



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---

DIVISIÓN DE ESTUDIOS  
DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21

TABAQUISMO EN MUJERES ADOLESCENTES DE LA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N o 21 DEL  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

## **T E S I S**

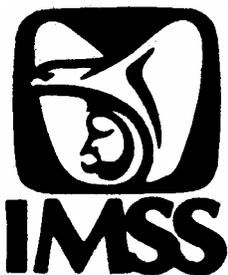
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD DE:  
**MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

**DRA. MARÍA ELENA RAMO VALVERDE**

ASESOR:

**JORGE MENESES GARDUÑO**



MÉXICO, D.F.

2006



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.

## **AGRADECIMIENTOS**

Deseo expresar mi más cordial agradecimiento a mi padre Jesús Armando Ramo Vega y a mi madre María Elena Valverde Hernández por el apoyo brindado durante toda mi vida, por el esfuerzo y la dedicación para hacer posible la realización de mi sueño, la culminación de una carrera tan maravillosa que es la medicina.

Muy especialmente manifestar mi agradecimiento a mis hermanos, Gabriela Ivette Ramo Valverde, Evelyn Anet Ramo Valverde y Jesús Armando Ramo Valverde, que a través de su apoyo, su carisma y dedicación hayan logrado alentarme en el camino.

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento al DR. Domingo Bulmaro Ramírez Pliego mi esposo y a mi hija Karla Vanessa Ramírez Ramo, quienes con su apoyo y presencia le dieron el toque mágico lleno de felicidad a mi vida, con todo mi amor y cariño.

## AUTORIZACIÓN

DR. JOSÉ ANTONIO MARTÍNEZ MATA.  
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 21

DR. FELIX ROBERTO TAVERA GONZALEZ  
JEFE DE EDUCACION MÉDICA

DR. JORGE MENESES GARDUÑO  
PROFESOR TITULAR DE LA RESIDENCIA EN LA UMF NO.21

DR. JORGE MENESES GARDUÑO  
ASESOR DE TESIS

## ÍNDICE

	PAG.
Introducción	1
Objetivos	11
Material y métodos	12
Criterios de inclusión, no inclusión y exclusión	13
Procedimiento para obtener la muestra	14
Sistema de captación de la información	16
Variables de estudio	18
Recursos humanos	21
Diseño estadístico	22
Ética	23
Resultados	24
Discusión y conclusiones	45
Sugerencias	47
Bibliografía	49
Anexo	51
Instrumento de evaluación	52

## RESUMEN

Tabaquismo en mujeres adolescentes. Ramo Valverde maría Elena residente de medicina familiar, Dr. Jorge Meneses Garduño asesor. Unidad de Medicina Familiar no.21, IMSS, D.F.

Introducción: El tabaquismo en mujeres adolescentes y los problemas que se presentan en la mujer en esta etapa de la vida han adquirido gran importancia en los últimos años, debido al incremento importante en el consumo del tabaco. Prevenir el consumo del tabaco es una de las acciones más rentables para la Salud Pública, ya que el tabaquismo constituye la primera causa de muerte prematura y evitable. La OMS, señala que de la población mundial 30 % de los adultos son fumadores y mueren siete personas cada minuto por enfermedades relacionadas con el tabaquismo. En cuanto a la edad de inicio en el consumo de tabaco, el análisis de las Encuestas Nacionales de Adicciones demuestra que cada vez se empieza a fumar a temprana edad: La cultura, los ingresos, la estructura familiar, la edad, la capacidad física, el entorno doméstico y laboral, son algunos de los factores que contribuyen a que las adolescentes sean un grupo de riesgo para el consumo de tabaco incluyendo, la facilidad de acceso a los cigarros, la presión de grupo y la promoción de tabaco. Objetivos: Determinar la frecuencia y factores de riesgo asociados del consumo de tabaco en mujeres adolescentes. Material y métodos: se realizó un estudio de tipo descriptivo, observacional, prospectivo y transversal; se tomo en cuenta 2547 adolescentes adscritas a la UMF 21 del IMSS captadas hasta el mes de Agosto del 2005, calculándose un tamaño de muestra de 151 adolescentes. Se aplicó el instrumento validado, el test de "Preguntas básicas para conocer el hábito tabaquico de los adolescentes y su actitud hacia el tabaquismo": Resultados: La frecuencia de edad que más predominó con tabaquismo fue de 16 a 17 con un 33.77%, entre los factores de riesgo que más influyeron fue la presencia del tabaquismo en los padres así como en los hermanos, el estado civil de los padres y el tabaquismo en los amigos. Conclusiones: existió una fuerte asociación estadística entre los factores de riesgo y la presencia de tabaquismo en las mujeres adolescentes.

## **TABAQUISMO EN MUJERES ADOLESCENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N o 21 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

### Introducción

El tabaquismo en mujeres adolescentes y los problemas que se presentan en la mujer en esta etapa de la vida han adquirido gran importancia en los últimos años, debido al incremento importante en el consumo del tabaco a nivel Mundial. (1)

La elevada cifra de adolescentes fumadoras resulta preocupante por todo lo que conlleva esta edad: se trata de una etapa muy marcada por los cambios de vida y el comportamiento, un periodo en el que se consolida la personalidad. Los hábitos de vida adquiridos en esta etapa se mantienen, por lo general, en la vida adulta, y son muy difíciles de modificar una vez establecidos. (2)

El tabaquismo se define como la acción de inhalar de forma voluntaria el humo de tabaco, con cierta frecuencia y periodicidad. (3)

El tabaco constituye una de las principales causas prevenibles de enfermedad y muerte en el mundo, además de ser una sustancia adictiva socialmente aceptada y de consumo legal, y de que 3.5 millones de personas fumadoras fallecen anualmente. (4)

Según los últimos informes, cientos de miles de personas mueren anualmente a nivel mundial de forma prematura debido al tabaco. Estudios recientes indican que la exposición al humo de los cigarrillos fumados por otra gente y otros productos del tabaco, producen también al año la muerte de miles de personas que no fuman. Pese a estadísticas y a numerosos avisos sobre los peligros de fumar, millones de adultos y adolescentes inician esta actividad y siguen fumando. (5)

A nivel Mundial se ha producido desde los años 70 un aumento en la prevalencia global del tabaquismo. (1)

Por esto, prevenir el consumo del tabaco es una de las acciones más rentables para la Salud Pública, ya que el tabaquismo constituye la primera causa de muerte prematura y evitable. (1)

La Organización Mundial de la Salud (OMS), señala que de la población mundial 30 % de los adultos son fumadores y mueren siete personas cada minuto por enfermedades relacionadas con el tabaquismo. (6)

En España, entre el período comprendido entre 1978 y 1997, se observa un leve incremento de la prevalencia global de tabaquismo, que ha pasado del 35.7% al 38.5. Por sexo la prevalencia se ha incrementado tanto en varones como en mujeres, aunque en las mujeres el descenso es incierto, según el Plan Nacional de Drogas, el consumo de tabaco en escolares en España mantiene una tendencia estable desde 1994, en Andalucía sin embargo, se observa un incremento progresivo del consumo de tabaco en jóvenes desde 1987 hasta 1999, especialmente en el grupo de 12 a 15 años de edad. (4)

Desafortunadamente el tabaquismo continúa en ascenso en los países en desarrollo. Globalmente, hay casi 1100 millones de fumadores, de los cuales 300 en países desarrollados (relación de dos hombres por cada mujer), en comparación con los 3800 en países en vías de desarrollo (siete hombres por cada mujer). Estos datos apoyan la teoría de que la epidemia del tabaquismo ha llegado a su máximo punto en países subdesarrollados, y se encuentra en ascenso en los países en desarrollo.

Proyecciones de la OMS indican que, si continúa el consumo actual, para el año 2020 habrá 10 millones de muertes anuales por enfermedades relacionadas con el consumo del tabaco, de las cuales siete de cada diez ocurrirán en países en desarrollo. Del total de la población mundial, 30 % de los adultos son fumadores y de éstos, 4 millones de personas fallecen al año, lo que equivale a la muerte de casi 11 000 personas diarias. Se estima que para el año 2020 habrá más de 8.4 millones de muertes anuales por enfermedades atribuibles al consumo del tabaco. (7)

Los países en desarrollo como México, serán el blanco de las estrategias de las industrias tabacaleras transnacionales en busca de nuevos mercados de potenciales fumadores, en particular, entre jóvenes con tendencia en las adolescentes femeninas. (6)

En México, el consumo per cápita se ha incrementado de 754 cigarrillos anuales en 1970 a 1972 cigarrillos para 1997, Estimaciones conservadoras indican que en nuestro país mueren aproximadamente 122 personas por día debido a enfermedades asociadas con el tabaquismo; en total, más de 44 mil fumadores mueren al año. (5)

En la ciudad de México, la dependencia a la nicotina afecta actualmente entre 5 y 6 millones de mujeres mexicanas, que representa una tercera parte de la población adicta al tabaco en el país. (7)

En México, aunque la cifra es alta, para los especialistas lo alarmante es que ésta tienda a crecer, y requiere ahora de soluciones, principalmente enfocadas al género femenino. (8)

Horacio Rubio, titular del Programa Nacional Contra el Tabaquismo del Conadic; Guadalupe Ponciano, directora de la Clínica Contra el Tabaquismo de la UNAM, y Cecilia Puente Barragán, de la Asociación Nacional de Cardiólogos de México, explican que, en promedio, por cada dos consumidores varones hay una consumidora mujer.(9)

Las causas y consecuencias de este fenómeno las resumen así: las mujeres son triple mente vulnerables a la adicción de fumar se desconoce en ciencia cierta el porqué, una vez que conocen el cigarro, tienen mayores probabilidades que un varón de rendirse a la dependencia de la nicotina. Ya como consumidoras, sus riesgos aumentan en ciento por ciento respecto al género masculino: cada cigarro que encienden las daña como si fueran dos. Y si intentan dejarlo, cualquier situación que altere sus emociones hecha por tierra los esfuerzos de abstinencia. (10)

El inicio del hábito de fumar se produce principalmente en la adolescencia y se sabe que es más sencillo conseguir frenar en inicio que conseguir que los fumadores dejen de hacerlo. (5)

Durante la adolescencia el individuo busca la “formación de la propia identidad”, afirmar su imagen y su propio espacio individual y de grupo. El papel de la publicidad es crucial en este proceso: en ausencia de una dependencia física establecida, la industria tabacalera ofrece mediante la publicidad las imágenes con las que puede identificarse el adolescente, creando un ambiente favorable a la experimentación. (6)

La edad de inicio en el consumo de tabaco en México oscila entre los 11 y 12 años de edad. su consumo se incrementa progresivamente con la edad; si a los 13 años declaran fumar diariamente el 15 % de los chicos y el 19 % de las chicas , a los 17 años el porcentaje de los fumadores diarios es del 24 y 29 % respectivamente.(8)

El tabaco contiene, entre otras, elevadas cantidades de nicotina que crea la dependencia del consumo y es la responsable de su mantenimiento. (5)

La nicotina, es uno de los principales componentes del tabaco, es un poderoso estimulante. Al cabo de unos segundos de su inhalación de humo, el fumador recibe una poderosa dosis de éste componente en el cerebro, esto a su vez hace que las glándulas adrenales viertan en la sangre adrenalina, lo cual acelera el ritmo cardiaco y aumenta la presión sanguínea. (3)

La nicotina está considerada como una sustancia más adictiva que otras drogas ilegales y es solo uno de los cuatro mil componentes del humo del tabaco. El humo derivado del tabaco contiene, entre otras sustancias nocivas: amoniaco, benzopireno, cianuro de hidrógeno, dióxido de carbono, monóxido de carbono, restos de plomo o arsénico. (11)

Existe evidencia científica del vínculo causal entre el tabaco y la incidencia de distintas enfermedades, pudiendo afirmar que el fumar tabaco, y en especial cigarrillos, constituye un factor causal o agravante de un gran número de enfermedades, entre las que hay que destacar el cáncer de pulmón, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la cardiopatía isquémica, y la enfermedad cerebro vascular. (12)

Se calcula que el que el 29 % de las muertes por enfermedad coronaria son debidas al tabaquismo. Se ha encontrado una fuerte relación dosis – respuesta y de la duración de la exposición al hábito con la cardiopatía isquémica. Los fumadores tienen un aumento del 70 % de probabilidad de tener cardiopatía isquémica mortal, y un aumento mayor del 200 % de tener cardiopatía isquémica no mortal o muerte súbita.(13)

En cuanto a la enfermedad cerebro vascular se ha encontrado una relación muy marcada , la presencia de hipertensión arterial tiene un efecto multiplicador , de modo que en mujeres de mediana edad no hipertensas, el tabaquismo duplica el riesgo de accidente cerebrovascular y entre las hipertensas este riesgo es doce veces mayor que el de las normotensas no fumadoras.(15)

El papel del tabaco en la etiología de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica ha sido demostrado epidemiológica y experimentalmente. (8)

También la relación causal entre tabaco y cáncer es reconocida científicamente y el riesgo de muerte por cáncer entre los fumadores es entre dos y cuatro veces más alto que entre los no fumadores, el tabaco es el responsable de un 85 % de los cánceres de pulmón (16)

En 1985 la Agencia Internacional de Investigaciones contra el Cáncer estableció que el tabaco, además del cáncer de pulmón, estaba asociado al cáncer de laringe, orofaringe, esófago, vejiga, riñón y páncreas. Una revisión actualizada añade a ésta lista el cáncer de estómago, hígado, nariz y la leucemia mieloide. (17)

Por otro lado, el consumo de tabaco es el primer paso para el inicio en el consumo de otras sustancias adictivas, por ejemplo, el riesgo de consumir alcohol fue de 2.7 veces superior en los varones fumadores y de 4 veces en las fumadoras, en tanto el riesgo de consumir marihuana 6 veces superior en las adolescentes fumadoras y casi 8 veces en los muchachos fumadores. El incremento en el consumo de tabaco y alcohol en un corto espacio de tiempo debe de alertar sobre un cambio en los hábitos de consumo pasando hacia drogas no legalizadas. (19)

En México desde hace años, la realización de múltiples estudios e investigaciones impulsadas por diversas instituciones de salud y especialistas en la materia ha permitido conocer aún más sobre el comportamiento del tabaquismo en México, para establecer las políticas requeridas de combate frontal a ésta epidemia. (5)

Desde 1988, con la primera Encuesta Nacional de Adicciones (ENA), aplicada en todo el país a personas de áreas urbanas de entre 12 y 65 años de edad, se empieza a tener una mayor vigilancia epidemiológica del comportamiento del tabaquismo. Esta encuesta nacional se ha llevado a cabo cada 5 años (1988,1993 y 1998), lo que ha permitido observar de manera detallada las tendencias que la epidemia muestra, mismas que se resumen de la siguiente manera: prevalencia estable del consumo, disminución en la edad promedio de inicio, mayor consumo en menores de edad, mayor consumo en mujeres. (20)

Los datos de la Encuesta de Adicciones de 1998 indican que, 28 % de la población entre 12 y 65 años de edad de área urbana, son fumadores activos, lo que representa más de 13 millones de personas fumadoras; además, 53 % de la población son fumadores involuntarios o pasivos, lo que lleva a señalar que 7 de cada 10 personas en las ciudades de nuestro país, se encuentran en mayor o menor grado expuestas a los daños que el tabaco ocasiona. (10)

En cuanto a la edad de inicio en el consumo de tabaco, el análisis de las Encuestas Nacionales de Adicciones demuestra que cada vez se empieza a fumar a temprana edad; en la aplicada en 1998, si bien sigue predominando el inicio entre los 15 y 17 años de edad (36.5 %), se observa un incremento significativo en el grupo de menores de 15 años (21.7 %), comparado con los resultados de las encuestas anteriores. (10)

De igual modo, señalamos una tendencia hacia el incremento en el número de mujeres fumadoras, en la Encuesta Nacional de Adicciones de 1988, 29.4 % de los fumadores eran mujeres, mientras que en la Encuesta Nacional de adicciones de 1998 esta cifra se incrementó al 33.4 %. Al comparar la proporción de hombres fumadores con respecto a mujeres fumadoras, en la Encuesta Nacional de Adicciones de 1988 era de 3:1, mientras que en la Encuesta Nacional de Adicciones de 1998 se encontró que la proporción disminuyó a 2:2, emparejándose. (5)

Pero con la incorporación de la mujer al consumo del tabaco se ha incrementado un 237 % el número de mujeres que han fallecido como consecuencia del tabaquismo entre los años 1992-1998. (5)

La recopilación y el análisis de diversas fuentes de información respecto al tabaco en México, tales como las encuestas nacionales de adicciones, encuestas de accesibilidad al tabaco por menores de edad, análisis de costos, estudios de medición de nicotina, encuestas en poblaciones específicas universitarios, aspirantes a residencias médicas, personal de salud y personal magisterial, así como el sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones(SISVEA), (en donde recientemente se incorporó al tabaco como un componente básico de su red), permiten contar con información para los fines del observatorio.(6)

Este observatorio, a su vez, permite establecer políticas congruentes y realizar las modificaciones que éstas requieren para detener y disminuir el avance de la epidemia. (7)

Existen diversos estudios que muestran las asociaciones del hábito tabaquico en los adolescentes, con una gran variedad de factores tanto sociales, económicos, ambientales, biológicos y personales. Uno de ellos es el desempeño escolar, indicador que refleja características de compromiso educacional, motivación, competencia y éxito escolar. Mientras que otros, refieren, una mayor prevalencia de consumo de tabaco, asociada con la auto percepción de un pobre desempeño académico. (20)

Se ha observado que los motivos sociales tienen un gran peso en el inicio del tabaquismo: ocho de cada diez fumadores se iniciaron principalmente por la curiosidad y la presión de los amigos. El tabaquismo de los padres, la ocupación de los padres, el estado civil de los padres, el ingreso económico familiar y el nivel de información que tiene el adolescente sobre el tabaquismo. (7)

Conviene mencionar que la cultura, los ingresos, la estructura familiar, la edad, la capacidad física, el entorno doméstico y laboral harán más atractivas, factibles, y adecuadas, determinadas formas y condiciones de vida. En este contexto, las condiciones de vida son el entorno cotidiano de las personas donde estas viven, actúan y trabajan. Son así mismo, el producto de las circunstancias sociales, económicas y del entorno físico, lo cual ejerce un impacto en la salud, estando en gran medida fuera de control inmediato del individuo. (20)

Algunos de los factores que contribuyen a que las adolescentes sean un grupo de riesgo para el consumo de tabaco incluyen, entre otros, la facilidad de acceso a los cigarros, la presión de grupo y la promoción de tabaco.

**Objetivos:**

General

Determinar la frecuencia y factores de riesgo asociados del consumo de tabaco en mujeres adolescentes de la Unidad Médico Familiar número 21 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

## **Material y métodos:**

Tipo de estudio:

Se trata de un estudio de tipo:

Transversal: porque solo se hará una medición de la variable, en un solo período de tiempo.

Prospectivo: porque la información será captada a partir del momento en que se inicie el estudio.

Descriptivo: porque solo describen las características de las variables a medir.

Observacional: porque no se manipularan las variables de estudio.

Universo de trabajo:

Mujeres adolescentes usuarias derechohabientes de 10 a los 19 años de edad de la Unidad de Medicina Familiar número 21 del Instituto Mexicano del Seguro Social, captadas del mes de junio al mes de noviembre del 2005.

Técnica para controlar las diferencias entre los sujetos de estudio:

Se cuenta con un listado de mujeres adolescentes de la UMF 21 captadas por el servicio de Trabajo Social del año 2005.

Se utilizó un tipo de muestreo no probabilístico, sin técnica aleatoria, eligiendo el muestreo por cuotas.

Se procedió a ir a cada consultorio y aplicar el cuestionario a mujeres adolescentes que se encuentren en la sala de espera de cada consultorio.

El cuestionario fue aplicado y ahí mismo fue llenada la carta de consentimiento informado por los tutores o acompañantes.

### **Criterios de inclusión, no inclusión y exclusión de los sujetos de estudio:**

Criterios de inclusión:

.Mujeres adolescentes derechohabientes adscritas a la Unidad de Medicina Familiar número 21, del Instituto Mexicano del Seguro Social.

.Entre las edades de 10 a 19 años de edad

.Que se presenten a recibir atención médica y educativa en cualquiera de los consultorios de la unidad de ambos turnos y salas de espera de Junio a Noviembre del 2005

.Que voluntariamente acepten participar en el proyecto de investigación

.Que sus titulares y ellas mismas firmen la hoja de consentimiento informado

Criterios de no inclusión:

.Mujeres adolescentes no derechohabientes a la Unidad de Medicina Familiar número 21 del Instituto Mexicano del Seguro Social

.Que no cuenten con hoja firmada por los titulares y ellas mismas de consentimiento informado

.Que aceptado el proyecto de investigación lo dejen inconcluso

.Que las adolescentes decidan no participar en el proyecto cuando previamente habían dado su consentimiento

.Que cuenten con un padecimiento que impida contestar el cuestionario como: retraso mental, analfabetismo, etc.

Criterios de exclusión:

.Que no contesten más del 80 % del cuestionario

Características del grupo experimental en estudio:

No se requieren por ser un estudio descriptivo y observacional.

### Procedimiento para obtener la muestra:

Se calculo el tamaño de la muestra tomando como universo el número de adolescentes usuarias captadas hasta noviembre del 2005 que fueron 2547.

Se utilizó la fórmula para el cálculo del tamaño de la muestra para estimar proporciones.

Con apoyo del paquete EPINFO se realizó un cálculo de la muestra para la población final basándose en la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Donde:

n= tamaño de la muestra mínimo necesaria desde el punto de vista estadístico.

N= universo de trabajo población usuaria a la Unidad de Medicina Familiar número 21 (2547, adolescentes femeninas de 10 a 19 años de edad de junio del 2005.

Z= nivel de significancia, es decir 0.5 es igual a 1.96 en ambas colas de distribución de la curva (si la seguridad es del 95%).

p= es la proporción en que se encuentran la variable de 0.5 (50% que es la proporción esperada).

q= probabilidad complementaria y es de 0.5 % (se obtiene de 1-p).

d= nivel de precisión es decir el grado de error dispuesto a aceptar 0.08.

$$n = \frac{2547 (1.96) (1.96) (0.50) (0.50)}{(0.08)(0.08) (2547-1) (1.96) (1.96) (0.50) (0.50)}$$

$$n = \frac{2407}{124.754}$$

$$n = \frac{2407(0.5)}{0.5(2547)(124.754)(0.5)}$$

$$n = \frac{12030.5}{79437.10}$$

n= 151 (tamaño mínimo de muestra).

Se obtuvo una muestra de mujeres adolescentes de 151.

### **Sistema de captación de la información:**

Se utilizó un instrumento validado, el test de “Preguntas básicas para conocer el hábito tabaquico de los adolescentes y su actitud hacia el tabaquismo”, versión en español, consta de 18 ítems, el cual fue modificado por el autor de este proyecto de investigación para adaptarlo a la cultura del área de influencia por lo que se realizaron 25 pruebas piloto para la realización de la misma. Para cada pregunta la puntuación máxima es de 4 puntos y la mínima es de 0 puntos. (5) (Anexo 2).

Los reactivos del ítem 1 a la 18 son preguntas de conocimiento general y habito tabaquico para conocer el entorno en que vive la adolescente contando cada uno con una puntuación la cual nos va a permitir diferenciar entre cada subescala y poder obtener nuestras frecuencias y asociaciones dadas por nuestras variables estudiadas las cuales son: tabaquismo, edad de inicio de consumo del primer tabaco, actividad laboral de los padres, estado civil de los padres, ingreso mensual de los padres, ocupación de la adolescente, nivel de información recibida de tabaquismo por la adolescente, toxicomanías y familiares con tabaquismo. (Anexo)

La información que se recopilará en este estudio se obtendrá por medio de encuestas realizadas, las cuales serán aplicadas a las mujeres adolescentes ubicadas entre las edades de 10 a 19 años de edad, derechohabientes de la unidad médico familiar número 21 del Instituto Mexicano del Seguro Social, las cuales se elaboran de acuerdo a lo solicitado por el estudio y con un lenguaje el cual lo pueda entender cualquier individuo para evitar obtener información errónea que en un momento dado nos pudieran alterar los resultados del estudio o producir sesgo total de la investigación.

Estas encuestas serán aplicadas a las mujeres adolescentes tanto a las que acudan recibiendo la consulta como aquellas que acudan con sus familiares a la misma, o que acudan solas a la unidad, aprovechando la asistencia de las mismas a la unidad y encuestándolas en la sala de espera, del turno matutino y vespertino, tomando en cuenta los consultorios del 1 al 32 en su totalidad. El modo de abordar a los pacientes va a ser captarlos en las salas de espera de cada consultorio invitándoles a participar en el este estudio, se les pedirá su consentimiento informado por escrito a la madre o familiar adulto. Se solicitará la colaboración de las asistentes médicas para la búsqueda de las pacientes que se encuentren citados en los consultorios así como el uso de la hoja raíz (Registro de Atención Integral en Salud), para captar a las adolescentes que hayan acudido a cada consultorio.

Una vez abordadas las pacientes, se les comentará la aplicación de dicho cuestionario, y se procederá a la aplicación, así como la presencia de un testigo para que el estudio tenga más seriedad y evitar que sea tomada como cualquier encuesta y sea llenada por llenar, tratando de obtener la información más confiable y fidedigna.

### Variables de estudio.

Variable	Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Indicador
Tabaquismo	Variable de estudio cualitativa	Se define como la acción de inhalar de forma voluntaria el humo del tabaco con cierta frecuencia y periodicidad en un período mínimo de 6 meses.	Se medirá a través de un instrumento validado, el test de preguntas básicas para conocer el hábito tabaquico de los adolescentes y su actitud hacia el tabaquismo	Nominal	Fumadoras: 1.-Si 2.-No.
Edad de inicio del consumo del primer tabaco.	Variable universal Cuantitativa discreta.	Edad en años en que la encuestada inicia el consumo del primer tabaco.	Mediante la encuesta se pregunta la edad en años que tenía al momento del inicio del consumo del primer tabaco.	Discontinua	Años: se categoriza en 4 grupos: De 10 a 11 años. De 12 a 13 años. De 14 a 15 años De 16 a 17 años De 18 a 19 años.
Actividad laboral de los padres	Variable universal cualitativa	Actividad laboral u ocupacional de los padres en el momento actual.	Se indaga mediante la encuesta la situación laboral de la madre y del padre.	Nominal	Padre Madre Ambos
Estado civil de los padres.	Variable universal cualitativa	Situación legal o social de un individuo ante la	Referencia de la situación legal o social actual del	Nominal.	Soltero(a). Casado(a). Unión libre Separados Divorciados

		sociedad.	individuo.		Viudo(o)
Ingreso familiar.	Variable universal Cuantitativa.	Dinero con el que se cuenta para la economía familiar.	Referencia de ingreso mensual.	Continua	1 salario mínimo 2 a 4 salarios mínimos 5 o más salarios mínimos.
Nivel de información de la adolescente sobre el tabaquismo	Variable universal cualitativa	Medición del conocimiento que la adolescente tiene sobre el tabaquismo.	Se le pide a la encuestada que enuncie si tiene información sobre el tabaquismo si la ignora o si la tiene de forma parcial.	Nominal	Se categoriza en lo siguiente: Si recibieron información. No recibieron información.
Ocupación de la encuestada.	Variable universal cualitativa	Actividad laboral u ocupacional de la encuestada al momento del estudio.	Se indaga mediante la encuesta la situación ocupacional de la encuestada.	Nominal	Ama de casa Estudiante Obrera Empleada Otras

Toxicomanías.	Variable universal cualitativa	Ingesta actual de alguna sustancia adictiva	Se indaga mediante la encuesta	Nominal.	Alcohol Marihuana Cocaína Otras: especificar.
Familiares con tabaquismo	Variable universal cualitativa	La existencia de familiares con tabaquismo en relación al encuestado	Se preguntara directamente al encuestado	Nominal	Padres Hermanos (as) Otros

**Recursos humanos:**

1 investigador

**Recursos materiales:**

Hojas blancas

2 lápices.

2 bolígrafos.

1 calculadora.

1 tabla portapapeles

1 computadora

1 engrapadora

Grapa

1 fólder

1 sacapuntas

**Financiamiento del proyecto:**

Se financiara con recursos propios del investigador y se utilizan en las instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar número 21.

**Diseño estadístico:**

Se aplicó un cuestionario a las mujeres adolescentes pertenecientes a la UMF No 21, que fueron elegidas a través de un muestreo no probabilístico el llamado por cuotas, tanto del turno matutino como del vespertino, tomando en cuenta los consultorios del 1 al 32 en su totalidad. El modo de abordar a los pacientes fue captarlos en las salas de espera de cada consultorio invitándoles a participar en el estudio, se le pidió su consentimiento informado por escrito a la madre o familiar adulto. Se solicitó la colaboración de las asistentes médicas para la búsqueda de las pacientes que se encuentren citados en los consultorios así como el uso de la hoja raíz (Registro de Atención Integral en Salud), para captar a las adolescentes que hayan acudido a cada consultorio.

- . Se utilizó el sistema de palotes para efectuar el cómputo de los datos.
- . Se utilizaron tablas para la concentración de datos.
- . Se utilizaron gráficas de barras verticales.
- . La información fue capturada en el programa SPSS y Excel.

**Ética:**

El presente estudio de investigación se apega a los lineamientos éticos estipulados en el código de Helsinki, que guía a los médicos o al personal de salud en la investigación a seres humanos garantizándose el respeto a los siguientes principios; beneficencia, respeto a la persona, respeto a la veracidad, respeto a la individualidad.

En la Declaración de Helsinki, se hace hincapié en obtener el consentimiento informado del sujeto humano, además se menciona en su artículo 27 las obligaciones de los autores y los editores al publicar los resultados de su investigación en donde el médico está obligado a mantener la exactitud de los datos y resultados, debiéndose de publicar tanto los resultados positivos como los negativos o de lo contrario deben de estar a la disposición del público.

Según el Código de Nurember, se señala que es absolutamente esencial el consentimiento informado voluntario del sujeto humano.

## **Resultados:**

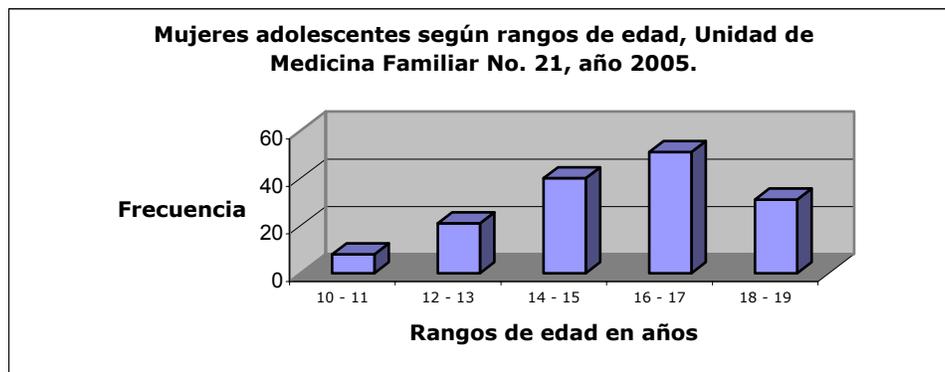
A las 151 mujeres adolescentes que conformaron la muestra, se les aplicó el instrumento de evaluación en una sola ocasión durante los meses de Enero a Agosto del 2005 el cual consta de 18 reactivos entre los que se interrogaron en otros aspectos: antecedentes familiares sobre tabaquismo, antecedentes personales sobre tabaquismo, hábito tabaquico así como los posibles factores de riesgo que pudieran verse involucrados (ver anexo 2).

Previa recolección, la información obtenida se integró en una base de datos en el programa Excel; se realizó el análisis de frecuencias simples y asociaciones de los mismos mediante el programa SPSS versión 12; Se aplicó la prueba de Chi cuadrada para establecer la relación entre el tabaquismo en mujeres adolescentes y las variables control; edad, escolaridad, número de habitantes en casa, número de fumadores en casa, familiares fumadores, estado civil de los padres, actividad laboral de los padres, ingreso mensual de los padres, amigos fumadores, mejor amigo fumador, información acerca del tabaquismo y lo que causa, encontrándose una asociación estadísticamente significativa ( $p < 0.05$ ), a excepción de las variables número de habitantes en casa, actividad laboral del padre y la información recibida acerca del tabaquismo y lo que causa, que no fue estadísticamente significativa ( $p > 0.05$ ).

Asociación entre el tabaquismo en mujeres adolescentes y otras variables.

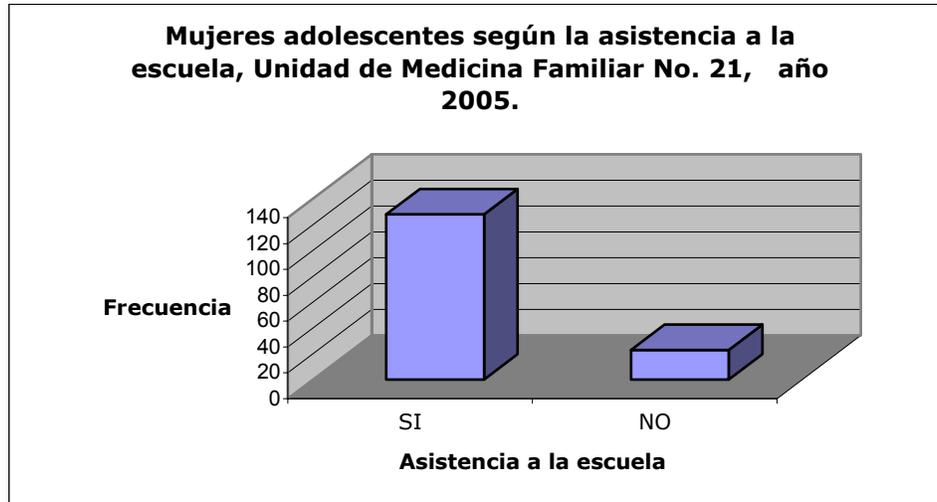
Variable	X2	P
Edad	44.80	0.045
Escolaridad	8.019	0.018
Habitantes en casa	.092	0.15
Número de fumadores	6.913	0.016
Fumadores en casa	4.234	0.015
Estado civil de los padres	4.020	0.014
Actividad laboral del padre	.406	0.14
Actividad laboral de la madre	8.038	0.019
Ingreso mensual de los padres	2.352	0.012
Amigos fumadores	14.337	0.015
Mejor amigo fumador	23.538	0.028
Información recibida sobre tabaquismo	.302	0.11

Mujeres adolescentes según rangos de edad, Unidad de Medicina Familiar No. 21, año 2005.	
Rangos de edad	Frecuencia
10 – 11	8
12 – 13	21
14 – 15	40
16 – 17	51
18 – 19	31
Total	151



Como se puede observar en la gráfica y en la tabla de rangos de edad de la población encuestada la que más predomina es la del rango de edad de 16 a 17 años, le sigue el rango de edad de 14 a 15 años y la más baja es el rango de edad de 10 a 11 años, como podemos ver el tabaquismo predomina en la mayoría de las mujeres adolescentes mayores de 16 años, representando un 33.77% (51 mujeres), del total de la muestra.

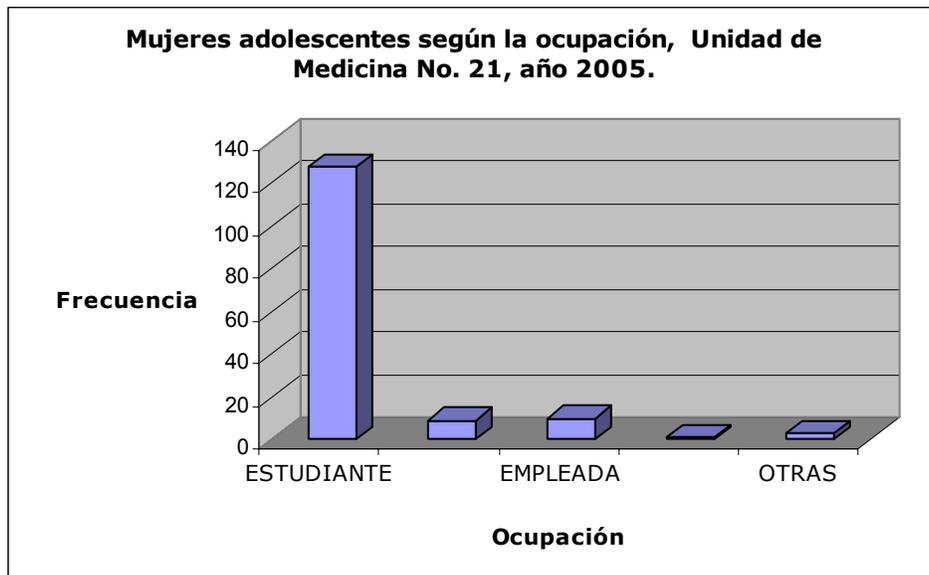
Mujeres adolescentes según la asistencia a la escuela, Unidad de Medicina Familiar No. 21, año 2005.	
Asistencia a la escuela	Frecuencia
Si	128
No	23
Total	151



Como se puede observar en la gráfica y la tabla de asistencia a la escuela de la población encuestada obtuvimos que predomina más la asistencia a la escuela en mujeres adolescentes, representada por un 84.76% (128 mujeres adolescentes), de las que se encuentran realizando alguna otra actividad diferente al estudio como: empleadas, oficinistas etc., representada por un 15.23% (23 mujeres adolescentes), del total de la muestra.

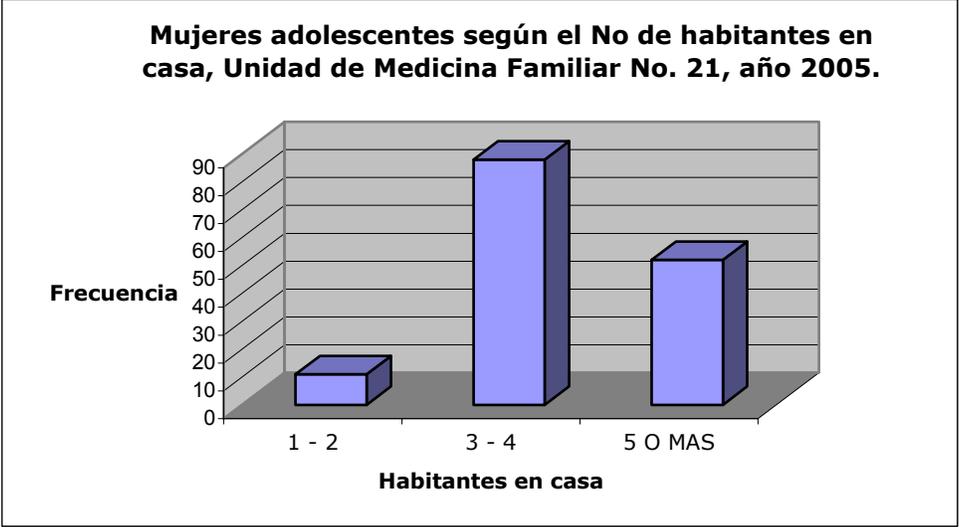
Mujeres adolescentes según la ocupación,  
Unidad de Medicina No. 21, año 2005

Ocupación	Frecuencia
Estudiante	128
Obrera	9
Empleada	10
Ama de casa	1
Otras	3
Total	151



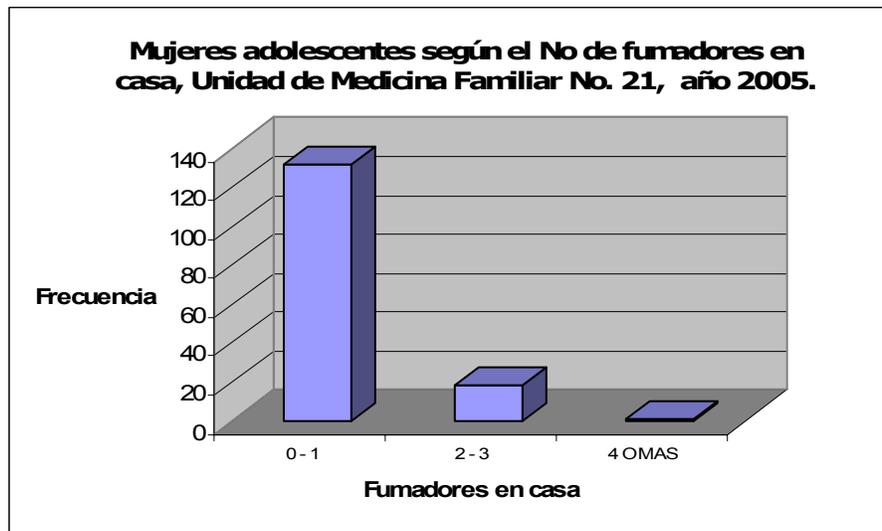
La actividad ocupacional que predominó en mujeres adolescentes fue el ser estudiantes, representada en un 84.76% (128 mujeres adolescentes), mientras que el 5.96% (9 mujeres adolescentes) correspondió a las mujeres obreras, el 6.62% (10 mujeres adolescentes) representada por las empleadas, el 1.98% (3 mujeres adolescentes) correspondió a otras actividades y el 0.66% (1 mujer adolescente) de la población de estudio eran amas de casa.

Mujeres adolescentes según el No de habitantes en casa, Unidad de Medicina Familiar No. 21, año 2005.	
Habitantes en casa	Frecuencia
1 - 2	11
3 - 4	88
5 o más	52
Total	151



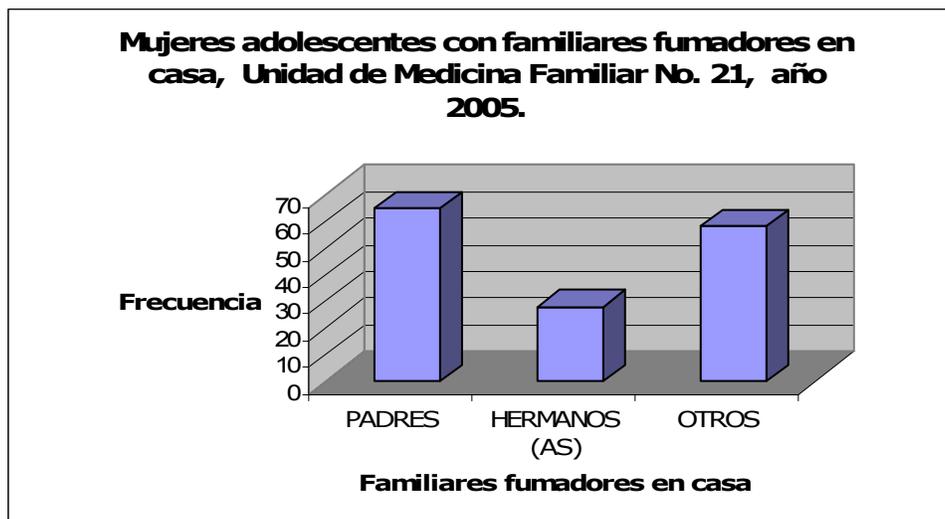
Como se puede observar en la gráfica y en la tabla del número de habitantes en casa de la población encuestada obtuvimos que predomina más el número de habitantes de 3-4 en casa en un 58.27%, seguido de 5 o más habitantes en casa en un 34.43%, mientras que el número de habitantes de 1-2 en casa fue muy bajo en un 7.28%, del total de la muestra.

Mujeres adolescentes según el No de fumadores en casa, Unidad de Medicina Familiar No. 21, año 2005	
Fumadores en casa	Frecuencia
0 – 1	132
2 – 3	18
4 o más	1
Total	151



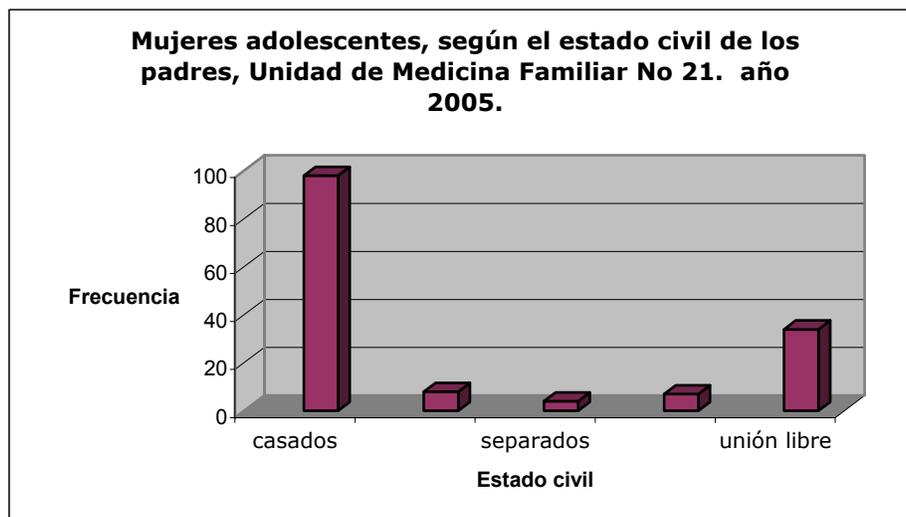
Como se puede observar en la gráfica y en la tabla del número de fumadores en casa de la población encuestada obtuvimos que predomina más el número de fumadores de 0-1 en casa en un 87.41%, seguido de 2-3 fumadores en casa en un 11.92%, mientras que el número de fumadores de 4 o más en casa fue muy bajo en un 0.66%, del total de la muestra.

Mujeres adolescentes con familiares fumadores en casa, Unidad de Medicina Familiar No. 21, año 2005.	
Parentesco	Frecuencia
Padres	65
Hermanos (as)	28
Otros	58
Total	151



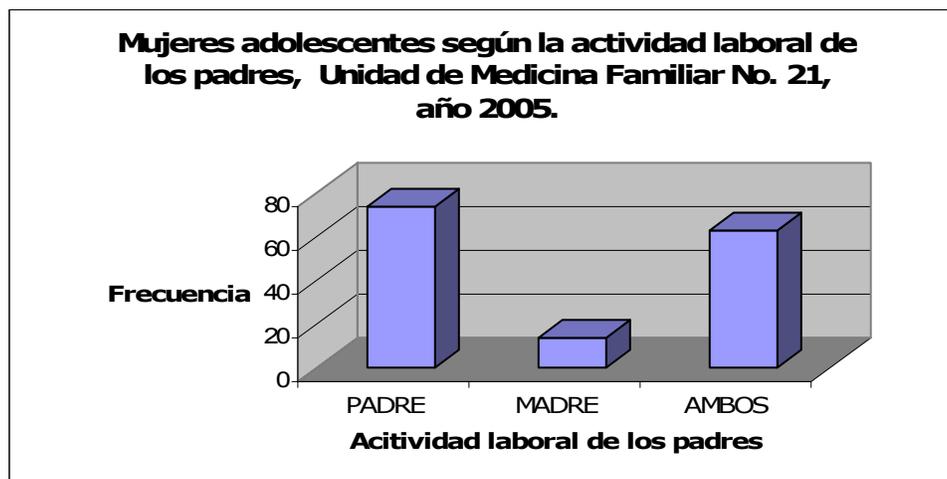
De los familiares fumadores en casa lo que predominó en un 43.04% fue el hábito tabaquico en los padres, mientras que el 38.41% correspondió al hábito tabaquico en los hermanos, seguido del 18.54% del hábito tabaquico en otros familiares, de la población total de estudio. Mostrando una importante relación entre el hábito tabaquico de los padres y la presencia de tabaquismo en mujeres adolescentes.

Mujeres adolescentes según estado civil de los padres, Unidad de Medicina Familiar No. 21, año 2005.	
Estado civil	Frecuencia
Casados	98
Solteros	8
Separados	4
Divorciados	7
Unión libre	34
Total	151



Como se puede observar en la gráfica y en la tabla el estado civil de los padres de la población encuestada que más predominó fue el de la categoría de casados con un 64.90%, seguido por la categoría unión libre con un 22.51%, mientras que la categoría de solteros(as) obtuvo un 5.29%, la categoría de divorciados obtuvo un 4.63%, la categoría más baja fue la de separados con un 2.64%, de la población total estudiada.

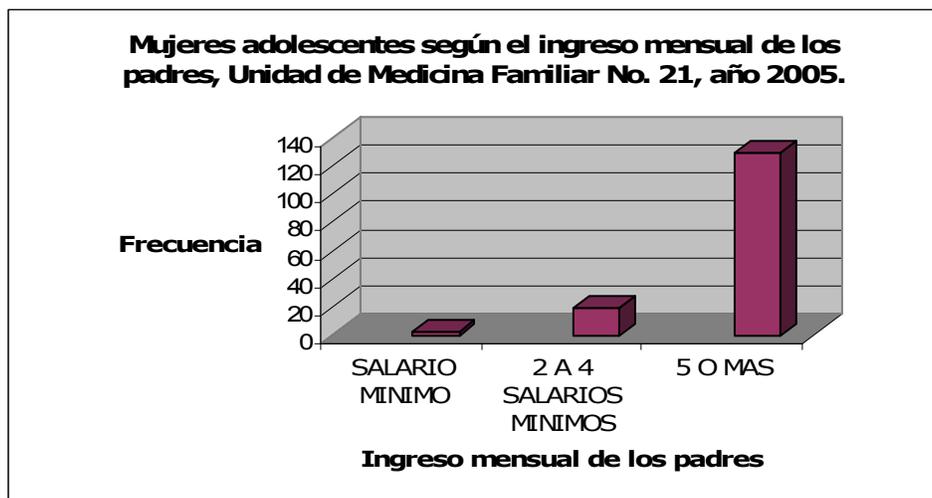
Mujeres adolescentes según la actividad laboral de los padres, Unidad de Medicina Familiar No. 21, año 2005.	
Actividad laboral	Frecuencia
Padre	74
Madre	14
Ambos	63
Total	151



De la actividad laboral de los padres la que más predominó de la población encuestada fue la de la actividad laboral en el padre representada en un 49.00%, mientras que el 41.72% correspondió a la actividad laboral de la madre, seguido del 9.27% de la actividad laboral de ambos, de la población total del estudio. Mostrando una importante relación entre la actividad laboral de los padres y la presencia de tabaquismo en mujeres adolescentes.

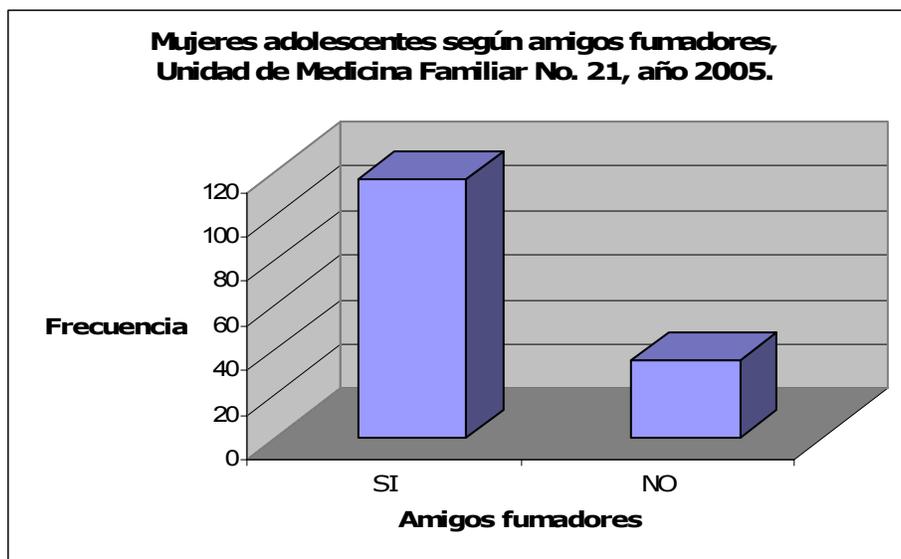
**Mujeres adolescentes según el ingreso mensual de los padres, Unidad de Medicina Familiar No. 21, año 2005.**

Ingreso mensual	Frecuencia
Salario mínimo	2
2 a 4 salarios mínimos	19
5 o más	130
Total	151



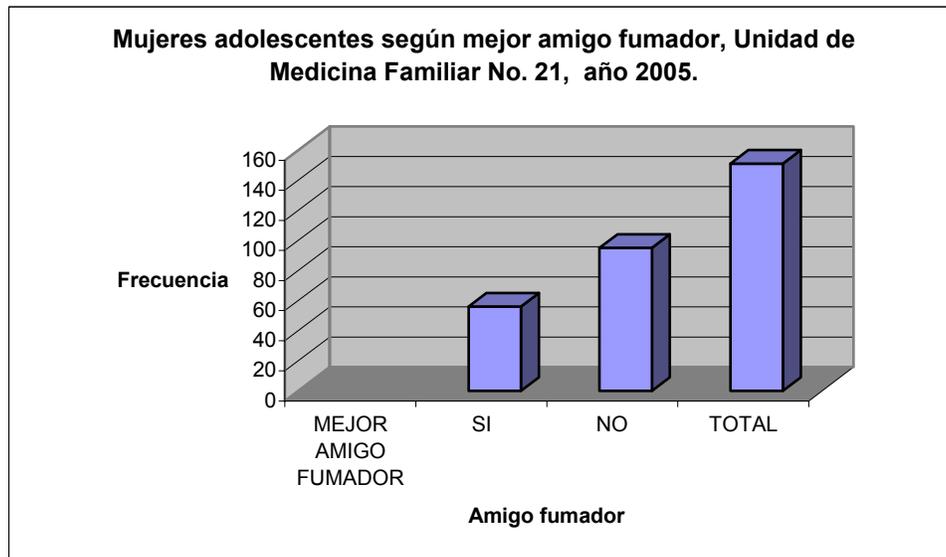
Los resultados obtenidos en la población encuestada sobre el ingreso mensual de los padres fueron los siguientes: el ingreso mensual de los padres más altos representó el 86.09% con 5 o más salarios mínimos, mientras que el 12.58% correspondió a 2 a 4 salarios mínimos, seguido de la percepción más baja la cual se encontró en un 1.33% por 1 a 2 salarios mínimos, del total del tamaño de muestra.

Mujeres adolescentes según amigos fumadores, Unidad de Medicina Familiar No. 21, año 2005.	
Amigos fumadores	Frecuencia
Si	116
No	35
Total	151



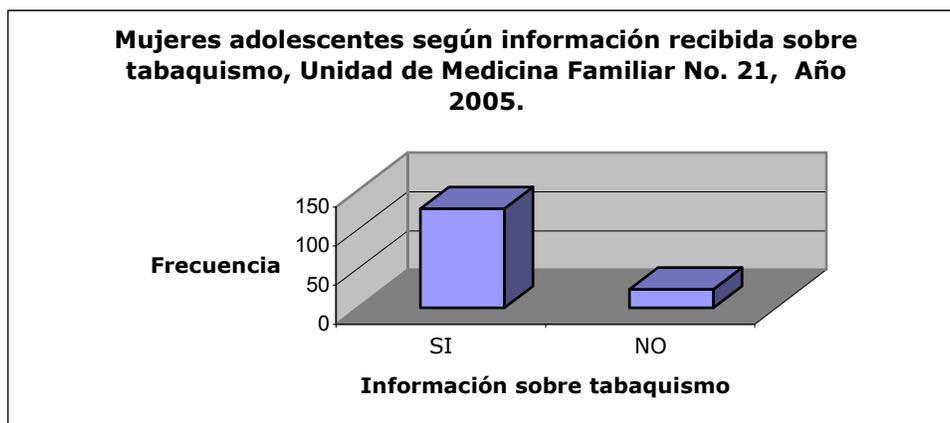
De los resultados obtenidos en la tabla y en la gráfica sobre la presencia de amigos fumadores en las mujeres adolescentes encuestadas obtuvimos los siguientes resultados: obtuvimos un alto porcentaje del 76.82% de la convivencia con amigos con tabaquismo, y un porcentaje bajo del 23.17% de convivencia con amigos con tabaquismo, del total de la muestra estudiada.

Mujeres adolescentes según mejor amigo fumador, Unidad de Medicina Familiar No. 21, año 2005.	
Mejor amigo fumador	Frecuencia
Si	56
No	95
Total	151



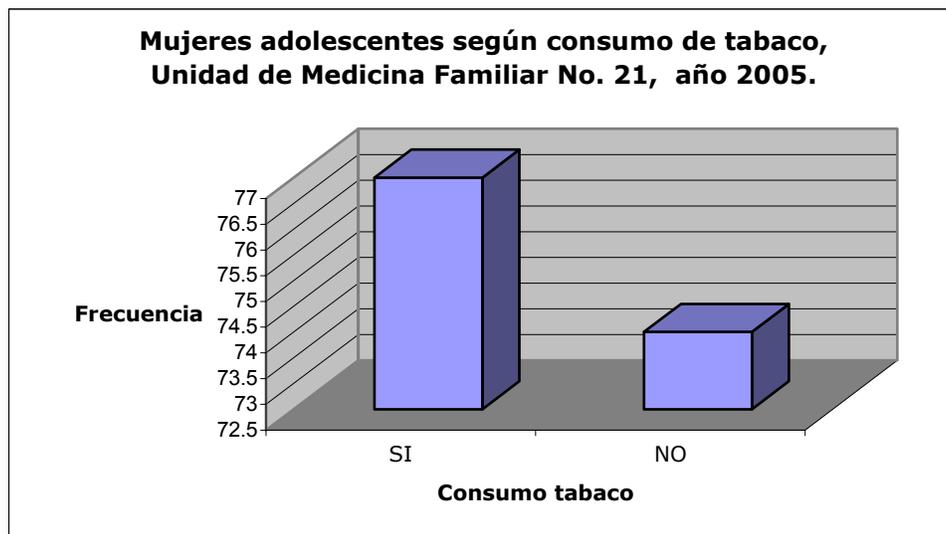
Los resultados obtenidos en la población encuestada acerca de si el mejor amigo(a) era fumador arrojó predominantemente un 37.08% de mujeres adolescentes que si contaban con mejor amigo(a) fumador, mientras que el 62.91% correspondió a mujeres adolescentes que no contaban con amigo(a) fumador, del total del tamaño de muestra.

Mujeres adolescentes según información recibida sobre tabaquismo, Unidad de Medicina Familiar No. 21, Año 2005.	
Información	Frecuencia
Si	127
No	24
Total	151



De la información recibida sobre tabaquismo en las mujeres adolescentes se obtuvieron los siguientes resultados: la que más predominó fue el 84.10 % de las adolescentes que sí recibieron información y el 15.89% de las adolescentes que no recibieron información, de la población total del estudio.

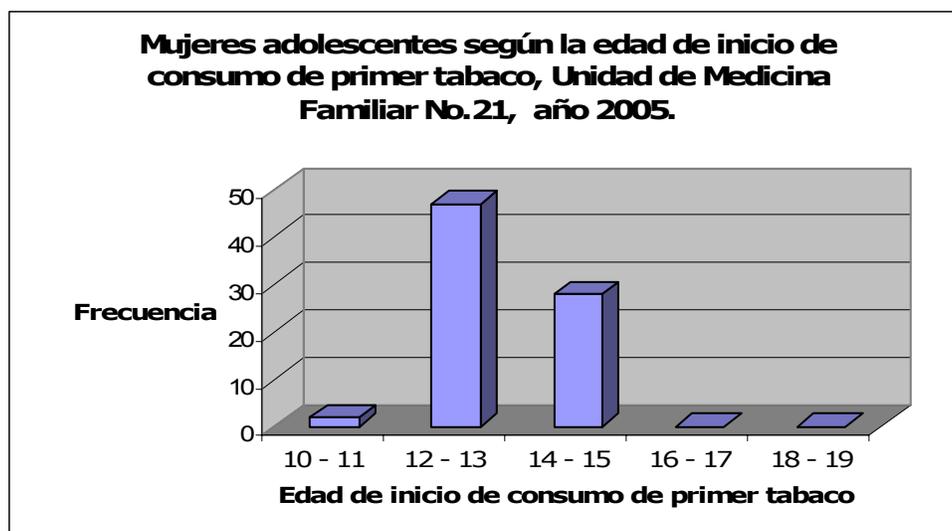
Mujeres adolescentes según consumo de tabaco, Unidad de Medicina Familiar No. 21, año 2005.	
Consumo de tabaco	Frecuencia
Si	77
No	74
Total	151



Los resultados obtenidos en la población encuestada sobre el consumo de tabaco fue representado por un 50.99% correspondiendo a las que sí habían consumido tabaco y en un 49.00%, las que no habían consumido tabaco, por lo que observamos una frecuencia muy alta de consumo de tabaco en mujeres adolescentes, del total del tamaño de muestra.

Mujeres adolescentes según la edad de inicio de consumo de primer tabaco, Unidad de Medicina Familiar No.21, año 2005.

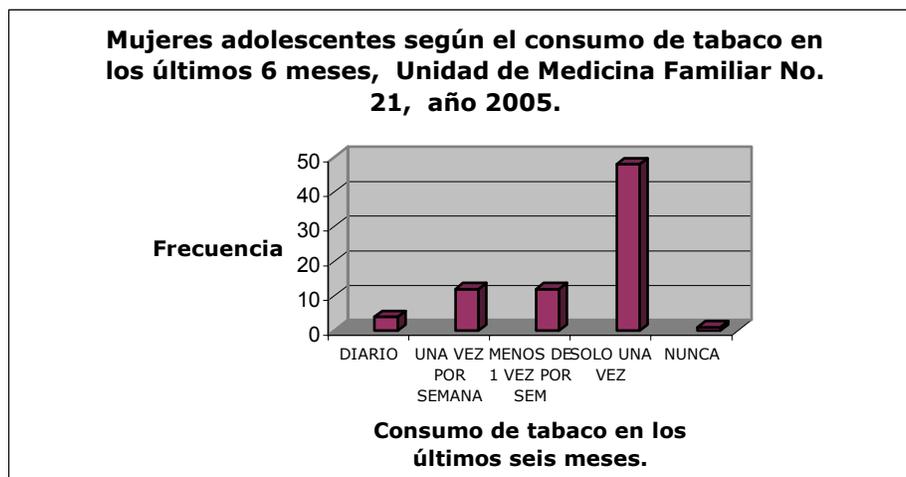
Edad de inicio de consumo del primer tabaco	Frecuencia
10 – 11	2
12 – 13	47
14 – 15	28
16 – 17	0
18 – 19	0
Total	77



De la edad de inicio de consumo del primer tabaco la que más predominó de la población encuestada fue de la edad de 12-13 años con un 31.12%, seguido de la edad de 14-15 años con un 18.54%, mientras que la edad de 10-11 años ocupó un tercer lugar con un 1.32%, un 0% correspondió a la edad de 16 a 19 años, de la población total del estudio. Mostrando una importante relación entre la edad baja de inicio de consumo de primer tabaco y la presencia de tabaquismo en mujeres adolescentes.

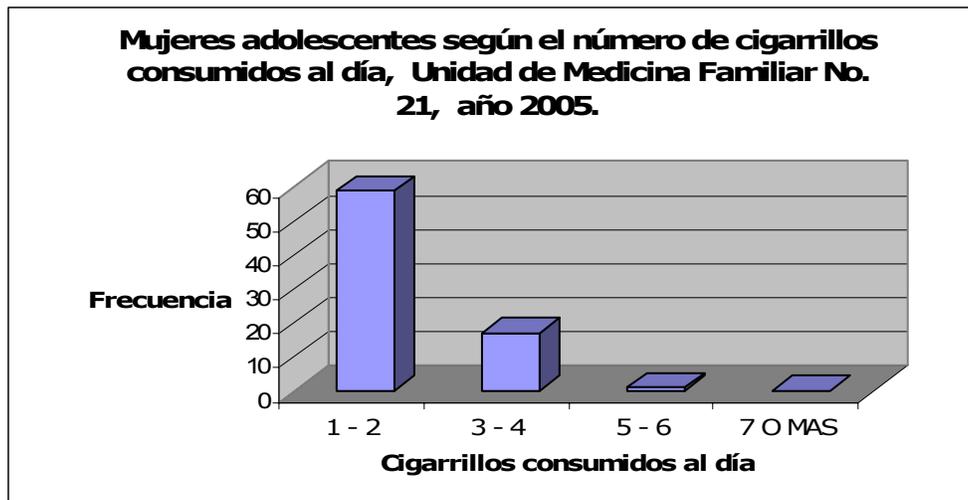
Mujeres adolescentes según el consumo de tabaco en los últimos 6 meses, Unidad de Medicina Familiar No. 21, año 2005.

Consumo de tabaco en los Últimos seis meses	Frecuencia
Diario	4
Una vez por semana	12
Menos de una vez por semana	12
Solo una vez	48
Nunca	1
Total	77



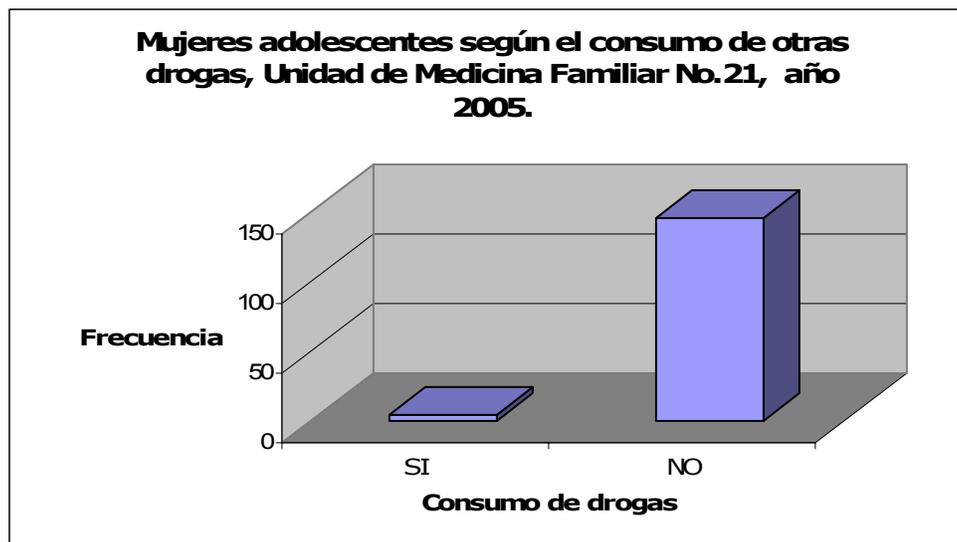
Los resultados obtenidos en la población encuestada sobre el consumo de tabaco en los últimos seis meses arrojaron los siguientes resultados: el que más predominó fue el consumo de tabaco solo una vez en los últimos seis meses con un 62.33%, seguido por un 15.58% por las que consumieron una vez por semana al igual que menos de una vez por semana, mientras que se obtuvo un 5.19% de las que consumieron tabaco diario en los últimos seis meses, así como un 1.29% de las que nunca consumieron tabaco en los últimos seis meses, del total de las que consumieron tabaco.

Mujeres adolescentes según el número de cigarrillos consumidos al día, Unidad de Medicina Familiar No. 21, año 2005.	
Cigarrillos	Frecuencia
1 – 2	59
3 – 4	17
5 – 6	1
7 o más	0
Total	77



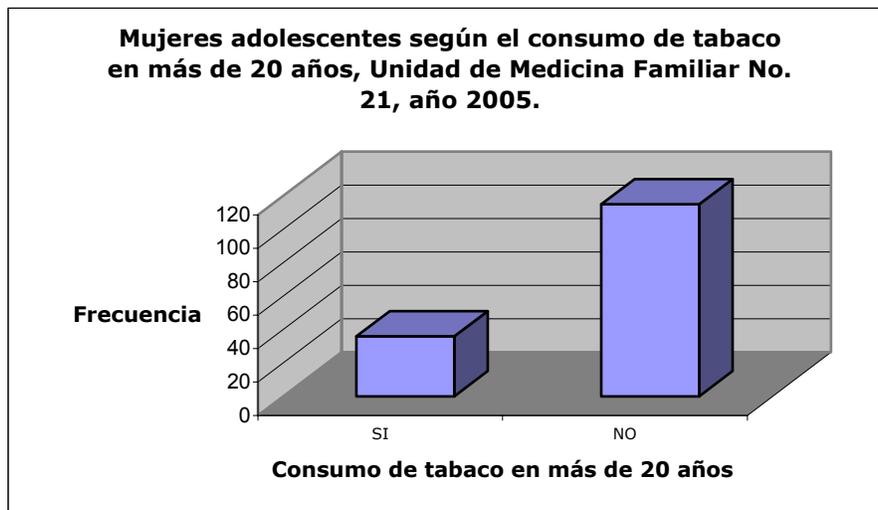
Los resultados obtenidos en la tabla y gráfica de la población encuestada sobre el número de cigarrillos consumidos al día predominó en un 76.62% el consumo de 1-2 cigarrillos al día, seguido de un 22.07% el consumo de 3-4 cigarrillos, mientras que el penúltimo lugar lo ocupó con un 1.29% el consumo de 5-6 cigarrillos al día, y en último lugar con un 0% el consumo de 7 o más cigarrillos al día, del total de las que consumieron tabaco.

Mujeres adolescentes según el consumo de otras drogas, Unidad de Medicina Familiar No.21, año 2005.	
Consumo de drogas	Frecuencia
Si	4
No	147
Total	151



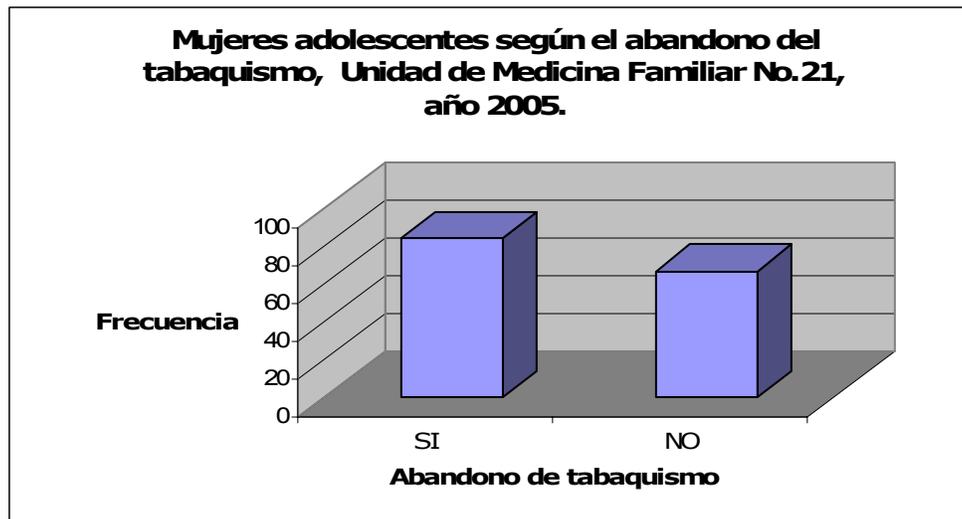
Los resultados obtenidos en la población encuestada sobre el consumo de drogas fue representado por un 97.35% correspondiendo a las que no habían consumido drogas y en un 2.64%, las que sí habían consumido drogas, por lo que observamos una frecuencia baja de consumo de drogas en mujeres adolescentes, del total del tamaño de muestra.

Mujeres adolescentes según el consumo de tabaco en más de 20 años, Unidad de Medicina Familiar No. 21, año 2005.	
Consumo de tabaco en más de 20 años	Frecuencia
Si	36
No	115
Total	151



Los resultados obtenidos en la población encuestada sobre el consumo de tabaco en más de 20 años, fue representado por un 97.35% correspondiendo a las que contestaron que no consumirán tabaco rebasando los 20 años de edad, y en un 2.64%, de las que sí contestaron que consumirán tabaco rebasando los 20 años de edad, por lo que observamos una frecuencia baja de las que contestaron que sí consumirán tabaco rebasando los 20 años de edad, del total del tamaño de muestra.

Mujeres adolescentes según el abandono del tabaquismo, Unidad de Medicina Familiar No.21, año 2005.	
Abandono del tabaco	Frecuencia
Si	54
No	23
Total	77



Como se puede observar en la gráfica y en la tabla acerca del abandono del tabaquismo en mujeres adolescentes de la población encuestada la que más predominó fue con un 70.19% las que sí estaban dispuestas a abandonar el tabaquismo, mientras que se obtuvo un 29.87% de las que no estaban dispuestas a abandonar el tabaquismo, del total de consumidoras de tabaco.

### **Discusión y conclusiones:**

La prevalencia de tabaquismo en nuestra población es del 10.5% aproximadamente y dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social representa 1.2% de consulta en mujeres adolescentes en unidades de medicina familiar así como la primera en la consulta del servicio de neumología (8) , representando un problema sanitario muy importante al cual debe de hacer frente el Instituto.

En el estudio realizado se busco la posible relación existente entre los factores de riesgo asociados al incremento del tabaquismo en mujeres adolescentes, llama la atención que de la población de estudio el 50.99% cuentan con tabaquismo, por lo que podemos observar contamos con un alto porcentaje de adolescentes con tabaquismo así como su incremento de forma importante, estos resultados coinciden con los estudios hechos por Guadalupe Ponciano, directora de la Clínica Contra el Tabaquismo de la UNAM, y Cecilia Puente Barragán, de la Asociación Nacional de Cardiólogos de México, explican que, en promedio, por cada dos consumidores varones hay una consumidora mujer.(9)

No obstante hay otros estudios en donde se encontró que las adolescentes presentaban tabaquismo de forma importante cuando los padres contaban con tabaquismo, así como familiares cercanos y su estrecha relación con el consumo de tabaquismo por parte de los amigos y el mismo no era percibido como una situación importante la cual podría traer consecuencias tanto a mediano como a largo plazo. (5)

En cuanto al incremento del tabaquismo en mujeres adolescentes, se sabe por estudios previos que influyen varios factores entre los que destacan la edad, la escolaridad, la ocupación, padres fumadores, familiares fumadores, el estado civil de los padres, la actividad laboral de los padres y amigos fumadores. Se puede observar que se encontró una importante relación entre estas variables, y una muy baja relación entre las variables, ingreso mensual de los padres, número de habitantes en casa, la actividad laboral del padre, así como la información recibida sobre el tabaquismo y lo que causa, lo que nos hace pensar que no se está recibiendo una información adecuada sobre el tabaquismo y las consecuencias del mismo.

Varias variables sociodemográficas como la edad, la escolaridad, la ocupación, los padres fumadores, familiares fumadores, el estado civil de los padres, la actividad laboral de los padres y amigos fumadores coinciden con otros estudios realizados en nuestro país y dentro del mismo IMSS (7), de esta forma tenemos que el incremento del tabaquismo en mujeres adolescentes se asocia de forma muy intensa con estas variables, obteniendo una significancia estadística importante.

**Sugerencias:**

En base a lo anterior, se considera conveniente fomentar las actividades de educación para la salud en toda la población, pero en especial en las mujeres adolescentes sin tabaquismo y con tabaquismo, ya que se deben de corresponsabilizar con los prestadores de servicios de salud, pues ambas partes tienen a su cargo la vida y salud de un tercer sujeto, el cual depende de los cuidados y atenciones que resulten de la interacción médica, de los padres y de la misma adolescente involucrada. Afortunadamente, a nivel institucional se cuenta con la Norma Oficial Mexicana para el tabaquismo, se cuenta con las acciones dispuestas por lo estipulado en el proyecto estratégico en Salud PREVENIMSS, considerándose oportuno ejercer en cada consulta médica las acciones que le corresponden a cada sujeto y de esta manera no duplicar las acciones dispuestas y dar el mayor beneficio posible al cumplimiento del programa sobre adicciones en adolescentes, así como a la familia de forma integral; todo lo cual constituye el objetivo del Médico Familiar, pues es el sujeto quien tiene el primer contacto médico con el sujeto y su familia en lo que constituye el primer Nivel de Atención.

Sería conveniente extender el estudio retomando algunas líneas de investigación entre las que sugerimos realizar un estudio comparativo entre las mujeres adolescentes con tabaquismo a quienes se les imparta educación sobre adicciones a través de sesiones educativas y mujeres adolescentes con tabaquismo que no tengan esta educación sobre adicciones, lo que a su vez nos podría permitir la evaluación de las sesiones educativas que se impartan a

adolescentes de la Unidad de Medicina Familia No. 21, y de esta forma medir el impacto que se esta teniendo con esta acción.

Es importante tomar en cuenta que nuestros adolescentes solo acuden a recibir atención médica cuando se encuentran enfermos y por lo regular no acuden por alguna asesoría en particular sobre algún otro tema, por lo que es importante buscar que es lo que no se esta haciendo y que sea la causa o las causas de esta situación para poder incidir sobre ello y de esta forma disminuir el alto índice de tabaquismo en nuestros adolescentes.

También es importante redoblar esfuerzos tratando de impartir educación sobre adicciones a todos los padres de la Unidad de Medicina Familiar No. 21, el estudio realizado nos revelo que existe un alto índice de mujeres adolescentes con tabaquismo que nunca han acudido a sesiones educativas, se debe de buscar estrategias para alcanzar tal fin.

## **Bibliografía:**

- 1.-Melgar MI, Afecta al tabaco más a las mujeres. Documents vsd 2004 Nov 21; 32-35.
- 2.-Beautelspacher NA, Tapia CR, Villa RA, Factores asociados al consumo de drogas en adolescentes de áreas urbanas de México. Salud Pública de México 2002 Nov-Dic; 36(6): 107-116.
- 3.-Kuri MP, Tabaquismo en México, Programa de acción contra el tabaquismo 2000:27-29.
- 4.-Perancho SI, El tabaquismo sigue aumentando entre las mujeres y adolescentes españoles. Salud y Medicina 2004 Mayo 30;204:324-328.
- 5.-Gómez AS, Sánchez ZP, Children and tobacco .Pediatrician role in control and prevention. An Esp Pediatr 2000 Feb 1; 52(2):168-177.
- 6.-Valdez FE, Campos LA, Recomendaciones de la sociedad española de especialistas en tabaquismo (SEDET) sobre el tratamiento farmacológico del tabaquismo. Comité nacional para la prevención del tabaquismo .2001 Jun 3; 3(2):22.37.
- 7.-Ramírez GO, Ortega FA, Riesgo de tabaquismo y prevención. Boletín trimestral de la Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de la Salud del Adolescente 2001 Sep; 8:2-7.
- 8.-Kuri MP, Alegre DJ, Mata MP, Hernández AM, Mortalidad atribuible al consumo de tabaco en México. Salud Pública de México 2002,5(2):s29-s33.
- 9.-Rodríguez RA, Las mujeres fumadoras de México. Gac Med IPN 2004 Nov 21; 5(21):22-24.
- 10.-De la Cruz AP, Tabaquismo en Pediatría. An Esp Pediatr 2000; 53:164-165.
- 11.-Etorri SL, Las mujeres jóvenes fuman más que los hombres. Consumer 2002 Oct 13; 59:22,27.
- 12.-Ponce JE, Encuesta sobre tabaquismo en jóvenes. Gac Med Mex 2003; 4(7):1-3.
- 13.-Nathalie VI, EL tabaco y las adolescentes: tendencias actuales, división de salud y desarrollo humano .Programa sobre salud, mujer y desarrollo1999; 1-33.

- 14.-García VL, Ramos ME, Hernán MT, Gea TA, Consumo de tabaco y hábitos de salud en los adolescentes de institutos de enseñanza secundaria pública en Granada. *Prev Tab* 2001 Sep 12; 3(4):215-222.
- 15.-Tapia CR, Kuri MP, Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas“tabaquismo pasivo”.Ed Manual Moderno, México 2001, 6:79-94.
- 16.-Enriquez PS, Alonso JL, Beltrán RA, Doreste JC, Tabaquismo en Gran Canaria. Consumo y actitudes en adolescentes. *Gac Sanit* 2000;14(5):338-345.
- 17.-Luke DA, Stamatakis KA, Brownson RC, State youth-access tobacco control policies and youth smoking behavior in the United States. *Am J Prev Med* 2000;19(3):180-187.
- 18.-Ryan CA, Olasov LJ, Mentoring for success: female university and “at-risk” middle school girls. *Journal of Physical Education, Recreation & Dance* 2000; 71(9):37-39.
- 19.-Arillo SE, Fernández ES, Hernández AM, Tapia MU, Lazcano PE, Prevalencia del tabaquismo y bajo desempeño escolar, en estudiantes de 11 a 24 años de edad del estado de Morelos, México. *Sal Púb de Méx* 2002 Marzo 44; 1(3):s54-s66.
- 20.-Tapia CR, Kuri MP, Gutiérrez HM, Panorama epidemiológico del tabaquismo en México. *Sal Púb de Méx* 2001 sep-oct 43(5):478-484.
- 21.- Adlaf E, James A, Caetano r, Madrigal E, Zavaleta R. La Encuesta Nacional de Adicciones II. Dirección General de Epidemiología/ SSA. 1ª. Edición. Tomo 2. México, 1994.

Anexo

### Instrumento de evaluación

Preguntas básicas para conocer el hábito tabaquico de las adolescentes y su actitud hacia el tabaquismo. (5).

Instrucciones: se solicitará a la encuestada que responda a cada pregunta según sea la respuesta.

- 1.- Edad en años cumplidos: 10-11(0). 12-13(1). 14-15(2). 16-17(3). 18-19(4).
- 2.- ¿Estás aun en la escuela? Si (1)/No (0):\_\_\_\_\_.Año escolar que cursas:  
\_\_\_\_\_
- 3.- ¿Cuántas personas viven en tu casa?1- 2(0) 3-4(1) 5 o más (2).
- 4.- ¿Cuántas son fumadoras? 0-1(0) 2-3 (1) 4 o más (2)
- 5.- ¿Quiénes son los fumadores?  
Padre:( 2) Madre:( 2) Hermanas:( 1) Hermanos: (1) otros:( 0).
- 6.- ¿Estado civil de tus padres? solteros: (2) casados:( 0) unión libre: (1) separados: (2)  
Divorciados: (2) viudo/a: (2)
- 7.- ¿tus padres trabajan? ¿Ocupación de tus padres?  
Padre: SI (1) /NO (0) madre: SI (1) /NO (0)
- 8.- ¿ingreso mensual de tus padres? \_\_\_\_\_  
Salario mínimo (0) 2 a 4 salarios mínimos (1) 5 o más: (2)
- 9.-¿Alguno de tus amigos es fumador? SI (1) /NO (0)
- 10.- ¿Tu mejor amigo/amiga es fumadora? SI (1) /NO (0)
- 11.- ¿Has recibido información acerca del tabaquismo y lo que causa? SI (1) /NO (0)
- 12.- ¿Has probado el tabaco alguna vez? SI (1) /NO (0)
- 13.- ¿Edad de inicio del consumo del primer tabaco?  
10-11(0) 12-13(1) 14-15(2) 16-17(3) 18-19(4)
- 14.- ¿Has consumido tabaco dentro de los seis últimos meses? \_\_\_\_\_  
Diario (4) Al menos una vez por semana (3)  
Menos de una vez por semana (2) sólo alguna vez (1) Nunca (0)
- 15.- ¿Cuántos cigarrillos fumas al día?  
1-2(0) 3-4(1) 5-6 (2) 7 o más (3)
- 16.- ¿Has consumido alguna otra droga como marihuana, cocaína, heroína, éxtasis u otras?  
: SI (1) /NO (0) si es SI especificar: \_\_\_\_\_
- 17.- ¿Crees que usarás el tabaco cuando tengas más de 20 años?  
SI (1) /NO (0)
- 18.- ¿Has pensado en dejar de fumar? SI (1) /NO (0)

Gómez AS, Sánchez ZP, Children and tobacco .Pediatrician role in control and prevention. An Esp Pediatr 2000 Feb 1; 52(2):168-177.

Modificado por María Elena Ramo Valverde Residente de Medicina Familiar, para ser aplicado a población de la UMF 21 del IMSS.