuestos familiares o falta de acceso a programas de cesación, se ven forzados a fumar los cigarros más dañinos.

Del dinero que invierte el sistema de salud en tratar las enfermedades causadas por fumar, 93.7 por ciento corresponde al IMMS, 4.4 a la Secretaría de Salud, 1.1 al ISSSTE, y el 0.8 al Hospital Central Militar. Las enfermedades más caras debido al tabaquismo son: infarto al miocardio con 6,120 millones de pesos y la enfermedad cerebro vascular, con 2,864 millones de pesos. Además el tabaquismo ocasiona otras erogaciones que no se han podido contabilizar: muerte prematura, ausentismo laboral, enfermedades respiratorias, costos ambientales, etcétera.⁶

Los costos que el tabaquismo impone a la sociedad se han agrupado en cinco categorías: a) costos individuales: aquellos generados diariamente por los fumadores activos, que contemplan desde los costos de

⁶Véase http://www.milenio.com/cultura/tabaquismo-cuesta-sector-salud_0_438556148.html

tratamiento para dejar de fumar, quemaduras menores en la piel, ojos o ropa, hasta los daños mayores como incendios en sus bienes; *b*) costos familiares: los generados por el gasto de bolsillo para atender la enfermedad, discapacidad o muerte del pariente enfermo, así como el costo de atención médica de las múltiples enfermedades agudas y crónicas desencadenadas por el tabaquismo pasivo; *c*) costos externos: los que se imponen sobre los no fumadores, incluyendo los efectos para la salud y las molestias de la exposición al humo de tabaco en el ambiente, que llevan a un exceso de mortalidad temprana, aumento de la discapacidad de los sobrevivientes y pérdida de productividad; *d*) costos médicos: son los costos generados por el diagnóstico y la atención médica (tratamiento y rehabilitación) de las enfermedades y sus complicaciones, y *e*) costos sociales: la categoría más amplia, porque implica costos individuales, familiares, de atención médica, y otros costos directos e indirectos, incluyendo los intangibles y los beneficios generados por el tabaquismo. Se ha denominado costos intangibles a los generados por el dolor y el sufrimiento de los familiares de los pacientes con enfermedades en estado crítico o terminal (Barendregt, Bonneu y Van Der Mass, 1997).

ESPACIOS LIBRES DE HUMO DE TABACO

La exposición al humo de tabaco de segunda mano (HTSM) es causa de múltiples trastornos de la salud que se presentan incluso desde el nacimiento. Los sujetos que han estado expuestos a HTSM pueden llegar a tener los mismos problemas de salud que han sido referidos para fumadores activos, que disminuyen en grado notable su esperanza y calidad de vida y los acercan a una muerte anticipada. Por esta razón, México cuenta con diversos reglamentos y normas que buscan proteger la salud de las personas de los efectos nocivos causados por la exposición al humo del tabaco. Una de ellas, y que lleva varios años de haberse generado, es la prohibición de la práctica de fumar en edificios públicos, tales como escuelas, restaurantes, edificios de la administración pública federal y estatales; así como en unidades de salud públicas y privadas, plazas comerciales y lugares cerrados. Esta práctica se ha extendido a diversos estados de la República

a través de los Reglamentos para la Protección de no Fumadores en el artículo 8 del Convenio Marco para el Control del Tabaco, y actualmente 25 entidades cuentan con este Reglamento. Ésta es una estrategia efectiva en cuanto al control de la exposición al humo de tabaco, ya que surge debido a la necesidad de proteger a los no fumadores, sin lugar a duda, pues los fumadores no tienen el derecho de poner en riesgo la salud de quienes los rodea (Grupo Interinstitucional sobre Estudios del Tabaco, 2003).

REGULACIÓN DE LA PUBLICIDAD

Uno de los mecanismos de alerta a la población sobre los riesgos del consumo de tabaco es el etiquetado del producto con advertencias sobre las consecuencias de fumar; advertencias que son modificadas o sustituidas cada seis meses para incrementar el mensaje preventivo en la población. El 7 de diciembre de 2004 se publicó en el *Diario Oficial de la Federación* el acuerdo que estableció los lineamientos para las leyendas precautorias, según el cual a partir de junio de 2005 debería tener un tamaño equivalente a 50 por ciento de la cara trasera de las cajetillas y también debe agregar el número telefónico donde puedan obtener de ayuda profesional para dejar de fumar. Además se destina un peso por cada cajetilla a un fondo del Sistema de Salud Pública para atención de enfermedades relacionadas con el tabaquismo (Villaba, Ramírez y Sansores, 2004).

El Sistema Nacional de Salud ha normado la publicidad asociada al tabaco y ha establecido que:

- Se prohíbe totalmente la publicidad de tabaco en radio o televisión.
- La información que se propague se limitará a las características, calidad y técnicas de elaboración de estos productos.
- El tabaco no deberá presentarse como productor de bienestar o salud, ni asociarlo a celebraciones cívicas o religiosas.
- No podrán asociarse estos productos con ideas o imágenes de mayor éxito en la vida afectiva o sexual de las personas, ni hacer exaltación de prestigio social, virilidad o femineidad.
- No podrá asociarse a estos productos con actividades creativas, deportivas, del hogar o del trabajo, ni emplear imperativos que induzcan directamente a su consumo.

- No podrá incluirse la participación de niños o adolescentes, ni dirigirse a ellos de manera alguna.
- En el mensaje no podrán ingerirse o consumirse, real o aparentemente, los productos, ni tampoco participar personas menores de 25 años de edad, y ello deberá apreciarse fácilmente, en forma visual o auditiva, según el medio publicitario que se emplee (Gobierno de México/SSA, 2000).

La Secretaría de Salud, con la participación del sector público, privado y social, promoverá y apoyará la elaboración y difusión de campañas publicitarias orientadas a desalentar el consumo de tabaco y que adviertan sobre los posibles daños a la salud y los efectos nocivos que pueda generar el consumo de estos productos, especialmente en la niñez, la juventud y durante el embarazo. En caso de patrocinios, no se permite incluir imperativos, imágenes, sonidos, expresiones o lemas publicitarios que se asocien con el producto; relacionar a deportistas, artistas o el evento a patrocinar; promover el consumo, incluir imágenes del producto o sus empaques; patrocinar actividades practicadas por menores de edad, difundir testimonios o intervenciones relacionadas con el consumo de los productos por parte de atletas, celebridades o figuras públicas de prestigio. Se deberá utilizar la frase "Patrocinado por...", seguida de la marca, identificación corporativa o razón social del anunciante, excepto cuando aparezca en las camisetas y se incluirá además el mensaje sanitario que determine la Secretaría de Salud (Gobierno de México/SSA, 2000).

La publicidad de tabaco no podrá dirigirse a menores de 18 años, ni podrán obsequiárseles artículos promocionales o muestras de dicho producto; en cine sólo se difundirá en películas clasificadas como "C" y "D", y en publicaciones, páginas, direcciones o secciones de la internet y demás sistemas de telecomunicación no podrá aparecer publicidad en las destinadas a menores de edad, ni en las deportivas o educativas (Gobierno de México/SSA, 2000).

VENTA Y DISTRIBUCIÓN RESTRINGIDA

En México se prohíbe la venta, distribución, promoción y entrega por cualquier título, de productos elaborados con tabaco a menores de 18 años, para

su consumo o para el de terceros. A tales fines, el vendedor o expendedor deberá verificar la edad del comprador, debiendo exigir la exhibición del documento que la acredite. Así también se prohíbe la venta de cigarrillos por unidad y en cajetillas de menos de 14 unidades; se estipulan los requisitos a cumplir para la venta por medio de máquinas automáticas y los establecimientos donde se vendan productos de tabaco no podrán tenerlos al libre acceso del público. En marzo de 2005, el Senado aprobó una reforma a la Ley General de Salud que prohibió la venta de cigarrillos en farmacias, hospitales y escuelas. Se contemplan multas para los fumadores individuales y para los propietarios y administradores de lugares. La multa para los individuos es entre 10 y 30 veces del salario mínimo diario por fumar en espacios libres de humo. Las infracciones repetidas pueden elevar las penas. La responsabilidad de la vigilancia recae en los propietarios y administradores (Gobierno de México/SSA, 2005).

PREVENCIÓN

La mejor manera de prevenir el tabaquismo es evitar que las personas se inicien en el consumo de cigarrillos, sin embargo algo se tiene que hacer con los millones de jóvenes fumadores. Por esta razón es importante focalizar la causalidad del tabaquismo en jóvenes y poder atacarla de una manera efectiva y asertiva que permita evaluar las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas para así proveer de los insumos necesarios al proceso de planeación estratégica, proporcionando la información necesaria para la implementación de acciones y medidas correctivas que generen nuevos y mejores proyectos en cuanto a la prevención del tabaquismo.

La OMS (2008), plantea lo siguiente para prevenir el consumo de tabaco:

1. Aumentar los impuestos al tabaco, lo que incluye el aumento de los tipos de impuestos y el fortalecimiento de la administración fiscal para reducir el comercio ilícito.
2. Establecer y hacer cumplir las restricciones —prohibiciones— sobre publicidad, promoción y patrocinio, tanto directo como indirecto, del tabaco. Esta medida ayuda fundamentalmente a la población más joven, quienes aún no se han iniciado en el consumo y a quienes presentan una dependencia menos instaurada.

3. Proteger a la población del humo ambiental de tabaco, lo que incluye implementar medidas destinadas a proteger y hacer cumplir leyes sobre espacios completamente libres de humos en las instalaciones sanitarias, educativas y en todos los lugares públicos cerrados.
4. Ofrecer ayuda para el abandono del consumo. Las medidas que aconseja potenciar podrían resumirse en: fortalecer los sistemas sanitarios para que faciliten asesoramiento sobre el abandono del tabaco en el marco de la atención primaria de salud; apoyar el establecimiento de líneas telefónicas de ayuda y otras iniciativas comunitarias, junto con el tratamiento farmacológico de fácil acceso y bajo costo, cuando sea conveniente.
5. Advertir de los peligros del tabaco mediante un etiquetado que incluya advertencias eficaces, a poder ser gráficas, realizando campañas de publicidad antitabáquica y obteniendo la cobertura gratuita de las actividades antitabáquicas en los medios de comunicación social.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Educación para la salud es un concepto utilizado con el fin de modificar estilos de vida y reeducar a la población, en este caso a las personas víctimas del tabaquismo; que además permita aterrizar estrategias y planes de acción que ayuden a disminuir la alta incidencia de tabaquismo. Una de sus metas es empoderar a la población para que sean capaces de decidir sus comportamientos y los puedan modificar hacia un horizonte saludable, ya que los jóvenes deben ser críticos y tomar conciencia de la trascendencia que su comportamiento tendrá para su futuro de salud. En numerosas ocasiones, sin embargo, sin darse cuenta pueden estar imitando comportamientos de sus profesores o de sus padres, por tener éstos una importante función modélica y educadora. Éste es sólo un ejemplo; recordemos que la adicción al tabaco puede ser multicausal. Es importante para aterrizar estrategias para cada individuo y ofrecer tratamientos alternativos a este problema de salud pública. Claro está que estas actividades deben valerse de estrategias que fomenten las medidas de prevención y así, se realice un programa y una intervención exitosa.

Desafortunadamente los altos porcentajes de jóvenes adictos al tabaco hacen de la educación para la salud un trabajo complejo. Sin embargo, existen

estrategias que permiten hacer que el individuo sea consciente de sus actos y, por lo tanto, responsable de su salud. Sin duda día a día se deben ir renovando e innovando los planes de acción.

Entre las estrategias se proponen:

- Mejorar la comunicación e integración familiar.
- Hacer respetar los espacios libres de humo.
- Campañas de publicidad donde se abarquen temas de interés sobre tabaquismo, y que sean de impacto.
- Publicidad efectiva para dejar de fumar, impactante y que produzca sensibilidad.
- Y la incorporación de nuevos centros de ayuda para dejar de fumar.

CONCLUSIONES

Las adicciones son un problema en el campo de la salud pública que requiere de acciones amplias y coordinadas, en las que deben de estar incluidos los esfuerzos de todos los sectores de la sociedad que tengan incidencia en la salud.

Queda claro que actualmente la tendencia a favor del tabaquismo es cada vez mayor y sobre todo entre las mujeres, no sólo en México, sino también a nivel mundial. Lo antes expuesto nos presenta un escenario de jóvenes desordenados en la salud y con omisión a los mensajes de los efectos nocivos, pero libres para actuar y ser felices como ellos lo quieran entender.

Sin embargo, un gobierno que no responde de acuerdo a la capacidad de atención a la salud de su población al momento que ésta la requiere, es y será siempre cuestionable; es ahí donde refleja su falta de operatividad y en ocasiones, de ecuanimidad por mantener un sistema social.

En México, la experiencia en el diseño y la aplicación de políticas y acciones para la reducción del consumo de tabaco es muy limitada y, desafortunadamente, con escaso impacto. Por esa razón, las recomendaciones que se formulan en el presente trabajo son importantes. Además, debemos retomar las experiencias positivas que en otros países ya han mostrado ser efectivas y reducir tanto el inicio en el consumo de tabaco

como el tabaquismo; asimismo, constituyen una gran oportunidad para evaluar su efectividad como medidas de acción preventiva contra el tabaquismo en México y para impulsar una sólida política de control.

FUENTES CONSULTADAS

- AVEYARD, P. y R. West (2007). *Managing Smoking Cessation*. BMJ. 335: 37-41.
- BANEGAS BANEGAS, J.R., L. Díez Gañán, F. Rodríguez-Artalejo, J. González Enríquez, A. Graciani Pérez-Regadera y F. Villar Álvarez (2001). "Mortalidad atribuible al tabaquismo en España en 1998". *Med Clin (Barc)*; 117: 692-694.
- BARENDREGT, J.J., L. Bonneu y P.J. van der Mass (1997). "The health care costs of smoking". *N. Engl. J. Med.*; 337: 1052-1057
- BARLOW, D.H. (2002). *Anxiety and its disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic* (2nd ed.). Nueva York: Guilford Press.
- BELSASSO, G. (2002). *Acciones institucionales en materia de tabaquismo*. CONADIC Informa. 6 pp.
- BENOWITZ, N.L. (1992). "The Genetic of Drug Dependence: Tobacco Addiction" (Editorial). *N. Engl. J. Med.*; 327: 884-3.
- CARAVEO, J. y E. Comenares (2011). "Los trastornos psiquiátricos y el abuso de sustancias en México: Panorama epidemiológico". *Salud Mental*, 25, Consejo Nacional contra las Adicciones. Observatorio Mexicano en Tabaco, Alcohol y otras.
- CEBALLOS, Y. (2004). "Rechazan más IEPS a tabaco". *Reforma*, 6 de abril.
- CHAPMAN, S. y J. Richardson (1990). "Tobacco Excise and Declining Tobacco Consumption: The Case of Papua New Guinea". *Am J Public Health*; 80: 537-540.
- CHECA, J. (2004). "Mujeres y tabaco: Aspectos principales específicos de género". *Revista Adicciones*. Vol. 16, Supl. 2.
- CONADIC (2002). *Drogas*. México: Secretaría de Salud.
- DA COSTA E SILVA y C. Audera-López (2005). *Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco: una respuesta global para una epidemia global*. Primer informe sobre el combate al tabaquismo. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, OMS: 335-363.
- DELCROIX, M. y M. Chuffart (1999). *La grossesse et le tabac*. París: Presses Universitaires de France.
- DONATO, E., S. Monarca, R. Chiesa, D. Feretti y G. Nardi (1994). "Smoking Among High School Students in 10 Italian Towns: Patterns and Covariates". *The International Journal of the Addiction*, Oct. 29(12): 1537-1557.
- DOMÍNGUEZ, A. (2008). *Adolescencia-salud*. [Consultado 31 de julio de 2008]. Disponible en: <<http://www.ilustrados.com/publicaciones/EpyuZEEZVluShzhilqN.php>>.

- DSSS (2004). *Dona i Tabac. Informe Tècnic sobre l'Hàbit Tabàquic Femení a Catalunya*. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social.
- ENA (1998). Encuesta Nacional de Adicciones. Diagnóstico y tendencias del uso de drogas en México, en catalogo.datos.gob.mx/dafaset/encuesta-nacional-de-adicciones-1998-ena98. Consultado el 12 de febrero de 2018.
- _____ (2002). Encuesta Nacional de Adicciones 2002 México: INEGI. Secretaría de Salud.
- _____ (2008). Encuesta Nacional de Adicciones, Resultados por entidad federativa, Estado de México.
- FARLEY, T.M.M., O. Meirik, C.L. Chang y N.R. Poulter (1998). "Combined Oral Contraceptives, Smoking and Cardiovascular Risk". *J Epidemiol Comm Health*; 52: 775-785.
- Gobierno de México/SSA (2000). Reglamento Interior del Consejo Nacional Contra las Adicciones. *Diario Oficial de la Federación* del 20 de julio de 2000.
- _____ (2005). Reglamento Interior del Consejo Nacional Contra las Adicciones. *Diario Oficial de la Federación* del 20 de julio de 2000.
- GAÑAN, A. y B. Gordon (2001). *La mujer drogodependiente penada en los centros penitenciarios*. SIAD financiado por el Plan Nacional sobre Drogas (Sin publicar).
- GOLDSTEIN, A. (1994). *Addiction*. Barcelona: Ediciones en Neurociencias.
- GÓMEZ, M.T. (2000). *Adolescencia y prevención: conducta de riesgo y resiliencia*. II Jornadas de Formación: Niñez y Adolescencia en Situación de Riesgo. Facultad de Psicología y Psicopedagogía. Universidad del Salvador.
- GONZÁLEZ, J. (2001). *El tabaquismo en el mundo*. CONADIC. México. Informa. Boletín Especial de Tabaquismo. 5 pp.
- GREEN, G., S. Macintyre, P. West y R. Ecob (1991). "Like Parent Like Child? Associations Between Drinking and Smoking Behaviour of Parents and their Children". *British Journal of Addiction*.
- Grupo interinstitucional sobre estudios del tabaco (2003). *Información relevante para el control del tabaquismo en México*.
- GUTIÉRREZ, M., P. Kuri y R. Camacho-Solís (2000). *Encuestas en aspirantes a residencias médicas. El consumo de tabaco en México y Encuesta Nacional de Adicciones 1998 (Tabaco)*. México: Secretaría de Salud: 69-70.
- HDW/HDP (2008). Tobacco fact sheet No. #4 [Online]. Disponible: <<http://www.paho.org/pub/english/hdw/fs0004.pdf>>. Pan American Health Organization, consultada el 6 de abril de 2018.
- HOY-GUTIÉRREZ, M., P. Kuri y R. Camacho-Solís *et al.* (2000). Encuestas en aspirantes a residencias médicas. El consumo de tabaco en México y Encuesta Nacional de Adicciones 1998 (Tabaco). México: Secretaría de Salud.
- HUGHES, J.R., S.T. Higgins y W.K. Bickel (1994). Nicotine Withdrawal Versus Other Drug Withdrawal Syndromes: Similarities and Dissimilarities. *Addiction*; 89: 1461-1470.

- HUGHES, J.R. (2006). "Clinical Significance of Tobacco Withdrawal". *Nicotine and Tobacco Research*, 8(2): 153-156.
- (2007). "Effects of Abstinence From Tobacco: Etiology, Animal Models, Epidemiology, and Significance: A Subjective Review". *Nicotine Tob Res* 2007;9(3):329-39.
- INSP-SS-CONADIC (2009). Encuesta de Tabaquismo en Jóvenes en México Análisis descriptivo 2003, 2005, 2006, 2008. Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud, Consejo Nacional contra las Adicciones. Cuernavaca Morelos.
- JIMÉNEZ, M.L. (2010). "Consumos de tabaco y género". *Revista EGUZKILORE* Número 24. San Sebastián Diciembre.
- LAW, M.R. y A.K. Hackshaw (1997). A Meta-Analysis of Cigarette Smoking, Bone Mineral Density and Risk of Hip Fracture: Recognition of a Major Effect. *BMJ* 1997; 315: 841-846.
- LOTREAN, L., Z. Sánchez, S. Valdés, S. Arillo, B. Allen, A. Hernández y P. Lazcano (2005). "Consumption of Higher Numbers of Cigarettes in Mexican Youth: The Importance of Social Permissiveness of Smoking". *Addict Behav* 2005; 30(5): 1035-1041.
- MACKAY, J. y M. Eriksen (2002). "The Tobacco Atlas". *Geneva: World Health Organization*.
- MACK, A. (2003). *Tratamiento del alcoholismo y las adicciones*. Trad. Ma. Jesús Herrero Gascón. Masson. Barcelona.
- MAGAÑA, M. (2002). Salud en la escuela y en la adolescencia. XIII Congreso de la Sociedad Española de Medicina del Adolescente. Disponible en <<http://www.spapex.org/spapex/adolescencia02/intromesa1.pdf>>.
- MARTIN, A. (2004). "Efectos tóxicos del tabaco". *Rev. Toxicológica*. México: Facultad de medicina.
- MUNAFO, M., T. Clark, E. Johnstone, M. Murphy y R. Walton (2004). "The genetic basis for smoking behavior: a systematic review and meta-analysis". *Nicotine Tob Res*. 6(4): 583-597.
- OMS (2008). Un plan de medidas para hacer retroceder la epidemia de tabaquismo. Organización Mundial de la Salud. MPOWER-WHO, Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- (2001). Informe sobre la salud en el mundo 2001-Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- (2001). Women and the Tobacco Epidemic. Challenges for the 21st Century. Geneva: World Health Organization.
- (2004). Global Status Report on Alcohol 2004. Department of Mental Health and Substance Abuse. Geneva: World Health Organization.
- OPS (2009). Plan de acción sobre la salud de los adolescentes y los jóvenes. Washington, Organización Panamericana de la Salud, DC: 2009 (CD49/12).

- PARROTT, A.C. (1999). "Does cigarette smoking cause stress?". *American Psychologist*, 54, 817-820.
- PÉREZ, M. y H. Pinzón (2012). "Uso del tabaco entre los jóvenes colombianos", *Revista Científica Salud Uninorte*. Vol. 21. En línea: <rcientificas.uninorte.edu.co>, consultada 5 de enero de 2018.
- PICCIOTTO, M. y W. Corrigan (2002). "Neuronal systems underlying behaviors related to nicotine addiction: neural circuits and molecular genetics". *J Neurosci*; 22: 3338-3344.
- Plan Nacional sobre Drogas (2008). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES), 2007-2008. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- PUENTE, S. (1986). "Tabaquismo en México". *Bol Oficina Sanit Panam*, 101(3): 234-246.
- SAMET, J.M. (2002). "Los riesgo del tabaquismo activo y pasivo". *Salud Pública de México*. Vol. 44, suplemento 1.
- SANCHO, J.L. (2008). Familia, adolescentes y consumo de drogas. Orientación familiar. Consultado el 31 de julio de 2008]. Disponible en <http://www.cnice.mecd.es/recursos2/e_padres/html/fami_droga.htm#>.
- SANSORES, R.H., J. Villalba-Caloca, L. Herrera-Kiengelher, A. Soriano-Rodriguez y A. Ramirez-Venegas (1999). "Prevalence of Cigarette Smoking Among Employees of the Mexican National Institutes of Health". *Salud Pública de México*; 41: 381-388.
- SILVIS, G.L. y C.L. Perry (1987). "Understanding and Deterring Tobacco Use Among Adolescents". *Pediatr Clin North Am*; 34: 363-379.
- SSA/CONADIC (2000). Programa Nacional Contra las Adicciones. Programa Contra el Tabaquismo. Secretaría de Salud-Consejo Nacional Contra las Adicciones. 110 pp.
- TOMKINS, S. (1966). "Psychological Model for Smoking Behavior". *American Journal Public Health*, 56 (Supl. 2), 17-20.
- TOWNSEND, J. (1996). "Price and Consumption of Tobacco". *Br Med Bull*; 52: 132-142.
- VALDÉS-SALGADO, R., F. Meneses-González, E.C. Lazcano-Ponce, M.I. Hernández-Ramos y M. Hernández-Ávila (2004). Encuesta sobre Tabaquismo en Jóvenes. México 2003. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública.
- VALDÉS SALGADO, R. (2003). Efectos en abstinencia de tabaco. Documento elaborado en el Departamento de Investigación sobre Tabaco del INSP, inédito.
- VÁZQUEZ-SEGOVIA, L.A., S. Sesma-Vázquez y M. Hernández-Ávila (2002). El consumo de tabaco en los hogares en México: resultados de la Encuesta de Ingresos y Gastos de los Hogares 1984-2000. *Salud Pública Mex*.
- VELÁZQUEZ-MOCTEZUMA, J., M.D. Shalauta, J.C. Gillin y P.J. Shiromani (1990). "Microinjections of Nicotine in the Medial Pontine Reticular Formation Elicits REM Sleep". *Neuroscience Letters*, 115: 265-268.
- VILLABA, J., A. Ramírez-Venegas y R.H. Sansores (2004). Costos de la atención médica. CONADIC Informa. Boletín Especial de Tabaquismo. 3 pp.

INTRODUCCIÓN

La marihuana, junto con el alcohol y el tabaco, es una de las sustancias más utilizadas en la historia de la humanidad con diferentes fines (Gómez, 1991). Los estudios y encuestas sobre consumo de drogas que se han realizado a nivel global en diferentes regiones, han mostrado sistemáticamente que la marihuana es la sustancia ilegal más consumida con fines recreativos (OPS, 2009; Tziraki, 2012).

El género, asumido como una serie de atributos, valores y comportamientos que van más allá de lo biológico, es una categoría de análisis situado en el ámbito de lo social y cultural que influye en diversas conductas positivas o negativas, como es el caso del consumo de marihuana. Históricamente este tipo de consumo se ha asociado principalmente a los hombres, sin embargo hoy en día es ingerida o fumada por ambos géneros debido a los cambios culturales, sociales y económicos a lo largo de la historia. De esta forma, la cultura actúa en hombres y mujeres como vivencia social de cada quien, donde cada persona va creando su visión de las actitudes, aptitudes y acciones que influyen en la evolución de los estereotipos y tradiciones determinadas por su propia identidad. El propósito del presente trabajo está dirigido a observar la problemática que emerge del consumo de marihuana en hombres y mujeres, así como determinar cómo dentro de la sociedad actual se estigmatiza, discrimina y reprime este tipo de adicciones, por lo que es necesario plantear una alternativa que incorpore integralmente a todos los sectores involucrados.

El carácter del presente trabajo es explorar la manera en que el género influye en el consumo de marihuana.

De acuerdo con Badinter (1993), el género es un proceso que da pie a la descripción de vida ya que en éste se comienzan a desarrollar las características propias del cuerpo; esto permite distinguir desde niños una imagen corporal para identificar a un varón y una mujer.

Para la explicación de este tema nos apoyaremos en la teoría del enfoque de género, la cual ayuda a entender la forma en que cada persona puede definirse como parte de su entorno, cultura e historia. Así pues, señala dos elementos constitutivos fundamentales: la estructura social y la estructura cultural.

Pero entonces, ¿el consumo de marihuana es propio de un género? Sin duda pareciera que el consumo está inclinado preferentemente a hombres, entendido como un símbolo de fraternidad e incluso como método para evitar el hambre y el cansancio. Es importante hablar de los efectos de la marihuana en el organismo, los cuales son diversos ya que no son iguales para cada persona a nivel físico; por ejemplo, las mujeres sufren un cambio en el ciclo menstrual provocado por la sustancia delta-9-tetrahidrocannabinol (THC); por otra parte, los hombres son afectados por la deformación de los espermatozoides. Aunque los efectos no son fáciles de describir, a simple vista se detectan en el sentido físico inmediato, por ejemplo, enrojecimiento ocular, pérdida de los niveles de atención, etcétera.

Para entender el tema del consumo de marihuana es necesario remontarnos a la historia de esta sustancia psicoactiva, usada en diversos rituales con diferentes fines. Por otra parte, el conocimiento y la motivación ya sea en hombre o mujer para consumir marihuana está centrada en la diversión (Amigó y Seshadri, 1999). Todo esto basado en estadísticas nacionales, estatales y municipales, en específico del Estado de México y Nezahualcóyotl.

Existen otros factores que propician el consumo de marihuana, como los sociales, culturales, de género, contexto, ambiente, etcétera. En particular, estos factores van encaminados justamente a los comportamientos que generan el riesgo de la adquisición de una adicción y a las consecuencias sociales que provoca el consumo de dicha sustancia, y que van incluso desde el ámbito escolar con abandono o bajo rendimiento académico, pocas aspiraciones profesionales, baja productividad y deterioro de la calidad del trabajo.

DEFINICIONES BÁSICAS

La marihuana (*cannabis*) como normalmente la conocemos, sin semilla y seca, mezclada con tallos y flores de la misma planta, suele considerarse como una droga adictiva debido a que sus efectos aparecen durante un periodo indeterminado. La sustancia que provoca adicción es el delta-9-tetrahidrocannabinol (THC), misma que normalmente se fuma, aunque también se puede mezclar con alimentos. Por lo tanto, es una sustancia que provoca adicción y dependencia: con el tiempo se necesita mayor cantidad de sustancia para obtener el mismo efecto. Según Mack (2003) la dependencia se define como un conjunto de comportamientos cognoscitivos y fisiológicos que indican que un sujeto continúa consumiendo marihuana día a día o casi diario; aunque generalmente estas personas no tengan dependencia fisiológica.

La marihuana es una hierba adictiva que al ser consumida produce pérdida de control y deterioro cognoscitivo principalmente. Las personas que consumen esta sustancia tienen alteraciones en la agilidad mental, así como impacto en el proceso de aprendizaje y la atención (Lundqvist, 2005).

Entonces, una droga es adictiva cuando causa un deseo de búsqueda y consumo compulsivo e incontrolable, a pesar de los efectos adversos sociales y sobre la salud. La marihuana cumple con estos principios.

MARCO HISTÓRICO

En otros países la marihuana ha adquirido diversos usos rituales a lo largo de la historia; por ejemplo, en el Tíbet esta planta era utilizada como ayuda en sus meditaciones y los devotos varones la empleaban como símbolo de fraternidad, consumiéndola en grupo. Lo interesante es que inicialmente no la fumaban sino que la preparaban en los alimentos o bebidas y no muy frecuentemente. Quienes comenzaron con la costumbre de fumarla fueron los ancianos, que recurrían a ella para matar el tiempo cuando su avanzada edad les impedía trabajar en el campo. Así pues, el consumo del cannabis como una fuente de placer y con fines religiosos mucho antes de la llegada de los europeos a tierras latinoamericanas, era conocida coloquialmente

como *dagga*, mientras que otros la usaban como remedio curativo (Iversen, 2004). Después, sumado a estas creencias, se argumentó que proporcionaba energía espiritual, ayudaba a practicar la austeridad física y largos periodos de ayuno, por lo que se consumía también para evitar el hambre o el cansancio.

Así pues, otros países como Jamaica tienen características históricas que lo diferencian del resto, ya que en este país surgió un fuerte ideal identificado con las raíces africanas que propició el movimiento juvenil de la cultura rastafari o rastas; para ellos “ganja” es el nombre de la marihuana. Los miembros de este movimiento, de acuerdo a la interpretación que hacen de la Biblia, identifican al cannabis como hierba sagrada, señalando: “Él creó el pasto para el ganado, y la hierba para el servicio del hombre” (Kitzinger, 1965). El consumo ritual de la marihuana es de suma importancia o casi determinante en el movimiento rasta. Por su parte, los rastafaris aseguran que mediante la marihuana se sienten en comunión con la naturaleza. También lo usan como medicina y alimento (Rius, 1996).

ESTADÍSTICAS DE CONSUMO DE MARIHUANA

Existen dos tipos de sustancias adictivas: las legales y las ilegales; las legales incluyen el café, por los problemas de salud que causa, pero en nuestra sociedad, se consideran como las principales el alcohol y el tabaco. Por otra parte, las drogas ilegales cubren diversas sustancias que tienen efectos distintos a nivel conductual, perceptual y emocional en el individuo que las consume. Al igual que sus efectos, las consecuencias a mediano y largo plazo varían dependiendo de la droga y el tiempo de consumo.

En 2008, a nivel nacional, la incidencia acumulada de consumo de marihuana fue 3.8, por cada 100 personas en el grupo de 12 a 25 años de edad. En este sentido, Hidalgo (40.3), Tamaulipas (7.5) y Baja California Sur (7.3) son los estados con la incidencia acumulada más alta en el uso de la marihuana, mientras que la incidencia menor se presenta en Chiapas (0.4), San Luis Potosí (1.3) y Colima (1.4). Asimismo, 14 entidades se encuentran por arriba de la incidencia nacional, lo que representa 43.8 por ciento (CONADIC, INPRE, INSP, Fundación Gonzalo Río Arronte, 2008).

EFFECTOS DE LA MARIHUANA EN EL ORGANISMO

El abuso de la marihuana por lo regular se inicia en la adolescencia, así como el alcohol y los cigarrillos, que bien pueden estar asociados con el consumo de esta sustancia. La intoxicación por esta sustancia ocurre de los 10 a los 30 minutos luego de su consumo y se prolonga durante aproximadamente tres horas. Esta intoxicación incluye euforia, ansiedad, deterioro de la capacidad del juicio o aislamiento social.

Uno de los aspectos que más ha contribuido al aumento de la prevalencia del consumo es la baja percepción de riesgo que existe sobre el cannabis. Al hecho de que hay sectores en nuestra sociedad que promueven su consumo y que piden su legalización basándose en sus propiedades terapéuticas y su “inocuidad”, hay que añadir la falsa percepción que tienen los consumidores, sobre todo los jóvenes, acerca de que “todo el mundo consume porros”. Además, la disponibilidad y accesibilidad del cannabis es enorme, lo que contribuye al aumento imparable de su consumo (Calafat, Juan, Becoña, Fernández, Gil y Llopis, 2000).

El cannabis es una droga que tiene un efecto bifásico (Comisión Clínica, 2009): tras una primera fase de estimulación (euforia, sensación de bienestar, aumento de la percepción) sigue una segunda fase de sedación (relajación, adormecimiento, sueño, etcétera). Este doble efecto se asemeja al producido por la nicotina, pues el fumador puede regular dicho efecto para que sea relajante o estimulante en función de la frecuencia y la profundidad de las inhalaciones (Jiménez, Bascarán, García-Portilla, Sáiz, Bousoño y Bobes, 2004). Al igual que sucede con el tabaco, el consumo de cannabis se relaciona directamente con diversas complicaciones físicas y mentales (Quiroga, 2000a, 2000b; Sydney, 2002). De modo concreto, el consumo crónico de cannabis afecta al Sistema Nervioso Central (destrucción neuronal, alteraciones funcionales en los lóbulos temporales, etcétera); al sistema cardiovascular, fundamentalmente de aquellos que además son fumadores de tabaco (y quienes tienen una mayor probabilidad de padecer hipertensión arterial, arteriosclerosis, etcétera); al sistema endocrino (altera la actividad en el eje hipotálamo hipofisario-adrenal relacionado directamente con el estrés, suprime la elevación plasmática de distintas hormonas relacionadas con la conducta sexual); al sistema inmunitario (el cannabis re-

duce su actividad y altera la reproducción celular); y por supuesto al sistema respiratorio si se consume en forma de cigarrillo o porro.

El humo del tabaco y del cannabis comparten una gran cantidad de carcinógenos e irritantes del sistema respiratorio. Existen estudios que concluyen que el humo del porro, sin tener en cuenta el contenido de THC, produce una mayor carga respiratoria de monóxido de carbono y alquitrán que fumando una cantidad similar de tabaco (Wu, Tashkin, Djahed y Rose, 1988; Witton, 2008), lo cual contradice esa creencia ampliamente extendida entre la población de que fumar cannabis es menos dañino que fumar tabaco. Ambas sustancias afectan al sistema respiratorio de quienes las consumen, produciendo modificaciones histológicas de su epitelio (por ejemplo bronquitis obstructiva), y aumentando sus probabilidades de padecer cáncer de pulmón (Aldington, Harwood, Cox, Meatherall, Beckert, Hansell *et al.*, 2008; Quiroga, 2000a). Los efectos respiratorios del cannabis y el tabaco son aditivos (Taylor, Fergusson, Milne, Barry, Horwood, Moffitt *et al.*, 2002), por lo que en modo alguno su consumo es inocuo. Por otra parte, los fumadores de cannabis y tabaco tienen mayores dificultades para abandonar el tabaco. Además de su estrecha relación con patologías de tipo físico, el cannabis tiene efectos nocivos sobre la salud mental de quien lo consume. Una relación ampliamente estudiada en los últimos años es la asociación entre el consumo de cannabis y problemas psicóticos (Comisión Clínica, 2009; Quiroga, 2000b), si bien es necesaria mayor investigación sobre la relación entre psicosis persistente por acción exclusiva del cannabis.

Otros estudios han propuesto la existencia del llamado “síndrome amotivacional”, provocado por el consumo prolongado de altas dosis de cannabis, que lleva al consumidor de esta sustancia a un estado de pasividad e indiferencia continuo y a una disfunción de las capacidades cognitivas, interpersonales y sociales (Quiroga, 2002). Este síndrome persistiría una vez interrumpido el consumo de cannabis. Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud no ve tan claro que este síndrome sea diferente de los efectos directos de la intoxicación crónica por cannabis (OMS, 1997). El consumo de cannabis también incrementa el riesgo de padecer depresión y otros trastornos afectivos (Witton, 2008).

El consumo de la marihuana produce diversos efectos en el organismo, los cuales no son iguales en cada persona; algunas experimentan mareos y aturdimiento, mientras que en otras provoca depresión y tristeza. Así pues,

los efectos que inciden por la ingestión suelen modificar la percepción del tiempo, así como el apetito y provocar risa descontrolada, además de reducir la habilidad para realizar actividades que requieran concentración mental.

Los efectos psicológicos que produce la intoxicación con cannabis tienen diferentes síntomas y son de carácter impredecible. Cada persona tiene una reacción distinta en cada ocasión que consume esta sustancia. Según Grinspoon (1973), esto se relaciona probablemente con la rápida sucesión de ideas e impresiones que cruzan el campo de la conciencia de cada persona.

En dosis bajas suele experimentarse, además de los efectos antes mencionados, un descenso considerable en el nivel de atención. En dosis medias los cambios son más visibles, mientras que en dosis altas puede producir ilusiones visuales, lasitud, incluso somnolencia, que culminan en un sueño profundo. Cambia la manera como la información sensorial llega y es procesada, y así es como se afecta el aprendizaje y la integración de experiencias con emociones y motivaciones. Así pues, el uso prolongado de la marihuana produce cambios en el cerebro similares a los vistos después de un largo periodo de uso de otras drogas.

Los efectos de la droga sobre el Sistema Nervioso Central son de tipo alucinógeno. Se ha encontrado que esta sustancia tiene gran afinidad por los tejidos ricos en grasa, como el cerebro y las gónadas del sistema reproductor, y se considera que sus efectos duran de tres a seis horas de acuerdo con la calidad y la cantidad de la droga. Estudios recientes confirman que la marihuana continúa actuando en el cerebro durante 15 días en promedio; en ocasiones hasta 30 días. De manera general puede decirse que los efectos conductuales de estos compuestos en dosis bajas son de tipo depresor, pero que se convierten en excitatorios tras estímulos mínimos, y que a dosis altas, los efectos predominantes son claramente de tipo depresor (Lorenzo, 1998).

También, la persona que fuma marihuana frecuentemente puede tener los mismos problemas respiratorios como aquella que fuman tabaco. Estas personas pueden tener tos y catarros con mayor frecuencia. El uso continuo de la marihuana puede llevar al funcionamiento anormal del tejido pulmonar debido a su destrucción por el humo.

Personas que han fumado marihuana por primera o hasta por quinta vez han reportado no sentir ningún cambio psicológico perceptible a pesar de sufrir los cambios físicos más inherentes, o sea, alteración cardíaca,

sequedad bucal y enrojecimiento en los ojos. Otros usuarios primerizos reportan risa incontrolable y sentimiento de bienestar; algunos más hablan de periodos de introspección y otros han notado sensaciones de extrañeza y ansiedad, así como pánico. La persona que consume diariamente deja de percibir estos efectos iniciales a medida que se acostumbra al estado modificado de conciencia y a partir de entonces, las sensaciones que encuentra son bastante más subjetivas como creatividad, tranquilidad, relajación, percepción, etcétera. Sin que estos estados subjetivos dejen de depender, como siempre, de las circunstancias del consumo de la marihuana.

En la mayoría de los sujetos, a medida que los efectos van desapareciendo, suele surgir un gran apetito, con preferencia por los alimentos dulces. Weil y Rosen (1993) comprobaron que la teoría de que se debía a una hipoglucemia provocada por la acción de los componentes activos de la hierba era un error, ya que ellos encontraron que no hay cambios de importancia en los valores sanguíneos del azúcar después de haber fumado cannabis.

Después de consumirla entre cuatro y 20 veces, dependiendo de la personalidad y las circunstancias, el consumidor aprende a conocer la gama básica de los posibles efectos y éstos pueden volverse hasta cierto punto manejables. Según varios informes, la marihuana suele acentuar o aumentar los rasgos básicos de la personalidad, es decir, si una persona es introvertida, lo será más, pero si tiene una personalidad con tendencia psicótica, podría convertirse en un auténtico psicótico.

En el campo intelectual, la cannabis incrementa la imaginación, pero disminuye la concentración. El lenguaje suele cambiar de ritmo y algunas veces presentarse incoherente, aunque el intoxicado suele tener la impresión de que se está expresando con ingenio y brillantez (Azuela y Vidal, 1995).

Esta situación es muy marcada en los consumidores iniciales; no obstante, algunos usuarios habituales llegan a sortear tales efectos y aseguran que son capaces de sacarle provecho al proceso (Burroughs, 1996).

En cuanto a los efectos físicos, tenemos que después de la administración se presenta una ligera aceleración del ritmo cardiaco, enrojecimiento de los ojos y sequedad de la boca. La coordinación psicomotriz también puede sufrir alteraciones dependiendo de la cantidad utilizada.

Varias de las fuentes consultadas señalan que la mayoría de consumidores que han fumado marihuana diariamente durante un lapso mayor a dos

años, presentan un patrón crónico de fatiga, pereza, inestabilidad emocional, falta de energía, falta de motivación, disminución de la productividad y pérdida de la iniciativa (Solana, 2004).

EFFECTOS DE LA MARIHUANA EN LA MUJER

El efecto de la marihuana en la mujer, probablemente en una gran cantidad de casos, es duradero. Las mujeres que usan esta droga generalmente experimentan un cambio en el ciclo menstrual debido al efecto del THC en el hipotálamo, el cual regula la liberación de hormonas de la glándula pituitaria; esto provoca un descontrol de la concentración y el pensamiento. En el caso de un consumo crónico, se han detectado anormalidades menstruales en las mujeres.⁷

Diferentes investigaciones han revelado la relación entre el uso de marihuana antes de la concepción y durante el embarazo, y una alta incidencia en el efecto tóxico, así como las defunciones del producto (Artazcoz y Borrell, 2007).

Por lo regular, los hijos de mujeres que fuman marihuana presentan bajo peso al nacer, problemas de atención en el aprendizaje, y menor calidad afectiva con sus padres.

EFFECTOS DE LA MARIHUANA EN EL HOMBRE

Varios investigadores han demostrado que el uso moderado de la marihuana disminuye el número, la concentración y la movilidad de los espermatozoides, produciendo a su vez una cantidad de espermatozoides deformados. Los cannabinoides perturban el desarrollo de los mismos en los testículos y afectan el hipotálamo. También provoca la disminución en la concentración de testosterona.

⁷Drug Free World. "Los efectos dañinos de la marihuana". Recuperado el 40 de octubre de 2014, de <http://es.drugfreeworld.org/drugfacts/marijuana/the-harmful-effects.html>

FACTORES QUE INFLUYEN EL CONSUMO:
SOCIALES Y CULTURALES, GÉNERO, PSICOLÓGICOS, POLÍTICOS,
RELIGIOSOS, CONTEXTUALES, AMBIENTALES, ECONÓMICOS

Los factores de riesgo implican las características o cualidades de un sujeto que se sabe van unidas a una mayor probabilidad de daño a su propia salud (Rodríguez, 1995). Así pues, es de esperarse que un adolescente que se inicia con un patrón de consumo de sustancias tenga un mayor riesgo de deterioro físico, mental e incluso social, y esto, aunado a problemas de interacción y comunicación con sus padres, incrementa el riesgo de adicción.

Las relaciones entre los factores que influyen con el daño son complejas, ya que éstos actúan de forma distinta en diferentes individuos y en diversas circunstancias. Asimismo, el daño que se ocasiona en una determinada circunstancia puede ser más adelante el factor desencadenante de otro problema.

En particular, el desarrollo de las personas está enmarcado por la exploración y los comportamientos justamente generadores de riesgos, mismos que comprometen la salud y los planes de vida de cada individuo. Por lo tanto se han destacado diferentes factores, tales como la sociedad, la cultura, así como económicos, contextuales, etcétera (CONTRADROGAS, 1999).

SOCIALES Y CULTURALES

Bell (2000) y Mangham (1995) proponen algunos factores sociales que influyen en la aparición de conductas relacionadas al consumo de cualquier sustancia y que conducen a resultados negativos en todos los casos. Los individuos sufren un proceso de independencia social que puede producirse en dos situaciones: cuando existe un soporte familiar abierto, capaz de asimilar los cambios requeridos para la independencia de una persona, y cuando la cultura ofrece desafíos estructurados que permiten el tránsito a nuevas posiciones dentro de la sociedad, equivalente a los ritos de las mismas.

Así pues, los factores sociales y culturales a los que está asociado el consumo de la marihuana están vinculados inicialmente a que puede existir

acceso a mayor cantidad de lugares de venta, producción y consumo; a su vez, la falta de compromiso de las autoridades sociales por no asumir su papel en el combate en contra de esta droga; esto relacionado a la permisividad que le da la sociedad al consumo de esta sustancia y no ser acorde el marco jurídico con las sanciones impuestas. Por lo tanto, la ausencia o el inadecuado diseño de las políticas públicas de organizaciones gubernamentales, es otro factor que incide en el consumo. Además de la influencia de algunos medios de comunicación que contribuyen a la práctica consciente de dicha actividad.

Las principales motivaciones que conducen a probar la marihuana en jóvenes suelen ser la curiosidad, la necesidad de experimentar nuevas sensaciones y la diversión (Ministerio del Interior, 2002). Por su parte Amigó y Seshadri (1999) realizaron estudios a jóvenes consumidores frecuentes de cannabis y encontraron que el placer, el olvido de situaciones adversas o simplemente sentirse en “onda” y disfrutar más de la diversión, son otras razones.

GÉNERO

El género incluye los aspectos sociales y culturales de la feminidad y la masculinidad definidos por la cultura e interiorizados por cada persona. Es decir, características que trascienden las diferencias entre los sexos centradas exclusivamente en aspectos biológicos (Badinter, 1993). En la identidad de género, lo que consideramos como propio o característico de lo femenino o lo masculino, no es algo natural, sino una construcción cultural que se modifica con el paso del tiempo, que condiciona de manera importante los comportamientos, actitudes y percepciones de las personas, y que establece diferencias en el poder y la autoridad de hombres y mujeres. Nacer hombre o mujer implica vivir en contextos culturales con posiciones y recursos desiguales, de tal forma, también con valores, creencias y actitudes distintas (Verbrugge, 1989).

De acuerdo a estos roles femenino y masculino, las mujeres se preocupan más y aplican más autocuidados a su salud que los hombres, de tal modo que algunas de las principales causas de consumo son por cuestiones de preocupación.

A pesar del papel que el género tiene como condicionante de la salud, un problema muy frecuente a la hora de hacer frente a los riesgos que entraña el consumo de drogas consiste en considerar a la población como un todo homogéneo, en el que domina la perspectiva masculina. Todavía hoy se tiende a pensar que el consumo femenino de drogas carece de elementos singulares, ofreciendo por lo tanto las mismas interpretaciones y respuestas para hombres y mujeres, a pesar de que los factores que llevan a cada uno a iniciarse en el consumo de drogas o a abusar de estas sustancias no siempre son coincidentes, como tampoco lo son sus patrones de consumo, las consecuencias o los problemas que provocan, ni las necesidades que presentan.

Lo que se observa es que, en torno al consumo de drogas, hay estigmatización sobre las mujeres debido su aislamiento social, que a la vez favorece el encubrimiento del problema, y la ausencia o demora en la fase de ayuda para superarlo (Rubio y Velázquez, 2000).

Diversos estudios señalan que el consumo de cannabis duplica el riesgo de aparición de desorden bipolar y esquizofrenia. En una revisión realizada por Leweke y Koethe (2008), se describieron disturbios específicos del pensamiento, alteraciones perceptuales y delirios tras la administración de un extracto estandarizado de *cannabis sativa*; dentro de estos efectos reportan depresión mayor o ansiedad, cambios cognitivos y comportamentales. Otros estudios utilizaron D9-THC sintético para inducir psicosis: se observaron tanto alteraciones de la percepción como síntomas esquizoides transitorios y cognitivos tras administración oral o endovenosa. Sin embargo, es evidente que aún se requiere estudios clínicos y experimentales para aclarar el papel fisiopatológico del sistema endocanabinoide en la esquizofrenia y diversas condiciones neuropsiquiátricas (Leweke y Koethe, 2008). En cuanto al uso de cannabis para trastornos bipolares y depresión mayor existe evidencia mixta, un estudio muestra que el consumo de cannabis en las niñas menores de 15 años elevó significativamente el riesgo de suicidio en los 15 años siguientes. La ira e irritabilidad, ansiedad y nerviosismo, inquietud, pérdida de peso, dificultad para dormir y sueños extraños son reportados frecuentemente tras un periodo de abstinencia de la marihuana (Schierenbeck, Riemann, Berger y Hornyak, 2008). El uso crónico de cannabis se ha relacionado, además, con déficits en la cognición, particularmente la memoria y el funcionamiento normal de las

estructuras cerebrales sensibles a los cannabinoides. Battisti (2010) examinaron la capacidad para inhibir una respuesta de lectura automática y determinar la habilidad de resolución de conflictos.

PSICOLÓGICOS

Esquizofrenia

De la esquizofrenia se ha escrito y hablado mucho, pero la realidad es que en el fondo, es la gran desconocida; o mejor dicho, lo son quienes la padecen. Las personas que tienen una enfermedad mental tienen afectado su tono afectivo, su conducta y la manera en que se comunican con otras personas. Estamos más preparados para aceptar y comprender el caso de las enfermedades físicas. Otros elementos que tienden a confundir son que estos trastornos no tienen causas conocidas o fáciles de reconocer, varían de una persona a otra y su tratamiento también es confuso.

La salud mental y la enfermedad mental dependen de nuestro estilo de vida, de la calidad de las relaciones afectivas que tenemos, de nuestra capacidad para amar y aceptar a los demás, dar confianza y apoyo, recibirlos, y de nuestra tolerancia. Por lo regular hay un incremento de la densidad de los receptores por el consumo de cannabis. Se ha encontrado asociación entre polimorfismos del gen *CNR1* que controla los receptores y por lo tanto genera esquizofrenia (Verdoux, 2003; Lyons, 2004).

Paranoia

En paranoia los síntomas aparecen gradualmente, y el paciente es sentimental, suspicaz, irritable, introvertido, obstinado, celoso, egoísta, antisocial y amargo. Por lo tanto sus relaciones sociales y de la familia no son deseables, y mientras que él tiene las expectativas más altas, el esfuerzo que está preparado para expender es correspondientemente pequeño. Aquí la persona no reconoce sus propias faltas, por lo que, en cuanto a la relación con el cannabis, no hay una relación simple y directa entre consumo, de cannabis y la génesis de un trastorno mental. Existen bastantes trabajos que indican que no hay asociación entre el uso moderado del cannabis y un trastorno mental u otros problemas asociados con las drogas; sin embargo, los hechos

muestran lo contrario: tal y como plantea Stefanis (2004), existen factores mediadores para el daño psicológico, los cuales están asociados con la alta frecuencia de uso, consumo de otras drogas legales e ilegales, menor edad de comienzo, etcétera.

POLÍTICOS

En la actualidad, las políticas se establecen con relación a la permisibilidad y control en el uso y consumo de marihuana, ya que cada país y cada cultura tiene las propias. Como ejemplo, hay países en donde el consumo de cualquier droga está legalizado, y algunos lugares en donde ciertas drogas se utilizan con propósitos curativos o religiosos. Ahora bien, las leyes establecidas con relación a la producción, venta, tráfico y distribución de drogas en algunos casos no son aplicadas como debería ser, a causa de la injusticia, la impunidad y la corrupción (Reymond, 1970).

RELIGIOSOS

Según Araos y Valenzuela (2006), la religión de una persona constituye un factor protector del consumo de drogas, sobre todo en el caso de las drogas ilícitas como marihuana, resaltando el hecho de que las personas religiosas tienden a consumir menos drogas que las personas que no participan de alguna religión; por otra parte, el consumo en los adolescentes católicos, respecto a las drogas lícitas, no se diferencia significativamente del consumo de los estudiantes que no se adscriben a creencias religiosas, por lo tanto, un pensamiento teológico se convierte en un factor poco relevante para la adquisición de una droga.

CONTEXTUALES

En cualquier contexto, cada joven tiene un entorno interpersonal y social que es único y comprende a sus padres, hermanos, compañeros y otros adultos importantes para su vida y desarrollo. En el contexto familiar se pueden dar circunstancias y ciertos factores que favorezcan el acerca-

miento de los jóvenes al consumo de marihuana, donde los adolescentes continuamente estén expuestos a modelos que presenten una conducta adictiva. El consumo de drogas por los padres es motivo de observación para los hijos, que por imitación adoptan la tendencia a consumir estas sustancias, aprendiendo que son consideradas una solución siempre que surge algún tipo de problema. Los intereses y las expectativas de los compañeros contribuyen en gran medida a determinar que una persona adquiera marihuana (o cualquier otro tipo de droga).

La mayoría de jóvenes consumidores de marihuana, las obtienen de personas de su edad, por el deseo de integrarse en el grupo y de tener intercambio social dentro de él, y puede dar como resultado que se inicie y se mantenga el uso de drogas si algunos miembros influyentes de ese grupo son consumidores habituales (Calafat, 2000).

La falta de comunicación real entre padres e hijos hace que éstos se distancien poco a poco del entorno familiar, al no encontrar allí respuesta a sus problemas. La falta de dedicación de los padres a la educación de los hijos o el deficiente control por un excesivo liberalismo en la educación, son factores generales relacionados con la educación que resultan en una inadecuada formación de los jóvenes. Estos factores desencadenantes suponen que se produzca falta de diálogo en la familia, manteniéndose en muchos casos actitudes ambiguas frente a las drogas; que se produzcan diversos tipos de carencias afectivas y un ambiente que no favorece el crecimiento personal, con falta de independencia y de capacidad para afrontar situaciones problemáticas.

AMBIENTALES

Hoy en día nos enfrentamos a una creciente medicalización: ésta constituye la solución mágica a todo tipo de problemas. Se genera así un hábito farmacológico con uso abusivo de diversos medicamentos. Los niños están acostumbrados a observar cómo sus padres acuden a los fármacos como solución a cualquier desajuste personal. Resulta sencillo generalizar el culto del fármaco al uso de las drogas. El drogodependiente es siempre víctima de una situación social determinada. Los seres humanos, a través de su comportamiento, buscan la adaptación a su medio. En la

adolescencia se facilita la conducta de probar; es decir, durante el proceso de socialización y cuando el control de la conducta de los sujetos deja gradualmente de estar en manos de los padres para ir adquiriendo un cierto grado de autocontrol; este es el momento en que existe el máximo riesgo. Así pues, supone incidir de forma directa sobre los fenómenos de toda índole (personales, influencias) que facilitan, en ciertos sujetos, el desarrollo de pautas disfuncionales de consumo de marihuana como producto de la experimentación (Beltrán, Hernández, Arévalo, Martínez y Bermúdez, 2015).

ECONÓMICOS

La correlación entre los procesos económicos y políticos, y los cambios en las prácticas de consumo de marihuana, se ha convertido en uno de los principios de inteligibilidad básico de las perspectivas actuales sobre el consumo de drogas. Si bien esta correlación es una condición necesaria para el entendimiento de las modificaciones y las características de los contextos en el que el uso de drogas tiene lugar, no es suficiente.

La inclusión de las perspectivas y experiencias de los propios actores sociales, en este caso, de los usuarios de drogas, ha sido uno de los principales aportes de las investigaciones antropológicas sobre el uso de drogas en contextos de pobreza y marginación social. Los estudios etnográficos han podido documentar en detalle las prácticas de consumo de drogas y sus vínculos con las dinámicas de la vida cotidiana; los cambios en las economías locales (legales e ilegales); las relaciones de género y prácticas sexuales; los patrones de violencia, y las consecuencias de la criminalización y la represión (Ramstrom, 2004).

Lejos de ser sujetos pasivos, los usuarios intensivos de marihuana llevan a cabo prácticas, desarrollan vínculos, estrategias de subsistencia y producciones simbólicas con las que se oponen precariamente a las condiciones de opresión y a sus malestares. El estigma, la discriminación y las sanciones sociales que recaen sobre el uso de drogas promueven el aislamiento progresivo de los usuarios. El deterioro de la calidad y la elevada toxicidad de las “drogas para pobres”, ha tenido amplias consecuencias en el estado de salud, ocasionando daños más o menos permanentes a los

usuarios. La mayor dependencia de las actividades ilegales (robo, venta menor de drogas, etcétera) para obtener recursos se ha agudizado en el curso de los últimos años, juntamente con su mayor exposición a peligros que comprometen su supervivencia (Bourgois y Bruneau, 2000). Además, entre los amplios efectos a largo plazo de la criminalización del uso de drogas, se destaca el distanciamiento, evasión y sospecha de los usuarios respecto de las instituciones estatales, específicamente de salud. En este sentido, el crecimiento constante de las estadísticas de consumo y de muerte joven es susceptible de ser considerado como resultado de una compleja conjunción de estos procesos.

Por esta razón, con la inclusión de la perspectiva de los propios actores sociales, se ha podido describir y analizar los conflictos y tensiones por los que las alternativas disponibles para resistir la opresión rutinaria y los malestares asociados a la exclusión, promueven frecuentemente nuevos órdenes de vulnerabilidad, deterioro y destrucción.

CONSECUENCIAS ESCOLARES Y LABORALES

A lo largo del tiempo se ha llegado a establecer una relación clara entre el consumo de drogas en adolescentes y el bajo rendimiento académico, el abandono escolar, bajos índices de actividades extraescolares y escasas aspiraciones educativas. Una escuela que no responda a las necesidades educativas de sus alumnos está contribuyendo en cierta forma al consumo de drogas, al no ofrecer a éstos recursos para afrontar los problemas de la sociedad actual, entre los que las drogas ocupan uno de los principales lugares. La escuela genera muchas veces trabas al desarrollo personal y social de un joven, sin poner a su disposición la oportunidad para la resolución de sus problemas. La rigidez de las estructuras escolares y su apatía ante las necesidades individuales causan en los adolescentes problemas y rechazo hacia la escuela y sus contenidos (Vázquez, Ramos y Maravilla, s/f). Dado el contexto de competitividad en que se enmarca la escuela, el joven vive el fracaso en ella como la primera experiencia de fracaso social; ésta genera en él un proceso de ruptura y distanciamiento con el mundo de los adultos; también, falta de alternativas para el uso del tiempo de libre, que se traduce en pasar en el tiempo libre a

bares o discotecas. El agravamiento de una situación personal es bastante común en los antecedentes históricos del comienzo de consumo en los jóvenes.

MEDIDAS PARA ATENDER EL CONSUMO DE MARIHUANA

Tratamiento

En primer lugar, se hace necesario que el adolescente reconozca que necesita ayuda para rehabilitarse, entonces, la mejor opción es asistir a una institución especializada y de preferencia ser acompañado por sus familiares, con la finalidad de que éstos también reciban una orientación adecuada sobre el origen y las consecuencias de las adicciones, reforzando la importancia de la salud y los valores. Al tener valores, nos resistimos a la presión de otros y evitamos, por otra parte, el sentimiento de culpabilidad y frustración.

Cuando hablamos de cannabis, básicamente nos referimos a sus principales derivados: marihuana y hachís. Existe una percepción de poco riesgo entre las personas que lo consumen. Sin embargo, su uso y abuso no está exento de riesgos, siendo los más destacados: pérdida de la memoria, ansiedad, trastornos depresivos, brotes sicóticos (en aquellas personas de riesgo), entre otros.

Entre los métodos por los cuales podemos y debemos tratar el consumo de cannabis se encuentra:

- La promoción de los cambios en el estilo de vida y, a su vez, explicar al paciente los efectos negativos del consumo a largo plazo.
- Procurar alejar al paciente del ambiente propicio para el consumo de marihuana, y así motivar la impresión de autocontrol ayudado en parte por la familia. En el tratamiento de los pacientes muy jóvenes, trabajar la parte emocional.
- Abordaje terapéutico multidisciplinar, que incluye: información objetiva y fiable, orientación; terapia individual y de grupo, tanto para personas que consumen como para familias y entorno más próximo, acudiendo con algún profesional de la salud como psicólogos o psiquiatras, que

orienten sobre cómo manejar las emociones y su vinculación con la enfermedad de la adicción.

- Informarse sobre otro tipo de grupos como Alcohólicos Anónimos (AA), Cuarto y Quinto Paso, Centros de Integración Juvenil, clínicas de rehabilitación, etcétera.

PREVENCIÓN

El rechazo al consumo de marihuana es el resultado de varios elementos, entre ellos la información, la capacidad para mirar críticamente la realidad y el desarrollo de destrezas para decir “no” ante la oferta de una droga cualquiera, no sólo en específico la marihuana.

Existe también un fuerte componente afectivo ya que, en ocasiones, circunstancias como la soledad o la falta de opciones a futuro (escolares, familiares, comunitarias), pueden tener un peso mayor que la razón. Sin embargo, dotar a los jóvenes de herramientas de análisis y de capacidad de argumentación, brinda la posibilidad de resistir ante presiones sociales o condiciones personales que favorecen el inicio en el consumo.

Según el Sindicato Nacional de Trabajadores de la Educación (2010), la relación entre enojo y adicciones no es necesariamente directa: no toda persona que se enoja puede ser adicta, ni todo adicto tiene problemas de ira; sin embargo, aprender a manejar emociones permite desarrollar habilidades para enfrentar situaciones de frustración y evitar decisiones que puedan afectar la salud.

Aprender e informarse es fundamental para el ejercicio de los distintos ejes preventivos, ya que brinda un saber que puede aplicarse en diversas situaciones de riesgo y ayuda a ejercitar la toma de decisiones. Este caso implica acercarse a la comunidad y reconocer diferentes fuentes que pueden brindar información especializada o derivada de la experiencia.

Usar estrategias como la entrevista, brinda la posibilidad de que las personas indaguen sobre lo que realmente les interesa saber, que lo hagan de manera sistemática, y que ejerciten el uso de la palabra como una herramienta que les brinda poder y protección.

Es también una capacidad que habilita no solamente a los jóvenes, sino también a los niños, ya que éstos son el principal motor de la prevención

en el sentido que ellos son los más propensos a caer en el consumo de marihuana; por lo tanto, los niños y niñas deben educarse sobre diversos ámbitos de su vida, incluyendo la prevención de adicciones. Un proyecto de vida se gesta desde preguntas como: ¿quién soy? o ¿cómo soy?, y, a partir de ahí, empezar a imaginar qué quisiera ser, reflexionar de manera sencilla sobre el mañana y trazar algunas primeras metas.

Cabe recordar que un ejercicio en torno al proyecto de vida no requiere aludir explícitamente al tema de las adicciones. Generar proyectos de cualquier tipo sea en los estudios, el deporte, las relaciones personales, y tener expectativas en torno a ellos, son en sí herramientas para evitar o retrasar el consumo de drogas, ya que generan esperanza y perspectiva de futuro, defensas fundamentales contra las adicciones.

Si bien un elemento que favorece la elección de estilos de vida saludables es la capacidad para imaginar las causas y consecuencias de las decisiones que se toman, de modo que las acciones no sean vistas de manera aislada o como un acontecimiento generado de forma espontánea, pues caer en una adicción no es resultado de la herencia, el destino o la voluntad de otros; de la misma manera, superarla es el resultado de tomar decisiones y enfrentar condiciones adversas para cambiarlas.

Otra alternativa de prevención existe en la esfera más importante: la construcción de una identidad afirmada que permita enfrentar hechos o condiciones desfavorables; es un proceso gradual que inicia con la conformación del yo, saber lo que soy, reconocer y respetar lo que siento. La identidad también es el resultado de la vinculación con los otros, tales como la familia, los amigos o los medios de comunicación (Freud, 1904). Distinguir entre lo que soy y quiero, y lo que los demás esperan de mí, es una herramienta para resistir, por ejemplo, la influencia de consumidores de sustancias o los mensajes estereotipados de los medios, que invitan al consumo como vía para la aceptación social.

Un proyecto de vida se alimenta de varias fuentes; por una parte, las expectativas y metas individuales; y por otra, aquello que podemos planear con los demás, o sea, lo que queremos para nuestra vida en común. Acercarse a la comunidad en la que viven los niños, reconocer lo bueno y lo que necesita cambiar, es una forma de construir un sentido de futuro personal y colectivo. Es también una manera de entender el entorno como algo propio, que nos pertenece y al cual pertenecemos.

Este sentido de pertenencia comunitaria, igual que sentirse parte de un grupo de amigos de una familia, es parte fundamental en un proceso preventivo, siempre y cuando dichos grupos de pertenencia brinden alternativas saludables y sean espacios de esperanza, en los que se puede participar para mejorar (SNTE, 2010).

CONCLUSIONES

Se puede mencionar que el consumo de marihuana, desde una visión de género, se debe a diversos factores, hábitos y estilos de vida, pero sobre todo a las cuestiones del entorno o contexto, ya que originan este problema de salud que está vinculado a los valores. Al observar y analizar estos comportamientos que influyen en el problema, es importante acudir a instituciones para ser orientados en una nueva construcción social que nos lleve a tener armonía y, por lo tanto, estabilidad en cualquier sentido ya sea emocional, físico o contextual.

Los consumidores de cannabis suelen argumentar que se trata de una sustancia más natural y menos dañina que el tabaco, cuando en realidad ha quedado demostrado que el cannabis, al igual que la nicotina, afecta negativamente la salud física y mental de quien lo consume (Comisión Clínica, 2009; Quiroga, 2000a, 200b; Rödnner, Olson y Room *et al.*, 2008).

FUENTES CONSULTADAS

- ALDINGTON, S., M. Harwood, B. Cox, M. Meatherall, L. Beckert y A. Hansell *et al.* (2008). "Cannabis Use and Risk of Lung Cancer: A Case-Control Study". *European Respiratory Journal*, 31, 280-286.
- AMIGÓ, S. y V. Seshadri (1999). *Consumo de cannabis: determinantes y consecuencias en una muestra de estudiantes valencianos*. España: Información Psicológica.
- ARAOS, C. y E. Valenzuela (2006). *Comportamiento de riesgo en adolescentes chilenos, ¿es la religión un protector universal?*. Chile: Milenio.
- ARTAZCOZ, L. y C. Borrell (2007). "Género y salud". En *Libro blanco sobre mujeres y tabaco*. Informe sobre la situación actual del consumo de tabaco en las mujeres desde una perspectiva de género. Recomendaciones de futuro. Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. México: Ministerio de Sanidad y Consumo.

- AZUELA, R. y A. Vidal (1995). *Análisis psicológico y social de la Cannabis*, tesis de licenciatura en Psicología, México: UNAM.
- BADINTER, E. (1993). *La identidad masculina*. Madrid: Alianza.
- BATTISTI, R.A. (2010). "Chronic use of cannabis and poor neural efficiency in verbal memory ability". *Psychopharmacology*, 209(4): 319-340.
- BELL, N. (2000). *Attachment, Adolescent Competencies, and Substance Use: Developmental Considerations in the Study of Risk Behavior*. Substance Use & Misuse.
- BELTRÁN, Y., A. Hernández, A. Arévalo, A. Martínez y Z. Bermudez (2015). *Causas y consecuencias del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes con ambientes de vulnerabilidad familiar y contextos sociales conflictivos*. Tesis de la Universidad Abierta a distancia UNAD.
- BOURGOIS, P. y J. Bruneau (2000), "Needle Exchange, HIV Infection, and the Politics of Science: Confronting Canada's Cocaine Injection Epidemic with Participant Observation". *Medical Anthropology*, 18: 325-350.
- BURROUGHS, W. (1996). "Di no a la histeria de las drogas", en *Drogas: la prohibición inútil*, México: Milenio.
- BUSTOS, R. (1994). *La formación del género: el impacto de la socialización a través de la educación*. *Antología de la sexualidad humana*, México: Consejo Nacional de Población.
- CALAFAT, A. (2000). *Salir de marcha y consumo de drogas*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- CALAFAT, A., M. Juan, E. Becoña, C. Fernández, E. Gil y J.J. Llopis (2000). "Estrategias y organización de la cultura procannabis". *Adicciones*, 12 (Supl. 2), 231-273.
- CENTERWALL, B.S. (1992). *Television and Violence: the Escalade of the Problems and Where to Go from Here*. EUA: Ed. Special Communication.
- Comisión Clínica (2009). *Cannabis II. Informes de la Comisión Clínica*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- CONADIC, INPRE, INSP, Fundación Gonzalo Río Arronte. (2008). *Encuesta Nacional de Adicciones 2008*. México: INSP.
- CONTRADROGAS (1999). *Encuesta Nacional sobre Prevención y Uso de Drogas. Informe General*. Comisión de Lucha Contra el Consumo de Drogas. Lima: Contra drogas.
- FREUD, S. (1904). VI. "Psicopatología de la vida cotidiana". En *Obras completas de Sigmund Freud*. Moravia: Amorrortu editores.
- GÓMEZ, L. (1994). "Las drogas en la historia". En *Cártel historia de la droga*. Bogotá: Grupo Editorial Investigación y Concepto, pp. 59-68. 9.
- GRINSPOON, L. (1973). *Reconsideración de la marihuana*, México: Extemporáneos.
- IVERSEN, L. (2004). *Marihuana, conocimiento científico actual*, Barcelona: Ariel.

- KITZINGER, S. (1965). "The Rastafari cult of Jamaica", *Journal of Scientific Study of Religion*. EUA: Sheila.
- JIMÉNEZ, L., M.T. Bascarán, M.P. García-Portilla, P.A. Sáiz, M. Bousoño y J. Bobes (2004). "La nicotina como droga". *Adicciones*, 16 (Supl. 2), 143-153.
- LEWEKE, F.M. y D. Koethe (2008). "Cannabis and Psychiatric Disorders: It Is Not Only Addiction". *Addiction biology* [Internet]. Junio; 13(2): 264-275. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18482435>
- LORENZO, L. (1998). *Drogodependencias, farmacología, patología, psicología, legislación*. España: Editorial Panamericana.
- LUNDQVIST, T. (2005). *Cognocitive Consequences of Cannabis Use: Comparision with and executive functions*. Londres: Pharmacol Biochem.
- LYONS, M. (2004). *Neuropsychological Consequences of Regular Marijuana Use: Twin a Study*. Psychol med. Nueva York: Ed. Cambridge.
- MACK, A. (2003). *Tratamiento del alcoholismo y las adicciones*. Traducción de Ma. Jesús Herrera Gascón. Barcelona: Masson.
- MANGHAM, C. (1995.). "Resiliency: Relevance to Health Promotion Detailed Analisis". *Altantic Health Promotion Research Centre. Office of Alcohol, Drugs and Dependency Issues*. Dalhousie: University.
- Ministerio del Interior (2002). *Observatorio Español sobre Drogas: Informe 5*. [libro electrónico]. Citado el 14 de noviembre del 2011. Disponible en: <http://www.mir.es/pnd/doc/observat/estudios.htm>
- OMS (1997). *Cannabis: A Health Perspective and Research Agenda*. Geneva: Division of mental health and prevention of substance abuse, OMS.
- OPS (2009). *Epidemiología del uso de drogas en América Latina y el Caribe: un enfoque de salud pública*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- QUIROGA, M. (2000a). "Cannabis: efectos nocivos sobre la salud física". *Adicciones*, 12 (Supl. 2), 117-133.
- _____ (2000b). "Cannabis: efectos nocivos sobre la salud mental". *Adicciones*, 12 (Supl. 2), 135-147.
- _____ (2002). "Cannabis y psicopatología comórbida". *Adicciones*, 14, 191-200.
- RAMSTROM, J. (2004). "Adversos en la salud: consecuencias del consumo de cannabis". *Un estudio de los estudios científicos publicados*. Suecia: Instituto Nacional de Salud Pública.
- REYMOND RIVIER, B. (1970). *El desarrollo social del niño y del adolescente*. Barcelona: Herder. Fontanella.
- RIUS, L. (1996). "Nuestra mejor planta productiva", *Revista El Chamuco*, 8, México.
- RODRÍGUEZ, J. (1995). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Sevilla: Universidad de Sevilla.

- RÖDNER, S., B. Olsson y R. Room (eds.) (2008). *A Cannabis Reader: Global Issues and Local Experiences*, vol. 1. Lisboa: European Monitoring Centre for Drug and Drug Addiction.
- RUBIO, G. y A. Velázquez (2000). "Mujer y problemas por el alcohol". En *Guía práctica de intervención en alcoholismo*, Colegio de Médicos de Madrid.
- SCHIERENBECK, T., D. Riemann, M. Berger y M. Hornyak (2008). "Effect of Illicit Recreational Drugs Upon Sleep: Cocaine, Ecstasy and Marijuana". *Sleep medicine reviews* [Internet]. Octubre; 12(5): 381-389. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18313952>
- SNTE (2010). *Programa Nacional de Escuelas Seguras*. México: Secretaría de Educación Pública.
- SOLANA, L. (2004). *Plantas ancestrales de poder: una alternativa psicoterapéutica del presente y el futuro*, Barcelona: Editorial Índigo.
- STEFANIS, N. (2004). "Exposición de los adolescentes a principios de cannabis y dimensiones positivas y negativas de Psicosis". *Adicción*.
- SYDNEY, S. (2002). "Cardiovascular Consequences of Marijuana Use". *Journal of Clinical Pharmacology*, 42 (Supl. 11), 64-70.
- TAYLOR, D., D. Fergusson, B. Milne, J. Barry, L.J. Horwood y T.E. Moffitt *et al.* (2002). "A Longitudinal Study of the Effects of Tobacco and Cannabis Exposure on Lung Function in Young Adults". *Addiction*, 97, 1055-1061.
- TZIRAKI, S. (2012). "Trastornos mentales y afectación neuropsicológica relacionados con el uso crónico de cannabis". En *Rev. Neurol*; 54 (12): 750-760 751.
- VÁZQUEZ, R., M. Ramos y G. Maravilla (s/f). "Consumo de droga(s) y aprovechamiento escolar la convivencia y sus problemas; microculturas juveniles en la escuela". Ponencia presentada en el X Congreso Nacional de Investigación Educativa. *Área 17 convivencia, disciplina y violencia en las escuelas*.
- VERBRUGGE, L.M. (1989). "The twain meet: Empirical explanations of sex differences in health and mortality". *J Health Soc Behav*.
- VERDOUX (2003). *Efectos de la cannabis y la psicosis de vulnerabilidad en la vida cotidiana: una experiencia toma de muestras de ensayo estudio*. México: Medicina psicológica.
- WEIL, A. y W. Rosen (1993). *Del café a la morfina*. Barcelona: Integral.
- WITTON, J. (2008). "Cannabis Use and Physical and Mental Health". En S. Rödner, B. Olsson y R. Room (eds.), *A cannabis reader: Global issues and local experiences*, vol. 1. (117-140). Lisboa: European Monitoring Centre for Drug and Drug Addiction.
- WU, T.C., D.P. Tashkin, B. Djahed y J.E. Rose (1988). "Pulmonary Hazards of Smoking Marijuana as Compared with Tobacco". *New England Journal of Medicine*, 318, 347-351.

Índice

PRÓLOGO	5
ALCOHOLISMO	7
Introducción	7
Marco teórico: alcoholismo	
desde la visión de género	9
Marco histórico	11
Definiciones básicas: alcohol,	
alcoholismo, dependencia	15
Tipos de bebidas alcohólicas	17
Patrones de consumo	17
Estadísticas en México sobre el	
consumo del alcohol.	19
Abuso y tolerancia en el	
consumo del alcohol.	20
Efectos del alcohol en el organismo	21
Efectos del alcohol en la mujer	22
Efectos del alcohol en el hombre	23
Características del alcoholismo	25
Etapas de los efectos del alcohol en el organismo	26
Complicaciones en salud	26
Factores que influyen en el consumo	29
Consecuencias sociales	29
Prevención	31
Tratamiento	32
Conclusiones	34
Fuentes consultadas	35

TABAQUISMO	39
Introducción.	39
Conceptos básicos.	42
La problemática sobre el tabaquismo.	44
Estadísticas del consumo de tabaco:	
nivel mundial, nacional y estatal.	45
A nivel mundial	46
A nivel nacional.	47
A nivel del Estado de México.	47
Componentes del cigarro	48
Dependencia física a la nicotina	49
Dependencia psicológica a la nicotina	51
Tabaquismo y la salud en mujeres	52
Tabaquismo en adolescentes	53
Tabaquismo en adultos.	54
Tabaquismo y estrés.	55
Bioquímica de la nicotina	56
Daños a la salud	57
Enfermedades atribuibles al tabaco	57
México y su estrategia institucional	
contra el tabaquismo: SSA-CONADIC.	59
Políticas públicas de tabaquismo.	61
El precio/costos del cigarro	62
Espacios libres de humo de tabaco.	63
Regulación de la publicidad	64
Venta y distribución restringida.	65
Prevención	66
Educación para la salud	67
Conclusiones	68
Fuentes consultadas	69
MARIHUANA	73
Introducción.	73
Definiciones básicas	75
Marco histórico	75
Estadísticas de consumo de marihuana.	76
Efectos de la marihuana en el organismo	77
Efectos de la marihuana en la mujer	81
Efectos de la marihuana en el hombre.	81
Factores que influyen el consumo:	
sociales y culturales, género, psicológicos, políticos,	
religiosos, contextuales, ambientales, económicos.	82

Sociales y culturales	82
Género	83
Psicológicos	85
Políticos	86
Religiosos	86
Contextuales	86
Ambientales	87
Económicos	88
Consecuencias escolares y laborales	89
Medidas para atender el consumo de marihuana	90
Prevención	91
Conclusiones	93
Fuentes consultadas	93

De la obra
Adicciones y género en la sociedad moderna,
el proceso editorial se terminó en la Ciudad de México durante
el mes de octubre del año 2018. La edición impresa
sobre papel de fabricación ecológica con
bulk a 80 gramos, estuvo al cuidado
de la oficina litotipográfica
de la casa editora.



En este libro veremos cómo el enfoque de género permite identificar las motivaciones del inicio y mantenimiento de la dependencia a alguna droga, conducta que hace algunos años antes era exclusiva de los hombres, puesto que el consumo de sustancias tóxicas era (y es) una práctica básicamente social.

Desde la perspectiva de género, tanto hombres como mujeres pueden padecer alguna adicción, sin importar raza, color, sexo, idioma, ideología, situación social, etcétera; sin embargo, tanto el proceso, el padecimiento y la dependencia, así como su tratamiento son distintos y, por consiguiente, merecen un trato diferente por presentar diversas características, tanto biológicas como emocionales y sociales, las cuales deben ser atendidas y priorizadas de acuerdo con las necesidades de cada persona sin ejercer ningún tipo de violencia o abuso a sus derechos. Esto abrirá el panorama para desarrollar estrategias efectivas para la prevención y tratamiento desde un enfoque integral.



Universidad Autónoma
del Estado de México



estudios
de género