The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a large circular emblem in the background. It features a central figure of a man in a crown and robes, surrounded by various symbols including a castle, a lion, a column, and a mountain. The Latin motto "LETTERAS ORBIS CONSPICUA CAROLINA ACADEMIA COACTEMALENSIS INTER" is inscribed around the perimeter.

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA -CIEPs-
“MAYRA GUTIÉRREZ”**

**“FACTORES DE PROTECCIÓN QUE INCIDEN EN LA CESACIÓN DEL
CONSUMO DE CIGARRILLO”**

**ZONIA EDITH DE LEÓN HERRERA
OLGA LETICIA CARÍAS ORELLANA**

GUATEMALA, NOVIEMBRE 2012

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA -CIEPs-
“MAYRA GUTIÉRREZ”**

**“FACTORES DE PROTECCIÓN QUE INCIDEN EN LA CESACIÓN DEL
CONSUMO DE CIGARRILLO”**

**INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO AL HONORABLE
CONSEJO DIRECTIVO
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

POR

**ZONIA EDITH DE LEÓN HERRERA
OLGA LETICIA CARIÁS ORELLANA**

**PREVIO A OPTAR EL TÍTULO DE
PSICÓLOGAS**

EN EL GRADO ACADÉMICO DE

LICENCIADAS

GUATEMALA, NOVIEMBRE 2012

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a large circular emblem. It features a central shield with a figure on horseback holding a staff, a lion rampant, and a castle. The shield is surrounded by various symbols including a crown, a lion, a castle, and a column with a banner. The Latin motto "CETERAS ORBIS CONSPICUA CAROLINA ACADEMIA COACTEM" is inscribed around the perimeter of the seal.

**CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA**

**DOCTOR CÉSAR AUGUSTO LAMBOUR LIZAMA
DIRECTOR INTERINO**

**LICENCIADO HÉCTOR HUGO LIMA CONDE
SECRETARIO INTERINO**

**JAIRO JOSUÉ VALLECIOS PALMA
REPRESENTANTE ESTUDIANTIL
ANTE CONSEJO DIRECTIVO**



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9ª. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"

Tel. 24187530 Telefax 24187543

e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

CC. Control Académico

CIEPs.

Archivo

Reg. 035-2012

DIR. 2145-2012

De Orden de Impresión Informe Final de Investigación.
Proyecto Extraordinario de Graduación

12 de noviembre de 2012

Estudiantes

Zonia Edith de León Herrera

Olga Leticia Carías Orellana

Escuela de Ciencias Psicológicas

Edificio

Estudiantes:

Transcribo a ustedes el **ACUERDO DE DIRECCIÓN DOS MIL CIENTO TREINTA Y DOS GUIÓN DOS MIL DOCE (2132-2012)**, que literalmente dice:

“DOS MIL CIENTO TREINTA Y DOS: Se conoció el expediente que contiene el Informe Final de Investigación, del Proyecto Extraordinario de Graduación, titulado: **“FACTORES DE PROTECCIÓN QUE INCIDEN EN LA CESACIÓN DEL CONSUMO DE CIGARRILLO”**, de la carrera de: Licenciatura en Psicología, realizado por:

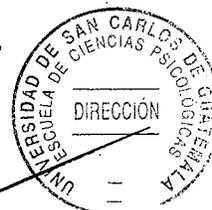
Zonia Edith de León Herrera
Olga Leticia Carías Orellana

CARNÉ No. 87-14002
CARNÉ No. 91-15276

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por Licenciado René Abrego y revisado por Licenciada Astrid Lorena Montenegro. Con base en lo anterior, se **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación de Tesis, con fines de graduación profesional.”

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”



Doctor César Augusto Lambour Lizama
DIRECTOR INTERINO



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-
9ª. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"
Tel. 24187530 Telefax 24187543
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

Escuela de Ciencias Psicológicas
Recepción e Información
CUM/USAC
RECIBIDO
FIRMA: *[Signature]* HORA: 14:00 Registro: 85-1

CIEPs
REG:
REG:

2001-2012
035-2012
035-2012

INFORME FINAL

Guatemala, 29 de octubre 2012

SEÑORES
CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO

Me dirijo a ustedes para informarles que la Licenciada Astrid Lorena Montenegro Zacarias ha procedido a la revisión y aprobación del INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN DEL PROYECTO EXTRAORDINARIO DE GRADUACIÓN titulado:

“FACTORES DE PROTECCIÓN QUE INCIDEN EN LA CESACIÓN DEL CONSUMO DE CIGARRILLO.”

ESTUDIANTE:
Zonia Edith de León Herrera
Olga Leticia Carías Orellana

CARNE No.
87-14002
91-15276

CARRERA: Licenciatura en Psicología

El cual fue aprobado por la Coordinación de este Centro el día 26 de octubre 2012 y se recibieron documentos originales completos el día 26 de octubre 2012, por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes para obtener ORDEN DE IMPRESIÓN

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

[Signature]
Licenciado Marco Antonio García Enriquez
COORDINADOR



Centro de Investigaciones en Psicología-CIEPs. “Mayra Gutiérrez”



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9ª. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"

Tel. 24187530 Telefax 24187543

e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

CIEPs: 2002-2012

REG: 035-2012

REG 035-2012

Guatemala, 29 de octubre 2012

**Licenciado Marco Antonio García Enríquez,
Centro de Investigaciones en Psicología
-CIEPs.-"Mayra Gutiérrez"
Escuela de Ciencias Psicológicas**

Licenciado García:

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que he procedido a la revisión del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN, DEL PROYECTO EXTRAORDINARIO DE GRADUACIÓN** titulado:

"FACTORES DE PROTECCIÓN QUE INCIDEN EN LA CESACIÓN DEL CONSUMO DE CIGARRILLO."

ESTUDIANTE:

Zonia Edith de León Herrera

Olga Leticia Carías Orellana

CARNÉ No.

87-14002

91-15276

CARRERA Licenciatura en Psicología

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE** el día 25 de octubre 2012 por lo que solicito continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

**Licenciada Astrid Lorena Montenegro Zacarias
DOCENTE REVISOR**



Arelis./archivo

Guatemala, 31 de agosto 2012

Licenciado:

Marco Antonio García Enríquez
Coordinador Centro de Investigaciones en
Psicología -CIEPs- "Mayra Gutiérrez"
Centro Universitario Metropolitano-CUM-

Estimado Licenciado García:

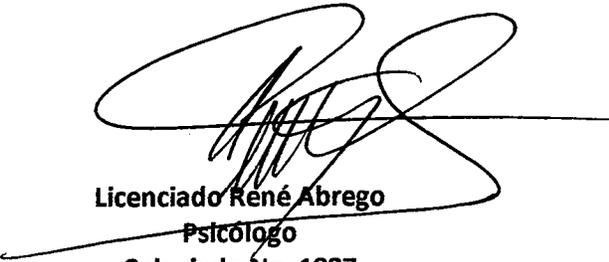
Por este medio me permito informarle que he tenido bajo mi cargo la asesoría de contenido del **INFORME FINAL** de la investigación Titulada **"FACTORES DE PROTECCION QUE INCIDEN EN LA CESACION DEL CONSUMO DE CIGARRILLO"** realizado por los estudiantes:

NOMBRE	CARNE
5. Zonia Edith de León Herrera	8714002
6. Olga Leticia Carias Orellana	9115276
7. Silvia Esperanza Vásquez Chamalé	200214894
8. Luis Alberto Herrera Pérez	200216410

Esta Investigación Cumple con los requerimientos solicitados por lo que emito **DICTAMEN FAVORABLE** y solicito se proceda a la revisión y aprobación correspondientes.

Sin otro particular, me suscribo,

ATENTAMENTE,



Licenciado René Abrego
Psicólogo
Colegiado No. 1887
Asesor de Contenido



Hospital General
San Juan de Dios
Guatemala, C.A.

Departamento de Medicina Interna
Sección de Psicología
Clínica de Cesación del Tabaco

Guatemala, 12 de Septiembre del 2012

Licenciado
Marco Antonio García Enríquez
Coordinador Centro de Investigaciones en Psicología
-CIEPs- "Mayra Gutiérrez"
Escuela de Ciencias Psicológicas
CUM

Licenciado García:

Deseándole éxito al frente de sus labores, por este medio le informo que los estudiantes: Zonia Edith de León Herrera con carnet no. 8714002, Olga Leticia Carias Orellana Carnet No. 9115276, Luis Alberto Herrera Pérez Carnet No. 200216410, Silvia Esperanza Vásquez Chamalé Carnet No. 200214894, realizarán en esta institución la aplicación de 9 encuestas, como parte del trabajo de Investigación titulado: "Factores de Protección que Inciden en la Cesación del Consumo de Cigarrillo" en el periodo comprendido del 27 de Agosto al 10 de Septiembre del presente año, en horario de 09:00 a 10:00 horas.

Los estudiantes en mención cumplieron con lo estipulado en su proyecto de Investigación, por lo que agradecemos la participación en beneficio de nuestra institución.

Sin otro particular, me suscribo,



Licenciada. María Teresa Gaitán Juárez
Jefe de Sección de Psicología, Departamento de Medicina Interna
Tel. 23219191 Ext. 6500

PADRINOS DE GRADUACION

POR ZONIA EDITH DE LEÓN HERRERA

**NORA SOSA DE MONTENEGRO
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
COLEGIADO 3495**

**AXEL OSWALDO AVENDAÑO HIGUEROS
INGENIERO MECANICO INDUSTRIAL
COLEGIADO 6476**

POR OLGA LETICIA CARÍAS ORELLANA

**CARLOS ALBERTO LOPEZ LOPEZ
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
COLEGIADO 5951**

DEDICATORIA

DE: ZONIA EDITH DE LEÓN HERRERA

Acto que dedico a Dios todo poderoso y a la Santísima Virgen María, por desarrollar en mí un espíritu de fe, fortaleza, bondad, entrega y confianza de mi misma.



A mis padres, Víctor Manuel De León y Felipa Herrera, por ser mi mayor inspiración para el éxito en la vida, porque son el mejor regalo que Dios proporcionó a mí existir, la mejor fuente de amor, ternura y comprensión.

A mis hermanos Elmer y Milvia, a quienes Dios llamó a su presencia Gracias por ser mis amores, gracias por enseñarme que en medio del dolor se puede sonreír aún. A Carlos, Edgar, Jorge y Maritza, porque juntos hemos experimentado las alegrías y tristezas que forjaron nuestro carácter, y promueven nuestra orientación al éxito.

A mis cuñadas, Gabriela, Gabriela Janeth y Norita por envolverme en su cariño, atención y comprensión, porque se han consolidado como mis hermanas a quienes amo con todo mi corazón.

A mis sobrinos, Evelyn, Elibeth, Estuardo, Farid, Zulay, Wendy y Mariano por compartir conmigo sus sonrisas, su cariño y travesuras. A mis sobrinos-nietos, Ariana. Una estrellita más en el cielo que alumbró mi vida, a Danna Sofia y Pablo André, quienes con su presencia han conquistado mis pensamientos y emociones hacia ellos.

A la familia Pinto Monrroy, mi segunda familia, por su amor incondicional, por el calor de hogar y por toda la felicidad que me han proporcionado su compañía.

A mis compañeros de promoción, Silvia, Lety y Luis, por su apoyo y comprensión, porque juntos hemos iniciado y finalizado la etapa concluyente de esta meta.

A mis compañeros y amigos porque con nuestra convivencia, contribuyen al fortalecimiento de valores y principios que mantienen la visión de vida, la visión de éxito en mi persona.

A mis compañeros Sanjuaneros de Corazón por el cariño, apoyo y comprensión y en especial a quienes colaboraron y estuvieron a mi lado en todo momento.

DEDICATORIA

DE: Olga Leticia Carias Orellana de López

A DIOS Y LA VIRGEN MARIA. Por permitirme realizar uno de mis más grandes sueños, y porque con su infinito amor me han dado la sabiduría suficiente para culminar mi carrera universitaria.

A MIS PADRES: Casimiro Carias Carranza y Leonor Orellana de Carias.

Con mucho amor, porque sin escatimar esfuerzo alguno, han sacrificado gran parte de su vida para formarme como persona de bien, llegando a poder realizarme como profesional. A mi papá porque nunca podré pagar todos los desvelos, sacrificios y autoridad que con amor tuvo durante mi crianza, así como la paciencia, amor, dedicación y perseverancia digna de admiración, que mi mamá me mostro y que sirvieron de base para mi autorrealización, ni aún con las riquezas más grandes del mundo podré pagarles todo lo que me han dado, gracias por ser unos padres muy especiales, los amo mucho.

A MI ESPOSO: Licenciado Carlos Alberto López López.

Dedicado muy especialmente a ti, que por tu amor, paciencia y ayuda en los momentos que más lo necesitaba, contribuyeron en gran parte a mi autorrealización. Te amo.

A MI HIJO Carlos Javier López Carias. Mi tesoro maspreciado, gracias por la paciencia que tuviste en los momentos cuando mami estaba estudiando, tú eres el motivo de lucha para alcanzar mis sueños. Te amo.

A MIS HERMANOS: Elsa Magaly, Lilian Nineth, Manuel Emilio, Ronald Eduardo, por el amor y el apoyo que nos brindamos como hermanos cuando lo necesitamos, y porque siempre estemos unidos así, los quiero mucho.

A MIS SOBRINOS: José Armando, Josúe, André, Luis Estuardo, Kris, Dieguito, María Fernanda, Diana, María Izabel, Pamela, María Alejandra, y Dulce. Con amor especial y como un incentivo a seguir con sus metas y sueños.

A MI SUEGRA: Licenciada Aida Guadalupe López Maldonado, Por sus consejos, cariño y todo su apoyo, muchas gracias.

A MIS COMPAÑEROS DE TESIS: Luis Alberto, Silvia y Sonia. Por los momentos de esfuerzo compartidos.

AGRADECIMIENTO

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

AL “PROGRAMA EXTRAORDINARIOS DE ACTUALIZACION E
INCORPORACION PROFESIONAL”

GRACIAS POR SU ACOMPAÑAMIENTO Y APOYARNOS PARA ALCANZAR
NUESTRAS METAS.

A LA **LICDA. MARIA TERESA GAITAN**, JEFE DEL AREA DE PSICOLOGIA
DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS, POR SU APOYO EN ESTA
INVESTIGACION.

A LA **LICDA. BEATRIZ VALLE SAMAYOA** , POR SU APOYO.

AL **DR. JESUS ARMANDO CHAVARRIA**, ASESOR TECNICO EN TABACO,
FACULTAD DE MEDICINA-USAC- POR COMPARTIR SUS CONOCIMIENTOS
Y LA AYUDA QUE NOS BRINDO EN ESTE PROCESO.

AL **LIC. RENE ABREGO**.POR LA ASESORIA Y ACOMPAÑAMIENTO EN ESTE
PROYECTO.

AL **LIC. MAURICIO MARTINEZ**, POR SU GRAN AYUDA.

A LOS COORDINADORES DEL PROGRAMA:

LICDA. ASTRID MONTENEGRO

LICDA. ROXANA PALMA

LIC. EDGAR CAJAS

LIC. JOSUE SAMAYOA HERRERA

POR SU APORTE Y TOTAL APOYO.

INDICE

1. PRELIMINARES

RESUMEN.....	01
PROLOGO.....	05

CAPITULO I

1. INTRODUCCION.....	07
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y MARCO TEORICO	
1.1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	09
1.1.2 OBJETIVOS	
1.1.2.1 OBJETIVO GENERAL.....	13
1.1.2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	13
1.1.3 MARCO TEORICO.....	14

CAPITULO II

2. TECNICAS E INSTRUMENTOS.....	40
2.1 TECNICAS.....	41
2.2 INSTRUMENTOS.....	42

CAPITULO III

3. PRESENTACION, ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS.....	49
--	----

CAPITULO IV

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
4.1 CONCLUSIONES.....	62
4.2 RECOMENDACIONES.....	64

BIBLIOGRAFIA.....	66
-------------------	----

ANEXOS.....	69
-------------	----

RESUMEN

Al inicio de nuestros antepasados el tabaco era un polvo molido el cual era aspirado en menor proporción en hojas enrolladas a modo de formar un cigarrillo. Dicho polvo también era utilizado como medicina el cual curaba migrañas fuertes, más tarde esta planta fue llamada Nicotiana y al alcaloide del tabaco lo llamaban Nicotina.

En el año 1964 detectaron los daños que causaba el tabaquismo a la salud. El cual llegó a causar muertes cada 10 segundos y al mismo tiempo era responsable del 6% de los fallecimientos anuales en el mundo, fue entonces en 1989 cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS), designó el 31 de mayo como el “Día Mundial sin Tabaco”. Esto fue para animar o alentar aquellos fumadores para que dejaran esa adicción y se dieran cuenta de lo negativo que era esa droga para la salud.

En los años 70 se distinguieron dos categorías básicas de esfuerzos para controlar el uso de las drogas y problemas asociados entre las cuales son “Programa de Reducción de la Oferta”, “Programa de Reducción de la Demanda”, fue aquí donde se inscribió la prevención, el tratamiento y la rehabilitación.

En los años 80 aparecieron programas de reducción de daños y riesgos que implicaban un nuevo enfoque para ampliar nueva acción y aún así se seguían presentando situaciones, abuso y dependencia a las drogas, lo cual era necesario intervenir a las personas. Así mismo la Secretaría de Educación Pública creó un programa de Educación Preventiva contra las adicciones. Dicho objetivo es fortalecer la construcción de factores de protección y fomentar estilos saludables.

Una de las estrategias que han adoptado algunos países han sido los ambientes libres de humo de tabaco, siendo el primer país que logró este objetivo Uruguay, teniendo un gran éxito a favor de ambientes libres de humo.

Seguidamente varios países se vieron en la necesidad de crear leyes con el fin de proteger a los habitantes. Siendo Guatemala uno de los países en que el gobierno ha tomado la decisión de crear factores de protección hacia la población.

Guatemala creó la Ley de Creación de los ambientes libre de humo de tabaco, la cual fue aprobada por el Congreso de la República según Decreto 74-2008, la cual entró en vigencia un 20 de febrero del 2009. En Guatemala el consumo de tabaco es uno de las mayores pandemias de todos los tiempos, ya que afecta al cerebro, vías respiratorias, e incluso a los órganos del sistema digestivo. El consumo de esta droga constituye una enfermedad crónica, evoluciona con recaídas y es una de las causas de muerte inevitable en el ser humano. Existen factores de protección los cuales hacen que el individuo logre un mejor manejo y control para no sufrir recaídas durante el proceso de cesación del cigarrillo, logrando que el paciente cambie a una conducta inadecuada por una conducta que le proporcione los beneficios para lograr una vida saludable.

En el Hospital General San Juan de Dios se encuentra una clínica de la cesación del tabaquismo, donde su objetivo es contribuir a disminuir el índice de recaídas de los pacientes que visitan dicha clínica, la cual consta de una inducción de información acerca de los daños que produce el tabaco, luego conocer los factores de protección los cuales van ayudando en el proceso de cesación del cigarrillo. Así mismo a reconocer los factores de riesgo a que se exponen.

En Guatemala se han adoptado algunas medidas legislativas para controlar el consumo del tabaquismo entre ellas están, que cada cajetilla de cigarrillos tengan la advertencia “El consumo de este producto es dañino para la salud”, se prohíbe fumar en autobuses, se prohíbe fumar en lugares de explosión, se prohíbe fumar en espacio privado. En el año 2000 fue aprobado el Decreto 50-2000 el cual restringe la publicidad del tabaquismo en la televisión

antes de las veintiuna horas. Así mismo prohíben incluir a menores de edad dentro de los anuncios de televisión.

La adicción a algún tipo de sustancias, en este caso el tabaco, es un factor muy importante de exclusión que existe en Guatemala y algunos países, esto se da cuando dichas personas se enfrentan a barreras culturales, físicas y sociales que les impiden el acceso a los diversos sistemas de la sociedad, la OMS dice que esta sustancia destruye a la persona provocando alteraciones y cambios en sus actitudes; ya que es una sustancia que se introduce en un organismo vivo, por cualquier vía ya sea por inhalación, ingestión, intramuscular, endovenosa la cual es capaz de actuar sobre el sistema nervioso central. Cabe mencionar cuando un ser humano desarrolla una dependencia en el consumo de una droga, esta influye en los distintos hábitos de su vida, tales como físico, psicológico y social.

Existen estrategias de prevención para el consumo del tabaco, con el objetivo de manejar y cambiar los factores que facilitan el consumo o potenciar los factores de protección que lo eviten. Qué es prevención? Se define como un conjunto de acciones dirigidas a evitar o reducir el consumo de sustancias psicoactivas, disminuyendo las situaciones de riesgo y limitando los daños asociados al consumo de dicha sustancia, entre los tipos de prevención que hay podemos mencionar: Prevención Primaria, Secundaria y Terciaria. La Prevención Primaria se refiere a estrategias para evitar el consumo dirigido a quienes no son consumidores, fundamentalmente niños y adolescentes. La Prevención Secundaria su objetivo es descubrir o acabar con un problema lo antes posible, o remediarlo parcialmente, intenta sobre todo la detección precoz del consumo. Así mismo la atención inmediata a sus posibles consecuencias. La Prevención Terciaria es la que se refiere a la persona rehabilitada o que ya depende física o psíquicamente de las drogas, con el propósito de disminuir o eliminar las secuelas, las complicaciones y otras manifestaciones. Además de los tipos de prevención que existen, hay un factor importante como es la Percepción del Riesgo, que es la que proporciona al individuo la capacidad de

reconocer algunos factores de protección en el tabaquismo. Es importante saber que la Percepción del riesgo puede estar influenciada por elementos como la cultura, el género y experiencias anteriores de la persona.

En referencia a los planteamientos teóricos anteriores se desarrolló la investigación “Factores de Protección que inciden en la Cesación del Cigarrillo “, con el objetivo de planificar y desarrollar actividades tales como la proyección de videos, diapositivas, exposiciones, diálogos participativos que permitieran identificar cuáles son los factores de protección que prevalecen en el grupo de participantes. Todo ello, para identificar factores de protección y riesgo, presentes en la vida adictiva de los consumidores de tabaco, procurando la concientización en los mismos, minimizando la prevalencia de las condiciones de riesgo.

Este estudio, realizado a través del Programa de Cesación del Tabaco, realizado en la clínica del mismo nombre, que dirige la Unidad de Psicología del Hospital General San Juan de Dios, permitió la evidencia que dentro de los factores de protección que inciden en la cesación del consumo del cigarrillo, los más destacados entre los participantes de este proyecto y los estudiados se encuentran: la participación en deportes, el apoyo familiar, ambientes libres de humo, tener un buen conocimiento del daño que el tabaquismo provoca a la salud, la autoeficacia, tener padres o familiares que compartan el mismo techo, que no fuman, las habilidades sociales y receptividad social, apoyo social y psicológico y disminución sistemática del consumo.

Entre los Factores de riesgos encontrados están: el mejor amigo fuma, falta de control emocional a sus impulsos, sentimientos de soledad, fácil acceso al cigarrillo, la adicción. Y entre los factores de Percepción del riesgo dentro del grupo tenemos: el nivel de confianza para dejar de fumar es alto, aportes positivos del programa de cesación y el conocer que el tabaquismo es una de las principales causas de muerte influye fuertemente en su decisión del cesado.

PROLOGO

El consumo de tabaco es la principal causa de enfermedad y muerte prevenible a nivel mundial. Razón por la cual numerosas organizaciones a nivel internacional cuentan con programas e impulsan políticas saludables para apoyar la lucha contra este flagelo que cobra una víctima a cada instante.

En el año 2005, Guatemala ratificó el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, este tratado es el primer tratado internacional de salud pública que tiene como propósito proteger a la población actual y futura de las consecuencias de salud, sociales, medio ambientales y económicas resultantes del uso de tabaco y de la exposición al humo de tabaco. Ante ello se establece la importancia en sancionar y aplicar las medidas legislativas eficaces que sean necesarias, relacionadas a la protección contra la exposición al humo de tabaco y a la publicidad y promoción de estos productos. De esa cuenta, en el país se aprobó el Decreto 74-2008 Ley de Creación de los Ambientes Libres de Humo de Tabaco. Sin embargo esta lucha no es efectiva, no existe un control o monitoreo objetivo, continuo y sostenible en la aplicación de esta ley.

Son muchas las estrategias utilizadas en programas de cesación del tabaquismo, ofreciendo apoyo en educación, investigación, capacitación y promoción de ambientes libres de humo de tabaco, como parte de la lucha antitabáquica que se realiza en Guatemala.

En los últimos años se ha generado fuerte evidencia que muestra que la cesación es la intervención más costo-efectiva que se puede ofrecer a los fumadores, pero a pesar de esta evidencia y de la existente sobre la reducción del riesgo que conlleva la abstinencia, los servicios de salud parecen no estar suficientemente entrenados. A muy pocos fumadores se les pregunta sobre su hábito y a un número menor se le facilitan los medios para alcanzar la cesación. Factores como: la condición socioeconómica, consumo de cigarrillos en la familia, aprobación de la familia, influencia de otros, relación con amigos que fuman, las propias creencias y actitudes, entre otros; están directamente

relacionados con el inicio en el hábito de fumar. Y son estos y otros factores de riesgo, los que deben ser minimizados hasta su desaparición total, a través de la implementación y/o fortalecimiento de factores de protección.

En las páginas siguientes se muestra la investigación “Factores de Protección que inciden en la Cesación del Cigarrillo “, proyecto realizado en la Clínica de Cesación de Tabaquismo del Hospital General San Juan de Dios de la ciudad de Guatemala. Ello con el objetivo de aportar elementos teóricos y prácticos que proporcionen un fortalecimiento al Programa de Cesación del Cigarrillo. Esto se cumple gracias a la planificación y desarrollo de actividades que permiten identificar cuáles son los factores de protección y riesgo que prevalecen en una muestra de fumadores activos y pasivos. Y así lograr la sensibilización del fumador, reconociendo la importancia de la prevención de daños a su propia salud, además de su capacidad de decisión y dominio personal. Partimos de la concepción del cambio en adicciones como un proceso y no como un suceso dicotómico en el que se pasa del uso continuado de la sustancia a un estado de abstinencia permanente.

Con esta investigación se aprenden los factores psicosociales que intervienen tanto en los procesos de adicción, como en los de cambio en el estilo de vida en la adicción al cigarrillo y profundizar en el conocimiento de la forma en que inciden los elementos psicológicos, terapéuticos y del entorno en el proceso de recuperación e integración social.

CAPITULO I.

INTRODUCCIÓN

El tabaquismo es un síndrome o enfermedad de daño multisistémico progresivo asociado a la adicción de la nicotina, lo que se considera una conducta inadecuada que afecta al individuo que fuma y a los que le rodean. En Guatemala, el consumo del tabaco es una de las mayores pandemias de todos los tiempos, la cual afecta al cerebro, las vías respiratorias e incluso los órganos del sistema digestivo, influenciado por el desarrollo de hábitos de insalubridad que se manifiestan a través del comportamiento humano.

El consumo de tabaco constituye una enfermedad crónica, de larga duración, de naturaleza adictiva, que evoluciona con recaídas, y es una de las causas de muerte evitables en el ser humano.

El inicio del consumo es de causa multifactorial, por lo que se requiere de un abordaje multidisciplinario para su cesación. Es en este sentido que considerando el papel de las ciencias médicas en el tratamiento a personas que fuman, ha surgido la necesidad de atender esta problemática también desde el campo de la psicología, utilizando las técnicas psicoterapéuticas o de intervención psicoeducativa, que propicie en las personas el deseo de cambiar su estilo de vida y sus hábitos de salud.

El presente informe presenta las bases teórico-metodológicas y prácticas relacionadas al tema “Factores de Protección que inciden en la Cesación del Cigarrillo” así como los resultados obtenidos en la investigación cuyo objetivo principal es el aportar elementos que fortalezcan el Programa de Cesación del Cigarrillo, que desarrolla la Unidad de Psicología, del Departamento de Medicina Interna del Hospital General San Juan de Dios de la ciudad de Guatemala. Mediante la identificación de factores de protección y riesgo que minimicen el consumo de cigarrillos, logrando con ello la sensibilización del fumador a partir de diversas técnicas relacionadas a la investigación cualitativa. Además de la aplicabilidad del Modelo Transteórico del Cambio; herramienta fundamental para

categorizar a los participantes en diferentes etapas de modificación conductual y de su estilo de vida. Estas técnicas e instrumentos se detallan en el capítulo II de este informe.

Se integra el análisis correspondiente a los resultados obtenidos en la investigación, donde los psicólogos o grupo de investigadores presentan las interpretaciones respectivas de acuerdo a cada uno de los instrumentos utilizados. Lo que permite establecer las conclusiones y recomendaciones que promoverán la puesta en práctica del fortalecimiento del programa antes citado.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y MARCO TEÓRICO

1.1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las primeras noticias sobre el tabaco para el mundo Occidental provienen del descubrimiento de América en 1492. Cuando Cristóbal Colón pisó tierra americana en Guanahaní, los indios de esta isla lo saludaron con un rito ofreciéndole unas hierbas, que bien podría tratarse de tabaco, dar hojas de tabaco o un cigarro para fumar, era un gesto de paz entre los indios. Sin embargo, Colón no supo lo que era el tabaco, ni sus cualidades, hasta la noche del 5 de noviembre de 1492, cuando se lo mostraron los conquistadores españoles que lo acompañaban. Tras observar esta extraña costumbre de los indios, los descubridores del Nuevo Mundo se iniciaron también en este hábito y se animaron a traer algunas hojas y semillas de esta planta a España.

Durante el siglo XVI el uso del tabaco era preferentemente como polvo molido que era aspirado y en menor proporción, como hojas enrolladas y cubiertas por una hoja de maíz a modo de cigarro.

La expansión tan grande de la moda de fumar, “hizo que Jean Nicot conociera la planta al curar a la reina de Francia, Catalina de Medicis, que estaba sufriendo de migrañas muy fuertes, haciéndole aspirar polvo de tabaco, logro curarla, haciéndose así bastante famoso y más tarde la planta fue llamada “nicotiana”, y al alcaloide del tabaco “nicotina” (David San José Alonso)

Así mismo, “En 1964 apareció el primer informe del cirujano general de Estado Unidos, referente a los daños a la salud causada por el tabaquismo y desde entonces aumenta logarítmicamente la información sobre el tabaquismo como inductor de enfermedad en todos los aparatos y sistemas, como causante de una muerte cada 10 segundos y responsable del 6% de los fallecimientos anuales en el mundo. Ante dicho panorama, 1989 la organización mundial de la salud (OMS) designo al 31 de mayo como el “Día Mundial Sin Tabaco”, para alentar a los fumadores a dejar esta adicción e incrementar el conocimiento del público sobre el impacto negativo de ella sobre la salud. Tristemente, la

producción mundial de tabaco casi se ha duplicado de los años sesenta al 2004” (Rev. Inst. NalEnfRespMex, 2006).

Por otro parte, evidencias indican que la experiencia mágico religiosa de los hombres prehistóricos se hallaban inmersas en el ejercicio de actividades tendientes a neutralizar, o minimizar, los daños de las fuerzas de la naturaleza y de las enfermedades que padecían, con esto desde ya introducían la prevención a sus vidas.

Así en sentido más primitivo, la percepción tiene un carácter estratégico, que se orienta fundamentalmente a la adquisición de un repertorio de conductas dirigidas a la supervivencia. Por ello se puede suponer que la persistencia de los individuos y la especie se deben en gran medida, a la puesta en marcha de formas para modificar situaciones evitando que se presenten.

“En el caso de las adicciones desde el principio de los años 70 se distinguían dos categorías básicas de esfuerzos para controlar el uso de las drogas y problemas asociados:

Programa de reducción de la oferta.

Programa de reducción de la demanda; en esto se inscribieron la prevención, el tratamiento y la rehabilitación”. (Dr. Solis Rojas, 2007)

“Así mismo en la década de los años 80’s aparecieron programas de reducción de daños y riesgos que implicaban un nuevo enfoque para ampliar el campo de acción. Este proponía la necesidad de aceptar que a pesar de mantener los esfuerzos en acciones preventivas, se seguían presentando situaciones de abuso y dependencia a las drogas, lo que significaba intervenir previamente a las personas que consumen de manera que pudieran hacerlo bajo condiciones menos perjudiciales para la salud”.(Solis et al ;2006).

Por otra parte, “la secretaria de educación pública, creo el programa de educación preventiva contra las adicciones en 1994. El cual es una propuesta educativa organizada para ser desarrollada en los ámbitos

escolares y familiares. El objetivo del programa es fortalecer la construcción de factores de protección y fomentar estilos de vida saludable” (Leonardo 1993, Ministerio de salud y departamento nacional de planeación. La salud en Colombia. Análisis socio-histórico).

Parte de las estrategias de prevención que han adoptado varios países han sido los ambientes libre de humo de tabaco, el primer país que logro este objetivo fue Uruguay el 1 de marzo del 2006, Uruguay tuvo una campaña exitosa a favor de ambientes libre de humo a pesar de tener tasas históricas altas de consumo de tabaco. Antes de que la legislación entrara en vigencia, los niveles de humo de segunda mano en Uruguay estaban entre los más altos de América latina”. (Navas-Acien A, Peruga A, Breysse P et al (2004)... *JAMA* 291(22):2741-5).

Por consiguiente, varios países se han visto en la necesidad de crear estas leyes con el fin de proteger a sus habitantes. Guatemala es uno de los países en que su gobierno ha tenido que tomar la decisión de crear factores de protección hacia la población, los cuales mediante un proceso que ha llevado años lograrse, “se ha creado en Guatemala La Ley de Creación de los Ambientes Libres de Humo de Tabaco, la cual fue aprobada por el Congreso de la República según Decreto 74-2008, entró en vigencia el 20 de febrero 2009”. (Revista GTCIT Magazine 2012).

En Guatemala, el consumo del tabaco es una de las mayores pandemias de todos los tiempos, la cual afecta al cerebro, las vías respiratorias e incluso los órganos del sistema digestivo, constituyen una enfermedad crónica, de larga duración, de naturaleza adictiva, que evoluciona con recaídas, y es una de las causas de muerte evitables en el ser humano.

El inicio del consumo es de causa multifactorial, por lo que se requiere de un abordaje multidisciplinario para su cesación. En dicho abordaje surgen varios factores denominados “factores de protección” los cuales hacen que el individuo logre un mejor manejo y control para no sufrir recaídas. Por lo mismo, esta

investigación se enfocara en identificar los factores de protección que contribuyan a que los adictos al tabaco logren incorporarlos a su vida, tener una percepción más clara de los riesgos que estén a su alrededor para obtener una mejor calidad de vida.

Para lograr lo anteriormente expuesto, en Guatemala existen varias clínicas de cesación del cigarrillo las cuales se encargan de que el paciente cambie una conducta inadecuada por una conducta que le proporcione los beneficios para lograr una vida más saludable. En el Hospital San Juan de Dios, se encuentra una de las clínicas de la cesación del tabaquismo donde se desarrolla el objetivo anteriormente mencionado, lugar donde desarrollaremos la propuesta de este proyecto, con el fin de contribuir a disminuir el índice de recaídas de los pacientes que asisten a esta clínica, la cual consta de una inducción de información acerca de los daños que produce el tabaco, conocer también los factores de protección que va a ayudar en el proceso de cesación del cigarrillo y reconocimiento de los factores de riesgo al que están expuestos.

Este proyecto se llevara a cabo en la clínica de cesación del cigarrillo ubicada en el área de psicología del Hospital San Juan de Dios, dando un aporte al programa ya establecido por dicha institución.

La muestra poblacional para este proyecto consta de 8 participantes que quieren o deben dejar de fumar, del sexo masculino y femenino que oscilan entre las edades de 18 años en adelante.

Para la población a evaluar representara una mayor oportunidad de lograr la cesación del cigarro, pues tendrán una mejor percepción de los riesgos para evitar la exclusión en diferentes ámbitos como lo son individuales, familiares y sociales.

1.1.2.OBJETIVOS

1.1.2.1 OBJETIVO GENERAL

- ✓ Aportar elementos teóricos y prácticos que fortalezcan el programa de cesación del cigarrillo.

1.1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Identificar los factores de protección que permitan minimizar el riesgo del consumo de cigarrillos, para darlos a conocer a los participantes del programa.
- ✓ Identificar los factores de riesgo que inciden en el consumo de cigarrillos, para propiciar la minimización de los mismos.
- ✓ Sensibilizar al fumador a través de la socialización de los riesgos para la salud que tienen los fumadores.

1.1.3 MARCO TEÓRICO

Existen varios y complejos factores de exclusión, basados principalmente en la cultura, el origen étnico, el género, edad y otras características Individuales y/o grupales, la exclusión se define como:

“Toda forma de menosprecio, distinción, restricción o preferencia basada en la cultura, color, religión, la descendencia, el origen étnico o cualquier otra característica análoga que anule o menoscabe el reconocimiento, goce o ejercicio en condiciones de igualdad de los derechos humanos y las libertades fundamentales, tanto en las esferas política, social, económica, cultural, como cualquiera otra” (Ramos Bélenger, Olga, 2001, p.3).

Uno de los factores de exclusión que existe en diferentes países de América Latina es el económico, este hace que la población de escasos recursos sea la más vulnerable¹ y tenga acceso limitado a diferentes servicios sociales básicos, como la educación, que limita su desarrollo profesional e impide optar a mejores oportunidades de empleo, esta condición, a su vez, disminuye la posibilidad que cuenten con una vivienda que satisfaga las necesidades básicas, además de la dificultad de acceder a los servicios públicos de salud. Sin embargo, detenerse a describir la exclusión desde los factores mencionados limitaría evidenciar muchas otras formas de exclusión hacia las personas con capacidades diferentes, con diferentes adicciones, con preferencias e identidades sexuales distintas.

En América Latina, los programas y políticas de inclusión son escasos, aunque se han hecho esfuerzos por legislarlos, a través de ellos se persigue

¹La vulnerabilidad, no debe de ser asumida como una condición del ser, sino como un estado del ser. Es decir que los/as personas vulneradas, no son vulnerables por su condición de personas. Reconocer eso sería negar su propia capacidad protagónica. Las personas son vulnerables porque existe una serie de factores externos que los ubica de manera permanente en una situación de riesgo y abandono. Miguel Ángel López. CONACMI, 2008.

principalmente que se logre la inclusión proponiéndose guardar la igualdad y equidad de oportunidades para toda la población a las estructuras sociales, económicas, políticas, institucionales y comunitarias.

De acuerdo a estudios realizados por el Banco Interamericano de Desarrollo, la inclusión social se basa en tres factores:

“Marco Normativo: el cual se refiere a las leyes fundamentales de la constitución de un país que señalan el tratamiento equitativo y los derechos de los ciudadanos de un modo no discriminatorio. Para que haya inclusión es necesario que haya un marco constitucional y un jurídico que reconozca los derechos colectivos así como los derechos individuales” (Márquez, Et 2008, p. 230).

“Inclusión e Instituciones: las instituciones encargadas de la administración deben diseñar leyes de manera inclusiva contemplando a los grupos excluidos. Sin embargo, en América Latina y el Caribe las prácticas de inclusión son asignadas a instituciones marcadas por la corrupción lo cual impide un avance consistente en materia de políticas inclusivas” (Márquez, Et al, 2008, p. 235).

“Nivel Instrumental: Los programas y políticas son instrumentados por instituciones nacionales, subnacionales y locales y resultan útiles para identificar a los grupos excluidos como punto de partida para mejorar dichos programas y políticas, para reparar discriminaciones históricas y eliminar las barreras de exclusión y por ultimo para fomentar mejores condiciones socioeconómicas para las poblaciones que han sido excluidas. Para que la inclusión pueda llevarse a la realidad las políticas orientadas a lograr la inclusión no pueden verse como intervenciones pequeñas o aisladas, mientras el gran efecto de las políticas públicas siguen mostrando resultados de amplia exclusión”(Márquez, Et al, 2008, p. 242).

La exclusión, es una forma de violencia. En el caso de Guatemala, el Estado ejerce violencia, ya que a pesar de reconocer la situación en la que viven

algunas personas y grupos históricamente excluidos, no ha sido capaz de implementar acciones de prevención y abordaje integral al problema.

En nuestro país los diferentes sectores sociales constantemente presencian y son víctimas de la violencia y esta no excluye sexo, edad ni clase económica,

Según Martín-Baró, “la violencia, presenta un fondo ideológico que la remite a una realidad social configurada por intereses de clase de donde surgen valores y racionalidades que determinan su justificación”. La racionalidad de la violencia concreta, personal o grupal, tiene que ser históricamente referida a la realidad social en la que se produce y a la que se afecta, pues es la luz de esa realidad donde los resultados logrados muestran su sentido. “La violencia exige siempre una justificación frente a la realidad a la que se aplica; y es allí donde la racionalidad de la violencia confluye con la legitimidad de sus resultados, o con la legitimización por parte de quien dispone del poder social”. En Guatemala la mayoría de las empresas que prestan servicios de seguridad son dirigidas por personas que tienen algún contacto con el Estado y son favorecidos por el estado.

“Finalmente, el desencadenamiento de la violencia constituye mas de las veces un proceso asumido en forma consciente y racional como un instrumento para lograr algún fin” “Por violencia hay que entender la aplicación de una fuerza excesiva a algo o a alguien, mientras que la agresión se entiende como la violencia dirigida contra alguien con la intención de causarle daño”. Podemos mencionar como constantemente los individuos de nuestra sociedad viven en un estado de alerta al caminar por las calles, en los buses, en sus vehículos incluso en sus viviendas padeciendo de estrés, paranoia, entre otras alteraciones.

La violencia solo es posible en un escenario en el que existen desigualdades, y una desigualdad que es evidente en la cultura guatemalteca es en la de género, todo aquello que se refiere a la mujer, a quien se ha colocado en un plano de exclusión. (Martín-Baró, 2003,).

Cabe mencionar que varios autores se refieren a este tema, entre ellos Robert Barón y DonnByrne (2001), quienes dicen que “Más de la mitad de la población mundial son mujeres. Sin embargo, pese a esto, las mujeres han sido tratadas como un grupo minoritario. Han sido excluidas del poder económico y político; han sido objeto de estereotipos negativos y se han enfrentado a una abierta discriminación en muchas áreas de la vida tales como el trabajo, la educación superior o el gobierno”.

Ana Silvia Monzón, (2001) al referirse a las mujeres en Guatemala manifiesta “No obstante que mujeres y hombres, por su pertenencia de clase y etnia, comparten los efectos de la exclusión en varias esferas –económica, política y sociocultural–, son las mujeres, como género, quienes han sido secularmente marginadas, subordinadas y desvalorizadas y esto ha derivado en su exclusión de la vida y el simbólico social”.

La exclusión que viven las mujeres tiene relación directa con el hecho de haber nacido mujer. Se han heredado culturas y estructuras sociales elaboradas desde una visión patriarcal. A la mujer se le ha invisibilizado y desvalorizado limitando sus posibilidades de desarrollo, en el caso de Guatemala poco se sabe de la historia de la mujer antes de la colonización, pero sí sabemos que a partir de la colonización se dio inicio a prácticas de trabajo forzado para hombres y mujeres, pero en el caso de estas últimas, se les obligó a realizar servicios domésticos y sexuales.

En 1947, cuando entró en vigencia el Código de trabajo, que se consideró un avance para los trabajadores guatemaltecos, las normas relacionadas al trabajo de la mujer se equipararon a las de menores de edad, minimizando su condición de madre trabajadora, asumiendo que la responsabilidad de hijos e hijas era únicamente femenina.

Aunque actualmente esa visión sigue vigente existen condiciones que permiten que las mujeres tengan acceso a la educación, a trabajos reconocidos y remunerados, a presencia en la sociedad y en la política nacional, lo que ha permitido, que por primera vez en la historia de Guatemala una mujer ocupe la

vicepresidencia de la Nación, así como tener una fiscal general en el Ministerio Público y otras mujeres que desempeñan cargos importantes que antes eran exclusivos para el género masculino. Aún con eso, las mujeres siguen siendo, en algunos casos, víctimas de exclusión por su género, pese a sus capacidades no son remuneradas ni reconocidas en igualdad la labor que desempeñan.

Sin embargo no solo las mujeres han sido víctimas de esta exclusión por pertenecer a un género determinado y por cumplir ciertas funciones, sino también aquellos hombres y mujeres que por tener una preferencia sexual distinta, no logran encajar y son discriminados por no seguir las reglas que la sociedad impone dentro de la cultura específica de cada lugar o región.

Podemos decir que la sexualidad en general es un tema que está determinado a partir de los valores, por lo cual se aceptan socialmente todas aquellas conductas convencionales como la heterosexualidad (hombre-mujer) volviéndola obligatoria y el patriarcado como organización social de la familia, dejando así excluida cualquier otra práctica o conducta de la sexualidad humana. Razón por la cual dentro de la sociedad, las prácticas homosexuales son rechazadas y señaladas de ir contra la naturaleza, no solo a nivel individual sino también gubernamental en lo referente a la legislación limitándoles el desarrollo personal y poniéndoles restricciones dentro de la sociedad, Esto hace evidente la violencia por medio de la discriminación a la cual son sometidos ya sea de forma verbal, psicológica o social. Este rechazo a la personas con preferencias sexuales distintas provoca que la sociedad se segmente y que los individuos participen de forma activa dentro del colectivo humano.

Las preferencias sexuales no deberían ser un obstáculo para el desarrollo social del ser humano, más bien se debe impulsar a obtener los mismos derechos de igualdad y dejar a un lado las practicas que los excluyan o menosprecien.

Otro factor de exclusión es el que se hacía a personas con capacidades distintas, y en algunos países se han evidenciado avances en la creación de

políticas orientadas a tomar en cuenta a estas minorías, para brindarles los mismos derechos de desarrollo.

En Guatemala, existe exclusión relacionada a las personas con discapacidad. Esto a pesar de la existencia de un amplio marco legal y político que promueve el respeto y el acceso a los servicios sociales básicos para las personas con discapacidad. Entre estos instrumentos, podemos mencionar: Política y normativa de acceso a la educación para la población con necesidades especiales. (Acuerdo Gubernativo N. 156 – 95); Política nacional de atención a la discapacidad; Convención internacional sobre las personas con discapacidad; Ley de atención a las personas con discapacidad y su reglamento. (Decreto N. 135 – 96); Política de Educación Inclusiva.

Es importante conocer las definiciones que brinda la Organización Mundial de la Salud con respecto a la Deficiencia, Discapacidad y Minusvalía estableciendo las debidas distinciones entre dichos conceptos.

“Se entiende por Deficiencia, toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. Se entiende por Discapacidad, toda restricción o ausencia (debido a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano. Se entiende por Minusvalía, una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de la edad, sexo y factores sociales y culturales)”. (Hernández Ramírez, José Luis 2003,).

La minusvalía está, por consiguiente, en función de la relación entre las personas con discapacidad y su ambiente. Ocurre cuando dichas personas se enfrentan a barreras culturales, físicas o sociales que les impiden el acceso a los diversos sistemas de la sociedad que están a disposición de los demás ciudadanos. La minusvalía es, por tanto, la pérdida o la limitación de las

oportunidades de participar en la vida de la comunidad en igualdad con los demás.

Es valioso mencionar que las personas con capacidades distintas no forman un grupo homogéneo, ya que existen diferentes discapacidades entre las que podemos mencionar: deficiencias mentales, visuales, auditivas o del habla, las que tienen movilidad restringida, entre otras. Todas ellas enfrentan diferentes formas de exclusión como en el ámbito laboral, en donde se evidencia dificultades para las personas con alguna discapacidad.

La deficiencia y la discapacidad, afectan a la sociedad en conjunto y no únicamente a quien la padece. Es por lo tanto responsabilidad de la sociedad en general y las organizaciones que la componen el promover y proveer las condiciones más favorables para el desarrollo integral, evitando cualquier forma de exclusión, para esto debe dotarse de los medios y recursos necesarios para la promoción de la igualdad de oportunidades, el bienestar y la participación de todos sus habitantes.

Se puede decir que no solo este grupo de personas son víctimas de discriminación, que otra forma de exclusión que existe dentro de las diferentes culturas es la generada por las dependencias o adicciones especialmente a las drogas. La organización mundial de la salud, (OMS) dice que:

“Droga es toda sustancia que introducida en un organismo vivo que por cualquier vía, inhalación, ingestión, intramuscular, endovenosa, es capaz de actuar sobre el sistema nervioso central, provocando una alteración física y/o psicológica, la experimentación de un estado psíquico, es decir capaz de cambiar el comportamiento de las personas y que posee la capacidad de generar dependencia y tolerancia en el consumidor” (Denis, Richard. 2002,)

Cuando un ser humano desarrolla una dependencia en el consumo de alguna droga, esta influye en los distintos ámbitos de su vida , tales como: físico, psicológico y social, limitando la dinámica relacional que se da dentro de la

sociedad tiende a clasificar a los seres humanos en función del grado de pertenencia o no a esta, excluyéndolo de la misma.

El adicto vive en función de la sustancia, y adquiere, sin saberlo, la dependencia a ella, produciéndose una construcción social referencial bajo la señalización drogadicto, es decir que tenga una necesidad imperiosa de conseguir droga, a esto se puede sumar la tendencia a aumentar la dosis para sentir los mismos efectos que al inicio y hasta la dependencia física y/o psíquica de la sustancia, Si lo estudiamos desde el punto fisiológico, diremos que cualquier consumo repetitivo forma una adicción, “El término adicción se deriva del vocablo latino *Addissere*, es decir conductas, alguien que es adicto está de alguna manera, condenado a una condición de servilismo involuntario, está obligado a cumplir las demandas de su dependencia a las drogas”, y por ende un trastorno que puede producir alteraciones en el organismo. (Cañas, José Luis. 2004)

El ser percibido como un consumidor de droga, hace que su vida sea diferente, produciéndose una construcción social referencial bajo el Estigma, de drogadicto, entendiéndose este como “Persona que tiene hábito y dependencia de alguna droga por su consumo reiterado. Drogodependiente, toxicómano”. (Diccionario Larousse, 2007). En relación al estado físico que produce en el organismo es que la sensación de bienestar o placer que produce el consumo de algunas sustancias es provocada por transformaciones bioquímicas del cerebro, de tal manera que la ausencia del consumo produce el efecto contrario.

En nuestro país predomina el consumo de las drogas lícitas frente a las ilícitas y a pesar de haber restricción de edad para la compra de estos productos, hablando específicamente del alcohol y el cigarrillo, no son suficientes para disminuir el consumo.

“El tabaco, es una planta originaria de América Latina, se caracteriza por su raíz fibrosa, por sus grandes hojas color verde, por sus flores con pétalos de color púrpura o amarillo pálido y por las pequeñas semillas que posee. El tabaco, es el nombre común de dos plantas de la familia de las Solanáceas cultivadas

por sus hojas que, una vez curadas, se fuman, se mascan o se aspiran en forma de rapel. Contiene un alcaloide, llamada nicotina, es toxica y puede producir alteraciones en el aparato circulatorio y los pulmones del ser humano. En ocasiones, se ha utilizado como insecticida "(Encarta 1993-2001).

Por otra parte, toda persona que fuma tabaco en exceso tiene una adicción a la nicotina y a este consumo se le da el nombre de tabaquismo. Este sigue siendo la primera causa evitable de muerte en el mundo. Así mismo, el tabaquismo es un grave problema de salud pública en **Latinoamérica**, cuyos países aún muestran en su estructura poblacional una amplia base piramidal formada por grupos de jóvenes que han sido el blanco primordial de la industria tabacalera. Latinoamérica requiere urgentemente de estrategias de prevención y acciones sanitarias para modificar las consecuencias de fumar sobre la salud de la población a través de la cesación del tabaquismo.

Hay muchos factores que pueden aumentar el riesgo de una persona para el abuso de cualquier droga. Los conceptos "factor de riesgo", "factor de protección y prevención" están, por tanto, estrechamente relacionados. Un *factor de riesgo* es una característica interna y/o externa al individuo cuya presencia aumenta la probabilidad o la predisposición de que se produzca un determinado fenómeno. Estas características personales, sociales y familiares permitirían predecir el desarrollo de la conducta de consumo de drogas y situarían a la persona en una posición de vulnerabilidad hacia ese tipo de comportamiento. Los *factores de protección* serían aquellos atributos individuales, condición situacional, ambiente o contexto que reduce la probabilidad de ocurrencia de un comportamiento desviado. Con respecto al consumo de drogas o tabaquismo, los factores de protección reducen, inhiben o atenúan la probabilidad del uso de sustancias. Algunos Factores de protección como, un fuerte vínculo entre los padres e hijos, puede tener un impacto mayor en reducir los riesgos durante los primeros años de la niñez. (Clayton, 1992)

Por esta situación, es necesario conocer las estrategias de prevención para el consumo del tabaco con el objetivo de manejar y cambiar los factores que facilitan el consumo o potenciar los factores de protección que lo eviten.

La prevención se define “como el conjunto de acciones dirigidas a evitar o reducir el consumo de sustancias psicoactivas, a disminuir situaciones de riesgo y limitar los daños asociados al consumo de dichas sustancias” (Souza, 1999).

Una meta importante para la prevención es cambiar el balance entre los factores de riesgo y los factores de protección de manera que los factores de protección excedan a los de riesgo. Entre los tipos de prevención que ahí se pueden encontrar, la prevención primaria, secundaria y terciaria.

La prevención primaria “se refiere a estrategias para evitar el consumo dirigido a quienes no son consumidores, fundamentalmente niños y adolescentes.” Y como una medida de prevención es establecer campañas informativas por medio de folletos y charlas con el fin de hacer consciencia a la población de la problemática, tratando de tocar puntos esenciales tales como; ¿Que es el tabaquismo?, ¿En qué consiste?, ¿Porque se da?, ¿Cuáles son sus efectos? logrando así, establecer mecanismos efectivos para modificar hábitos, conductas y actitudes inadecuadas que consistan en educar para evitar que quienes no han consumido drogas no lo hagan. Dicha prevención debe de fortalecerse en niños y adolescentes, evitando así que la población joven no comience con este mal hábito. (profesoresenlinea 2012).

Este tipo de prevención tiene como objetivo disminuir el acceso a compra del producto (oferta) y por ende bajar la cantidad de personas que compran dichos productos (demanda). Y por consiguiente en Guatemala fue creada, “La ley gubernativa artículo 50, código de Salud de los estilos de vida saludable, la cual indica la prohibición de venta y consumo a los menores de 18 años de edad. Se prohíbe la venta de bebidas alcohólicas y tabaco en cualquiera de sus formas, a los menores de 18 años de edad, así como su consumo en cualquier establecimiento y vía pública” (Dra. Cruz, Silvia, 2004). Además, en Guatemala

se ha adoptado algunas medidas legislativas para el control del tabaquismo por acuerdo gubernativo, las cuales son:

- ✓ El registro de que todo envase de cigarrillo manufacturado en Guatemala lleve la siguiente advertencia “el consumo de este producto es dañino para la salud”
- ✓ Se prohíbe fumar en autobuses,
- ✓ Se prohíbe fumar en lugares donde hay peligro de explosión,
- ✓ Se prohíbe fumar en espacios cerrados,
- ✓ Advertencias al final de anuncios publicitarios (decreto 90-95). “El consumo de este producto causa serios daños a la salud del consumidor”.

En el año 2000 fue aprobado el decreto 50-2000 en el cual contempla la restricción de publicidad en televisión antes de las 21 horas, prohibición inclusión a menores de 25 años dentro de los anuncios de televisión, prohibición de dibujos animados y muestreo a menores de edad y la prohibición para patrocinar actividades deportivas y culturales.

Entre las propuestas de prevención primaria, se pueden mencionar: el impulso de la educación infantil; ya que la escuela es tanto un factor de protección, como un espacio de prevención donde mejor se puede observar los cambios de conducta del estudiante, además es un lugar adecuado para informarles a fin de que estos se interesen por saber acerca del daño que las drogas pueden causar al organismo, mente, familia y sociedad, con el fin de alertar la abstinencia y el autocontrol del consumo.

En muchas ocasiones el individuo empieza a fumar al principio de la adolescencia, pues el adolescente anda en busca de su identidad “persistencia de un individuo como unidad viviente distinta y diversa de las demás a través de las modificaciones que se producen en el curso de la vida“(L.Merani Alberto 1979) y tiende a imitar conductas. La teoría social cognitiva, explica como aprendemos formas de conducta a través de los modelos que imitamos y las recompensas sociales recibidas.

La prevención primaria se enfoca en una intervención temprana en el desarrollo del niño y adolescente para fortalecer los factores de protección antes de que se desarrollen los problemas de conducta. En este tipo de prevención se realzan los factores de protección y se reducen los factores de riesgo.

La Prevención Secundaria: Su objetivo es descubrir o acabar con un problema lo antes posible o remediarlo parcialmente. Intenta, sobre todo, la detección precoz del consumo, así como la atención inmediata a sus posibles consecuencias. En este tipo de prevención se intenta solucionar un problema ya existente tratando de hacerlo desaparecer por completo o en parte, y tratando de que no aparezcan las complicaciones posteriores, es decir ya sea detectando alguna situación relacionada con el uso de drogas. Lo importante en la prevención secundaria es el cambio de estilo de vida.

Una de las formas en que las personas tengan un estilo de vida saludable es abandonando este hábito, fortaleciendo los factores de protección, los cuales contribuyen en los esfuerzos destinados a ayudar a la gente a suspender el consumo de tabaco que incluyen; las advertencias de los programas de salud pública, el asesoramiento, los tratamientos con fármacos, la hipnosis, el condicionamiento, la terapia cognitiva y las terapias de apoyo tanto psicológicas y sociales, que se desarrollan en los diferentes ámbitos tales como: a nivel Personal, familiar y social.

A nivel personal se tendrían que desarrollar ciertos aspectos como la autoestima, autocontrol, autoconfianza, estabilidad emocional, flexibilidad, buena comunicación, responsabilidad, empatía, generosidad, sentido del humor, ejercicio físico, sentido de la autonomía y la motivación.

A nivel familiar se encuentran los vínculos afectivos entre los miembros de la familia, recibir cariño, evitar críticas severas, dar márgenes de confianza, tener altas expectativas de los padres, incluir la participación de los niños en las decisiones y la responsabilidad familiar, que los padres atiendan los intereses de sus hijos, participación de los padres en los deberes y actividades de sus hijos.

A nivel social se deben tener relaciones con la gente de la misma edad que participan en actividades sociales, culturales y laborales, comprensión y apoyo de la comunidad, altas expectativas de vida así como oponerse a mensajes directos e indirectos de los medios de comunicación que fomenten el consumo.

“Como tratamiento oportuno para evitar el paso a la prevención terciaria seria:

- ✓ Rehabilitación espontanea (usualmente promovida por la presión familiar, laboral, amorosa o religiosa).
- ✓ Acciones humanas basadas en: la consejería, persuasión, sugestión, inspiración.
- ✓ Intervención en crisis.
- ✓ Desintoxicación: ambulatoria o con internamiento.
- ✓ Desintoxicación con seguimiento externo (consulta de psiquiatría, grupos de ayuda mutua) “(Garciga Ortega, 2006).

La Prevención Terciaria: “Se dirige a las personas rehabilitadas o que ya dependen física o psíquicamente de las drogas, con el propósito de disminuir o eliminar las secuelas, las complicaciones y otras manifestaciones. En el caso de que sea imposible obtener una abstinencia total de la droga, el objetivo es disminuir las cantidades consumidas y lograr periodos de abstinencia cada vez más largos así como mejorar las condiciones familiares y laborales” (Garciga Ortega, 2006).

Un tipo de prevención terciaria es la rehabilitación “Es un proceso de duración limitada y con un objetivo definido, encaminado a permitir que una persona con deficiencia alcance un nivel físico, mental y/o social funcional óptimo, proporcionándole así los medios de modificar su propia vida”. “uno de los tratamientos efectivos que se utilizan en la rehabilitación de un paciente es el aspecto psicológico, el cual surge desde los años 60’, de la mano de las técnicas de modificación de conducta y se expande a los años 70’, hasta el día de hoy se

han ido desarrollando tratamientos psicológicos efectivos, con técnicas tan conocidas y utilizadas como los son las técnicas psicológicas conductuales, cognitivas, motivacionales y de prevención de las recaídas” (Orleans 1987).

La relevancia y eficacia de estas técnicas de intervención y tratamiento con los fumadores es tal, que hoy constituyen la base del tratamiento psicológico e incluso en muchas ocasiones son un complemento prescindible del tratamiento farmacológico para que esta rehabilitación sea efectiva. “El proceso de rehabilitación debe iniciarse desde el momento en que el paciente toma conciencia de su problemas de dependencia de las sustancias” (Tomas DollsSofia, 2007).

Los tres niveles de prevención antes mencionados no son incompatibles entre sí, no se excluyen si no que se complementan enriqueciéndose mutuamente en su implementación conjunta con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas y de la sociedad en conjunto.

Se comprende en primer lugar que la reinserción social “sucede cuando los usuarios con problemas de drogodependencia, están en riesgo o padecen situaciones de exclusión social. En esas ocasiones, además de precisar el tratamiento por sus adicciones, en su proceso de rehabilitación necesitan intervenciones, específicas, encaminadas a facultar al enfermo, de condiciones personales para la convivencia e integración social, así como programas de formación que posibiliten su acercamiento e incorporación al mercado laboral “(Tomas DollsSofia, 2007).

Así como todas las acciones encaminadas a prevenir las recaídas, disminuir o eliminar las secuelas de la adicción. Otro factor importante en esta investigación, la **percepción del riesgo** que es la que proporciona al individuo la capacidad de reconocer algunos factores de protección en el tabaquismo, de ahí la importancia de tener en cuenta información al respecto de esta percepción, que permita realizar intervenciones efectivas a favor de la salud del individuo. Es importante la atención hacia el conocimiento desde los aspectos individuales, familiares y sociales de los riesgos, donde su percepción ocupa un destacado

lugar. La falta de percepción del riesgo que conlleva el hábito de fumar, ha hecho de que el tabaquismo prevalezca en muchos individuos que este en un proceso de cesación del cigarrillo para mejorar su calidad de vida. Es importante saber que “la percepción del riesgo puede estar influenciada por elementos como la cultura, el género y experiencias anteriores de la persona, ya que al igual que sucede con la salud física, las percepciones son el resultado de toda una vida de experiencias y desarrollo” (Dr. Ruiz Ramírez, Jorge 2007).

Por otro lado, la cesación “conjunto de intervenciones dirigidas a conseguir que los fumadores abandonen el tabaquismo”, si no se acompaña de la prevención y de los factores de protección, es insuficiente para disminuir la prevalencia de fumadores y las consecuencias del tabaco, ya que la industria del tabaco tiene la capacidad de atraer nuevos reclutas más rápido de lo que la gente deja de fumar.

Ni la ventilación, ni la filtración, solas o combinadas pueden reducir la exposición al humo de tabaco a niveles que se consideren aceptables ni en términos de olor, mucho menos aun en lo que refiere a los efectos sobre la salud pues el humo de tabaco ajeno mata y causa grandes enfermedades, por otra parte los ambientes 100 por ciento libres de humo de tabaco protegen a los individuos de los graves efectos perjudiciales de este humo. Todos tenemos derecho a respirar aire limpio, libre de humo de tabaco, pues la mayoría de las personas en el mundo no fuma y tiene el derecho a no estar expuesto al humo de tabaco ajeno. Los ambientes libres de humo de tabaco dan a los fumadores que quieren dejar de fumar un fuerte incentivo para disminuir el consumo o abandonarlo por completo.

Guatemala es uno de los pocos países con ambientes libres de humo de tabaco como un factor de protección para la población, “el cual fue aprobado por el congreso de la república según el decreto 74-2008 el cual entro en vigencia el 20 de febrero 2009” (revista magazine 2012), esta ley tiene por objeto establecer ambientes libres del consumo del tabaco para la preservación de la salud y protección de la población no fumadora o no consumidora del tabaco.

A pesar que en Guatemala existan convenios para el control de tabaco, aún no se han logrado ninguna regulación en la comercialización, venta y distribución de productos que contengan tabaco.

REVISIÓN DEL MARCO LEGISLATIVO EN GUATEMALA

No.	Tipo de documento	Regulación	Contenido	Observaciones
2	Decreto 50-2000 Congreso de la República	Reformas al Código de salud 90-97 Regula tabaco, bebidas alcohólicas, vinos, cervezas y bebidas fermentadas.	<p>Artículo 1: Reforma el artículo 49:</p> <p>a) <i>Toda publicidad...que se realice por medio de...deberá contar con la autorización del Ministerio de Salud Pública... antes de ser difundida en dichos medios de comunicación.</i></p> <p>b) <i>Es obligación de los fabricantes, importadores y anunciantes de cigarrillos y otros productos...indicar en los espacios de su publicidad, y colocar en el empaque o envoltorio, y en la cajetilla... alternativamente una de las siguientes advertencias:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • FUMAR TABACO PRODUCE CÁNCER. • EL CONSUMO DE ESTE PRODUCTO PRODUCE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES. • EL CONSUMO DE ESTE PRODUCTO PRODUCE CÁNCER DE LA BOCA Y DE LA FARINGE. • EN LA MUJER EMBARAZADA EL FUMAR TABACO PRODUCE ABORTO Y MALFORMACIÓN FETAL. • EL CONSUMO DE ESTE PRODUCTO PRODUCE CÁNCER PULMONAR. <p><i>Además cada cajetilla deberá mostrar en letra clara y visible, en la parte lateral de su presentación... EL CONSUMO DE ESTE PRODUCTO CAUSA SERIOS DAÑOS A LA SALUD...</i></p> <p>d) <i>... no se promocionará el consumo...en la moderación y autocontrol de los consumidores.</i></p> <p>e) <i>...la publicidad no se efectuará en horario de</i></p>	<p>En el acuerdo Ministerial SP M 731 2002 Crea la Comisión de Asistencia técnica para la aprobación de la Publicidad de los Productos de Tabaco: Comisión Técnica del Tabaco.</p>

			<p><i>programación infantil.</i></p> <p>f) <i>La publicidad...deberá referirse al producto en su forma de presentación...en ningún momento demostrar o sugerir en forma directa el consumo del mismo, por medio de modelos humanos, dibujos animados, atletas deportivos y personajes públicos para tal fin.</i></p> <p>g) <i>No se podrá colocar propaganda o publicidad...a menos de 500 metros de las entradas y salidas de establecimientos educativos de nivel preescolar, preprimaria, primaria, medio y universidades, instalaciones o complejos deportivos, instituciones de asistencia hospitalaria y centros de recreación.</i></p> <p>h) <i>Queda prohibida la distribución gratuita o promocional de... productos, bienes y servicios que lleven nombre o marca registrada de producto...</i></p> <p>i) <i>Queda prohibida la venta de cigarrillos en presentaciones individuales o menores de 20 cigarrillos por cajetilla de cualquiera de las marcas nacionales o importadas.</i></p> <p>j) <i>todo producto distribuido en contravención a cualesquiera de los preceptos anteriores, así como toda publicidad que no se apegue a la presente ley, serán retirados o suspendidos de forma inmediata por disposiciones del MSPAS...</i></p> <p>Artículo 2: Reforma el artículo 51 ... Lugares de consumo de tabaco y derivados.</p> <p>a) <i>Se prohíbe fumar en los locales de las oficinas del Estado, sus entidades descentralizadas o autónomas y empresas del Estado, en edificios que alberguen centros educativos de nivel preescolar, primarios, medio y en las aulas universitarias, unidades de transporte colectivo urbano y extraurbano, taxis, centros de atención médica, hospitales públicos y privados, salas de cine,...salvo que dispongan de un local adecuado para fumadores, debidamente ventilado para no afectar a los no fumadores.</i></p> <p>b) <i>Los establecimientos que expenden comida, deberán acondicionar lugares para fumadores y no</i></p>
--	--	--	---

	<p>fumadores...las áreas para fumadores deberán de constituir no más del 25 por ciento...</p> <p>Artículo 3. Se reforma el artículo 126, el cual queda así: Referente a bebidas alcohólicas.</p> <p>Artículo 4 y 5. se reforma el último párrafo del artículo 224, y 229 el cual queda así:</p> <p>...sanciones y multas. ...cierre temporal del establecimiento infractor</p>			
<p>3</p> <p>Acuerdo Gubernativo No. 426 2001, MSPAS Reglamento para la Regulación, aprobación y control de la Publicidad y lugares de consumo de Productos relacionados con el Tabaco (16-10-01)</p>	<p>Publicidad y lugares de consumo de Productos relacionados con el Tabaco. Establece competencia y responsabilidades de los involucrados en la autorización de la publicidad de los productos relacionados con el tabaco.</p>	<p>CAPÍTULO I: DISPOSICIONES GENERALES</p> <p>Artículo 1. Objeto: desarrollar las disposiciones del 90 97 y sus reformas en el decreto 50 200, para facilitar la aplicación por el MSPAS.</p> <p>Artículo 2. Fines fundamentales.</p> <p>a) Proteger la salud...en relación con los riesgos que conlleva el consumo ...</p> <p>b) Proteger a los consumidores y habitantes... frente a la publicidad que estimule el consumo...</p> <p>c) Proteger a los habitantes, en cuanto a los lugares donde se consumen dichos productos.</p> <p>Artículo 3. Campo de Aplicación y Responsabilidad. Establece los sujetos de las obligaciones establecidas en este reglamento.</p> <p>Artículo 4. Normas, Procedimientos y Formularios. Establece a la Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud, como responsable de proponer y aprobar las normativas técnicas y verificar su cumplimiento, el diseño de los procedimientos administrativos y los formularios para las solicitudes correspondientes y la aprobación de la publicidad...</p> <p>Artículo 5. Inspecciones. Corresponde al SIAS...la emisión de las resoluciones de aprobación de los lugares permitidos para el consumo de los productos relacionados...la vigilancia de los medios de comunicación social utilizados para la publicidad de</p>	<p>Establece el marco reglamentario para los involucrados en la autorización de la publicidad, así como en el empaque o envoltorio de los productos derivados del tabaco.</p>	

				<p>establecido en el artículo 49 literal b del Código de salud. Este hay que leerlo conjuntamente con la modificación que se hizo del mismo en el decreto 50-2000.</p> <p>Para ver las sanciones que establece la ley ver: Libro III. Infracciones contra la Salud y sus sanciones. Título único</p>
	<p>Artículo 19. Establece las advertencias sobre la publicidad el tabaco, en los medios gráficos, televisivos, radiales, escritos, vallas publicitarias, unidades móviles y medios electrónicos o electrónicos y cinematográficos.</p> <p><i>Artículos 20-21. Monitoreo de la publicidad del tabaco.</i></p> <p>Establece que la dirección del SIAS a través de los inspectores de saneamiento ambiental de las Areas de Salud serán los encargados de determinar si las advertencias en los medios de comunicación, así como envoltorios y cajetillas están incorporadas según lo estipula el reglamento. Además los inspectores de saneamiento ambiental tendrán competencia para supervisar que se cumpla con las prohibiciones referentes a radio y televisión.</p> <p><i>Artículo 22:</i> Establece la colocación obligatoria de rótulos publicitarios por los responsables de los establecimientos que contiene el artículo 51 del Código de Salud.</p> <p>CAPÍTULO V. DE LAS INFRACCIONES, SANCIONES Y PROCEDIMIENTOS.</p> <p><i>Artículo 23.</i> Establece que el incumplimiento de las disposiciones en materia de publicidad contenidas en el código de Salud y las contenidas en este reglamento serán sancionadas conforme la ley.</p>			<p>Este Acuerdo deroga el Acuerdo Ministerial SP-M-863-2001, de fecha 07-06-01</p> <p>Esta comisión es denominada: "La Comisión técnica del Tabaco" aunque sea en función de aprobación de</p>
4	Acuerdo Ministerial SP-M-731-2002	Creación de la Comisión de asistencia técnica para la aprobación de la publicidad de los productos de tabaco.		<p><i>Artículos 1-3:</i> Establece la integración de la comisión por un titular y un suplente designado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Dirección general de Regulación, vigilancia y Control de la Salud. b) Dirección General del sistema Integral de Atención en Salud. c) Unidad de Comunicación Social y Relaciones Públicas del Ministerio de salud. d) Departamento de Regulación de los programas de la Salud y Ambiente, en cuyo representante recae la

			<p>responsabilidad de fungir como coordinador de la Comisión.</p> <p>Además establece la participación de personas o instituciones a consideración del Ministro de Salud o de la comisión.*</p> <p><i>Artículo 4:</i> Establece las funciones de la Comisión.</p>	<p>publicidad únicamente.</p> <p>*Solicitar la participación de un representante del Consejo Nacional para la Prevención y Control del Tabaco en Guatemala.</p> <p>*Se ha contado con la participación de un titular y suplente de la comisión en las actividades del Consejo.</p>
5	Decreto Congreso de la república No. 61-77 8-12-97	Ley de Tabacos y sus derivados	<p>Capítulo I Regula la siembra y cultivo libre de tabaco pero obligación de notificación a Rentas Internas.</p> <p>Capítulo II Regula el almacenamiento y centralización del tabaco de acuerdo a la decisión del cosechero y tiene una libre decisión de destino. Establece la habilitación de bodegas privadas y depósitos fiscales. Si se ocupa por más de noventa días el depósito fiscal se deberá pagar Q 0.05 por cada día por cada 46 Kg.</p> <p>Capítulo III Establece una clasificación para los productos del tabaco, con fines fiscales.</p> <p>Capítulo IV Establece que la-fabricación de cigarrillos a máquina debe contar con autorización de División de Rentas Internas.</p> <p>Capítulo V Establece el régimen impositivo del tabaco y sus productos que algunos de sus artículos son modificados posteriormente por el Decreto 65-2001. En los cuáles se imponía una carga del 97% a los importadores de cigarrillos a máquina. Los</p>	

			<p>cigarrillos elaborados a mano no pagan impuesto.</p> <p>Capítulo VI Establece las sanciones. Tipifica los delitos contra el orden fiscal en el Ramo de Tabacos, contrabando. Establece en el artículo 45, la carga de impuestos por las faltas.</p>	
6	Decreto 65-2001	Reformas de Ley de Tabacos y sus productos, Decreto No. 61-77 y sus reformas.	<p>Artículo 1: Establece que la base imponible para los cigarrillos fabricados a máquina es de 46 % del precio de venta al público.</p> <p>Artículos 2-5: Hacen referencia a infracciones y sanciones desde multa a prisión, de acuerdo a la falta.</p> <p>Artículo 6: Establece que los ingresos percibidos como producto de las Reformas al Decreto 61-77 se destinarán específicamente para fortalecer el financiamiento de los gastos de salud preventiva y curativa, a cargo del Ministerio de Salud.</p>	
7	Decreto No. 65-79 del Congreso de la República	Reformas a los decretos 61-77 y 80-74, decreto Ley No. 71, Así como rendimiento al desarrollo del deporte y recreación.	<p>Artículo 1: Establece la carga de impuestos al 100%, modificando el artículo 22 del Decreto 61-77.</p> <p>Artículo 2: Establece que los importadores de cigarrillos no pagarán el impuesto del 100 %, se tomará como base lo consignado en la declaración jurada.</p> <p>Artículo 6. Establece la asignación al deporte nacional del Q 0.20 por cada paquete de diez cajetillas de veinte cigarrillos.</p> <p>Artículo 1: adiciona contenido a las modificaciones del decreto para igual la carga impositiva tanto al tabaco nacional como importado, al 44 % del precio de venta.</p>	
8	Decreto No. 53-95 20-07-95	Administración Tributaria. Reforma la Ley de Tabacos, decreto 61-77		

Modelo Transteórico -o de Etapas de Cambio- Una Estrategia de Cesación de las Adicciones.

El modelo fue propuesto por Prochaska & DiClemente (1982) quienes, basados en su experiencia en psicoterapia, observaron que la gente pasaba por estados de cambio similares sin importar el tipo de psicoterapia aplicada. Dicho modelo intenta describir los cambios por los cuales una persona atraviesa en el proceso de cambio de una conducta problema a una que no lo es, considerando a la **motivación** como un factor importante en el cambio conductual y atribuyéndole al sujeto el rol activo y concibiéndolo como un auto-cambiador del comportamiento. El modelo se acompaña de otros elementos, además de la motivación, que a opinión de sus autores influyen en el cambio de conducta, dichos elementos son: **las etapas de cambio, el proceso de cambio, el balance decisional y la autoeficacia.**

Las **etapas de cambio** son propuestas por Prochaska & DiClemente (1982), quienes observaron que las personas que logran cambios intencionales en sus conductas habituales lo logran a través de un proceso dinámico integrado por cinco etapas, cada una de ellas con características propias y excluyentes, dichas etapas son: Precontemplación, Contemplación, Determinación, Acción y Mantenimiento (Tabla 3). Además hay que agregar una etapa en el caso de no cumplir con el mantenimiento de la conducta deseada, dicha etapa es la de recaída, la cual implica un nuevo inicio del ciclo en el modelo.

Descripción de cada uno de los componentes del Modelo Transteórico

Se proponen que los sujetos transitan por 5 etapas para modificar conductas:

Precontemplación

Desconoce que ciertas conductas ponen en riesgo su salud. Desconoce la existencia de un problema de salud. Conoce la existencia de un problema de salud pero está renuente a realizar cambios en su conducta.

Contemplación

El sujeto advierte que ciertas conductas ponen en riesgo su salud o bien advierte la existencia de un problema de salud y se encuentra dispuesto a realizar cambios dentro de 6 meses.

Determinación.

El sujeto piensa seriamente modificar su conducta en un futuro próximo (dentro de 30 días).

Acción.

El sujeto se encuentra trabajando activamente en las modificaciones de las conductas que atañen a su salud, o bien en el problema de salud identificado.

Mantenimiento.

El sujeto adopta habitualmente las conductas adquiridas. Se considera que ha llegado a mantenimiento cuando la nueva conducta permanece por más de seis meses. El sujeto debe practicarla continuamente para no retroceder a etapas anteriores.

Recaída

En esta etapa el individuo inicia nuevamente el ciclo, es decir, el individuo deja de emitir la conducta deseada, lo cual es atribuido por la escasa motivación y el uso de una estrategia de cambio inadecuada.

Con la descripción de las cinco etapas, los autores del modelo suponen que no todas las personas a las que se dirige un programa de educación para la salud tienen la misma disposición para generar cambios de conducta. De tal manera que la ineficacia de los programas educativos se atribuye a campañas que enfocan sus esfuerzos en enseñar prácticas y estilos de vida saludables, cuando la mayor parte de la población ni siquiera ha identificado la existencia de un problema de salud.

La segunda dimensión del modelo corresponde a **los procesos de cambio**, los cuales se refieren a la forma en que se da el cambio de comportamiento de una etapa a otra, para tal efecto el modelo considera 12 formas de poder llevar a cabo esa transición. Cabe mencionar que en cada

transición efectiva se emplean diferentes procesos según la etapa en que se ubique el sujeto.

. El tercer componente, el **balance decisional**, se refiere a la valoración de las ventajas (pros) versus las desventajas (contras) de llevar a cabo un comportamiento preventivo. Es importante señalar, que dicho balance depende de la etapa en que se ubica la persona, esto es, debe de existir una evaluación por etapa, la cual tendrá por objetivo analizar las ventajas y desventajas de pasar a una etapa posterior.

Finalmente tenemos **la autoeficacia**, la cual es un concepto introducido por Bandura (1977) y se refiere a la percepción que tienen las personas sobre su capacidad para responder a un evento específico. Se considera que conforme los individuos avanzan en sus etapas de cambio, la autoeficacia en ellos será mayor. (Espada y Quiles, 2002; Velicer et al., 1998).

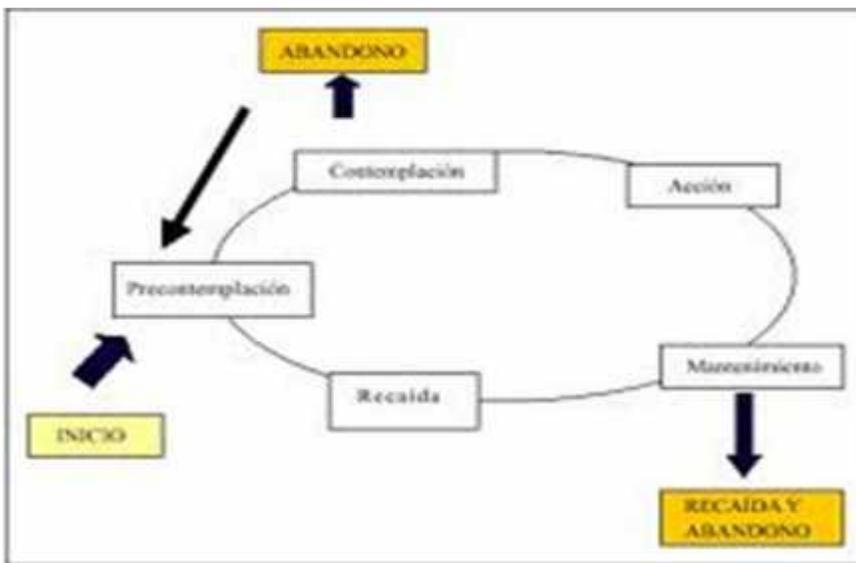


Figura 1. Esquema del modelo teórico del cambio.

CAPITULO II

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Estudiar el cambio en las conductas adictivas, no constituye, en absoluto, una actividad novedosa aunque sí atractiva. Al igual que todas las problemáticas que tienen su base en la misma sociedad y su cultura. Las adicciones constituyen un fenómeno complejo, con múltiples factores interrelacionados, referidos tanto al individuo como a su entorno social, más o menos, inmediatos.

La presente investigación respecto a “Factores de Protección que inciden en la Cesación del Cigarrillo”, realizada con una muestra de fumadores activos y pasivos, de ambos sexos, que asisten a la Clínica de Cesación del Cigarrillo, del Hospital General San Juan de Dios; ha cumplido el propósito principal de aportar elementos teóricos y prácticos que fortalezcan el programa de cesación del cigarrillo, por medio de la identificación de factores de protección que permitan minimizar el riesgo del consumo de cigarrillos, para darlos a conocer a los participantes del programa. Y sensibilizar a los mismos a través de la socialización de los riesgos para la salud que tienen los fumadores.

Un elemento esencial en el alcance de los objetivos de una investigación, lo determina la Metodología, Morales, Víctor (2001) describe dos acepciones de este término. Una primera de uso limitado que se refiere a los procedimientos que se utilizan para lograr los objetivos propuestos. Y una segunda que la considera como el estudio crítico del conjunto de operaciones y procedimientos racionales y sistemáticos que se utilizan para dar soluciones al problema de carácter teóricos y prácticos planteados. Para nuestra investigación hemos puesto en práctica esta segunda concepción.

2.1. TÉCNICAS

Hemos considerado la **metodología cualitativa** la más adecuada para la consecución de los objetivos propuestos ya que con estas técnicas obtenemos datos descriptivos, basados en las propias palabras de las personas, con las que trataremos de obtener una comprensión detallada en torno al proceso de rehabilitación o cesación del cigarrillo, desde la perspectiva de los participantes. Las técnicas cualitativas, posibilitan un proceso de comunicación real y una riqueza viva del intercambio simbólico que nos permite una recuperación de la subjetividad real y de las relaciones sociales (Albiach Catalá, 2003).

Dentro de las técnicas utilizadas, consideramos al interlocutor como un informante y nos interesa lo que sabe porque lo ha vivido directamente. Por ello se adoptó por parte del grupo investigador una actitud de **escucha activa** tendente a facilitar la exploración de las vivencias y la identificación de los factores de protección que fuesen del conocimiento de los participantes. Se fomentó la emergencia de un **discurso abierto** y la **libertad de expresión**, que permitiera la exteriorización de las opiniones y experiencias propias. Se elaboró un guión de temas relacionados con la protección y el riesgo del consumo de tabaco, con proyecciones a través de **videos, diapositivas, trifoliales de forma escrita** sobre los factores de protección. Integradas todas estas técnicas en el Programa de Educación Preventiva o Programa de Cesación del Tabaco, que fortalece la construcción de factores de protección y fomentar estilos de vida saludable.

2.2. INSTRUMENTOS:

La investigación cualitativa nos invita a crear técnicas y procedimientos que se adapten en forma más flexibles al objeto que se esté investigando. Tomando como referencia dicha invitación, se elaboró un **cuestionario de encuesta**, para la identificación de factores de Protección, Riesgo, Percepción y Emoción. Cuenta con 12 ítems clasificados intercaladamente por categoría (Anexo No.4), que perciben la opinión personal de cada participante en relación a la influencia de la familia, las situaciones personales difíciles, la cercanía con otras personas fumadoras, el papel de las emociones, su opinión personal en relación a los beneficios del programa, etc.

Por otra parte y con el fin de realizar un análisis del cambio comportamental en el proceso de cesación del cigarrillo, se aplicó el instrumento **“Modelo Transteórico del Cambio”** (Ver anexo 4), que explica el cambio de comportamiento según cinco variables: *etapas y procesos del cambio, balance decisorio, autoeficacia y tentación*. Este instrumento ofrece la posibilidad de planear y ejecutar intervenciones, a partir de las características específicas de cada participante. Identifica los diferentes estadios por los que atraviesan los adictos en el curso de modificar sus hábitos de salud. Esta herramienta propuesta por los psicólogos Prochaska & DiClemente, considera a la **motivación** como un factor importante en el cambio conductual y atribuyéndole al sujeto el rol activo y concibiéndolo como un auto-cambiador del comportamiento.

La aplicación de este instrumento requirió la necesidad de proporcionar el acompañamiento psicoterapéutico en Los diez procesos de cambio básicos identificados por este modelo:

1. El aumento de la concienciación, que consistió en una intensificación, por parte del participante, del procesamiento de la información respecto a la problemática asociada a la conducta adictiva y a los beneficios de modificarla. Se trata pues, de un proceso especialmente cognitivo.

2. El proceso de auto-reevaluación, consistió tanto en una valoración afectiva y cognitiva, por parte del participante, del impacto de la conducta adictiva sobre sus valores y su manera de ser, como en un reconocimiento, también efectivo y cognitivo, de la mejoría significativa que representaría para su vida el abandonar las conductas adictivas.
3. La reevaluación del entorno, estuvo basada tanto en una valoración por parte del participante del estado actual de sus relaciones interpersonales, es decir, del impacto de su conducta adictiva sobre su comportamiento interpersonal y sobre las personas más allegadas al propio adicto, como un reconocimiento de las consecuencias positivas respecto a dichas relaciones interpersonales, familiares y de amistad, derivadas de la modificación del hábito adictivo.
4. El relieve dramático, consiste en la experimentación y expresión de reacciones emocionales elicítadas por la observación y/o advertencias respecto a los aspectos negativos -esencialmente las consecuencias sobre la salud- asociados a la conducta adictiva.
5. El proceso de auto liberación, representa un compromiso personal, un aumento de la capacidad del adicto para decidir y elegir, y requiere la creencia de que uno puede ser un elemento esencial en el proceso de cambio de la conducta adictiva, ya que se posee o se puede adquirir o desarrollar las habilidades necesarias para cambiar.
6. El proceso de liberación social también representa un aumento de la capacidad del adicto para decidir y escoger, propiciado, en este caso, por una toma de conciencia tanto de la representación social de la conducta adictiva como de la voluntad social de combatirla mediante el aumento de alternativas adaptativas disponibles.
7. El manejo de contingencias, es una estrategia conductual que aumenta la probabilidad de que una determinada conducta adictiva (no consumir cigarrillos, por ejemplo) relativa al cambio conductual ocurra. Consiste en el auto esfuerzo de la conducta (auto vigilancia).

8. Las relaciones de ayuda, hacen referencia a la existencia y utilización del apoyo social (familia, amigos, terapeutas, etc.) que pueda facilitar el proceso de cambio en la conducta adictiva, por ejemplo el apoyo social, la alianza terapéutica, grupos de autoayuda que permitan abrirse y confiar en otras personas.
9. El proceso de contra condicionamiento consiste, esencialmente, en modificar la respuesta (cognitiva, motora y fisiológica) derivada por estímulos condicionados a la conducta adictiva u otro tipo de situaciones de riesgo, generando y desarrollando conductas alternativas. Este proceso de cambio, al igual que el siguiente es, esencialmente, conductual.
10. El control de estímulos, consiste básicamente en evitar la exposición a situaciones de alto riesgo para consumir. Un ejemplo característico es la reestructuración del ambiente para que la probabilidad de ocurrencia, de un determinado estímulo condicionado a la conducta adictiva se reduzca significativamente.

Se empleó como complemento de este modelo, la aplicación del Cuestionario de la Encuesta, citado en párrafos anteriores, como un estudio observacional en el cual el investigador busca recaudar datos por medio de un cuestionario prediseñado, y que no modifica su entorno, ni controla el proceso que está en observación (como si lo hace un experimento) los datos se obtuvieron a partir de realizar un conjunto de preguntas normalizadas dirigidas a la muestra representativa. Esto resalta la aplicación de otra técnica, La Observación, en la modalidad, según los medios utilizados, estableciendo una observación no estructurada, ya que el interés de los investigadores se centró en observar los cambios conductuales espontáneos y reales en el proceso de cambio.

Además, se utilizaron técnicas de relajación con el fin de conducir a la consecuencia de un estado de reducción de la activación general del organismo,

con lo que esto supone de beneficio tanto a nivel subjetivo, con resultados placenteros con lo que respecta a la propia salud física y psicológica.

La aplicabilidad de cada una de las técnicas e instrumentos citados, se manifiestan de acuerdo a cada una de las fases en que se dividió esta investigación.

FASE I. PREPARATORIA

Reflexiva Diseño: Tomando como base la formación investigadora, los conocimientos y experiencias sobre lo observado de nuestro objeto de estudio y propuesta curricular, se estableció el marco teórico conceptual desde donde partió nuestra investigación, utilizada como referencia para todo el proceso. Se planificaron actividades que se ejecutarán en las fases posteriores. Empleando la metodología de la encuesta y el Modelo Transteórico del Cambio, para enriquecer y sustentar nuestro proyecto.

Realizamos un primer acercamiento bibliográfico general al ámbito del tabaquismo, los factores de protección y riesgo, causas y consecuencias vinculadas con la acción comunitaria, así como a los estudios referentes a los aspectos, tanto personales como psicosociales intervinientes en los procesos de cambio de estilo de vida en sujetos consumidores de tabaco. Al mismo tiempo, entramos en contacto y profundizamos en el conocimiento y utilización de la metodología cualitativa, concretamente en las técnicas que se utilizaron en esta Investigación. Todo ello de forma conjunta con la Sección de Psicología del Departamento de Medicina Interna del Hospital General San Juan de Dios.

FASE II. TRABAJO DE CAMPO

Acceso al campo

Recolección Productiva de datos

Como es una investigación de tipo cualitativa mediante la metodología científica se tomó de referencia las experiencias de los profesionales a cargo del Programa de Cesación del Cigarrillo ubicada en la Consulta Externa de la Clínica de Psicología del Hospital General San Juan de Dios, el cual consta de personas referidas por otras clínicas y cuyo número no puede excederse de 8 personas. Para fines del presente estudio y fortalecer este programa se realizó una invitación hablada y escrita a todas las clínicas de consulta externa del hospital los días miércoles jueves y viernes de cada semana a partir del día 22 de Agosto en la Jornada Matutina y Vespertina para participar en tres actividades que se tienen programadas los días lunes 27 de agosto, 3 y 10 de septiembre del presente año, en el horario de 9:00 am. a 10:00 a.m. horas. Esta invitación incluyo al personal del Hospital General San Juan de Dios y a todo aquel consumidor dispuesto a conocer la enfermedad del Tabaquismo, sus factores de prevención, protección, riesgo y fortalecimiento de la percepción del riesgo. En nuestras actividades se emplearan videos, diapositivas, exposiciones, diálogos participativos mediante los cuales se dieron a conocer los factores de protección.

Al finalizar cada actividad se impartió una encuesta escrita a todos los participantes, la cual consta de diez preguntas donde se identificaron los Factores de nuestros objetivos. Con fines de Fortalecer mediante técnicas de Motivación y Relajamiento, los factores que carezcan o se encuentren debilitados. Así mismo, se determinó la etapa en que el participante se encuentra según el Modelo Transteórico del Cambio en la primera semana, para luego continuar con la etapa preparatoria, en la cual el sujeto establece voluntariamente el “Día De”, el cual es elegido para iniciar su proceso de

cesación. Para continuar en la tercer semana con la implementación de estrategias psico-sociales y motivacionales.

Se obtuvo la información, en torno al proceso de cambio para la superación de la adicción, a partir de las aportaciones de sujetos que se han hallado inmersos en problemas de dependencia que han conseguido superarlos y a través de los profesionales de la psicología que trabajaron en el campo de la asistencia a personas con adicción al consumo de tabaco. De nuestros interlocutores nos interesaba, no lo que creen y piensan, sino lo que saben porque lo han vivido directamente. Se trata de registrar y de sistematizar su saber, adquirido a través de su experiencia, con relación a los diferentes cambios que tienen que lograr los sujetos con dependencia al cigarrillo, así como los cambios que son pertinentes y que se efectúan en el entorno y la interacción de los mismos para que, finalmente, consiguieran cambiar su estilo de vida y mantenerlo.

FASE III. ANALÍTICA

Reducción de datos

Disposición y transformación de datos

En esta fase se reunió la información obtenida para su análisis de resultados y se verificaran las conclusiones. Se sistematizó toda la información de los 8 integrantes del Programa de la Clínica de Cesación del Cigarrillo, lo recabado permitió establecer la mejor estrategia en concordancia de los objetivos iniciales.

FASE IV. INFORMATIVA

Elaboración del informe

En esta fase final del análisis y discusión de los resultados se abordaron todos los aspectos que se contemplaron en la planificación y ejecución de cada

una de las actividades de las tres fases planteadas tanto como los objetivos que se lograron alcanzar. Y posteriormente la preparación del presente informe...

CAPITULO III

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

En el 1992, Hawkins y Catalano, dos de los investigadores principales en el área de prevención formularon una simple pero acertada y profunda aseveración: *“Para que podamos prevenir un problema, debemos encontrar cuáles son los factores que aumentan la probabilidad de su ocurrencia y entonces encontrar maneras de reducir los “factores de riesgo”*. Hoy día se conoce que el uso de sustancias adictivas ocurre en respuesta a múltiples influencias, que incluyen al individuo, a su familia, los pares, la escuela, comunidad, sociedad y ambiente. Estas áreas de dominio interactúan la una con la otra y cambian a través del tiempo y ejercen mayor o menor influencia sobre las personas, según cuándo y en qué etapa del desarrollo ocurra, en qué contexto social se den y bajo qué circunstancias. A estas influencias que operan negativamente sobre las actitudes y conductas de las personas adictas o candidatas a la adicción a alguna sustancia se les conoce como los “factores de riesgo”. Junto a estos y asociados a un aumento en probabilidades de futuros problemas de conducta, y en el caso de las adicciones al tabaco, están los “factores de protección” que, a la inversa, contribuyen a promover estilos de vida saludables, libre de drogas.

El presente análisis muestra y explica cuáles son los factores de riesgo y protección en cada área de dominio y las estrategias de prevención que pueden ser utilizadas para influenciar la desaparición o aparición, correspondientemente de la adicción al tabaquismo. La identificación de tales factores se han derivado del desarrollo de acciones de educación preventiva contra la adicción al tabaquismo, en otras palabras, de la inducción informativa que se impartió a las personas que asistieron a la Clínica de Cesación de Tabaquismo del Hospital General San Juan de Dios de la ciudad de Guatemala, contribuyendo de esta

manera a disminuir el índice de recaídas de los pacientes que asisten a esta clínica.

El Hospital General San Juan de Dios, ubicado en la 1ª. Av. 10-50 de la Zona 1, en la Ciudad de Guatemala, fue puesto al servicio público en octubre de 1778, Con el paso de los años se ha ido mejorando las diferentes áreas, como la estructura física, que permite a los usuarios una mejor estadía. Ampliaciones y remozamientos que incluyen: maternidad, consulta externa de la pediatría, trasplantes, traumatología pediátrica, cuidados intensivos y clínica del adolescente. Se han implementado además nuevas unidades en las especialidades de: cardiología, quemados infantiles, trasplantes, hematología de adultos, etc., y entre los cuales se encuentra la Clínica de Cesación del Tabaco, que pertenece a la Unidad de Psicología, del Departamento de Medicina Interna. Estos son algunos de los logros y avances que se han tenido el Hospital General San Juan de Dios.

El Hospital General San Juan de Dios, cuenta con el apoyo del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para dar cumplimiento a la misión de brindar atención médica integral de tercer nivel a la población guatemalteca, con personal técnico y profesional especializados, utilizando la mejor tecnología. Dentro de esta atención médica integral, se encuentra el Programa de Cesación del Tabaco, que atiende a personas de ambos sexos, en los cuales se encuentra la prevalencia física, emocional y social de la enfermedad del tabaquismo, a manera de promover en ellos el desarrollo de factores de protección que establezcan un cambio en su estilo de vida y salud.

Cuando se trabaja con los programas de educación preventiva se fortalece la construcción de factores de protección y fomentar estilos de vida saludable; y siendo el tabaquismo una de las mayores pandemias en Guatemala, que afectan a nivel físico, psicológico y social, constituyéndose en una enfermedad crónica y causa de muerte evitable en el ser humano, es necesario el abordaje de factores de protección que permitan un mejor manejo y control en el proceso de cesación del cigarrillo.

Durante la primera y segunda fase del trabajo de campo del proyecto de investigación titulado “Factores de Protección que inciden en la Cesación del Cigarrillo “, se persiguió el objetivo de planificar y desarrollar actividades tales como la proyección de videos, diapositivas, exposiciones, diálogos participativos que permitieran identificar cuáles son los factores de protección que prevalecen en el grupo de participantes. Ante ello es necesario mencionar que estos últimos no conocían el concepto de factores de protección antes de la explicación del mismo. Esto constituye de manera equivalente un factor de riesgo, que se define como falta de información sobre el tema y sus consecuencias, y que permite establecer una prognosis de posibles recaídas en el proceso de cesación.

Estableciéndolo desde el punto de vista de la psicología cognitiva, es muy bien sabido entre los profesionales del comportamiento humano, que todo nuevo conocimiento genera un cambio de conducta, de ello resalta la importancia de las charlas informativas por diferentes medios, concernientes a las causas y efectos en el consumo de tabaco. Así mismo de la concientización de cómo la dependencia del cigarrillo o de algún tipo de droga influye en los distintos ámbitos de la vida.

Lo anterior se pone de manifiesto a partir del desarrollo de esta primera y segunda fase, en el que se logró que los asistentes identificaran los factores que tenían a su favor o entorno, tanto en su vida personal, como en lo familiar, social y laboral. Entre los cuales está la influencia que tiene la familia, para ellos, considerando muy importante el apoyo moral y físico como el bienestar de su salud, la mayoría estaba consciente que al fumar ellos en casa provocaba riesgos a la salud de sus familiares convirtiéndolos en fumadores pasivos.

Son diversas las experiencias expresadas por los participantes, entre ellas podríamos mencionar la del padre de una de las personas que asistieron, la cual es deportista de profesión y por tal razón expone el papá, apoya en todo sentido la elección de ella y esto lo motiva a apoyarla en dejar de fumar, puesto que adicción y deporte no van de la mano. La expresión de su propia experiencia provoco en los participantes la exteriorizaron de la razón por la cual ellos

querían dejar de fumar. Asignado su interés en sus hijos y demás familiares que viven dentro del mismo techo y a los cuales no quieren causar más daños, además de otras personas que forman parte de su contexto social. Esto se constituye como otro factor de protección, que se resume en el apoyo familiar y en la capacidad de crear conciencia sobre los efectos del tabaquismo y el daño que esto produce.

Con ello queda comprobado que es necesario el pleno conocimiento del tema para generar en el fumador pasivo el compromiso moral y ético en el cuidado de su propia salud, como en la de sus familiares, amigos y demás personas. Así como de asumir la responsabilidad en el mantenimiento permanente de la puesta en práctica de estrategias de prevención y control. Convirtiéndose ahora en promotores del cesado.

Otros de los factores de protección identificados por los mismos participantes son el deporte, los ambientes libres de humo ya que esta funciona como una medida de presión puesto que les ayuda a limitarse o evitar entre tantas cosas la asociación de comidas o bebidas con el cigarrillo como lo es el café o las bebidas estimulantes. Llevar una alimentación balanceada, mantenerse hidratado, son estrategias de soporte para cuidar su salud teniendo con ello menos manifestaciones de enfermedades derivadas del consumo de tabaco. A nivel personal, las habilidades sociales y receptividad social, como lo son: la cooperación, flexibilidad, habilidad para solucionar problemas es lo que llevo a un participante a tomar su firme decisión de dejar de fumar, y que logro mantenerse en el transcurso del programa. La auto eficacia que es la capacidad que tienen las personas de operar cambios en sí mismos y en su entorno es lo que impulso a otro participante a cooperar y promover el programa de Cesación del Cigarrillo del Hospital General San Juan de Dios y que permite que el mismo se constituya en promotor de estos factores, sumado al sentido de responsabilidad, empatía, generosidad, buenos propósitos y disciplina.

De acuerdo a la anterior se puede asegurar que contar con el apoyo social y psicológico que es la función que actualmente realiza el Hospital General San

Juan de Dios con la Clínica del Cesado, es uno de los factores de protección que prevalece hoy día tanto en los participantes de nuestra investigación como en la sociedad de todo aquel que tome esta firme decisión.

Para completar el análisis y discusión de la primera y segunda fase, se cita la aplicación de la encuesta "IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE PROTECCIÓN, RIESGO, PERCEPCIÓN Y EMOCIÓN. De la que se producen varias interpretaciones de acuerdo a cada categoría, y que proporcionan mayor sostenibilidad y veracidad a los planteamientos definidos en los párrafos anteriores.

Para la categoría de *PROTECCIÓN*, se exploró la opinión de los participantes en relación al apoyo familiar en el proceso de cesación, la realización de alguna actividad física y los lugares libres de humo de tabaco, dirigiendo la intencionalidad de esta exploración, a si cuentan o no con la manifestación de estos factores de protección en su vida. Con respecto al apoyo familiar en el proceso de cesación, un 85 % de las opiniones manifiestan contar con este factor, mientras que un 15%, no. Por otra parte solo un 29% realizan alguna actividad física o deporte, esto permite establecer la impresión de que siendo el deporte un factor de protección, la menor frecuencia de este podría representar un factor de riesgo. Por último en el análisis de esta categoría y en relación a la ayuda que proporcionan las áreas libres de humo de tabaco, un 71.5% considera de mucho beneficio este factor, pero es de tomar en cuenta que el hecho de que el 23.5% restante no lo considera de beneficio, podría estar fundamentado en la falta de control y regulación en la aplicación del mismo. Aunque en Guatemala se ha creado La Ley de Creación de los Ambientes Libres de Humo de Tabaco como el Decreto 74-2008, aun no se logra ninguna regulación en el comercio, venta y distribución de cigarrillo.

Estos resultados comprueban la manifestación del factor de protección relacionado con el apoyo familiar, el deporte, la alimentación, el entorno etc. La familia o el grupo que la represente, es el primer contexto que tiene el ser humano, para la formación de valores y el desarrollo de su personalidad, por lo

que esta jugara siempre un papel muy importante en la intencionalidad de la persona para la modificación de conductas o hábitos que atentan contra la salud.

Otra de las categorías evaluadas en la encuesta es la de *RIESGO*, para exploración y análisis se tomó en cuenta como la cercanía a amistades o personas que fuman, así como de otros familiares que poseen el hábito, pueda representar una influencia que afecte el proceso de cesación. De ello se deriva que un 85 % considera que el estar con personas que fuman, o con familiares dentro de su entorno que tienen el hábito, entorpece la intención por dejar de fumar, esto permite la interpretación de que al existir este factor de riesgo es necesaria la concientización de las personas de la importancia de alejarse de los espacios que resulten amenazantes a su intención hasta haber logrado el desarrollo de la disciplina, autoconfianza y seguridad necesaria para su confrontación.

Cuando se registra y analizan las opiniones concernientes a la *PERCEPCIÓN* que se obtiene del desarrollo del programa de prevención, en los participantes, es necesario conocer su nivel de confianza o autoconfianza en el proceso, su opinión en cuanto a beneficios positivos adquiridos y de cómo el conocimiento nuevo influye en el cambio de conducta y en la decisión por dejar de fumar. Ello se expresa en las opiniones del 14.3% de los encuestados quienes manifiestan poseer un nivel de confianza bajo, un 28.6 % está en el valor de confianza media y un 43% con una confianza a nivel alto. Esto demuestra que el programa debe ser fortalecido a manera de implementar técnicas que moralmente fortalezcan al paciente no solo cognitivamente, sino que es de vital importancia la atención integral, es decir, abordando el área social, física, mental y espiritual. Si solo enseñamos y mostramos a través de proyecciones visuales en videos, diapositivas, volantes etc., no se logra el fortalecimiento necesario en todas las personas para tener la confianza en sí mismos en el proceso. Se deben tomar en cuenta también la influencia de la edad, la situación socioeconómica, contexto cultural, educación, entre otras que influyen en el nivel de confianza adquirido.

En relación a los aportes positivos del programa en la decisión de fumar, el 100% coinciden en la opinión de haber obtenido un alto nivel de motivación a través de los talleres, charlas y acompañamientos para fortalecer la intención de dejar de fumar, logrando conocer por medio de los testimonios una abstinencia por más de dos meses en alguno de los participantes. Para concluir esta categoría, el 74 % considera que después de haber conocido que el tabaquismo es una de las principales causas de muerte, han obtenido una base de muy buena influencia en su decisión por dejar de fumar, con esto resalta nuevamente la comprobación de los planteamientos de la Psicología Cognitiva: “Todo cambio de conocimiento, genera un cambio de mentalidad y de comportamiento”.

La última categoría de la encuesta se refiere a la EMOCIÓN, esta con el fin de obtener una idea del nivel de ansiedad que genera en los candidatos el proceso de cesación en el consumo del cigarrillo. De ello se logró el conocimiento de que un 74% no presentan signos o síntomas de ansiedad, pero el 26% restante manifestaron haber desarrollado cuadros significativos de ansiedad por la abstinencia al tabaco.

Por otra parte y de acuerdo a la aplicación del Modelo Transteórico del Cambio, el cual clasifica al fumador en diferentes etapas, considerando los elementos de las etapas de cambio, el proceso de cambio, el balance decisional y la autoeficacia. Este modelo ubica la etapa en que se encontraban los fumadores activos y también el día “D” que según este modelo voluntariamente el participante elige un día para intentar dejar de fumar, para ello se les hizo saber a cerca de los síntomas de la abstinencia de la nicotina y se socializó con ellos este tema en el caso que decidieran aceptar el día “D”.

El modelo distingue cuatro etapas de clasificación, PREPARACIÓN, PRE CONTEMPLACIÓN, CONTEMPLACIÓN Y MANTENIMIENTO.

En la etapa de preparación el sujeto piensa seriamente en modificar su conducta en un futuro próximo, en este estudio el 74 % se encuentra en esta etapa, considerando que la mayoría de los participantes, han tomado recientemente la decisión de cesación del tabaco, un 14.2 % está en la etapa de

Contemplación, la cual se caracteriza porque el sujeto advierte que ciertas conductas ponen en riesgo su salud o bien advierte la existencia de un problema de salud y se encuentra dispuesto a realizar cambios. Esto después de la concientización e identificación de factores de protección y riesgo por medio de las actividades realizadas. Interrelacionalmente un 14.2% se encuentra en la fase de mantenimiento. Estos datos estadísticos ponen de manifiesto los porcentajes de los que se encuentran en etapas iniciales del tratamiento y quienes han avanzado en el mismo, fortaleciendo su autocontrol y disciplina en el proceso.

Con el avance de este análisis y de su interpretación se intenta proyectar lo emergente que resulta la atención integral en los pacientes que asisten a la Clínica de Cesación del Tabaco del Hospital General San Juan de Dios. Esta necesidad surge a partir de los sentimientos o emociones de miedo, desprotección, la soledad, la desesperanza, en síntesis, situaciones de depresión, angustia y ansiedad que puedan despertar la vulnerabilidad a la recaída. Para ello la intervención psicológica en el proceso de cesación, debe comprender tanto la parte docente o educativa, como la propiamente terapéutica, contribuyendo a que el paciente descubra cuales son los recursos internos y externos con los que cuenta para mejorar no solo su salud, sino también su estilo de vida.

El no encontrar solución sobre los problemas dentro de la sociedad en la que se desenvuelve es lo que les estimula a otros a tener el deseo de fumar, la falta de apoyo social y familiar desmotiva a las personas en su decisión de cesado, el acudir a reuniones o fiestas donde constantemente las personas ponen en práctica este hábito es otro factor de riesgo que motiva a imitar tal actitud, provocando a recaer o desistir de la decisión de dejar el cigarrillo. Dentro de otros factores destacados están: el tener la facilidad al acceso de ceniceros y encendedores dentro de casa u oficina, así como el tener un familiar o compañero(a) de hogar que sea fumador activo, dificultan el proceso de cesación, el acudir a grupos o reuniones sociales como iglesia, scouts, etc,

donde se practique este hábito. Los participantes expresaron que cuando se exponen dentro de la sociedad al humo del tabaco, la falta de atención y comprensión dentro del hogar y su entorno social son factores determinantes y sienten una gran necesidad de fumar, muchas veces se sienten solos e incomprendidos por su adicción al cigarrillo, y no pueden manejar el estrés fácilmente, la depresión, los cambios emocionales y la falta de empleo son factores que les provoca o impulsa a fumar.

A través de la estrategia de socialización se logró tener una mejor percepción de los factores de protección y de los riesgos que se abordan en el proceso de cesación, para contribuir a la búsqueda de una mejor calidad de vida saludable tanto de los participantes como de las personas que están en su alrededor. De ahí que los participantes reconocieron la importancia de tener en cuenta información al respecto para concientizarse de sus actos. Proporcionando al participante la capacidad de reconocer factores de protección en el tabaquismo como lo mencionamos en las fases anteriores, y la percepción de los riesgos que llevan al hábito de fumar.

Se evidencia que dentro de los factores de protección que inciden en la cesación del consumo del cigarrillo, los más destacados entre los participantes de este proyecto y los estudiados se encuentran: la Participación en deportes, el apoyo familiar, ambientes libres de humo, tener un buen conocimiento del daño que el tabaquismo provoca a la salud, la autoeficacia, tener padres o familiares que compartan el mismo techo, que no fuman, las habilidades sociales y receptividad social, Apoyo social y psicológico y disminución sistemática del consumo.

Entre los Factores de riesgos encontrados están: el mejor amigo fuma, falta de control emocional a sus impulsos, sentimientos de soledad, fácil acceso al cigarrillo, la adicción.

Entre los factores de Percepción del riesgo dentro del grupo tenemos: el nivel de confianza para dejar de fumar es alto, aportes positivos del programa de

cesación y el conocer que el tabaquismo es una de las principales causas de muerte influye fuertemente en su decisión del cesado.

Considerando estos resultados y cumpliendo con el objetivo de aportar elementos teóricos y prácticos para el fortalecimiento del Programa de Cesación, se elabora y presenta la siguiente **propuesta:**

**Hospital General San Juan De Dios
Unidad De Psicología
Departamento De Medicina Interna**

PROGRAMA DE CESACIÓN DEL TABACO

Propósito y Objetivo

Este programa tiene como propósito contribuir a la disminución de la prevalencia local de personas que fuman, al facilitar al equipo de profesionales que intervienen en el proceso de cesación, las herramientas necesarias para trabajar en la recuperación de la dependencia del tabaco.

El **objetivo general** es proveer al equipo de salud, recomendaciones acerca de tratamientos a aplicar para ayudar a dejar de fumar, basadas en evidencia de alta calidad y adaptada al marco local.

Los **objetivos específicos** son:

- 1) Facilitar a los terapeutas involucrados el acceso a las herramientas adecuadas para apoyar el proceso de recuperación de la dependencia al tabaco.
- 2) Proveer las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible

de efectividad de los tratamientos para dejar de fumar.

- 3) Adaptar dicha evidencia al marco local a partir del consenso de los referentes nacionales, a fin de incrementar la factibilidad y aplicabilidad de las recomendaciones.

Fundamentos del Programa

Se basa en el conocimiento del resultado beneficioso obtenido en la investigación “Factores de Protección que inciden en la Cesación del Cigarrillo”, realizado por estudiantes de la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, como parte del trabajo de campo para optar el título de Psicólogos. Del análisis de la misma se logra la identificación de la importancia de las terapias de autoayuda para el manejo de enfermedades crónicas, sobre todo en adicciones, para lograr el éxito. La evidencia actual ha llevado a un nuevo enfoque terapéutico: se trata de una adicción al consumo de una droga, el tabaco.

La intervención es eficaz tanto en población general como en grupos especiales. Tomando en consideración sus fundamentos:

Con bases fisiopatológicas bien definidas que permiten encarar su tratamiento con éxito.

Con disponibilidad de excelentes recursos terapéuticos farmacológicos y psicológicos que triplican la posibilidad de éxito.

Constituye una terapia especializada obligada en la estrategia de atención primaria de salud.

Debe estar acompañadas de políticas eficaces a nivel gobierno o Ministerio de Salud Pública, (campañas antitabaco, participación para control del tabaquismo en el convenio marco, políticas anti contrabando de cigarrillos), entre otras.

Todos los fumadores deben recibir consejo médico y terapia especializada para lograr la cesación.

Generalidades del programa:

- ✓ El lema es “UN DIA SIN FUMAR”, (abordaje empático del problema).
- ✓ Discontinuación progresiva (desintoxicación, reaprendizaje)
- ✓ Terapia de grupo (ayuda con equipo técnico especializado)
- ✓ Promoción de la elección del día “D” (dejé de fumar)
- ✓ Debe ser un programa accesible y del conocimiento público.
- ✓ Con apoyo de terapia farmacológica (bupropión, vareniclina, sustitutos nicotínicos, cuando está indicado).

Contenido:

Se aplicaran las bases metodologicas (terapia cognitivo conductual) con aporte de tratamiento farmacológico mediante convenio suscrito.

Ejecución:

Terapia grupal de ayuda de hasta 15 personas, encuentro semanal, grupos abiertos. Abordaje multidisciplinario (medico cardiólogo- psicólogo- nutricionista).

La terapia debe incluir:

- ✓ Tratamiento de la adicción física: - Informar acerca de la adicción física (dependencia, síntomas de abstinencia).
- ✓ Enseñanza de estrategias para su manejo.
- ✓ Apoyo farmacológico (manejo de los síntomas de abstinencia nicotínica).

- ✓ Tratamiento cognitivo conductual: Consiste en la enseñanza de habilidades para el manejo de las conductas que llevan a fumar, intensidad, asociaciones, y aplicación de alternativas contra el consumo (tareas de cesación), (conductual) y tratamiento de las creencias relacionadas en el consumo (cognitivo).
- ✓ Tratamiento de los aspectos sociales de la adicción, que incluye:
Enseñanzas para el manejo del entorno social del fumador, instrumentar y reforzar las políticas pro y antitabaco.
- ✓ Enfatizar acerca de los beneficios sociales de la cesación.

Se sugiere que al intervenir en cesación se evalúe la motivación, la etapa del proceso de cambio, las preferencias, las circunstancias y las necesidades de la persona; y utilizar herramientas como la negociación, el alentar al abandono y la oferta de tratamiento.

Se recomienda al equipo de salud utilizar la entrevista motivacional como estilo de atención para estimular el abandono y también durante todas las etapas del tratamiento. Este enfoque aumenta tanto el número de intentos de abandono como la tasa de cesación.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. CONCLUSIONES

1. Entre las debilidades en el Programa de Cesación del Cigarrillo, se encontró que los participantes no tienen un seguimiento.
2. La duración y el tiempo que se le da al desarrollo del programa no son suficientes para lograr los objetivos esperados y el éxito del mismo.
3. Otro aspecto relevante es el espacio y su entorno, es pequeño e inadecuado y no es específicamente para la clínica de cesación.
4. Se logró fortalecer el programa de Cesación del Cigarrillo de la Clínica de Psicología del Hospital General San Juan de Dios, aumentando la demanda de participantes a través de talleres informativos en las diferentes clínicas de la consulta externa.
5. Se necesita fortalecer los Factores de Protección encontrados y su abordaje en cuanto al aporte real que cada uno puede tener para lograr la cesación del consumo del cigarrillo en esta población.
6. Por el contrario con los Factores de Riesgo encontrados en los participantes se necesita que tengan un mayor reconocimiento a estos para que tengan una mejor percepción del Riesgo y así minimizar sus posibles recaídas.

7. Se logró recabar suficiente información para identificar los Factores de Protección que contribuyen en la cesación del cigarrillo.
8. Se logró culminar el Programa según los objetivos planteados y la planificación establecida.

4.2. RECOMENDACIONES

1. Solicitar el presupuesto y el apoyo tanto Institucional como Gubernamental para el financiamiento de los recursos materiales como humanos, para el desarrollo adecuado del programa.
2. Darle el seguimiento respectivo los participantes así como su atención psicológica personalizada en cuanto a los problemas emocionales y de personalidad y su tratamiento adecuado, adicionalmente a la terapia grupal que ya está establecida.
3. Promocionar más el programa dentro de la misma Institución porque se carecen de su conocimiento. Así como darlo a conocer en los medios televisados y escritos.
4. Desarrollar actividades Psicopedagógicas sobre aspectos emocionales como: Conservar la calma, manejo del estrés, inteligencia emocional, ansiedad, duelo, para propiciar formas adecuadas de reacción ante los síntomas de abstinencia del cigarrillo.
5. Capacitar a los pacientes sobre los estilos de vida saludables, cuando están en la etapa de mantenimiento como estrategia para evitar las recaídas.
6. Hacer uso de las nuevas tecnologías para brindar información de los factores de protección y de los de riesgo, así como terapias de choque y de motivación siendo factores importantes del cual carece el Programa.
7. Brindar más de una hora en las sesiones semanales destinadas al programa y un espacio adecuado en donde se puedan realizar otras

actividades que contribuyan en la cesación del cigarrillo adicional a las terapias de grupo ya establecidas.

BIBLIOGRAFIA

1. Baquero Torres Marialnes. El Enfoque diferencial en discapacidad: un imperativo ético en la revisión del plan de ordenamiento territorial en Bogotá D. C. Corporación Viva la Ciudadanía. Bogotá 2011.
2. Berrnstains, D.A.Y Borkovec, T:D: (1983) Entrenamiento en relajación progresiva. Bilbao: DOV. Pp 198.
3. Cañas, José Luis. **Antropología de las Adicciones. Psicoterapia y Rehumanización**, Editorial Dykinson, Madrid, 2004, pp. 229).
4. CLAYTON, R.R. (1992). Transitions in drug use: Risk and protective factors. Citado en T. Laespada, I. Iraurgi y E. Aróstegi (Eds). (2004). Factores de Riesgo y de Protección frente al Consumo de Drogas: Hacia un Modelo Explicativo del Consumo de Drogas en Jóvenes de la CAPV. Instituto Deusto de Drogodependencias, Universidad de Deusto.
5. Cuervo, Gloria. Hacia una política académica inclusiva en la Universidad de Colombia. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina. Maestría en Discapacidad e Inclusión Social. Bogotá D. C. Julio 2007.
6. Denis, Richard. Las drogas, siglo XXI de España Editores, S.A. 2002, pp 109.
7. Dra. Cruz, Silvia. Consejo nacional para la prevención y control del tabaco Guatemala, marzo del 2004, pp. 210.
8. Dr. Ruiz Ramírez, Jorge. Prevalencia y percepción del riesgo del tabaquismo en el área de salud. pp.20.

9. Diccionario Larousse, 2007, tomo 2, pp.102.
10. El tabaco, consultado: [21, agosto, 2012] Disponible en:
<http://es.encarta.msn.com@1993-2011microsoft>
11. Espada y Quiles, 2002; Velicer et al., 1998.
12. Factores de riesgo y de protección, consultado [21, agosto, 2012]
Disponible en:
<http://mural.uv.es/nomara/factores.htm>
13. Garciga, Ortega, Octavio, Prevención de las adicciones red. Hospital Psiquiátrico de la Habana 2006, pp. 210.
14. La Rehabilitación en Drogodependientes, consultado: [22, agosto, 2012]
Disponible en:
<http://www.definicion.org/rehabilitacion>
15. Las adicciones, consultado: [21, agosto, 2012] Disponible en:
<http://www.mentalhealth.com/p20-an07.html>.
16. L. Merani Alberto, diccionario de psicología, editorial Grijalbo, S.A, México D.F, Barcelona, Buenos Aires 1979, pp. 81.
17. ¿Los de Afuera? Patrones cambiantes de exclusión en America Latina y el Caribe. Progreso Económico y Social en America Latina. Banco Interamericano de Desarrollo. Informe 2008. New York, Estados Unidos de America 2008.

18. Martín-Baró, Ignacio. Poder, ideología y Violencia. Editorial Trotta, año 2003.
19. Orleans y slader, 1993; Schwartz 1987; Niaura y Abraham 2003.
20. Prevención del uso de drogas en general, prevención primaria, consultado: [21, agosto, 2012] Disponible en:
http://www.profesorenlinea.cl/Drogas/Drogas_Preencion.html
21. Souza, M (1999). Diagnóstico y tratamiento de los síndromes adictivos. Gobierno del distrito federal, fideicomisos de los institutos de los niños de la calle y las adicciones. Programa de prevención y control de las adicciones, México pp.204.
22. Tomas Dolls, Sofía rehabilitación e integración social en drogodependencia: circuito terapéutico, año 2007 vol. número 1, Alicante, España, pp19.

ANEXOS

ANEXO 1

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
 ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
 PROGRAMA EXTRAORDINARIO OPCIONAL “ACTUALIZACIÓN E INCORPORACIÓN PROFESIONAL DE CARRERAS TÉCNICAS Y LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA”
 DOCTOR CESAR LAMBOUR LIZAMA
 DIRECTOR

1.1 PLANIFICACIÓN Y OBJETIVO I

TEMA DE INVESTIGACION: FACTORES DE PROTECCION QUE INCIDEN EN LA CESACION DEL CONSUMO DEL CIGARRILLO.

OBJETIVO ESPECIFICO: Identificar los factores de protección que permitan minimizar el riesgo del consumo de Cigarrillos.

LUGAR: Clínica Psicología Hospital General San Juan de Dios.

OBJETIVO OPERACIONAL	ACTIVIDAD	CONTENIDO	ABORDAMIENTO/ TÉCNICA	INSTRUMENTOS	RECURSOS	TEMPORALIDAD
Obtener Información para conocer el abordaje actual de los Factores de Protección de los participantes del Programa de Cesación del Cigarrillo de la Clínica Psicológica del Hospital General San Juan de Dios.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Presentación. Video1 Inducción sobre el Tabaquismo ✓ Video2 Enfermedades que produce el tabaquismo ✓ Video3 Motivacional ✓ Determinar la etapa en que se encuentran los participantes según modelo transteórico del cambio. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ tabaquismo, ✓ Enfermedades ✓ Factores de protección. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Recolección de Datos ✓ Exposición oral dinamizada 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Encuesta ✓ Modelo transteórico del cambio 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Hojas-encuesta ✓ Lapicero ✓ Cañonera ✓ laptop ✓ Videos ✓ Recursos Humanos ✓ Recursos Institucionales 	<ul style="list-style-type: none"> 1 HORA de 09:00 a 10:00 am día lunes 27 de agosto 2012

1.2 PLANIFICACIÓN Y OBJETIVO II

TEMA DE INVESTIGACION: FACTORES DE PROTECCION QUE INCIDEN EN LA CESACION DEL CONSUMO DEL

CIGARRILLO.

OBJETIVO ESPECIFICO: Identificar los factores de riesgo que inciden en el consumo de cigarrillos para darlos a Conocer a los participantes del programa.

LUGAR: Clínica Psicología Hospital General San Juan de Dios.

OBJETIVO OPERACIONAL	ACTIVIDAD	CONTENIDO	ABORDAMIENTO/ TÉCNICA	INSTRUMENTOS	RECURSOS	TEMPORALIDAD
Obtener información para conocer el abordaje actual sobre Factores de riesgo de los participantes del Programa de Cesación del Cigarrillo de la Clínica Psicológica del Hospital General San Juan de Dios.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Bienvenida ✓ Video Factores de Riesgo ✓ Exposición del Tema ✓ Determinar el “Día De”, según el modelo transteórico del cambio ✓ Estrategias psicosociales. ✓ Comentarios, dudas preguntas ✓ Ejercicios para el control de la angustia ✓ Encuesta Factores de Riesgo ✓ Agradecimientos y despedida. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Factores de Riesgos ✓ identificar factores de riesgo ✓ Técnicas de relajación como factor de protección 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Exposición del Tema ✓ Dialogo participativo ✓ Recolección de Datos ✓ Técnicas de Relajación 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Encuesta ✓ Modelo transteórico del cambio 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Hojas-Encuesta ✓ Lapicero ✓ Cañonera ✓ Laptop ✓ Videos ✓ Recursos Humanos ✓ Recursos Institucionales 	<ul style="list-style-type: none"> 1 HORA de 09:00 a 10:00 am día lunes 03 de Septiembre 2012

1.3 PLANIFICACIÓN Y OBJETIVO III

TEMA DE INVESTIGACION: FACTORES DE PROTECCION QUE INCIDEN EN LA CESACION DEL CONSUMO DEL CIGARRILLO.

OBJETIVO ESPECÍFICO: Sensibilizar al fumador a través de la socialización de la percepción del riesgo para la salud que tienen los fumadores.

LUGAR: Clínica Psicología Hospital General San Juan de Dios.

OBJETIVO OPERACIONAL	ACTIVIDAD	CONTENIDO	ABORDAMIENTO/ TÉCNICA	INSTRUMENTOS	RECURSOS	TEMPORALIDAD
Obtener Información para conocer el abordaje actual sobre la Prevención de las recaídas de los participantes del Programa de Cesación del Cigarrillo de la Clínica Psicológica del Hospital General San Juan de Dios.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Bienvenida ✓ Exposición del Tema ✓ Comentarios, dudas preguntas ✓ Ejercicios para el control de la angustia ✓ Encuesta ✓ Minimización de Recaídas ✓ Agradecimientos y despedida. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Diapositivas Prevencción de recaídas ✓ Encuesta prevención de recaídas 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Exposición del Tema ✓ Dialogo participativo ✓ Recolección de Datos ✓ Técnicas de Relajación 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Encuesta ✓ Modelo transteórico del cambio 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Hojas- Encuesta ✓ Lapicero ✓ Cañonera ✓ Laptop ✓ Videos ✓ Recursos Humanos ✓ Recursos Institucionales 	1 HORA de 09:00 a 10:00 am día lunes 10 de Septiembre 2012

Anexo 2



QUIERES DEJAR DE FUMAR??????
ESTA ES TU OPORTUNIDAD!!!!!!!!!!

PROGRAMA DE CESACION DEL TABACO

TERAPIA IMPARTIDA POR PROFESIONALES DE LA SALUD

Interesados favor de presentarse **CLINICA 13-A CONSULTA EXTERNA** del Hospital
General San Juan de Dios este **Lunes 10 de Septiembre de 9:00 a 10:00 AM.**

.....TE ESPERAMOS.....

Para mayor información comunícate al **54138377**



QUIERES DEJAR DE FUMAR??????
ESTA ES TU OPORTUNIDAD!!!!!!!!!!

PROGRAMA DE CESACION DEL TABACO

TERAPIA IMPARTIDA POR PROFESIONALES DE LA SALUD

Interesados favor de presentarse **CLINICA 13-A CONSULTA EXTERNA** del Hospital
General San Juan de Dios este **Lunes 10 de Septiembre de 9:00 a 10:00 AM.**

.....TE ESPERAMOS.....

Para mayor información comunícate al **54138377**

Anexo 3

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
PROGRAMA EXTRAORDINARIO OPCIONAL “ACTUALIZACIÓN E
INCORPORACIÓN PROFESIONAL DE CARRERAS TÉCNICAS Y LICENCIATURA
EN PSICOLOGÍA”
DIRECTOR: DR CESAR LAMBOUR LIZAMA
“FACTORES DE PROTECCIÓN QUE INCIDEN EN LA CESACIÓN DEL
CONSUMO DEL CIGARRILLO”

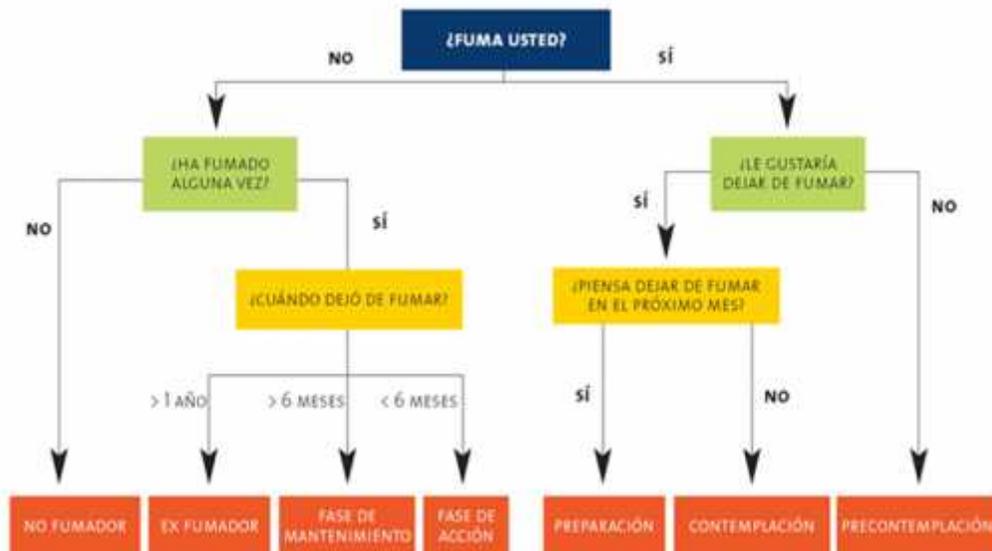
Modelo transteórico del cambio Clasificación de la etapa que se encuentra el fumador

Fecha: _____

Nombre del participante: _____

Edad: _____

Sexo: M F



Fase pre contemplativa

1. Porqué fuma?
2. Porqué comenzó a fumar?
3. Cómo piensa usted que el cigarrillo afecta su salud?
4. Está usted bien informado sobre los efectos del tabaco?
5. Cuáles son los factores que lo llevan a seguir fumando?

Fase contemplativa

1. Cuáles serían sus obstáculos para dejar de fumar?
2. Cuáles serían los beneficios?
3. Quiere intentar dejar de fumar ?
4. En qué momentos fuma?
5. Cómo se siente en relación a su dependencia al tabaco?
6. Cuáles son sus temores y preocupaciones de dejar de fumar?

Anexo 4

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
PROGRAMA EXTRAORDINARIO OPCIONAL “ACTUALIZACIÓN E
INCORPORACIÓN PROFESIONAL DE CARRERAS TÉCNICAS Y LICENCIATURA
EN PSICOLOGÍA”
DIRECTOR: DR CESAR LAMBOUR LIZAMA
“FACTORES DE PROTECCIÓN QUE INCIDEN EN LA CESACIÓN DEL
CONSUMO DEL CIGARRILLO”**

ENCUESTA

**IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE PROTECCIÓN, RIESGO, PERCEPCIÓN
Y EMOCIÓN**

**1.-Cuál de estos factores considera usted que puede ser la causa que no le
Permita dejar de fumar?**

- **El hábito** _____
- **Situaciones Personales difíciles** _____
- **Situaciones Personales Agradables** _____
- **Fumadores en Casa** _____
- **Rutinas de Grupo en el trabajo o la Diversión** _____
- **Otros (cuál?)** _____

2.- Su tentación por fumar es mayor cuando usted está?

- **Triste** _____
- **Preocupado** _____
- **Alegre** _____
- **Tranquilo** _____
- **Otro (cuál?)** _____

3.-Su Nivel de Confianza en Dejar de Fumar es?

- **Ninguno** _____
- **Bajo** _____
- **Medio** _____
- **Alto** _____

4. Cuenta usted con el apoyo de su Familia en el proceso de Cesación del Cigarrillo?

- SI _____
- NO _____

5.- Realiza usted algún ejercicio o deporte?

- SI _____
- NO _____

6.- Considera que el estar con otra persona que fume le afecta para dejar de fumar?

- SI _____
- NO _____

7.- Considera que el estar en un lugar libre de humo de tabaco le ayuda a dejar de fumar?

- SI _____
- NO _____

8.- Cuál es su estado de ánimo cuando usted ha intentado o dejado de fumar?

9.- En su entorno social y familiar hay personas que fuman?

- SI _____
- NO _____

10.- Cree que en este programa usted obtuvo un aporte positivo en la decisión para dejar de fumar?

- SI _____
- NO _____

11.-Siente angustia cuando se abstiene a dejar de fumar?

- SI
- NO

12. El conocer que el tabaquismo es una de las principales causas de muerte, influye en su decisión para dejar de fumar?

- SI
- NO

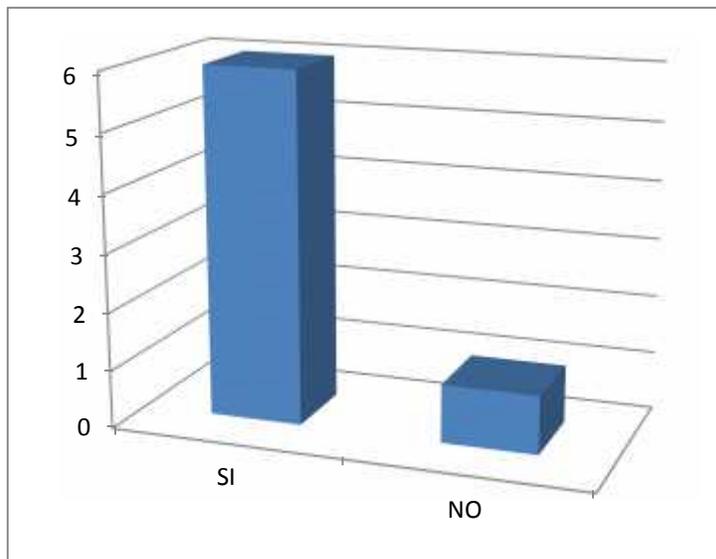
Anexo 5

GRAFICAS

CATEGORIA: PROTECCIÓN PREGUNTAS 4-5-7

4. ¿Cuenta usted con el apoyo de su familia en el proceso de cesación del cigarrillo?

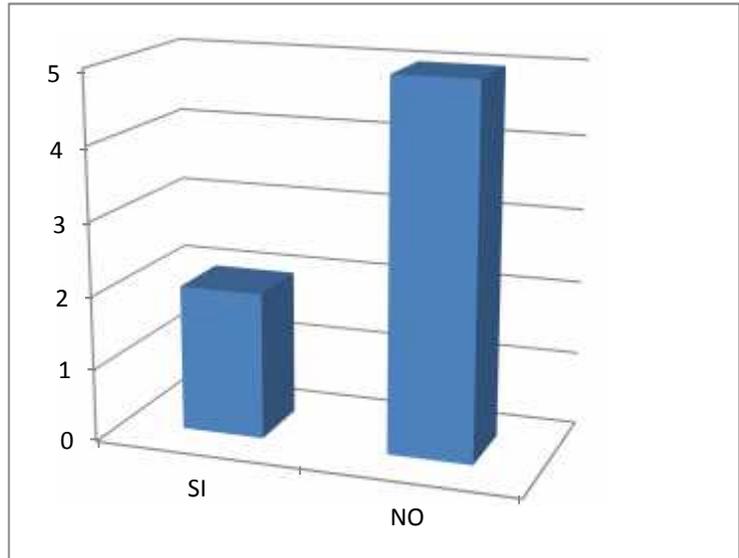
SI	6
NO	1



Muestra encuesta 7 participantes

5. ¿Realiza usted algún ejercicio o deporte ?

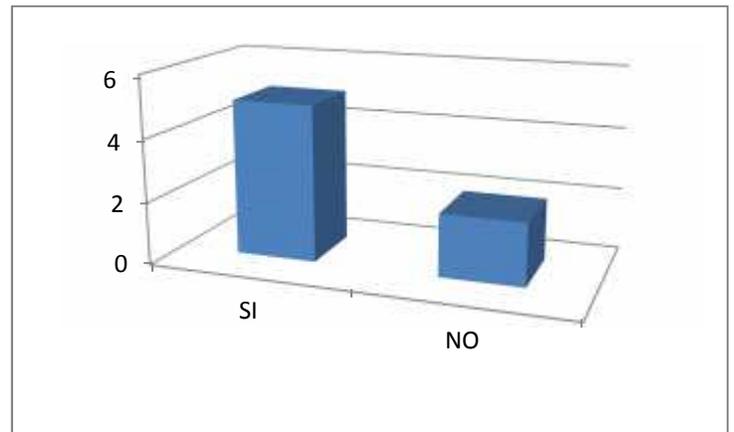
SI	2
NO	5



Muestra encuesta 7
participantes

7. ¿Considera que el estar en un lugar libre de humo de tabaco le ayuda a dejar de fumar?

SI	5
NO	2



Muestra de 7 participantes

CATEGORIA: RIEGOS

PREGUNTA 1,6,9

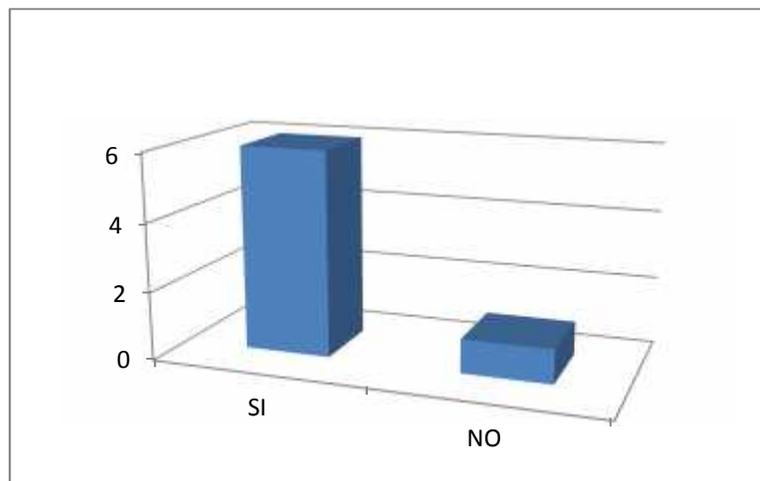
1. ¿Cuál de estos factores considera usted que puede ser la causa de que no le permita dejar de fumar?

1. Habito
2. Situaciones personales difíciles
3. Rutina de grupo en el trabajo o la diversión
4. Cargas que no son mías
5. Falta de ingresos económicos
6. Situaciones personales agradables
7. Fumadores en casa

Muestra encuesta 7 participantes

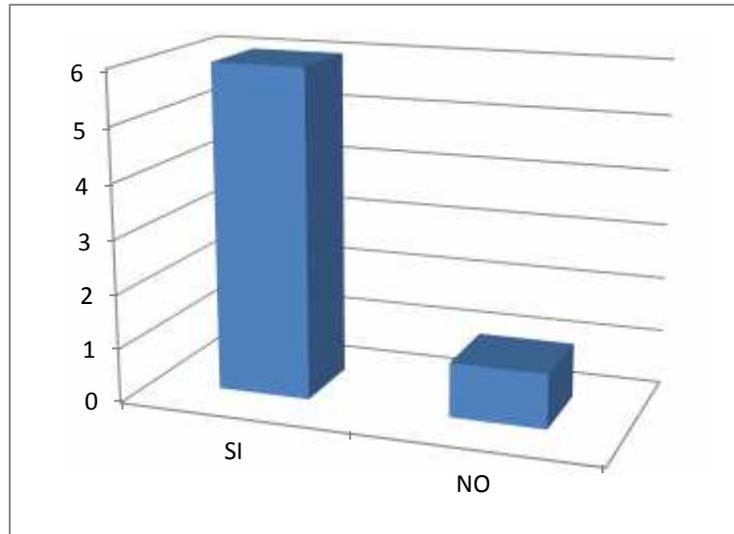
6. ¿Considera que el estar con otras personas que fumen le afectan para dejar de fumar?

SI	6
NO	1



9. ¿En su entorno social y familiar hay personas que fuman?

SI	6
NO	1



Muestra encuesta 7 participantes

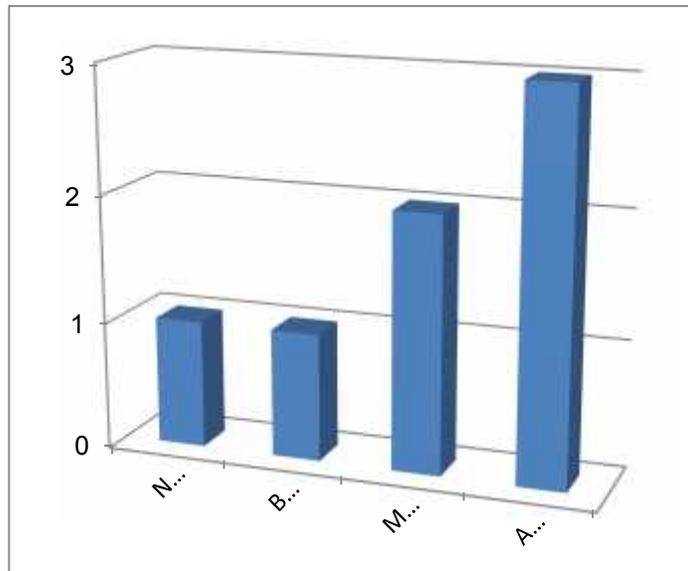
De la muestra de 7 participantes, según análisis de la encuesta se comprobó dentro de la categoría de riesgos, los más relevantes son los enumerados del 1 al 7 en el cuadro reflejado en la pregunta No. 1, así como 6 de 7 participantes indicaron que estar con otras personas que fuman les afecta para dejar de fumar y en su entorno Social y familiar, hay fumadores en 6 de 7 participantes.

CATEROGIA: PERCEPCIÓN

PREGUNTAS 3, 10, 12

3. ¿Su nivel de confianza en dejar de fumar es?

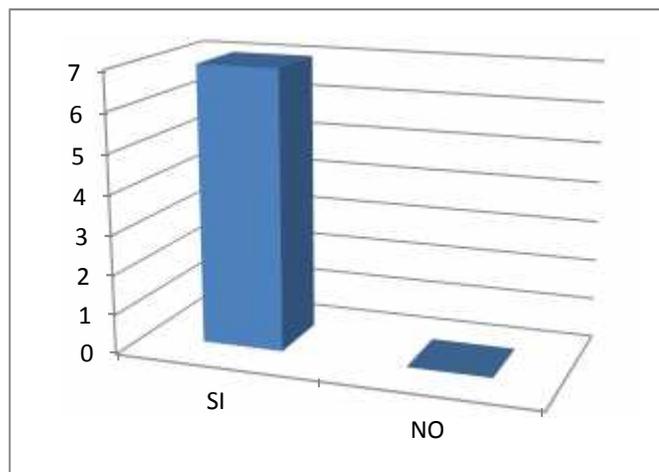
NINGUNO	1
BAJO	1
MEDIO	2
ALTO	3



Muestra encuesta 7
participantes

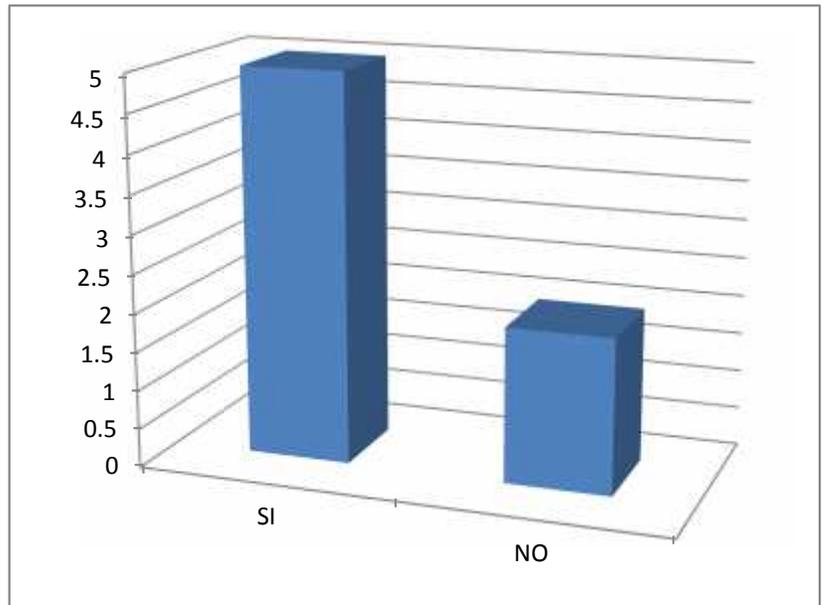
10. ¿Cree que en este programa usted tuvo algún aporte positivo en la decisión para dejar de fumar?

SI	7
NO	0



12. ¿El conocer que el tabaquismo es una de las principales causas de muerte, Influye en su decisión para dejar de fumar?

SI	5
NO	2



Muestra encuesta 7 participantes

Según la encuesta realizada, la muestra de 7 participantes en la categoría de percepción se compró que 3 de 7 participantes están en un nivel de confianza alto para dejar de fumar, mientras que 2 de 7 participantes están en un nivel medio y 1 de 7 están en un nivel bajo, en cuanto a los resultados de la realización del programa de 7 participantes obtuvieron un aporte positivo en la decisión para dejar de fumar y el conocer que el tabaquismo es una de las principales causas de muertes a 5 de 7 participantes influyo en la decisión para dejar este hábito.

CATEGORIA: EMOCIÓN

PREGUNTAS 2,8,11

2. ¿Su tentación por fumar es mayor cuando usted está?

	Opinión
1. Triste	4
2. Preocupado	4
3. Alegre	3
4. Tranquilo	3
5. Dolor	
6. Cansancio	
7. Por problemas	
8. No importa la situación	1

Muestra encuesta 7 participantes

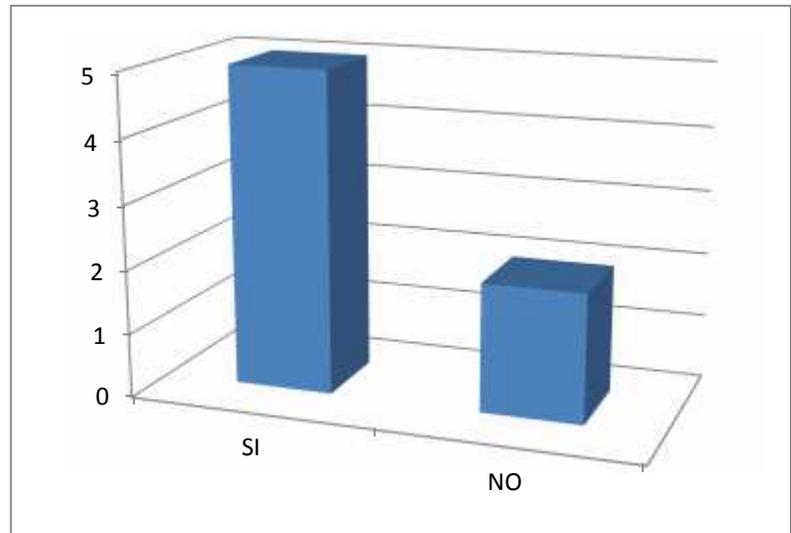
8. ¿Cuál es su estado de ánimo cuando usted ha intentado o dejado de fumar?

	Opinión
1. Enojado	1
2. Mal humorado	1
3. Mejor	1
4. Me mantengo algo eléctrico	1
5. Juego foot-ball	1
6. No lo he intentado	1

Muestra encuesta 7 participante, 1 participante no contesto

11. ¿Siente angustia cuando se abstiene al dejar de fumar?

SI	5
NO	2



Muestra encuesta 7 participantes

según la encuesta realizada a la muestra de 7 participantes se comprobó que en la categoría de emoción hay muchas situaciones por las que los participantes atraviesan en la cesación del cigarrillo, la cual se refieren en los cuadros de las preguntas 2 y 8. 5 de 7 participantes sienten angustia cuando se abstienen de dejar de fumar.

Anexo 6

**IMÁGENES TRABAJO DE CAMPO
Clinica Psicologia Hospital General San Juan de Dios**



**Promocionando el Programa
A travez del volanteo Consulta
Externa.**



**Exposicion del tema Factores de
Protección en la cesación del
Consumo del cigarrillo.**



**Exposicion del tema Factores de
Riesgo que inciden en la Cesación
de Cigarrillo.**



**Socializacion del tema percepción
del riesgo.**



Encuestando a los participantes



Socialización de los temas impartidos



Donación de Manta Para Promocionar el Programa de Cesación del Cigarrillo.



Personal que colaboro en este Proyecto.