



U.M.F. No. 20  
BIBLIOTECA



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

11226



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN 1 NOROESTE DEL DISTRITO FEDERAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20**

**“PREVALENCIA DE TABAQUISMO EN  
ADOLESCENTES ADSCRITOS A  
LA UMF No. 20. DEL IMSS”**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**P R E S E N T A :**

**DRA. CRISTINA ACEVES RAMÍREZ**

**ASESOR : DRA. HENA GUADALUPE PINEDA RIVERA  
COASESOR: DRA. YOLANDA ESTELA VALENCIA ISLAS  
COASESOR: DRA. VICTORIA PINEDA AQUINO**



**MÉXICO, D.F.**

**2004**

**Vo. Bo.**

**ASESOR**

A handwritten signature in black ink, featuring a large, stylized initial 'H' and 'G' that loops around. The signature is positioned above a solid horizontal line.

**DRA HENA GUADALUPE PINEDA RIVERA.  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.**

Vo. Bo.

COASESOR

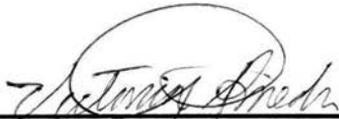


---

**DRA. YOLANDA ESTELA VALENCIA ISLAS**  
**ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**  
**COORDINADOR DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD,**  
**PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA**  
**FAMILIAR UMF No. 20, DELEGACION 1 NO, D. F., IMSS**

Vo. Bo.

COASESOR



---

**DRA. VICTORIA PINEDA AQUINO**  
**ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**  
**PROFESOR ADJUNTO DE LA RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR**

## AGRADECIMIENTOS

DOY GRACIAS A DIOS por permitirme realizar mi meta hasta el final, y darme fuerzas para superar todos los obstáculos que se me presentaron, bendito seas SEÑOR por estar siempre conmigo, por protegerme y cuidarme.

A MI PADRE, por su amor, comprensión, infinita ternura, y apoyo incondicional, GRACIAS PAPÁ, ESTE ES TU LOGRO TAMBIEN. "TE AMO".

A MIS HERMANOS ANA, ANGEL, BETO, ALBA, LAURA, VANESSA, MIGUEL, NORMA que me apoyaron y alentaron para luchar hasta el final, en especial a ti ANA por lograr que se hiciera justicia y apoyarme a seguir en mi camino hasta el final, HERMANA ESTE TAMBIÉN ES TU LOGRO, SIN TI NO HUBIERA PODIDO SEGUIR ADELANTE MIL GRACIAS.

A NABYLE, Hija mía sé que fue muy difícil para ti, que tuvimos que sacrificar mucho de nuestro tiempo juntas y que muchas veces cuando me necesitaste no estuve ahí para apoyarte para que yo pudiera terminar esta especialidad pero espero que lo comprendas y que mi superación sea estímulo para que sigas estudiando y logres tus metas, TÚ ERES EL TIMÓN DE MI VIDA Y POR TÍ ES POR LO QUE SIGO ADELANTE, MIL GRACIAS TE ADORO.

A todos mis compañeros por brindarme su amistad y apoyo durante todo este tiempo. GRACIAS.

A mi asesora de tesis Dra. Hena Gpe Pineda Rivera por brindarme su tiempo y su apoyo. GRACIAS.

A la Dra. Yolanda Valencia Islas por sus consejos, apoyo, tolerancia, dedicación, y tiempo así como para la realización de esta tesis, MIL GRACIAS.

A la Dra. Victoria Pineda por brindarme su apoyo, tiempo, dedicación para la realización de esta tesis, ya que sus consejos y enseñanza fueron muy importantes para su realización, MIL GRACIAS.

Al Dr. Maurilio Espino por su tolerancia, apoyo, y consejos. GRACIAS.

A Lolita y Rosi por el gran apoyo que me brindaron siempre que lo necesité, MIL GRACIAS.

## TÍTULO

**"PREVALENCIA DE TABAQUISMO EN LOS  
ADOLESCENTES ADSCRITOS A LA UMF No. 20"**

## ÍNDICE

	Página
1. OBJETIVOS .....	1
2. JUSTIFICACIÓN .....	2
3. ANTECEDENTES CIENTÍFICOS .....	3
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	17
5. HIPÓTESIS DEL ESTUDIO .....	18
6. MATERIAL Y MÉTODOS .....	19
7. RESULTADOS .....	22
8. TABLAS Y GRÁFICAS .....	24
9. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS .....	36
10. CONCLUSIONES .....	38
11. RESUMEN .....	41
12. BIBLIOGRAFÍA .....	42
13. ANEXOS .....	44

## OBJETIVOS

### GENERAL:

DETERMINAR LA PREVALENCIA DE TABAQUISMO EN LOS ADOLESCENTES ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20 DEL IMSS DEL 1o DE MARZO AL 31 DE AGOSTO DE 2003.

### ESPECÍFICOS:

1. DETERMINAR EL PORCENTAJE DE ADOLESCENTES CON TABAQUISMO ACTIVO AL MOMENTO DEL ESTUDIO.
2. DESCRIBIR LAS CARACTERÍSTICAS RELACIONADAS CON EL TABAQUISMO, EDAD, SEXO, ESCOLARIDAD ENTRE LOS ADOLESCENTES ADSCRITOS A LA UMF No. 20 DEL IMSS.
3. DETERMINAR EL PROMEDIO DE AÑOS EN QUE INICIA EL TABAQUISMO.
4. ESTABLECER EL GRADO DE DEPENDENCIA A LA NICOTINA QUE TIENEN LOS ADOLESCENTES CON TABAQUISMO ACTIVO Y SUS DIFERENCIAS POR EDAD Y SEXO.
5. ESTABLECER EL MOTIVO POR EL QUE FUMAN LOS ADOLESCENTES CON TABAQUISMO ACTIVO.

## JUSTIFICACIÓN

El tabaquismo continúa siendo la principal causa de muerte prematura evitable. Siendo responsable importante de enfermedades cardiovasculares como infarto agudo al miocardio, hipertensión arterial sistémica, aterosclerosis, aneurisma aórtico, enfermedades pulmonares como cáncer de pulmón, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfisema, tuberculosis pulmonar, neumonía e influenza, y en las mujeres embarazadas, productos de bajo peso, y cardiopatías congénitas.

El tabaquismo se ha convertido en la epidemia más peligrosa en el mundo después del VIH-SIDA. Los daños a la salud que provoca esta adicción son alarmantes y diversos organismos internacionales se han propuesto unir esfuerzos para abatir el efecto del tabaco sobre las poblaciones más vulnerables: los pobres, las mujeres y los adolescentes.

De acuerdo con la OMS, el tabaquismo es causa directa o indirecta de 4 millones de muertes cada año en todo el mundo. En México, se estima que existen 13 millones de fumadores y que cerca del 50% de la población está expuesta a los daños producidos por exposición involuntaria al humo del cigarro (fumadores pasivos).

La etapa de la adolescencia presenta mayor riesgo para el inicio del hábito de fumar iniciando éste entre los 10 y 15 años de edad, presentándose con mayor frecuencia en áreas urbanas, no obstante, las campañas realizadas contra el tabaquismo, la frecuencia de que éste se presente, sigue en aumento. En encuestas actuales, se reporta una prevalencia de tabaquismo desde un 15 a un 30 por ciento en adolescentes, y se menciona que va en aumento.

Por lo antes expuesto, nuestras grandes prioridades deben ser las de prevenir que nuestras generaciones más jóvenes se inicien en el consumo y fomentar el acceso a alternativas terapéuticas antitabaco para coadyuvar a que los fumadores dejen de hacerlo.

El interés para la realización de éste estudio es, determinar la prevalencia de tabaquismo en adolescentes de 10 a 19 años de edad adscritos a la UMF No. 20 del IMSS.

## **ANTECEDENTES CIENTÍFICOS.**

### **TABAQUISMO.**

Se entiende por tabaquismo como la intoxicación crónica producida por el abuso del tabaco. La nicotina, sustancia presente en el humo, es la que causa la dependencia.

Es la causa aislada más importante de enfermedad y muerte en la población. Este hecho en muchas ocasiones es banalizado, minimizando su efecto, infiriendo los fumadores que - de algo se han de morir-.<sup>(1)</sup>

### **PROBLEMAS DE SALUD.**

Las enfermedades cardiovasculares, cáncer de pulmón, bronquitis crónica y el enfisema pulmonar son el grupo de patologías más frecuentes, además aumenta la morbilidad, es decir, los fumadores, sufren más enfermedades, que los no fumadores.<sup>(2)</sup>

Los fumadores también presentan disminución del rendimiento físico, es típica la fatiga de los fumadores ante los esfuerzos deportivos, aunque sean personas jóvenes. Otros aspectos importantes, como el mal olor del aliento, manchas en los dientes, pueden ser causa de rechazo en las relaciones sociales. También es importante mencionar los efectos adversos que tiene sobre la piel, siendo una causa de envejecimiento y atrofia del sentido del olfato y del gusto.<sup>(3)</sup>

### **FUMADOR PASIVO.**

Se define como la exposición de los no fumadores a los productos de la combustión del tabaco presente en los lugares cerrados. En las últimas décadas se han realizado numerosos estudios que han puesto de manifiesto la capacidad del humo del tabaco ambiental para producir enfermedad en los sujetos no fumadores y expuestos de forma involuntaria a este contaminante. El tabaquismo pasivo es la tercera causa previsible de muerte en EEUU. En los niños fumadores pasivos se incrementan el número de enfermedades respiratorias, y en los adultos fumadores pasivos tienen un incremento relativo de desarrollar cáncer de pulmón.

Las evidencias de los efectos sobre la salud por el tabaquismo, tanto activo como pasivo y por el uso del tabaco no fumado, han sido fundamentales en el impulso de las iniciativas para controlar su consumo.<sup>(4)</sup>

## TOXICOLOGIA DEL HUMO DEL TABACO

El humo de tabaco se produce al quemar un material orgánico complejo, el tabaco, junto con varios aditivos y papel, a una temperatura elevada, que alcanza casi 1000° C en el carbón que se quema del cigarrillo. El humo que se produce, contiene numerosos gases y también partículas, incluye un sin número de componentes tóxicos capaces de provocar daños por inflamación e irritación, sofocación, carcinogénesis y otros mecanismos.

Los fumadores activos inhalan el humo de la corriente principal, el humo que se aspira directamente por el extremo del cigarrillo. Los fumadores pasivos inhalan lo que se denomina humo del tabaco del ambiente, mismo que incluye una mezcla principalmente de humo de la corriente secundaria, producto del cigarrillo que arde sin llama y parte de la corriente principal que se exhala. Las concentraciones de los componentes del humo de tabaco ambiental, resultan bastante inferiores que las de la corriente principal que inhala el fumador activo, aunque hay similitudes cualitativas entre el humo de tabaco ambiental y la corriente principal. <sup>(5)</sup>

Tanto los fumadores activos como los pasivos, absorben componentes del humo del tabaco a través de las vías respiratorias y los alveolos, muchos de estos componentes, como el monóxido de carbono, entran después en la circulación y se distribuyen en general. También hay captación directa de componentes como la benzo(a)pirina, (dentro de las células que cubren la vía respiratoria), cianuro de hidrógeno, el monóxido de carbono, óxidos de nitrógeno, nicotina, acetaldehído, benceno, N' nitrosornicotina, N' nitrosopirrolidina, cloruro de vinilo, 4 aminobifenil, y alquitrán.

Algunos de los carcinógenos se someten a una transformación metabólica en sus formas activas y cierta evidencia indica que los genes que determinan el metabolismo tal vez afecten la susceptibilidad al humo de tabaco. El sistema genitourinario está expuesto a las toxinas del humo del tabaco por la excreción de compuestos en la orina, incluso carcinógenos.

El tracto gastrointestinal se expone por el depósito directo del humo en las vías respiratorias superiores, la remoción desde la tráquea, a través de la glotis hacia el esófago, del moco que contiene humo. No es una sorpresa la constatación de que el tabaquismo sea causa de enfermedades multisistémicas. <sup>(6)</sup>

La exposición al humo de tabaco del ambiente tiene efectos contraproducentes en la salud respiratoria de los infantes y niños, entre los que se incluye el mayor riesgo de infecciones de vías respiratorias inferiores más severas, la otitis media, síntomas respiratorios crónico, asma y reducción en la velocidad del crecimiento de la función pulmonar durante la niñez.

Hay evidencias más limitadas que sugieren que la exposición a humo de tabaco ambiental durante el embarazo reduce el peso al nacer y que el tabaquismo de los padres, afecta adversamente el desarrollo y comportamiento del niño, en la actualidad no hay evidencia suficiente de que la exposición al humo de tabaco ambiental aumente el riesgo de cáncer infantil. <sup>(7)</sup>

En adultos, la exposición al humo de tabaco ambiental se ha asociado causalmente con el cáncer de pulmón y con la enfermedad cardiaca isquémica, agravamiento del asma, la función pulmonar reducida y síntomas respiratorios.

## **EL TABAQUISMO UNA CRISIS DE DIMENSIONES IMPACTANTES.**

La epidemia del tabaquismo constituye una crisis de dimensiones impactantes. Los hechos hablan por sí mismos. Cada año, el tabaco causa 3 millones 500 mil muertes alrededor del mundo. En otras palabras, 10 mil muertes diarias. Basado en las tendencias actuales, las cifras aumentarán a 10 millones de personas anuales entre el 2020 y 2030, de las cuales 7 millones tendrán lugar en países en desarrollo.

Con base en los patrones actuales de consumo, se predice que más de 500 millones de personas morirán a causa del tabaco. Se proyecta que para el 2020, el tabaco será la causa de más de 12% de las muertes a escala global y cobrará más víctimas que el VIH, la tuberculosis, la mortalidad materna, los accidentes de tránsito, el suicidio y el homicidio combinados. <sup>(8)</sup>

El tabaco afecta a los jóvenes en una extraordinaria cantidad de formas. Debido al humo ambiental del tabaco y el tabaquismo materno, la salud infantil puede verse comprometida desde antes del nacimiento. En numerosos países, los niños crecen en medio de una cortina de humo de tabaco, causando estragos en su salud. El dinero gastado en tabaco reduce la cantidad disponible para alimentos, educación y atención médica.

Los niños también pueden pasar por el dolor emocional y la inseguridad financiera por la pérdida de un padre o apoderado que muere a destiempo debido al tabaco. Con el tabaquismo prolongado, los fumadores tienen una tasa de mortalidad aproximadamente tres veces mayor que la de los no fumadores a todas las edades a partir de la adultez temprana. En general, quienes comienzan a fumar en la adolescencia y lo siguen haciendo con regularidad tienen un 50% de riesgo de morir a causa del tabaco. La mitad de estos morirá a edad media, antes de los 70 años, con una pérdida de 22 años de esperanza de vida normal. Por tanto una persona que ha fumado a lo largo de su vida tiene igual probabilidad de morir como resultado directo del uso del tabaco como por todas las demás causas potenciales de muerte combinadas.

El tabaco es la causa conocida o probable de 25 enfermedades y la escala de su impacto en la carga global de afecciones aún no se puede apreciar. Por ejemplo, el tabaquismo es la causa más importante de cáncer de pulmón, pero también interviene en: enfermedades del corazón, infarto, enfisema, tuberculosis, neumonía e influenza, hipertensión, enfermedades cardiovasculares, arteriosclerosis y aneurisma aórtico, entre otras. <sup>(9)</sup>

Un año después de dejar de fumar, el riesgo de enfermedad coronaria del corazón disminuye en 50% y dentro del espacio de 15 años, el riesgo relativo de morir por esta enfermedad para un exfumador se acerca al de un no fumador. <sup>(10)</sup>

Se estima que hay 1.100 millones de fumadores en el mundo, aproximadamente un tercio de la población global de 15 años o más. De estos, 800 millones pertenecen a países en desarrollo. Los datos sugieren que a escala mundial aproximadamente el 47% de los hombres y el 12 % de las mujeres fuman. En los países en desarrollo, el 48% de los hombres y el 7% de las mujeres fuman, mientras que en los países altamente industrializados la cifra es de 42% y 24%, respectivamente.

A mediados del año 2020, la transferencia de la epidemia de tabaquismo, de países desarrollados a aquellos en desarrollo, habrá avanzado de manera que sólo el 15% de los fumadores en el mundo vivirán en países industrializados. Las instalaciones de salud en los países más pobres serán inadecuadas para el manejo de esta epidemia.

Los niños expuestos al humo ambiental del tabaco, durante los primeros 18 meses de vida, tienen un aumento del 60% en el riesgo a desarrollar enfermedades respiratorias inferiores como bronquitis y neumonía; posee un mayor riesgo de desarrollar asma. Si ya la tienen, el humo de segunda mano puede traer como consecuencia ataques asmáticos y empeorarlos; corren riesgo de daños en la función pulmonar y pueden tener problemas respiratorios en el futuro; tienen una mayor frecuencia de infecciones al oído medio, lo que puede llevar a una disminución auditiva; y los bebés de las mujeres que fuman en el embarazo, al igual que los infantes expuestos al humo ambiental del tabaco, corren un riesgo significativamente mayor de morir por el síndrome de muerte infantil.

La mayoría de los fumadores comienzan en la adolescencia o más temprano. Si los jóvenes no empiezan a usar el tabaco antes de los 20 años, es poco probable que inicien su uso como adultos. La tasa de tabaquismo en jóvenes para algunas ciudades de América Latina es del 50%. Cada día, 3 mil niños en EEUU se convierten en fumadores regulares. <sup>(11)</sup>

Actualmente, se estima que hay 150 mil muertes anuales en América Latina y el Caribe por causa del tabaco. Si los números crecen para el año 2020, el tabaco estará ocasionando el fallecimiento de 400 mil personas cada año.

El paso de la transición epidemiológica en América Latina y el Caribe, está entre las mayores en cualquier región en vías de desarrollo.

Más personas mueren por enfermedades no transmisibles, muchas de las cuales son causadas por el tabaco antes que por enfermedades transmisibles, condiciones maternas y prenatales, así como deficiencias nutricionales.

Las tasas de tabaquismo en América Latina son muy variables, van del rango del 15% hasta el 40% en poblaciones jóvenes, de áreas urbanas fundamentalmente, lo que se condiciona con el mayor poder adquisitivo y la mayor exposición a la publicidad del tabaco. Esta situación no se presenta a tan alta escala de mortalidad en las áreas rurales, en donde el tabaquismo tiene un menor grado de tasa muerte en la población joven. <sup>(12)</sup>

## **ANTECEDENTES EN MÉXICO DE ESTUDIOS DEL CONSUMO DE TABACO EN ESTUDIANTES**

Los trabajos previos son estudios transversales, en muestras seleccionadas de la población infantil, la mayor parte de ellos realizados en el D. F., aunque en 1991 se realizó una encuesta nacional.

En 1980 se reportó que el consumo de tabaco alguna vez en la vida entre la población estudiantil de 14 a 18 años fue de 55.8% para los varones, mientras que para las mujeres el valor fue de 37.9%. Para la muestra en general, el consumo de tabaco, al menos ocasionalmente, fue de 46.9%. <sup>(13)</sup> En el mismo año, otro estudio realizado entre alumnos de nuevo ingreso a algunas facultades de la UNAM y a la ENEP de Cuautitlán reportan una prevalencia de fumadores habituales – no se dan detalles de su definición – de 36.3%. Entre hombres la cifra fue de 39.7%, y entre las mujeres 27.6%. Para los estudiantes de la UNAM, las prevalencias de consumo de tabaco en hombres y mujeres fue de 40% y 30.1% respectivamente.

Entre 1987-1988, se reporta una prevalencia de consumo de tabaco de 13.1% entre alumnos de nuevo ingreso a la UNAM. De los fumadores identificados, 40% se inició al hábito antes de los 15 años.

En 1991, se realizó la Encuesta Nacional sobre Uso de Drogas en la Comunidad Escolar entre estudiantes de educación media y media superior, reportando 29.4% de prevalencia de estudiantes que han fumado o masticado tabaco alguna vez en su vida, en los hombres el 38.1% y para las mujeres fue del 20.2%. <sup>(14)</sup>

De 1993 – 1997, se realizaron encuestas como la anterior, en el D.F. <sup>(15)</sup> <sup>(16)</sup> La primera reportó una prevalencia del 48% de los estudiantes de nivel medio y medio superior. En los hombres la cifra fue de 55.7% y en mujeres fue de 41.2%. Cuatro años más tarde, la prevalencia se elevó hasta 55.4%, llegando a 58.6% entre los hombres y en las mujeres también se incrementó llegando a 52.3%.

La Encuesta Nacional de Salud refirió una prevalencia de 6.8% de fumadores actuales en el grupo de edad de 18 – 20 años. <sup>(17)</sup> Aunque no han sido orientadas a la población estudiantil específicamente, también están las tres aplicaciones de la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 1988, 1993, 1998). <sup>(18)</sup> <sup>(19)</sup> En la más reciente, se reporta para el grupo de 12 a 17 años, una prevalencia de consumo de tabaco de 7.4% para las mujeres y de 16% para los hombres. <sup>(20)</sup>

En otro estudio realizado en el 2000 por la UNAM (estudio de series de tiempo durante 1989 - 1998), se observó un aumento en la prevalencia de consumo de tabaco, entre las edades de 18 años y entre las mujeres, más evidente a partir de 1993. Se observó también que los estudiantes de mejor posición económica muestra una mayor incidencia de inicio del consumo. Durante los años de enseñanza media superior, en general, la incidencia de inicio es de 12% para las mujeres y de 19% para los hombres. Esto es; mayor edad, ser varón y cursar el final del periodo escolar, la probabilidad de fumar aumenta. <sup>(21)</sup>

Si bien los antecedentes descritos son referencias valiosas, no es menos cierto que las cifras cambiantes y generalmente altas que ellos muestran, quizá no sólo reflejan la magnitud y evolución del fenómeno en sí, sino también las diversas formas en que éste se ha medido a partir de diferentes definiciones conceptuales y operacionales. También al tratarse de estudios en poblaciones heterogéneas, los intentos por hacer comparaciones se hacen difíciles y aún más riesgosos.

## PSICOLOGÍA DEL TABAQUISMO.

Se puede afirmar que desde el punto de vista psicológico, el tabaquismo es una conducta de riesgo con rasgos infantiles asociados a un instinto oral, motivaciones internas y actitudes agresivas inconscientes, que tienen origen en experiencias gratificantes y hostiles.

La conducta de fumar se basa en experiencias y causalidades que cada ser trae desde la infancia, con una tendencia que se encuentra ligada al desarrollo de la personalidad. Experiencias que, en diversos momentos de la vida dejan huellas psicológicas que pueden provocar, consciente o inconscientemente estados emocionales capaces de generar conductas de amor y odio.

Las vivencias hostiles y gratificantes son comunes a todas las personas, nadie escapa a ellas y corresponde a cada individuo encontrar un equilibrio entre ambas para tener una personalidad madura, que le permita expresar sus

emociones sin violar los derechos de los demás, respetar la vida del otro y a manifestarse como sujeto merecedor de aprecio y valoración.

En el tabaquismo, aparecen las vivencias gratificantes y hostiles como una ambivalencia del sujeto fumador, manifestando una falta de madurez de la personalidad que antepone su vivencia gratificante oral al fumar, sin respetar la salud de los demás, como una actitud de malestar – hostilidad hacia quienes lo rodean.

El fumar se transforma en algo tan normal para un fumador que le resulta extraño que pudiera molestar a alguien. El fumador necesita sentirse normal e integrado en la sociedad, sin que su hábito sea contemplado en absoluto como una adicción. Por eso mismo, porque parece normal, no considera mal fumar y le parece improbable que pueda molestar el humo o el olor, que es tan agradable para su sensación.

El proceso psicológico de proyección y ambivalencia en el fumador, es inducido por una sociedad en la que el cigarrillo es un producto que se compra en los comercios, y que siendo publicitado y aceptado es difícil concebir que pueda producir daños, como lo demuestra el hecho de que todo el mundo fuma, tanto y más quienes desempeñan el rol de modelos que se valoran, como deportistas, docentes, médicos, políticos, jueces, artistas, etc. <sup>(22)</sup>

## **DURANTE LA INFANCIA.**

En los primeros 18 meses de vida, los labios y la boca tienen un papel preponderante, ligado a la satisfacción del acto de comer al comienzo, en la fase oral del desarrollo. Los labios y la boca se transforman en una vía de comunicación para el niño y su familia en una relación de dependencia, con un aprendizaje para el niño que tendrá significado toda su vida.

La necesidad de depender se presenta de diversas maneras de acuerdo a la edad y a la maduración de la personalidad.

En una segunda etapa de la fase oral, está la fase oral-sádica, coincidente con la aparición de la dentición y, por tanto, ligada al acto de morder. Esta nueva adquisición del niño tiene un sentido destructivo y da lugar al concepto de ambivalencia, es decir, relación de amor-odio respecto a un mismo objeto. Así, las actitudes de placer y bienestar se expresan en forma bucal y de dependencia, con besos, caricias, abrazos, etc. Pero también hay actitudes de hostilidad y malestar que se expresan con morder o agresión como manifestaciones de defensa.

Cuando nace un ser, su repertorio de conductas es limitado, pero va adquiriendo normas de conducta debido al aprendizaje, condicionamiento y desarrollo motriz. Elaborado proceso que culminará en la maduración adulta y en la cual tiene un papel importante el ambiente social.

Así se forma la personalidad, entendida como el conjunto de atributos psíquicos, heredados (temperamento), o adquiridos (carácter), que un individuo posee y que forman un sistema de respuestas conductuales, como la suma total de las reacciones y tendencias a la reacción y el papel de un sujeto. Con la posibilidad y el papel moderador de los nuevos aprendizajes.

### **INICIACIÓN AL TABAQUISMO.**

La iniciación al tabaquismo se produce con mayor frecuencia a temprana edad, actualmente en la pubertad alrededor de los 10 años y está relacionada con el entorno de compañeros y grupo familiar, interviniendo la publicidad, la imitación, la curiosidad, rebeldía contra prohibiciones, resaltar feminidad o masculinidad, para sentirse grande y por la necesidad de lograr aceptación en su grupo.

La particularidad psicológica del adolescente de explotar, experimentar, identificarse con hábitos de adultos y la influencia de sus pares, explican el porqué la edad de inicio de fumar se produce precozmente.

Se afianza con la adicción a la nicotina por la estimulación psíquica que produce, por el mantenimiento de las relaciones de grupo, la búsqueda de placer y disminución de las tensiones nerviosas. Y continúa respondiendo al estímulo publicitario falso y engañoso que es básico en el tabaquismo.

Es fundamental comprender que una conducta juvenil aislada, como fumar, suele ser el pre-anuncio de otras conductas de alto riesgo a breve plazo. Y en general la secuencia es: TABACO- ALCOHOL-MARIHUANA. <sup>(23)</sup>

### **DURANTE LA ADOLESCENCIA.**

Hay particularidades psicológicas propias del proceso de la adolescencia, porque por los cambios normales del desarrollo el joven se encuentra lleno de ansiedades que no alcanza a comprender y fácilmente busca un atenuador de su angustia e intenta equivocadamente acelerar su cambio de niño a adulto, a través de la identificación con ciertos hábitos y actitudes catalogadas como de adultos, como sería el fumar, tomar bebidas con alcohol, mostrarse agresivo, etc.

Aquí puede destacarse la actitud del niño-joven que quiere sentirse grande con el cigarrillo en la mano y poses estereotipadas para mostrarse fumando; lo cual es utilizado para la promoción del tabaco en EEUU y Europa, donde las empresas del tabaco simulan una disuasión de los jóvenes al difundir que Fumar es cosa de adultos.

En la psicología del adolescente, prima la tendencia característica de experimentar con conductas y buscar nuevas experiencias. Sus cambios biopsicosociales lo llevan a explorar y experimentar sin saber medir las consecuencias y a veces se encuentran envueltos en conductas de alto riesgo.

En la motivación para fumar influyen factores personales, sociales y ambientales. Y dado que el tabaco es una droga permitida y socialmente promocionada, el fumar se convierte en un mecanismo de integración con el grupo de amigos, puesto que, al buscar su independencia y rechazar la dependencia infantil, los adolescentes buscan refugio en el apoyo de sus pares siendo por esto extremadamente susceptibles a las personas del grupo. <sup>(24)</sup>

En la mujer la relación tabaco-independencia de la adolescencia, está siendo sustituida por una relación más perversa, que es la relación tabaco-control de peso, mecanismo índice de intoxicación tabáquica. Por esto el consumo de tabaco se promueve con más facilidad entre las mujeres si su acción se relaciona con el rol de peso corporal.

Una característica psicológica propia del adolescente, es el sentimiento de invulnerabilidad asociado a una fase egocéntrica del desarrollo y la fábula personal asociada a características histriónicas.

Los pares del adolescente cumplen un papel crítico en la iniciación de conductas riesgosas como el tabaquismo. Conducta que a menudo representa un intento de responder a necesidades evolutivas, como el desarrollo de la autonomía y el aprendizaje de roles nuevos. <sup>(25)</sup>

Lo que empieza como una experiencia puramente psicológica del joven, por la influencia de los amigos o por sentirse grande, termina siendo un padecimiento químico, por la adicción que produce la nicotina y a la cual se agrega:

LA PUBLICIDAD.

LA ACTITUD DE LA COMUNIDAD HACIA EL PELIGRO DEL TABACO.

LAS MOTIVACIONES INTERNAS DE LOS FUMADORES.

EL GLAMUR DEL CIGARRILLO.

Todo esto ha transformado el problema del tabaquismo en una amenaza para ciertos grupos de población, como púberes, adolescentes y mujeres. Los fumadores de reemplazo. <sup>(26)</sup>

## PERSONALIDAD Y MOTIVACIONES DE LA CONDUCTA.

La personalidad, es el conjunto de rasgos que definen la manera habitual de comportamiento de un individuo en cierto tipo de situaciones o con relación a ciertos objetos.

En los fumadores se dan las distintas personalidades pero con algunas características que predominan en la generalidad de los casos. Presentan cierta hipersensibilidad que los lleva a tener una actitud defensiva, que puede impulsar a mostrarse fuertemente agresivo, con rasgos de ambivalencia y una conducta disocial con respecto a normas de convivencia, para el problema específico del humo ambiental del tabaco.

Una de las características de la psicología moderna es la de ser dinámica e indagar en las motivaciones de la conducta y básicamente en su porqué. En general todo responde a una causalidad, que puede ser más o menos compleja y con distintos condicionamientos, considerándose equivalentes motivación y causalidad.

En la formulación de la causalidad, no sólo se admite la existencia de múltiples causas, sino que además se tiene en cuenta que el efecto producido reacciona sobre las causas, en un condicionamiento recíproco.

Y se consideran tres series de causas en las cuales la resultante de su interacción es la que actúa.



### BLEGER, JOSÉ – PSICOLOGÍA DE LA CONDUCTA.

Estas series intervienen también en las motivaciones o causalidades del tabaquismo y se pueden considerar las siguientes:

La primera serie; la forman los factores hereditarios y congénitos entre las cuales está la predisposición para ser fumador de acuerdo a particularidades de su personalidad y el factor genético que regula la producción de la enzima CYP2A6 que interviene en el metabolismo de la nicotina. Los genes que controlan esta enzima pueden hacer que su producción sea insuficiente en algunas

personas y la nicotina no es metabolizada adecuadamente, siendo así menos probable que la persona se haga adicta.

La segunda serie; constituida por las experiencias infantiles, que ocurren en la época de formación de la personalidad, interviene la aceptación y el fumar en los padres como modelos de conducta, o el rechazo de estos al cigarrillo.

La tercera serie; está constituida por los factores desencadenantes o actuales del inicio del tabaquismo: influencia de los amigos, publicidad, etc. Estos factores actúan sobre el resultado de la interacción entre la primera y segunda serie, que es la disposición.

La disposición daría la decisión de adoptar la conducta de fumar, y para interactuar con los factores desencadenantes acentuando o promoviendo la actuación de ciertas causas desencadenantes y estas a su vez pueden modificar la disposición, como sería la publicidad para consumo de cierta marca de cigarrillos.

Los efectos pueden reaccionar modificando la disposición y los factores desencadenantes, tal como sería un efecto tóxico acentuado con los primeros cigarrillos, que puede influir sobre la decisión de fumar o sobre el grupo de amigos. No pueden modificar la herencia ni las experiencias infantiles que ya están instaladas.

Los factores actuales o desencadenantes pueden interactuar con la disposición y con los efectos. Tal como sería la publicidad tendenciosa mostrando un entorno de éxito en los fumadores, que refuerzan la disposición a fumar y aumenta la tolerancia a los efectos negativos del tabaquismo minimizando o soslayando las enfermedades que produce.

#### **FACTORES CONGÉNITOS Y HEREDITARIOS:**

Personalidad.  
Metabolismo de la nicotina.

#### **EXPERIENCIAS INFANTILES:**

Publicidad.  
Padres fumadores o no.  
Distinción social.  
Imagen sofisticada o intelectual.

#### **FACTORES ACTUALES O DESENCADENANTES:**

Publicidad.  
Influencia de los amigos.  
Independencia.  
Huir de la timidez.  
Actos sociales.

Expresión de fortaleza.  
Situaciones de stress.

## DISPOSICIÓN

Valores familiares y de salud.  
Dominio personal.  
Amistades.

## EFFECTOS

Placer.  
Ausencia de síntomas aparentes.  
Exhibición.  
Disminuir las tensiones.  
Adicción.  
Hábito gestual asociado al cigarrillo.

La primera serie da como resultado el componente constitucional, que junto con la segunda serie se incluyen en la causalidad histórica, mientras que la disposición y los factores desencadenantes constituyen la causalidad sistémica.  
(27).

## TIPO DE FUMADORES.

**SOCIAL.** El fumador tiene reforzadores positivos en el ambiente que crean en el inconsciente imágenes de sexualidad, aventura, madurez, intelectualidad, sofisticación, etc. Generalmente fuma en reuniones, cuando está acompañado y puede inhalar superficialmente.

**MANIPULACIÓN.** Este tipo de fumador disfruta los movimientos que se ejecutan en el acto de fumar (es todo un rito desde el sacar y prender el cigarrillo). Lo utiliza para ocupar las manos y obtener satisfacción a nivel sensorial y motriz.

**SEDANTE.** Este fumador lo hace por placer, encendiendo un cigarrillo ante una taza de café, al leer un libro o escuchar música. Para esta clase de personas el fumar sirve para fortalecer sus sentimientos positivos; lo hacen en forma irregular y pueden pasarse mucho tiempo sin fumar en absoluto. La dependencia farmacológica todavía no es acentuada.

**RELAJACIÓN.** Muchos fumadores afirman que fumar les relaja. Esto puede explicarse debido a que están condicionados a fumar cuando están relajados. Probablemente disfrutan más de un cigarrillo tras una comida, cóctel o café, siendo los cigarrillos un tipo de recompensa, una forma de disfrutar un poco más.

**ESTIMULACIÓN.** Utiliza el cigarrillo para obtener energía cuando está cansado o tiene mucha presión en el trabajo. Fuma cuando está tenso o fatigado; fumar le

proporciona a este individuo alivio transitorio pues el cansancio parece desvanecerse. Esta clase de alivio inmediato puede llevar a un alto grado de dependencia de la nicotina.

**NECESIDAD.** La gente que necesita por lo menos un cigarrillo cada 30 minutos, siente que pierde algo cuando está fumando (incluso se levanta por la noche en busca de cigarrillos). Es un verdadero adicto a la nicotina.

**DEPENDENCIA.** Esta forma de fumar es completamente automática y el fumador enciende un cigarrillo incluso teniendo otro en el cenicero; fumar se vuelve algo casi inconsciente, ya no disfruta fumando, solamente compra y crema paquetes de cigarrillos para no experimentar el síndrome de abstinencia. <sup>(28)</sup>

### **Test ¿por qué fumo? del Dr Russell.**

El Dr Russell en 1979, junto con el Dr. Fagerström interesados en la investigación del grado de dependencia a la nicotina y la diferenciación entre dependencia física y psicológica realizan un cuestionario (anexo 2), que consta de 21 ítems, que se responde según una escala tipo Likert de 5 puntos (1 a 5), que se califica por categorías, los totales más altos en cada categoría indican las razones por las cuales se fuma. Este cuestionario nos da posibles soluciones para eliminar la causa por la que fuma y así eliminar el tabaquismo. <sup>(29)</sup>

Este cuestionario fue validado por sus autores en 1979.

### **TEST DE FAGERSTRÖM Karl Olou Fagersrtöm, Ph D Experto internacional en tabaquismo. Presidente de la Society for Research of Nicotine and Tobacco**

Se trata de un cuestionario autoadministrado, diseñado para la evaluación de la dependencia nicotínica relacionada con el consumo de cigarrillos. La versión original, Fagerström Tolerance Questionnaire (FTQ), fue publicada en 1978 y contenía 8 ítems. Hacia 1985, suprimen un ítem (cantidad de nicotina que contienen sus cigarrillos), éste Test sólo mide el grado de dependencia a la nicotina, por lo que para cumplir uno de nuestros objetivos se decidió utilizarlo en nuestro estudio.

En 1991, Heatherton et al., propusieron la supresión de 2 ítems (cantidad de nicotina que contiene sus cigarrillos y si el paciente se traga o no el humo), ya que no encontraron una relación adecuada con las medidas bioquímicas y contribuían a las deficientes propiedades psicométricas del cuestionario. De este modo, nació el Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND), cuestionario de

6 ítems que analiza la cantidad de cigarrillos consumidos por el paciente, la compulsión por fumar y la dependencia nicotínica.

Los ítems se contestan de dos modos diferentes: 3 de ellos son de respuesta dicotómica (sí o no) y los otros 4 se responden según una escala tipo Likert de 2 puntos (0 a 2 puntos). La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones obtenidas en cada ítem y oscila de 0 a 9 puntos.

E. Becona y F.L. Vazquez han validado este instrumento en nuestro país.

### INTERPRETACIÓN

Es un cuestionario muy breve y fácil de aplicar, esto lo convierte en un buen dispositivo de *screening* y una guía útil para planificar la estrategia de tratamiento y su intensidad. En el trabajo original, los autores no proponen puntos de corte. Diferentes estudios indican que los fumadores que puntúan alto en el FTND se beneficiarán del uso alternativo de chicles o spray nasal de nicotina incluso a dosis altas. Por otra parte, los parches de nicotina y el bupropion tienen una eficacia parecida en fumadores con puntuaciones altas o más bajas en el FTND.

### PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS

#### **Fiabilidad:**

El coeficiente de consistencia interna (alfa de Cronbach), obtenido en tres muestras clínicas osciló de 0.56 a 0.64. El coeficiente de correlación intraclases (CCI) obtenido en la prueba test-retest, administrada inicialmente por teléfono y posteriormente mediante entrevista fue de 0.88.

#### **Validez:**

Los coeficientes de correlación de Pearson obtenidos en la prueba de validez convergente fueron moderados, con determinadas medidas biológicas, (cotinina metabolito de la nicotina) en orina y CO alveolar, oscilaron de 0.25 a 0.40 y con el número de años de fumador se obtuvo una  $r = 0.52$ .<sup>(30)</sup>

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

**¿CUÁL ES LA PREVALENCIA DE TABAQUISMO EN  
ADOLESCENTES DE 10 A 19 AÑOS DE EDAD ADSCRITOS A LA  
UMF No. 20 DEL IMSS?**

## **HIPÓTESIS**

**NO REQUIERE POR EL TIPO DE ESTUDIO**

## MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio observacional, transversal y descriptivo con derechohabientes adolescentes de 10 a 19 años que acudieron a consulta sin importar el motivo de ésta, en la consulta externa de la UMF No. 20 de la Delegación 1 Noroeste del IMSS, durante el periodo comprendido del 1o de Marzo al 31 de Agosto del 2003.

Por la poca afluencia de adolescentes a la consulta de Medicina Familiar, se utilizó la estrategia de visitar la Escuela Secundaria No 117, el Colegio de Bachilleres Vallejo, la Escuela Nacional Preparatoria No 9, para completar la muestra, aplicando un total de 896 encuestas, previo consentimiento informado (anexo 1).

Todos los adolescentes fueron entrevistados en un lugar privado, acompañado del médico y por un personal de enfermería o asistente médica previamente capacitadas ya que es primordial para establecer una buena comunicación. En la entrevista se obtuvo información sobre el sexo, edad, escolaridad, edad de inicio del tabaquismo y grado de dependencia a la nicotina, con la aplicación de un cuestionario, ¿por que fumo? que evalúa los motivos por los que fuma, validado por Russell en 1979 (anexo 2) y el de Fageström que evalúa el grado de dependencia a la nicotina, validado por Fageström y otros autores en 1985 (anexo 3).

### **Criterios de inclusión:**

Todos los adolescentes derechohabientes que acudan a la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 20 del IMSS.

Entre la edades de 10 a 19 años.

De ambos sexos.

De cualquier nivel socioeconómico.

De cualquier nivel escolar.

De cualquier estado civil.

De cualquier ocupación.

Que acepten participar en el estudio.

### **Criterios de exclusión:**

Que no acepten participar al estudio.

### **Criterios de eliminación:**

Todos aquellos adolescentes que no llenen el cuestionario en forma completa.

### **Diseño del estudio:**

De acuerdo a la evolución del fenómeno estudiado, será transversal ya que se medirá una sola vez y no se pretende evaluar su evolución.

### **Propósito del estudio:**

Determinar la prevalencia de tabaquismo en los adolescentes adscritos a la UMF No. 20 del IMSS, edad de inicio de tabaquismo, frecuencia con relación al sexo, edad, motivo del tabaquismo y grado de dependencia a la nicotina.

### **Sitio del estudio:**

Se realizará en la consulta externa de la UMF No. 20 del IMSS y se completará el estudio en un aula de las escuelas visitadas para completar la muestra.

### **Población de estudio:**

En este estudio se evaluará a todos los adolescentes, en las edades comprendidas entre los 10 y los 19 años, que acudan a la consulta externa de la UMF No. 20 del IMSS.

De acuerdo al último censo de adolescentes adscritos a la UMF No. 20, hasta julio del presente año, se reportan los siguientes datos:

<b>EDAD</b>	<b>MASCULINOS</b>	<b>FEMENINOS</b>	<b>TOTAL</b>
10 - 14 Años	6539	6110	12649
15 - 19 Años	2233	2781	5014
<b>TOTAL</b>	<b>9772</b>	<b>8891</b>	<b>17633</b>

### **Tamaño de la muestra:**

Con base al promedio de la prevalencia de tabaquismo en adolescentes, en estudios previos (15 al 30%) y para una población superior a 10,000 se utilizó la siguiente fórmula:

$$\frac{Z^2 \cdot P(1-P)}{d^2} = 896 \text{ ADOLESCENTES para entrevista.}$$

En el análisis estadístico, se aplicaron procedimientos estadísticos descriptivos con medida de tendencia central para las variables de estudio, así como estadística inferencial para la estimación de razones de momios para la prevalencia (RMP) y sus intervalos de confianza al 95%, utilización de  $X^2$  para valorar significancia.

En el análisis estadístico se realizó lo siguiente:

- Análisis exploratorio de los datos, comportamiento de las variables y su distribución.
- Análisis univariado donde se aplicarán medidas de tendencia central.
- Análisis bivariado en el cual se calcularán razón de momios para la prevalencia, intervalo de confianza y  $X^2$ .

## DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	ESCALA DE MEDICIÓN
EDAD	Tiempo en años en que una persona ha vivido desde la fecha en que nació.	EN AÑOS	CUANTITATIVA DISCRETA
SEXO	Características genotípicas y fenotípicas que distinguen a una persona sobre si es hombre o mujer.	FEMENINO  MASCULINO	CUALITATIVA DICOTÓMICA NOMINAL
ESCOLARIDAD	Grado máximo de estudios que ha tenido una persona durante su tiempo de docencia	PRIMARIA SECUNDARIA BACHILLERATO	CUALITATIVA ORDINAL
FUMADOR ACTIVO	Persona que responde afirmativamente a la pregunta: ¿Usted fuma? Según la OMS: Toda persona que ha fumado diariamente durante el último mes cualquier cantidad de cigarrillos, incluso uno. Toda persona que ha consumido tabaco, aunque sea una calada en la última semana.	SI  NO	CUALITATIVA NOMINAL DICOTOMICA
GRADO DE DEPENDENCIA A LA NICOTINA	Grado de adicción o impulso que induce la nicotina para fumar.	TEST DE FARGESTROM BAJO ALTO	CUALITATIVA DICOTOMICA NOMINAL
INICIO EN EL TABAQUISMO	Edad en la que fumó su primer cigarro.	EN AÑOS CUMPLIDOS	CUANTITATIVA DISCRETA

## PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.

Se entrevistaron 896 adolescentes adscritos a la UMF 20, en relación con la edad se encontró que la mínima edad de adolescentes con tabaquismo positivo, fue a los 10 años, la máxima fue a los 19 años con una media de 15.09, y una desviación estándar de 2.58% de los cuales la edad más frecuente es de 15 años en un 13.6% (122), seguido de la edad de 14 años en 13.29 % (119), el 11.4% (102) corresponde a adolescentes de 18 años, el 11.4% (102) que corresponde a adolescentes de 19 años, el 10.9% (98) corresponde a adolescentes de 16 años, el 10.9% (98) corresponde a adolescentes de 17 años, el 8.9% (80) corresponde a adolescentes de 12 años, el 8.7% ((78) corresponde a adolescentes de 13 años, el 7.8% (70) corresponde a adolescentes de 11 años, y el 3% (27) corresponde a adolescentes de 10 años. **TABLA Y GRÁFICO 1.**

Con relación al sexo, el 52.6% (471) corresponde al sexo masculino, y el 47.4% (425) al sexo femenino. **TABLA Y GRÁFICO 2.**

Con respecto a la escolaridad, el 26.8% (240) se encuentra cursando el 3er año de secundaria, seguido por los que cursan el 3er año de preparatoria el 22.8% (204), el 17.6% (158) cursa el 2do año de secundaria, el 11% (99) cursa el 1er año de preparatoria, el 10.9% (98) cursa el 1er año de secundaria, el 10.8% (97) cursa el 2do año de preparatoria. **TABLA Y GRÁFICO 3.**

Del total de los adolescentes entrevistados (896), el 21.1% (189) son fumadores activos, esto es la prevalencia de adolescentes con tabaquismo activo, y el 78.9% (707) no fuman. **TABLA Y GRÁFICO 4**

En cuanto al tabaquismo activo por grupos de edad se encontró que el 57.67% (109) tienen entre 14 y 16 años, el 33.33% (63) tienen entre 17 y 19 años, y el 8.99% (17), tienen entre 10 y 13 años de edad. **TABLA Y GRÁFICO 5.**

De los adolescentes con tabaquismo activo, el 47.61% (90) cursan el 3er año de secundaria, el 23.80% (45) cursan el 3er año de preparatoria, el 10.05 % (19) cursa el 1er año de preparatoria, el 8.99 % (17) cursa el 2do año de secundaria, el 8.99% (17) cursa el 2do de preparatoria y el 0.52% (1) cursa el 1er año de secundaria. **TABLA Y GRÁFICO 6.**

Con relación al sexo de los adolescentes con tabaquismo activo, el 66.66% (126) corresponde al sexo masculino, el 33.33% (63) corresponde al sexo femenino. **TABLA Y GRÁFICO 7.**

En cuanto al inicio del tabaquismo, el 21.69% (41) corresponde a los adolescentes que lo iniciaron a los 14 años, seguido por el 21.16% (40) que lo iniciaron a los 13 años, el 20.10% (38) lo iniciaron a los 12 años, el 16.93% (32) lo iniciaron a los 15 años, el 8.46% (16) lo iniciaron a los 11 años de edad, el 5.29% (10) lo iniciaron a los 10 años, el 3.17% (6) lo inicia a los 16 años, el 1.05% (2) lo inicia a los 18 años, el 0.52% (1) lo inicia a los 6 años, el 0.52% (1) a los 8 años, el 0.52% (1) a los 9 años, y el 0% (0) a los 19 años. **TABLA Y GRÁFICO 8.**

Con relación al motivo se observó que en el 65.6 % (124) el motivo fue social, seguido del de relajación en el 16.93% (32), en el 7.93% (15) el motivo fue manual, el 4.76% (9) el motivo fue disminución de la tensión, el 3.17% (6) por adicción, el 1.05% (2) por hábito, y solo el .52% (1) por estimulación. **TABLA Y GRÁFICO 9.**

En relación con el grado de dependencia a la nicotina, lo que se encontró fue que en el 93.12% (176), corresponde a un nivel bajo de dependencia a la nicotina, y el 6.87% (13) al nivel alto de dependencia. **TABLA Y GRÁFICO 10.**

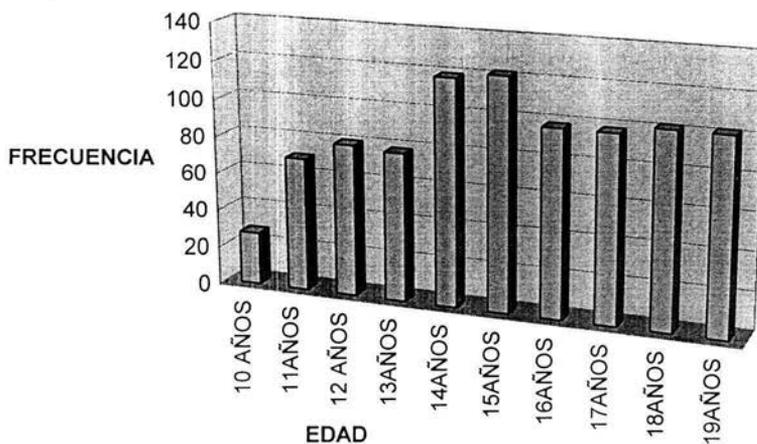
Con relación al grado de dependencia a la nicotina por sexo, se encontró un nivel bajo de dependencia en el 62.43% (118) adolescentes de sexo masculino, y 30.68% (58) del sexo femenino, se encontró un nivel alto en el 4.23% (8) adolescentes del sexo masculino y en el 2.64% (5) del sexo femenino. **TABLA Y GRÁFICO 11.**

Con relación al grado de dependencia a la nicotina por edad, se obtuvo un grado bajo de dependencia en el 24.86% (47) que corresponden a adolescentes de 14 años, seguido por el 21.69% (41) que corresponden a los 15 años de edad. Con relación al grado de dependencia a nicotina alto por edad, se encontró un 2.11% (4) que corresponde a la edad de 19 años, seguido del 1.58% (3) corresponde a los 17 años. **TABLA Y GRÁFICO 12.**

TABLA Y GRÁFICA 1

FRECUENCIA POR EDAD DE LOS ADOLESCENTES ADSCRITOS A LA UMF  
No 20.

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
10	27	3.0%
11	70	7.8%
12	80	8.9%
13	78	8.7%
14	119	13.3%
15	122	13.6%
16	98	10.9%
17	98	10.9%
18	102	11.4%
19	102	11.4%
TOTAL	896	100%

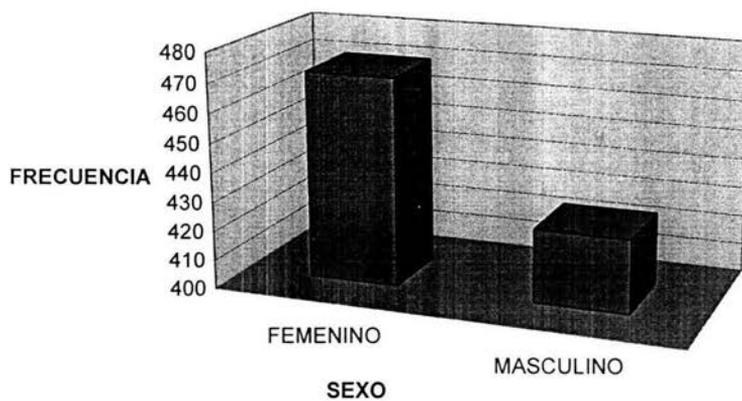


FUENTE: ENCUESTA

## TABLA Y GRÁFICA 2

### FRECUENCIA POR SEXO DE ADOLESCENTES ADSCRITOS A LA UMF 20

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MASCULINO	471	52.6%
FEMENINO	425	47.4%
TOTAL	896	100%

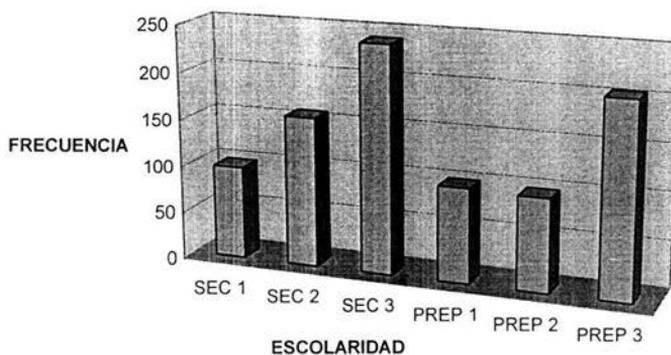


FUENTE: ENCUESTA

**TABLA Y GRÁFICO 3**

**FRECUENCIA POR ESCOLARIDAD, DE ADOLESCENTES ADSCRITOS A LA UMF 20.**

<b>ESCOLARIDAD</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
SECUNDARIA 1	98	10.9%
SECUNDARIA 2	158	17.6%
SECUNDARIA 3	240	26.8%
PREPARATORIA 1	99	11.0%
PREPARATORIA 2	97	10.8%
PREPARATORIA 3	204	22.8%
TOTAL	896	100%

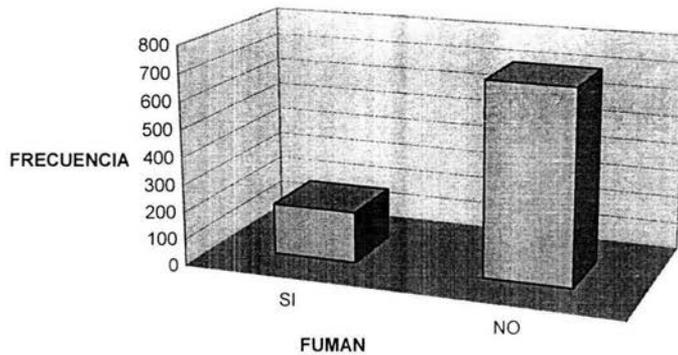


FUENTE: ENCUESTA

**TABLA Y GRÁFICO 4**

**FRECUENCIA DE ADOLESCENTES ADSCRITOS A LA UMF 20 QUE FUMAN Y NO FUMAN.**

<b>FUMAN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
SI	189	21%
NO	707	78.9%
TOTAL	896	100%

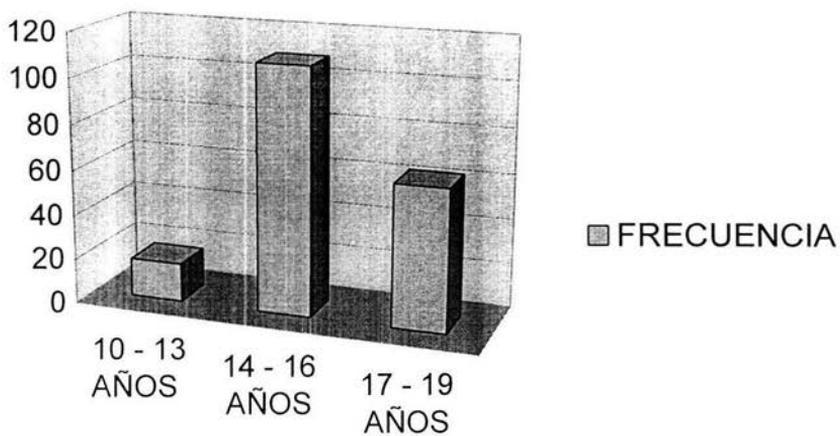


FUENTE: ENCUESTA

**TABLA Y GRÁFICO 5**

**FRECUENCIA POR GRUPOS DE EDAD DE LOS ADOLESCENTES CON  
TABAQUISMO ADSCRITOS A LA UMF 20**

<b>GRUPOS DE EDAD</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
10 - 13	17	8.99%
14 - 16	109	57.67%
17 - 19	63	33.33%
<b>TOTAL</b>	<b>189</b>	<b>100%</b>

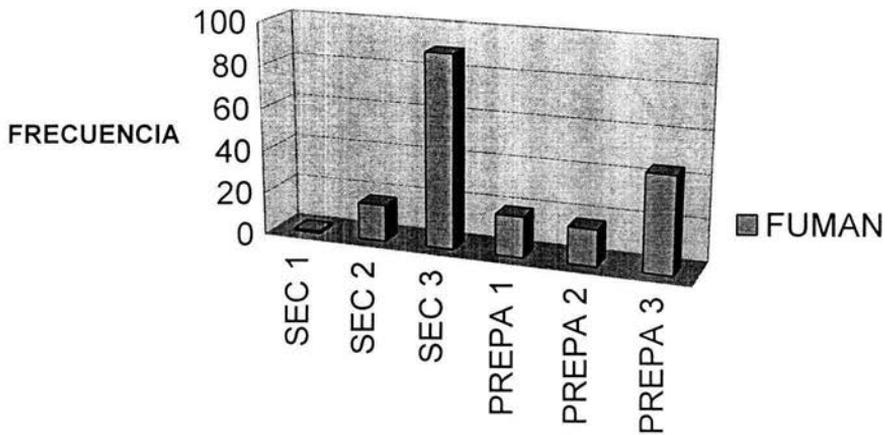


FUENTE: ENCUESTA

TABLA Y GRÁFICO 6

ADOLESCENTES ENTREVISTADOS CON TABAQUISMO POSITIVO DE  
ADUERDO A ESCOLARIDAD.

ESCOLARIDAD	FUMAN	%
SEC 1	1	0.52
SEC 2	17	8.99
SEC 3	90	47.61
PREPA 1	19	10.05
PREPA 2	17	8.99
PREPA 3	45	23.80
TOTAL	189	100

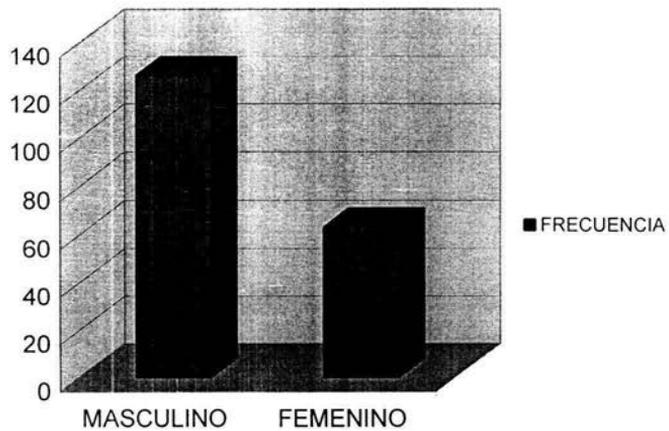


FUENTE: ENCUESTA.

**TABLA Y GRÁFICO 7**

**ADOLESCENTES ENTREVISTADOS CON TABAQUISMO POSITIVO DE ACUERDO AL SEXO.**

<b>SEXO</b>	<b>FUMA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
MASCULINO	126	66.66
FEMENINO	63	33.33
TOTAL	189	100

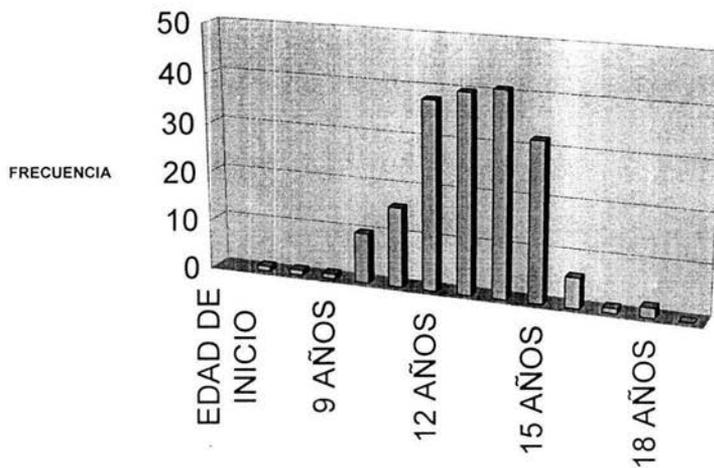


FUENTE: ENCUESTA

TABLA Y GRÁFICO 8

EDAD DE INICIO DEL TABAQUISMO EN LOS ADOLESCENTES ENTREVISTADOS

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
6	1	0.52%
8	1	0.52%
9	1	0.52%
10	10	5.29%
11	16	8.46%
12	38	20.10%
13	40	21.16%
14	41	21.69%
15	32	16.93%
16	6	3.17%
17	1	0.52%
18	2	1.05%
19	0	0%
TOTAL	189	100%

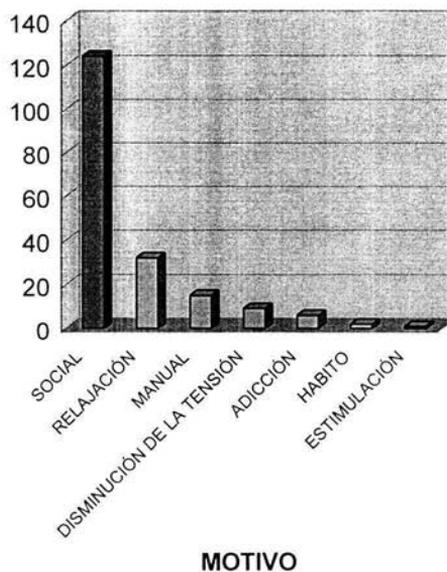


FUENTE: ENCUESTA

TABLA Y GRÁFICO 9

MOTIVO POR EL QUE FUMAN LOS ADOLESCENTES ADSCRITOS A LA UMF  
No 20.

MOTIVO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SOCIAL	124	65.6%
RELAJACIÓN	32	16.93%
MANUAL	15	7.93%
DISMINUCIÓN DE LA TENSIÓN	9	4.76%
ADICCIÓN	6	3.17%
HABITO	2	1.05%
ESTIMULACIÓN	1	0.52%
TOTAL	189	100%

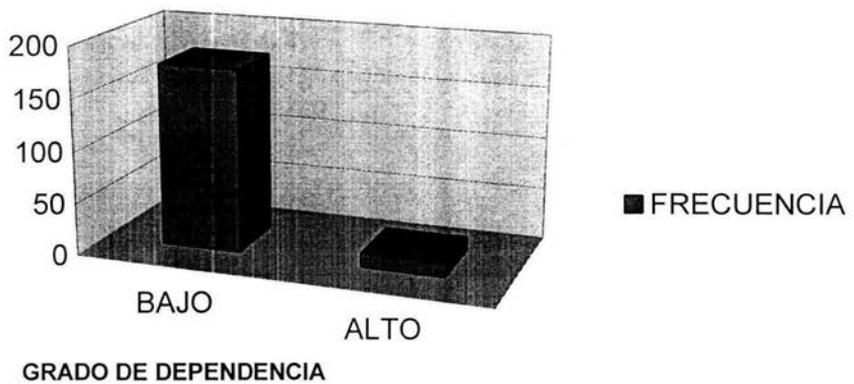


FUENTE: ENCUESTA

TABLA Y GRÁFICO 10

**GRADO DE DEPENDENCIA EN ADOLESCENTES CON TABAQUISMO POSITIVO ADSCRITOS A LA UMF 20.**

GRADO DE DEPENDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BAJO	176	93.12
ALTO	13	6.87
TOTAL	189	100%

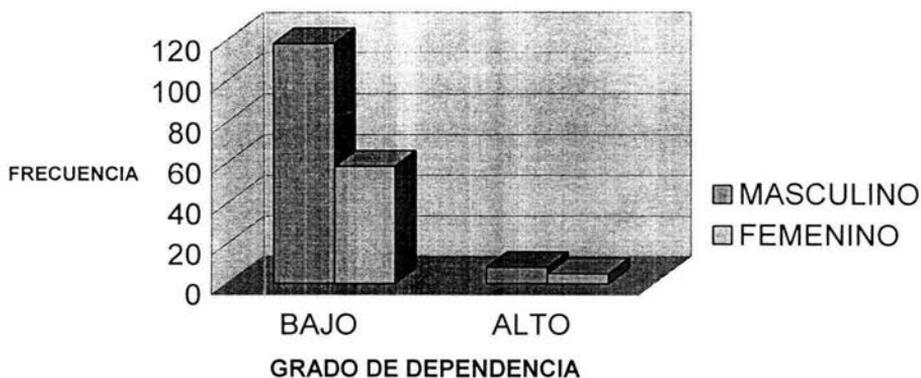


FUENTE: ENCUESTA

TABLA Y GRÁFICO 11.

GRADO DE DEPENDENCIA POR SEXO EN ADOLESCENTES FUMADORES ENTREVISTADOS.

SEXO	BAJO	%	ALTO	%	TOTAL	%
MASC	118	62.43	8	4.23	126	66.66
FEM	58	30.68	5	2.64	63	33.33
TOTAL	176	93.11	13	6.87	189	100

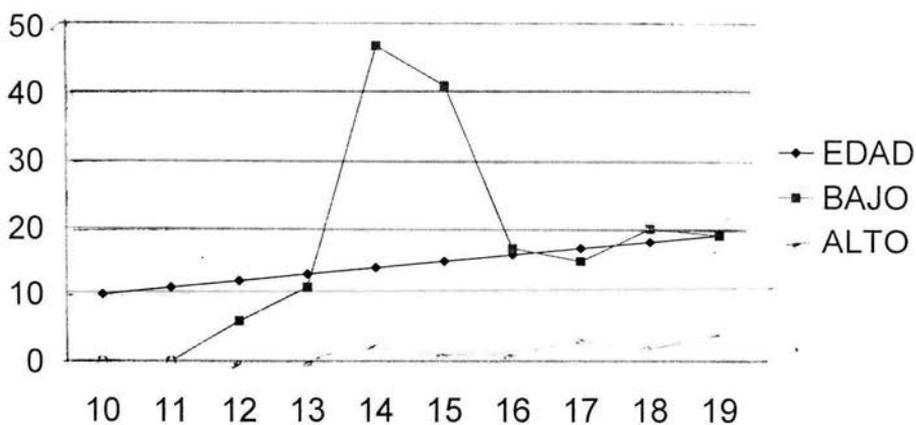


FUENTE: ENCUESTA.

TABLA Y GRÁFICO 12.

GRADO DE DEPENDENCIA POR EDAD, EN ADOLESCENTES CON TABAQUISMO POSITIVO ADSCRITOS A LA UMF 20.

EDAD	BAJO	%	ALTO	%	TOTAL	%
10	0	0	0	0	0	0
11	0	0	0	0	0	0
12	6	6.3	0	0	6	3.17
13	11	5.82	0	0	11	5.82
14	47	24.86	2	1.05	49	25.92
15	41	21.69	1	.52	42	22.22
16	17	8.99	1	.52	18	9.52
17	15	7.93	3	1.58	18	9.52
18	20	10.58	2	1.05	22	11.64
19	19	10.05	4	2.11	23	12.16
TOTAL	176	93.12	13	6.87	189	100



FUENTE: ENCUESTA.

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

En nuestro estudio la prevalencia de tabaquismo en los adolescentes entrevistados (896) fue del 21.1% (189), similar a lo obtenido en las ENA (1998, 1993, 1998) <sup>(18) (19) (20)</sup>, la más reciente se reporta de 23.4%, y menor en comparación a la escala mundial (59%), así como dentro de las tasas de tabaquismo en América Latina (15 – 40%) en poblaciones jóvenes de áreas urbanas fundamentalmente por el mayor poder adquisitivo y la mayor exposición a la publicidad del tabaco. <sup>(12)</sup>

En cuanto al sexo, se encontró el 66.66% (126) pertenecieron al sexo masculino, el 33.33% (63) al sexo femenino, no observándose una diferencia estadísticamente significativa, con respecto al hábito de fumar RMP de 2.10, con un Índice de Confianza (IC) 95% (1.48-2.98), p 0.000. De acuerdo a los ENA y estudios realizados en la UNAM, <sup>(18) (19) (20)</sup>, los resultados globales por porcentaje son similares en hombres y mujeres a nuestro estudio, sin embargo en dicho estudio no se realizó análisis estadístico que nos demuestre diferencia significativa por sexo.

Las edades con mayor riesgo para tabaquismo son en el grupo de 17 a 19 años dos veces más comparado con el grupo de 10 a 13 años, RMP de 3.69, IC 95% (2.03 – 6.76) y p menor de 0.000, en el grupo de 14 – 16 se observa que se presenta el tabaquismo 5 veces más comparado con el grupo de 10 a 13 años, RMP de 6.63, con un IC 95% (3.75 - -11.86) con p menor de 0.000. En la literatura no existen estudios en éste último grupo de edad.

En cuanto al grado de escolaridad, los adolescentes con tabaquismo activo que cursan el tercer año tienen tres veces más riesgo de fumar que los de segundo año, RMP de 4.98, un IC 95% de (2.74 – 9.5), y p menor de 0.000, en cuanto a los adolescentes que cursan tercero y primer año de secundaria, se encontró 57 veces más el hábito de fumar en los del tercer año, RMP de 58.20 con un IC 95% (8.58 – 1143) y p menor de 0.000. Estos hallazgos están acordes con las edades de mayor riesgo encontradas en el presente estudio.

La edad de inicio del tabaquismo, se observó entre los 10 - 15 años, con mayor frecuencia entre los 13 y 14 años similar a lo reportado en estudios previos (menores de 15 años) (ENA, ENS, UNAM). <sup>(14) (18) (19) (20)</sup>

En cuanto al grado de dependencia a la nicotina, en nuestro estudio se encontró en un 6.87% que el grado de dependencia es alto, a pesar de que el porcentaje parece bajo, es de llamar la atención que a estas edades tempranas de la adolescencia ya existe adicción al tabaco y esto puede ser el pre-anuncio de otras conductas de alto riesgo a breve plazo, como asociación con otras drogas <sup>(23)</sup>

En relación al grado de dependencia a la nicotina y el sexo se obtuvo:

Grado bajo: sexo masculino 62.43% (116) y sexo femenino 30.68% (58).

Grado alto: sexo masculino 4.23% (8) y sexo femenino 2.64% (5).

Observamos que el predominio de acuerdo al género continúa siendo el masculino con una proporción de 2 a 1 con respecto al sexo femenino.

De acuerdo al grado de dependencia a la nicotina y la edad, observamos:

Grado bajo: entre los grupos de edad de 13 - 15 y 16 - 19 años.

Grado alto: entre los grupos de edad de 14 - 16 y 17 - 19 años, observándose predominio a la edad de 19 años e un 2.11% (4). Esto último corresponde a lo estudiado en estudios previos, con respecto a que a menor edad de inicio, mayor grado dependencia a la nicotina <sup>(23)</sup>

De los adolescentes con tabaquismo positivo entrevistados, el motivo predominante fue el social, obteniéndose en un 65.6% (124), seguido del motivo de relajación en el 16.93% (32). Lo que concuerda con las características del desarrollo de los adolescentes. Con respecto a la motivación para fumar influyen factores personales, sociales siendo el tabaco una droga permitida y socialmente promocionada, el fumar se convierte en un mecanismo de integración con el grupo de amigos, puesto que, al buscar su independencia y rechazar la dependencia infantil, los adolescentes buscan refugio en el apoyo de sus pares siendo por esto extremadamente susceptibles a las personas del grupo. <sup>(24)</sup>

Lo observado al final del estudio es que fuma una mayor proporción de estudiantes adolescentes y además comienzan a hacerlo a edades más tempranas, con un incremento en las mujeres. Específicamente, el grupo de edades que cursan la secundaria y preparatoria son los que mayor atención requieren para prevenirlos del consumo de tabaco.

Sería interesante estudiar en un futuro otros factores relacionados al tabaquismo, como son: la funcionalidad familiar, antecedentes de tabaquismo en los padres, nivel socioeconómico familiar, desempeño escolar entre los fumadores y los no fumadores entre otros, para tener un panorama integral de esta dependencia.

## CONCLUSIONES.

Podemos concluir que de acuerdo a nuestros objetivos planteados al inicio del estudio:

La prevalencia de tabaquismo en los adolescentes adscritos a la UMF 20 fue del 21.1%.

En cuanto a las diferencias relacionadas a la edad, sexo y escolaridad de los adolescentes con tabaquismo activo, se encontró que efectivamente los hombres fuman más que las mujeres, con una relación de 2:1 y continúa en aumento. La mayoría de los fumadores tiene entre 14 y 16 años de edad, 57.67% (109) seguido del grupo de 17 a 19 años, 33.33% (63) y por el grupo de 10 – 13 años. 8.99% (17). Con relación a la escolaridad se encontró que la mayoría cursa el 3er año de secundaria, 47.61% (90), seguido del 3er año de preparatoria. 23.80% (45). La mayoría de los adolescentes fumadores, iniciaron el tabaquismo a los 13 y 14 años de edad en el 42.85% (81), observando que a menor edad de inicio mayor grado de dependencia con sus respectivas consecuencias, lo que demuestra que es en este grupo de edad, a quien se deben dirigir las campañas de prevención.

Encontramos que el grado de dependencia a nicotina es bajo, predominando entre los 14 y 15 años de edad 46.55% (88) y el sexo masculino es el más afectado.

En cuanto a por qué fuman, en este estudio se obtuvieron cifras elevadas que evidencian que el motivo más frecuente fue el social, con una frecuencia de 65.6% (124) seguido del motivo de relajación en el 16.93% (32), el manual con el 7.93% (15), por el motivo de disminución de la tensión el 4.76% (9), el de adicción en el 3.17% (6), por hábito 1.05% (2), y por el motivo de estimulación en el 0.52% (1), como ya se ha mencionado anteriormente, relacionado con su etapa de desarrollo normal del adolescente, en este tipo de fumador social, fumador tiene reforzadores positivos en el ambiente que crean en el inconsciente imágenes de sexualidad, aventura, madurez, intelectualidad, sofisticación, etc., generalmente fuma en reuniones cuando está acompañado y puede inhalar superficialmente.

## COMENTARIOS

Existe un amplio consenso en definir al tabaquismo como la principal causa de muerte prevenible en nuestro país. Los datos que nos indican que está relacionado con 45 mil fallecimientos cada año, 145 cada día, que equivalen a 11% del total de muertes. Es a su vez un factor importante para que se incrementen, prolonguen y agraven diversas enfermedades, por lo que aumentan el ausentismo laboral, las incapacidades y discapacidades, no sólo en las personas que fuman, sino además en quienes se ven obligadas a inhalar, contra su voluntad, el humo de tabaco en los espacios que comparten con los fumadores.

A pesar del esfuerzo para combatirlo, en los últimos diez años transcurridos entre la primera y tercera Encuesta Nacional de Adicciones (1988-1998), el número de fumadores creció en cuatro millones, disminuyó la edad promedio de inicio, aumentó el número y proporción de menores de edad que fuman, creció más rápidamente el número de mujeres fumadoras desafortunadamente en nuestro estudio también se observa la tendencia de este aumento de tabaquismo en mujeres encontrándose en una proporción de 2 hombres por cada mujer fumadora.

El Programa contra el tabaquismo es considerado prioritario por la actual administración federal. Las acciones contra el tabaquismo se inscriben claramente en al menos 2 de las 10 estrategias centrales del Programa Nacional de Salud 20001-2006. En el Programa se privilegian los intereses comunitarios y la salud pública por encima de cualesquier otro; se entiende así a la salud como un valor universal del que todos los ciudadanos deben gozar con garantía a la autonomía, la libertad de elección y acceso a los servicios de salud, con el interés de alcanzar una vida plena.

Al alcanzar las metas a mediano y largo plazo que se enuncian en el programa esperaríamos ser parte de una sociedad en la que fumar sea cada vez más costoso y menos bien visto, en donde el respeto por los distintos reglamentos sea por convicción y el tabaquismo deje de representar el costo que hoy todavía tiene. Se espera lograr una mejor capacidad del sistema de salud para la atención preventiva y el tratamiento a través de un esquema de participación organizada de la sociedad y orientado a vencer los retos de equidad y calidad.

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

Los ejes que orientan al programa se apoyan en las acciones de prevención, tratamiento y control que han mostrado mayores niveles de éxito en el mundo, por lo cual la investigación, el acopio de información y la formación de recursos humanos son estrategias indispensables. El Programa pretende con ello que menos personas, sobre todo los menores de edad, inicien el fumar; que los que ya lo hacen, fumen menos y con menor frecuencia, que los que deciden dejar de hacerlo lo hagan más pronto y con menor tiempo de exposición y, por supuesto, que se proteja del humo del tabaco a los no fumadores.

El programa incluye, en consecuencia, acciones en el ámbito educativo, en la política fiscal, en el control de la publicidad y del producto, en la vigilancia en el cumplimiento de disposiciones que impiden la venta a menores de edad y las que protegen a los no fumadores, así como la ampliación de la infraestructura de los servicios de salud, que permita incorporar los modelos de atención farmacológica y de psicoterapia probados exitosamente en instituciones nacionales, tal es el caso del INER. El sistema estaría también alineado para recibir las innovaciones tecnológicas que lograrán mejorar los niveles de éxito.

De esta manera, las instituciones que conforman el Consejo Nacional Contra las Adicciones están comprometidas en una lucha que debemos iniciar ya, estableciendo claramente las acciones inmediatas de prevención y control de la más dañina exposición en la salud pública antes de que el impacto sea más negativo.

## RESUMEN.

Prevalencia de tabaquismo en adolescentes adscritos a la UMF No 20. Cristina Aceves Ramírez<sup>(1)</sup> Pineda Rivera Hena G<sup>(2)</sup> Valencia Islas Yolanda<sup>(3)</sup> Pineda Aquino Victoria<sup>(4)</sup>

La etapa de adolescencia tiene mayor riesgo para el inicio del tabaquismo, entre los 10 y 15 años de edad, en áreas urbanas, no obstante las campañas antitabaquismo, la frecuencia de que éste se presente, sigue en aumento.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de tabaquismo en adolescentes de 10 a 19 años adscritos a la UMF No 20.

**Material y método:** Estudio transversal, descriptivo observacional con adolescentes adscritos a la UMF No 20, entrevistándose a 896 adolescentes recopilando datos generales, edad de inicio de tabaquismo, y aplicación de 2 Test previamente validados, que evalúan el motivo por el que fuman y grado de dependencia a la nicotina.

**Resultados:** La prevalencia de tabaquismo activo fue del 21.1 %, más frecuente en el grupo de edad de 14 a 16 años (57.67%), predominando el sexo masculino (66.66%), cursan 3er año de secundaria (47.61%), inician el hábito entre los 13 y 14 años (42.85%), el motivo más frecuente fue el social (65.6%), con grado de dependencia bajo (93.12%), predominando en hombres (62.43%).

**Conclusión:** Los hallazgos encontrados demuestran que es en este grupo de edad a quienes deben de ser dirigidas las campañas antitabaco ya que son los que mayor atención requieren para prevenirlos del consumo de tabaco.

(1) Médico Familiar UMF 20, Delegación 1NO, D. F. IMSS

(2) Médico Familiar UMF 2, Delegación 1 NO, D. F. IMSS

(3) Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud, Profesor Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar UMF 20, Delegación 1 NO, D. F. IMSS

(4) Profesor Adjunto del Curso de Especialización en Medicina Familiar UMF 20, Delegación 1 NO, D. F. IMSS

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Tabaco o Salud: Situación en las Américas un informe de la Organización Panamericana de la Salud. Publicación científica. No 536, 1999.
- 2.- Jha P. Chaloupka F. Curbing the epidemic: Governments and the economics of tobacco control. Washington, DC. The World Bank. 1999.
- 3.- Keissier DA. Witt AM. Barnett PS. Zeller MR. Natanblut SL. Wilkenfeld JP. Et al. The Drug Administration's regulation of tobacco products. N England J. Med. 1999; 335: 988-994.
- 4.- Jonathan M. Saint PH. Los riesgos del tabaquismo activo y pasivo. Salud Pública de México. 2002: 144-160.
- 5.- Auerbach O. Hammond EC. Garfinkel L. 1970. Histologic Changes in the lung in relation to smoking habits. Cancer 25:92-104.
- 6.- Auerbach O. Hammond EC. Garfinkel L. 1979. Changes in Bronchial epithelium in relation to cigarettes smoking 1950-1960 vs 1970-1977. N. England Med 300: 381-386.
- 7.- Australian National Health and Medical Research Concl. 1998. The effects of passive smoking. A scientific information paper [www.health.gov.au/nhmrhorward.htm](http://www.health.gov.au/nhmrhorward.htm).
- 8.- Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. El tabaquismo en América Latina, Estados Unidos y Canadá. 1990-1999. 200.
- 9.- Meneses GF. Marquez SM. Sepulveda AJ. Y COLS. El consumo de tabaco en México y encuesta nacional de adicciones 1998 (tabaco). México. D. F., Secretaría de Salud. 2000: 33-50.
- 10.- Secretaría de Salud. Dirección General de Estadística e Informática. Mortalidad 1998. Mex: SSA. 2000: Principales Causas de Mortalidad General D.F. 101-195.
- 11.- Secretaría de Salud. Consejo Nacional Contra las Adicciones. Situación actual de las adicciones. México. SSA: 1998: 3-43.
- 12.- Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. El consumo de tabaco en México y Encuesta nacional de adicciones 1998: México: SSA. 2000: 1-186.
- 13.- Castro ME, Maya MA, Aguilar MA. Consumo de sustancias tóxicas y tabaco entre la población estudiantil de 14 a 18 años. Salud Pública Méx. 1982; 24(5): 565 – 574.
- 14.- Secretaría de Salud. Encuesta Nacional sobre el Uso de Drogas en la Comunidad Escolar. México D.F. Instituto Nacional de Psiquiatría, Secretaría de Salud, 1992.
- 15.- Berenson S, Medina ME, Carreño F, Juárez F, et al Encuesta sobre el consumo de drogas en la comunidad escolar. Tendencias del consumo de sustancias psicoactivas entre estudiantes de enseñanza media y media superior del Distrito Federal. Salud Mental 1996; 19 (1): 1 – 5.

- 16.- Villatoro JA, Medina ME, Cardiel H et al. La situación del consumo de sustancias entre estudiantes de la Ciudad de México. *Salud Mental* 1999; 22 (2): 18 – 20.
- 17.- Tapia R, Lazcano F, Herrera M, Sepúlveda J. El consumo de tabaco en México. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud. *Boletín Mensual de Epidemiología*. 1989; 4(3):33 – 39.
- 18.- Tapia R, Medina ME, Sepúlveda J, de la Fuente R, Kumate J, La encuesta Nacional de Adicciones de México. *Salud Pública Méx.* 1990; 32:507 – 522.
- 19.- Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones II. 4 tomos. México, D.F.: Dirección General de Epidemiología, 1994.
- 20.- Kuri P, ed National Addiction Survey. México, D.F.: INEGI, SSA, Dirección General de Epidemiología, 1998.
- 21.- Bleger J. *Psicología de la Conducta*. 1998: 11-277.
- 22.- Catalán JL. *Psicología del Hábito de Fumar*. 2000.
- 23.- Blos P. La transición adolescente. *Assapia Amorrouret* ed 2000: 1-383.
- 24.- Giovinoga. Epidemiology of Tobacco use among us adolescents. *Nicotine Tobacco Res* 1999: 31-40.
- 25.- Sansores RH, Giraldo BF, Ramírez VA. Impacto de los medios de comunicación masiva en una campaña antitabaco. *Salud Pública Méx.* 2002; (44) ; 101-108.
- 26.- Lester D, Collin EM. Reason for smoking and personality. *Psychology*. 2000;62(1): 304-8.
- 27.- Bleger J. *Psicología de la Conducta*. 1998: 11-277.
- 28.- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4<sup>th</sup> ed* Washington, DC. American Psychiatric Association. 2000.
- 29.- Fagerström KO, Measuring Degree of Physical Dependence to Tobacco Smoking with reference to individualization of treatment. *Addictive behaviors* 1978; 3:235-246.
- 30.- Heatherton TF, Koslowski UT, Frecker RC, et al. The Fagerström Test of Nicotine Dependence: A revision of the Fagerström tolerance questionnaire *British Journal of Addiction*, 1991;86:1119-1127.

**ÁREA DE ANEXOS.**

## **Anexo No 1.**

### **Consentimiento informado:**

Acepto participar en el proyecto de investigación "Prevalencia de tabaquismo en adolescentes de 10 a 19 años de edad adscritos a la UMF No 20 del IMSS", el investigador se compromete a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que tenga, además se me asegura que los datos que yo responda serán confidenciales.

Firma del paciente estudiado \_\_\_\_\_

## Anexo No.2

### CUESTIONARIO PARA EL PACIENTE: ¿POR QUÉ FUMO?

---

LEA Y MARQUE CON EL NUMERO QUE DESCRIBA MEJOR SU EXPERIENCIA:

1 = Nunca    2 = Poco    3 = De vez en cuando  
4 = La mayor parte del tiempo    5 = Siempre

---

- A. Fumo para no sentirme triste.
  - B. Sostener el cigarrillo es parte de la satisfacción de fumarlo.
  - C. Fumar es placentero y relajante.
  - D. Prendo el cigarrillo cuando estoy enojado.
  - E. Cuando se me acaban los cigarrillos es casi una tortura hasta que consigo más.
  - F. Fumo automáticamente sin darme cuenta.
  - G. Fumo cuando otra gente fuma.
  - H. Fumo para animarme cuando estoy triste.
  - I. Es parte de la satisfacción encender el cigarrillo.
  - J. Es placentero fumar.
  - K. Cuando me siento incómodo y molesto, enciendo un cigarrillo.
  - L. Pienso en el cigarrillo cuando no estoy fumando.
  - M. Frecuentemente prendo un cigarrillo, sin darme cuenta que tengo otro.
  - N. Fumo con los amigos, cuando me la paso bien.
  - O. Cuando fumo, disfruto ver el humo al exhalarlo.
  - P. Se me antoja un cigarrillo cuando me siento cómodo y relajado.
  - Q. Fumo cuando estoy triste y quiero olvidar lo que me preocupa.
  - R. Siento ansiedad por fumar cuando no he fumado.
  - S. He encontrado un cigarrillo en mi boca sin estar consciente de que lo tenía.
  - T. Fumo con mis amigos, en una fiesta o en un bar.
  - U. Fumo para sentirme bien.
-

**CUESTIONARIO: ¿POR QUÉ FUMO?  
EVALUACION POR EL MEDICO.**

---

Escriba el número seleccionado en el cuestionario anterior delante de la misma letra. Ejemplo: si el paciente marco 3 en la C, escriba 3 después de la C, después sume los totales de cada grupo.

---

- A \_\_\_ H \_\_\_ U \_\_\_ "Me estimula".  
Un resultado alto en esta sección significa  
Estimulación \_\_\_ que fumar le da energía y le mantiene. Ayúdele a pensar en otras cosas que lo estimulen como hacer ejercicio, correr o caminar.
- B \_\_\_ I \_\_\_ O \_\_\_ "Necesito algo en mis manos"  
Hágale ver que hay muchas cosas que sus  
Manual \_\_\_ manos pueden hacer sin necesidad de encender un cigarro: jugar con un lápiz o realizar alguna actividad manual.
- C \_\_\_ J \_\_\_ P \_\_\_ "Me siento bien"  
Experimenta satisfacción psicológica al fumar.  
Relajación \_\_\_ El ejercicio podrá ser una alternativa efectiva, El paciente en esta categoría podría utilizar el chicle bajo prescripción médica.
- D \_\_\_ K \_\_\_ Q \_\_\_ "Me sostiene"  
Encuentra el cigarro placentero en momentos de estrés.  
Reducción de \_\_\_ Puede aprender a relajarse utilizando técnicas de respiración.  
la tensión
- E \_\_\_ L \_\_\_ R \_\_\_ "Soy adicto"  
Es adicción psicológica a la nicotina, este tipo de gente es la  
Adicción \_\_\_ más beneficiada con un sustituto (chicle o parche de nicotina
- F \_\_\_ M \_\_\_ S \_\_\_ "Es parte de mi rutina"  
Si tan sólo es rutina, una forma de eliminarla sería hacerlo  
Hábito \_\_\_ consciente de cada cigarro que se fuma. Llevar un auto registro es la manera más fácil de saberlo.
- G \_\_\_ N \_\_\_ T \_\_\_ "Soy fumador social"  
Fuma en eventos sociales, cuando ofrecen cigarrillos.  
Social \_\_\_ Es importante que le recuerde a la gente que lo rodea que usted está intentando dejar de fumar y así consiga apoyo.

Los totales más altos en cada categoría indican las razones por las cuales se fuma.

FUENTE: Russell, 1979.

**Anexo No. 3**  
**Cuestionario de Fagerström para la calificación**  
**de la dependencia a la nicotina\***

Mientras ayuda a sus pacientes a que dejen de fumar, puede ser útil registrar algunos aspectos importantes sobre su hábito en la escala de Fagerström. Una calificación alta refleja mayor grado de dependencia a la nicotina.

Anote la puntuación adecuada para cada pregunta. La máxima puntuación posible de la escala es 9.

Preguntas	Respuestas	Puntos
1. ¿Cuánto tiempo transcurre desde que se levanta hasta el primer cigarrillo?	Menos de 30 min. Más de 30 min.	1 0
2. ¿Tiene dificultad para no fumar en lugares en los que está prohibido?	SI NO	1 0
3. ¿Qué cigarrillo le costaría más suprimir?	El primero de la mañana Otro	1 0
4. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	15 o menos 16-25 26 o más	0 1 2
5. ¿Fuma más frecuentemente durante las primeras horas del día que durante el resto del día?	SI NO	1 0
6. ¿Fuma aunque se encuentre tan enfermo que tiene que permanecer en cama la mayor parte del día?	SI NO	1 0
7. ¿Inhala el humo?	Nunca A veces Siempre	0 1 2

< 7 Indica un nivel bajo de dependencia de la nicotina, mientras que una puntuación > 7 indica un nivel elevado de dependencia a la nicotina.

\* Fagerström, 1985.