



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
HERMOSILLO. SONORA**

**“PREVALENCIA DE TABAQUISMO EN LOS ADOLESCENTES DE LA  
ESCUELA PREPARATORIA C.E.C.Y.T.E.S. DE SAHUARIPA SONORA”**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OBTENER EL DIPLOMA DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:**

**DR. HECTOR TECUANHUEY TLAHUEL**

**HERMOSILLO, SONORA 2008**



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.

---

**PREVALENCIA DE TABAQUISMO EN LOS ADOLESCENTES DE LA ESCUELA  
PREPARATORIA C.E.C.Y.T.E.S. DE SAHUARIPA SONORA**

**TRABAJO DE INVESTIGACION PARA OBTENER EL DIPLOMA DE  
ESPECIALIDAD EN:**

**MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:**

**DR. HECTOR TECUANHUEY TLAHUEL**

**AUTORIZACIONES:**

**AUTORIDADES DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.**

---

**DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.**

---

**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
U.N.A.M.**

---

**PREVALENCIA DE TABAQUISMO EN LOS ADOLESCENTES DE LA ESCUELA  
PREPARATORIA C.E.C.Y.T.E.S. DE SAHUARIPA SONORA**

**PRESENTA:**

**DR. HECTOR TECUANHUEY TLAHUEL**

**AUTORIZACIONES:**

**DR. JOSE RUBÉN VÉLEZ MARTÍNEZ  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA  
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS.**

---

**PROFR. JOSE MIGUEL NORZAGARAY MENDIVIL  
ASESOR DE METODOLOGÍA DE TESIS.**

---

**DR. RÚBEN VÉLEZ MARTÍNEZ  
ASESOR DEL TEMA DE TESIS  
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

---

**DR EFRAÍN LAUTERIO GARCÍA  
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN**

## INDICE

	PÁG
<b>CAPITULO I. MARCO TEÓRICO</b>	<b>1</b>
1.1 HISTORIA DE TABAQUISMO	1
1.2 DEFINICIÓN DE TABAQUISMO	3
1.3 DEFINICIÓN DE FUMADOR	3
1.4 DEFINICIÓN DE DROGODEPENDENCIA	3
1.5 EPIDEMIOLOGÍA	5
1.6 DIAGNÓSTICO	8
1.7 ADOLESCENCIA Y TABAQUISMO	8
1.8 ACCIONES DEL MÉDICO FAMILIAR ANTE EL TABACO	12
1.9 MEDIDAS ACTUALES CONTRA EL TABAQUISMO NACIONAL E INTERNACIONAL	14
<b>CAPÍTULO II. MATERIAL Y MÉTODOS</b>	<b>17</b>
2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
2.2 JUSTIFICACIÓN	18
2.3 OBJETIVOS	20
2.3.1 OBJETIVO GENERAL	20
2.3.2 OBJETIVO ESPECÍFICO	20
2.4 TIPO DE ESTUDIO	21
2.5 POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO	21

2.6 MUESTRA	21
2.7 CRITERIOS DE INCLUSIÓN, NO INCLUSIÓN Y DE EXCLUSIÓN	23
2.7.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	23
2.7.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	23
2.7.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN	23
<b>2.8 VARIABLES</b>	<b>24</b>
2.8.1 DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES	24
2.9 MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	26
2.10 SISTEMA DE CAPTACIÓN DE LA INFORMACIÓN	26
2.11 ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA INFORMACIÓN OBTENIDA	26
2.12 RECURSOS HUMANOS, FÍSICOS Y FINANCIEROS	27
2.13 CONSIDERACIONES ÉTICAS	28
2.13 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	29
<b>CAPÍTULO III</b>	<b>30</b>
3.1 RESULTADOS	30
3.2 DISCUSIÓN	39
3.3 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	41
4 BIBLIOGRAFÍA	43
5 ANEXOS	47





## 1. Marco teórico

### 1.1 HISTORIA DE TABAQUISMO.

El uso de tabaco se origino en el continente americano y ha sido utilizado desde la época prehispánica para fines religiosos o de placer.

La planta del tabaco es originaria de América; el hombre la ha usado para inhalar el humo de sus hojas desde hace aproximadamente 2000 años.

El tabaco es una planta solanácea que crece principalmente en el hemisferio oriental, también se cultiva en Turquía, Rusia y otros países de Europa.

En México, existen varias especies solanáceas además de *Nicotina tabacum*, *nicotina glauca* (tabaco amarillo) y *Neurolaena lobata*, no solanácea (tabaco cimarrón) que se cultiva en clima cálido, existen otras variedades de la planta como *Nicotina attenuata*, *nicotina trigonofylla*, *nicotina alata grandiflora* y *nicotina sylvestris*; crece hasta dos metros y sus hojas pueden llegar a medir hasta 90cm.

El tabaco ya se consumía por los indígenas de América desde la época precolonial. Entre otros, los mayas lo empleaban con fines religiosos y políticos, así como medicinales; de estos últimos, se le atribuían propiedades sanativas en contra del asma, la fiebre, heridas producidas por la mordedura de algunos animales, problemas digestivos y enfermedades de la piel. De los primeros, se empleaba en las grandes celebraciones y para sellar alianzas bélicas o en la suscripción de acuerdos de paz después de una guerra. Los aztecas lo conocían como *yetl* y lo empleaban como agente medicinal, sustancia narcótica y embriagante.

La palabra cigarro deriva probablemente de *sik'ar* que en maya significa fumar. En náhuatl recibió el nombre de *quáuhyetl* (Código Pomar 1590-Nicolás Monardés

El tabaco se descubrió en 1492, cuando Cristóbal Colón llegó a la tierra de los indios arahuacos, en las Antillas. Fue Dado a conocer en España por Rodrigo de Jerez.

El conocimiento inicial en Europa se realizó por las crónicas de Fray Bartolomé de las Casas y por el informe que el fraile Romano Pane le rindió al rey Carlos V en el año de 1497, en donde describía las virtudes medicinales de las hojas de tabaco. En 1497, Américo Vespucio lo señalaba como masticatorio por los indígenas en una de las islas de Venezuela.

En 1510, los hombres de Colón llevaron las primeras semillas a España. Los indios ixoquis de Canadá lo fumaban en 1545.

Para finales del siglo XVI el uso del tabaco se había extendido a casi todos los rincones del mundo, principalmente gracias a que los marinos europeos lo habían llevado a los países orientales, de África. Los turcos empezaron su cultivo en Tracia a mediados del siglo XVI, empleando la *N. rustica*, originaria de México.

La planta fue descrita y clasificada por Linneo que le dio el nombre de *Nicotina tabacum* L en honor del embajador francés en Portugal Jean Nicot quien envió un contrabando de tabaco a París en 1561, donde su uso se popularizó.

Socialmente, el tabaco adquirió aceptación cuando el embajador de Francia, Jean Nicot, lo recomendó en su forma de polvo inhalado nasalmente, rapé, a la reina de Francia, Catalina de Médicis, como remedio en contra de sus frecuentes e intensas cefaleas; de hecho, la reina se hizo al hábito y la costumbre se extendió rápidamente entre los nobles de Europa, convirtiendo su uso en verdadera regla de etiqueta.

El hábito de fumar tabaco se extendió rápidamente en España desde 1600 y en Connecticut, EU, en 1633.

En la actualidad tiene gran importancia económica su cultivo en el continente americano.

A pesar de que existen varias formas de consumir el tabaco como inhalado y masticado, la forma mas habitual y común de usarlo en la actualidad es fumado en forma de cigarrillo, por lo que es importante definir que es el tabaquismo y el hábito tabaquico.<sup>1,2</sup>

## 1.2 DEFINICIÓN DE TABAQUISMO.

Según el instituto nacional de enfermedades respiratorias el tabaquismo es definido como la intoxicación crónica producida por el uso de tabaco.

El tabaquismo como tal puede ser definido como "una enfermedad contagiosa, adictiva, sistémica y crónica, secundaria al consumo de tabaco que, salvo excepciones, comienza en la adolescencia ya que el DSM-IV considera al tabaquismo como un trastorno causado por una sustancia capaz de provocar dependencia."

Habito tabaquico se define como una conexión aprendida o condicionada, entre una secuencia estímulo-respuesta y un reforzador.

Por lo que el hábito de fumar conduce a dos diferentes tipos de dependencia física y psicológica que se asocian con fenómenos de tolerancia y hábitos.

## 1.3 DEFINICIÓN DE FUMADOR.

Según la OMS un fumador es una persona que ha fumado diariamente durante el último mes cualquier cantidad de cigarrillos, incluso uno.

El tabaquismo presenta una compleja patogenia y una evolución progresiva con posibles ciclos o alternancias, abstinencia/recaída/abstinencia permanente; es invalidante y provoca enfermedades letales, dando lugar a un elevado costo humano y social.

## 1.4 DEFINICIÓN DE DROGODEPENDENCIA.

La OMS define a la fármacodependencia como el estado psíquico, y a veces físico, causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos y, a veces para evitar el malestar producido por la privación o como un trastorno progresivo, crónico y

recurrente del cerebro, caracterizado por un deseo compulsivo de consumir una sustancia adictiva, con una pérdida de control sobre el consumo.

Al estudiar a los adolescentes en el consumo de tabaco, es indispensable distinguir a los fumadores diarios que se encuentran en etapa de experimentación de los que no lo son, además es importante conocer la dosis (numero de cigarrillos que se fuma o se fumo en el pasado) y el tiempo de exposición al tabaco lo que permite evaluar riesgos para problemas de salud.

La OMS recomienda dividir a los fumadores experimentales de los fumadores, utilizando el indicador de haber fumado en total al menos 100 cigarrillos en su vida y propone las siguientes categorías:

1.-No fumadores personas que nunca han fumado

2.-Ex fumadores:

a) ocasionales personas que fumaron en el pasado más de 100 cigarrillos, pero que nunca fumaron diario.

b) diarios. Quienes fumaron en el pasado más de 100 cigarrillos en su vida y fumaron diario.

3.-Fumadores ocasionales:

a) fumadores en reducción. Aquellos que llegaron a fumar diario pero que no lo hacen ya.

b) fumadores experimentadores. Personas que han fumado menos de 100 cigarrillos en su vida que actualmente fuman ocasionalmente.

c) fumadores continuos. Quienes nunca han fumado diario, que han fumado al menos 100 cigarrillos en su vida, y actualmente fuman ocasionalmente.

4.-Fumador diario. Personas que fuman todos los días

5.-Fumador pasivo. Se define como el individuo expuesto al humo de tabaco en su medio ambiente o aquel que esta expuesto al humo de tabaco en su hogar, en el trabajo, en la escuela y lugares públicos.

La exposición al humo de tabaco esta relacionado con una mayor probabilidad de muerte, invalidez, pérdida de la productividad y deterioro de la calidad de vida.

Se considera que cada inhalación representa un reforzador y si se toma en cuenta el número de fumadas por cigarro es de 7 a 10 en promedio y que el humo de tabaco tiene más de 4000 componentes, destacando entre los más importantes a la nicotina, los alquitranes y el monóxido de carbono.

La cantidad de nicotina existente en los cigarros comerciales actuales en los países occidentales oscila entre 0.1 y 2.0 mg. y de cada cigarro, dos tercios de nicotina se esparcen en la atmosfera y un tercio es absorbido por el fumador.

La acción de la nicotina sobre el cerebro representa el más importante daño, que el tabaco ocasiona al fumador ya que estimula y deprime al sistema nervioso central y periférico creando dependencia y tolerancia.<sup>3,4,5,6</sup>

Se considera a la nicotina como una droga psicoactiva que produce tolerancia, dependencia o refuerzo, y la interrupción de su administración, el síndrome de abstinencia nicotínica.

La nicotina es un alcaloide del tabaco que produce adicción y es una sustancia que se absorbe a través de los pulmones de 79 a un 90% y en menor medida a través de la mucosa bucal y plexos sublinguales; la nicotina se absorbe en los pulmones y pasa a la sangre llegando en 7 segundos al cerebro, y entre 7 y 10 minutos a todo el organismo después de haber sido inhalado, esta relación entre la inhalación del humo y su efecto a nivel cerebral es uno de los factores que contribuye al alto poder adictivo de la nicotina; por lo que esta demostrado que la nicotina provoca 3 tipos de dependencia, dependencia física, social y psicológica.

El tabaquismo, considerado durante años un hábito, es en realidad una dependencia; ya que la nicotina, el principio activo del tabaco es una droga adictiva.

La dependencia del tabaco está reconocida como un trastorno mental y del comportamiento tanto en la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (ICD-10) como en el Manual de Diagnóstico y Estadísticas de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM- IV).<sup>7,8</sup>

## 1.5 EPIDEMIOLOGÍA.

El tabaquismo es una “epidemia” de alcance mundial que afecta a todos los grupos sociales, no tiene fronteras, ni limitaciones de género, edad, estrato social o religión. En la actualidad, el consumo de tabaco es el principal problema de salud pública en los países desarrollados y en los países en vías de desarrollo, no sólo por su magnitud, sino por las consecuencias sanitarias que conlleva, así como por los enormes costos económicos y sociales que genera.

El consumo de tabaco es considerado como uno de los factores más importantes de riesgo, y las principales causas de morbilidad y mortalidad, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo.

En México este problema ya es grave y en los próximos 10 años lo puede ser aun más debido a que la población general y principalmente los jóvenes y las mujeres, son el blanco de constantes campañas publicitarias.

El consumo de tabaco es un problema de salud pública mundial. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, el tabaquismo es la segunda causa principal de muerte en el mundo, con casi cinco millones de defunciones anuales, el equivalente a una persona cada 8 segundos.

La supervivencia promedio de los fumadores es 7.5 años menor que la de los no fumadores y la reducción de la expectativa de vida aumenta según la cantidad fumada.

Los cálculos de la OMS señalan que para el año 2030 causará el doble de defunciones que las actuales, esto es, cerca de 10 millones de muertes.

En cuanto al número mundial de fumadores, alrededor de 1 300 millones de personas consumen tabaco; casi 1 000 millones son hombres y 250 millones son mujeres.

Un dato preocupante a nivel nacional es con respecto a la edad de inicio, se advierte que el consumo de tabaco comienza a una edad cada vez más temprana casi la mitad (47.6%) comenzó a fumar entre los 15 y 17 años, mostrando mayor porcentaje las mujeres. Cuando se empieza a fumar tabaco desde temprana edad aumentan las posibilidades de llegar a beber alcohol en exceso y de consumir drogas ilícitas.<sup>9,10</sup>

La prevalencia de tabaquismo en la población del continente americano, entre 1996 y 1999, osciló entre 22 y 40%; la distribución porcentual entre los hombres fumadores oscila entre 26 y 47%, y en las mujeres entre 16 y 36% por lo que la epidemia de tabaquismo se desplazó a los países de medianos y bajos ingresos donde se concentra el 80% de la población fumadora en el mundo.<sup>11</sup>

Los resultados de la Encuesta Mundial sobre Juventud y Tabaco (GYTS) aplicada a estudiantes de 13 a 15 años, muestran que los países sudamericanos tienen los valores más elevados en el consumo actual de cigarrillos en adolescentes: Chile (38.3%), Argentina (30.2%), Bolivia (27.1%), Uruguay (24.1%) y Perú (20.2%). Particularmente, entre las mujeres del Cono Sur el consumo es mayor que entre los hombres: las chilenas (43.8% vs. 30.9), las argentinas (31.8% vs. 27.8) y las uruguayas (26.5% vs. 20.5). Los restantes países de la región muestran valores inferiores a 20%, aunque Costa Rica (19.6%) y México (18.7%) están muy cercanos a esa cifra. La diferencia entre estos dos países radica en que el consumo de las mujeres costarricenses es muy similar al de los hombres (20.0% vs. 19.1) y en México sí hay una gran brecha entre hombres (22.3%) y mujeres (14.6%).<sup>12</sup>

Al considerar la proporción de fumadores que iniciaron el consumo de tabaco antes de los 18 años, se reconoce una tendencia creciente entre los años 1988 con 52.2%, 1993 fue de 56.8% y 1998 61.4% respectivamente. Así mismo la prevalencia de esta adicción se incrementó un 7.7% en menores de 17 años en 1988 y un 11.6% en 1998. Para 2002 esta proporción mostró una discreta disminución, de modo adicional, se puede señalar que en la Encuestas Nacionales de Adicciones (ENA) en el 2002 se observa un desplazamiento de la edad hacia inicios cada vez más tempranos en comparación con la ENA 1988. Datos de las clínicas de tabaco del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA) señalan que en 2003, 55% de los individuos que acudieron comenzaron el hábito entre los 10 y 14 años de edad; para el año 2004, 80% inició el consumo de tabaco antes de los 18 años.<sup>13</sup>

La encuesta nacional de salud y nutrición 2006 señala que la prevalencia de tabaquismo entre adolescentes de 10 a 19 años de edad fue de 7.6% la diferencia

de consumo de tabaco entre hombres y mujeres conforme aumenta la edad; es mayor en los hombres del grupo de 13 a 15 años, la prevalencia fue de 4.6%, y es cinco veces mayor para las edades de 16 a 19 años 25.9%, mientras que en las mujeres de 13 a 15 años se observa una prevalencia relativamente baja de 2.4%, pero que se cuadruplica para el rango de 16 a 19 años 9.5%.<sup>14</sup>

A medida que avanza el conocimiento para disminuir el consumo de tabaco y la adicción, se van presentando una serie de cambios con el tiempo, por lo que el proceso va pasando por una fase de maduración social. El tabaquismo de apreciarse como un hábito, pasa a vicio, después como causante de enfermedades, de modo que ahora se le percibe como adicción ligada a una constelación de daños en el individuo y perjuicios para la población.

La humanidad ha utilizado o consumido diferentes tipos de sustancias adictivas con el fin de modificar su estado de humor, su pensamiento o incluso la propia conducta, la mayor parte de las veces en el marco de un uso socialmente aceptable.<sup>15</sup>

## 1.6 Diagnostico

El diagnóstico del tabaquismo es fundamentalmente clínico, pero existen instrumento o test para su evaluación de los cuales tenemos.

La Encuesta Mundial sobre Tabaquismo en Jóvenes, Global Youth Tobacco Survey (GYTS 2001) fue desarrollada por la OMS para analizar la evolución del consumo del cigarrillo entre los jóvenes en países de todo el mundo, usando para ello una metodología común y un cuestionario único donde se clasifican los adolescentes en fumadores y no fumadores.

El test simplificado de Fageström es el instrumento de mayor utilidad del que se dispone en la actualidad para conocer el grado de dependencia física que tiene un fumador,

Test de Glover-Nilsson que evalúa la dependencia psicológica, social y gestual

La escala de Wisconsin evalúa el síndrome de abstinencia.<sup>16</sup>



La adolescencia constituye una etapa de la vida en la que sucede una serie de cambios no sólo a nivel físico, sino también a nivel emocional, social y del desarrollo intelectual.

Es un período en el que comienzan a experimentarse e incorporarse cambios interiores, búsqueda de la identidad; cambios exteriores y corporales, desarrollo sexual; e intercambio con el medio que los rodea.

### 1.7 Adolescencia y tabaquismo.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (1998), para fines de atención y comparación de estadísticas internacionales, la adolescencia es clasificada en: adolescencia temprana (10-13 años de edad), adolescencia media (14-16 años de edad), y adolescencia tardía (17-19 años).<sup>17</sup>

En la adolescencia temprana, menor de 15 años es el periodo en el que generalmente las personas intentan fumar por primera vez, de ahí que algunos autores propongan considerar el fumar cigarrillos como una enfermedad pediátrica.

El abuso de sustancias como el tabaco, se ha incrementado en los adolescentes, no se ha aclarado si es por curiosidad, sensación de experimentar, rebelión o simplemente recreación.

En los Estados Unidos de Norteamérica (EUA) se ha reportado que el riesgo de fumar es mayor cuando se encuentran factores como padres que fuman, o familiares como hermanos, tíos, factores sociales, presión psicosocial de los amigos, hogares de bajos ingresos o bajo nivel educativo.<sup>18,19</sup>

Dentro del ambiente social.

El consumo de tabaco es el resultado de un proceso de socialización en el cual los valores, actitudes y comportamientos van siendo construidos e interiorizados en diferentes ambientes de referencia, siendo las tres fuentes de socialización principales: la familia, la escuela, los amigos o compañeros.

El primero y mejor agente de socialización lo constituye la familia a partir de ella se desarrollan normas de conducta en su relación con los demás, costumbres, valores

dominantes de la sociedad, modelos en general y la interpretación de estos en función a la clase social y cultural a la que pertenece, haciendo que el adolescente aprenda y asuma roles, hábitos, normas, costumbres, actitudes y tradiciones de la sociedad, comunidad o grupo a través de una evolución del aprendizaje creciente llamado proceso de socialización; por lo que existen varios factores que influyen en el inicio del hábito de tabaquismo, si el tabaquismo pasivo es grave y preocupante durante la infancia, en la adolescencia tiene mayor relevancia porque es el comienzo del hábito del tabaquismo activo, durante este periodo de transición son más fuertes las incitaciones para fumar; porque es cuando se inician los hábitos que durarán toda la vida.

La influencia de los padres y los compañeros están estrechamente relacionados con el uso de cigarrillos en la adolescencia; los padres inducen una conducta fumadora o no fumadora, que eleva considerablemente el peligro para volverse fumador; siendo los padres una influencia poderosa en la conducta de sus hijos en el hábito de fumar ya que puede actuar como factor modelo.

Por lo que la actitud de padres y hermanos frente al tabaco es la referencia inicial de los niños y uno de los aspectos más determinantes en su conducta futura frente al tabaco, especialmente durante los primeros años de riesgo de iniciación al consumo. En gran medida la actitud familiar determina la actitud futura del niño.

En la adolescencia la influencia de los amigos es muy superior a la de los padres. Así, cuando no fuman los padres, la presencia de amigos fumadores incrementa diecisiete veces la frecuencia de alumnos fumadores

Los compañeros son el factor más importante para precipitar la iniciación, un medio social que es tolerante hacia el consumo de cigarrillos, facilitando la adopción de este hábito.

El concepto de “presión de los compañeros” se ha identificado siempre como factor influyente en la conducta de los jóvenes respecto al tabaco. Los jóvenes que fuman suelen hacerlo en compañía de amigos y para ellos fumar constituye una actitud decididamente integradora

La estructura familiar, el sexo y los factores socioeconómicos son factores ambientales mas indirectos para la decisión de fumar, los adolescentes de origen socioeconómico mas bajo, los del sexo masculino y los que provienen de hogares donde solo esta presente alguno de los padres, tienen mayor posibilidad de desarrollarlo.

Factores ambientales. Dentro de los factores ambientales podríamos incluir la publicidad y promoción del tabaco. La publicidad no sólo promociona los distintos productos derivados del tabaco, sino también la práctica de consumirlos. Mediante el empleo de imágenes fascinantes, la industria tabaquera asocia el lujo, la aventura, el deporte, la libertad, la independencia, control del peso, el éxito social y profesional, con fumar, por lo que existen ideas psicosociales durante la adolescencia que inducen al tabaquismo y más tarde a la fármacodependencia así como factores biopsicológicos que ayudan a conservar la dependencia del tabaco; siendo los niños, adolescentes y las mujeres el futuro de la industria tabaquera.

Conscientes del impacto de las estrategias publicitarias, algunos gobiernos del mundo han implementado una legislación encaminada a limitar los espacios publicitarios del tabaco, como es el caso de Estados Unidos de Norteamérica que el 20 de junio de 1997, los fabricantes de cigarrillos se comprometieron con el gobierno a limitar la publicidad en el deporte y las películas.

En el caso concreto de México, la Ley General de Salud estipula que la publicidad del tabaco no deberá asociarse con actividades deportivas; aunque se trate de patrocinios.

A pesar de estas reglamentaciones y de la evidencia científica en su contra, la industria tabacalera no ha dudado en vincular la conducta de fumar con el deporte, que a su vez se ha asociado con una mejor calidad de vida. Por lo tanto, es muy probable que la población asocie el tabaquismo con el deporte.

Factores personales.

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

**Factores psicológicos.** Eysenck investigó las características psicológicas y la personalidad del individuo en relación con el tabaquismo. Encontró que los adolescentes de naturaleza extrovertida, carácter impulsivo, tendencia a asumir riesgos, podrían manifestar mayor inclinación a fumar.

El fumar se asocia a adolescentes con problemas de disciplina y con patrones de comportamiento con aquellos que presentan problemas de autoestima

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

En el área emocional se encuentra la ansiedad y la depresión asociados a la dependencia y abstinencia del consumo de tabaco, la asociación psiquiátrica de Norteamérica incluyen síntomas de depresión, tensión ansiedad, irritabilidad, inquietud, trastornos del sueño, alteraciones en la frecuencia cardiaca, dificultad para concentrarse y contracciones musculares dolorosas de los maxilares, esto explica la gran dificultad de abandonar el habito de fumar.<sup>20,21,22,23</sup>

En el aspecto medico los riesgos individuales del tabaquismo dependen de la duración, intensidad, tiempo de exposición, factores ambientales y factores de riesgo existentes.

Los efectos adversos del tabaquismo sobre la salud son muy conocidos, su consumo es generalizado y resulta muy difícil llegar a controlarlo pese a las medidas implementadas.

El tabaco es responsable de más muertes que las que origina el alcohol, las drogas, la tuberculosis, los accidentes de tráfico, incendios, homicidios, suicidios y el síndrome de inmunodeficiencia humana considerados conjuntamente. Las enfermedades directamente relacionadas con el tabaquismo son numerosas, mortales y discapacitante en comparación con otras conductas de riesgo, supone un riesgo de muerte prematura extraordinariamente alto. La mitad de todos los

fumadores crónicos perderán la vida por causa del tabaco y, de ellos, la mitad morirán durante los años productivos de la edad madura y perderán de 20 a 25 años de vida.

Las enfermedades asociadas al tabaco son la causa de casi un 90% de los cánceres broncopulmonares, que a su vez constituyen un 30% de las neoplasias en el varón y que son ya bastante frecuentes en la mujer. El tabaquismo es, además, un factor causal de primer orden, tanto en los hombres como en las mujeres, en otros muchos tumores, como los de laringe, esófago, cavidad oral, vejiga. Diversos trastornos cardiovasculares, como la cardiopatía isquémica, los accidentes cerebrovasculares y las arteriopatías periféricas, tienen una relación etiológica directa con el consumo de tabaco.<sup>24,25,26</sup>

#### 1.8 Acciones del médico familiar ante el tabaco

En este sentido, el médico desempeña un papel relevante en la promoción de prácticas saludables que eleven la calidad de vida de nuestra población, esto avalado por sus conocimientos, actitudes, el reconocimiento y la confianza que cada paciente le otorga. La intervención del médico no sólo estimula a los pacientes para que dejen de fumar, además tiene un impacto importante sobre la sociedad en general.

El consejo médico es un factor muy importante para el abandono del tabaquismo. Se ha observado un índice de abstinencia de 17% en un año y hasta de 27% cuando el médico brinda tratamiento al fumador, por lo que un gran número de fumadores dejaría de serlo si su médico le advirtiera sobre los riesgos que implica el tabaquismo.

Las acciones e intervenciones de los médicos familiares; son fundamentales para reducir la morbi-mortalidad producida por el tabaquismo. Muchos de estos fallecimientos se podrían evitar con sólo algunos minutos que el médico dedicara al paciente para recomendarle que deje de fumar o bien para prevenir el consumo del tabaco, asimismo la efectividad de este primer acercamiento se incrementaría si el médico brindara tratamiento y seguimiento a esta enfermedad, en pacientes que no pueden asistir en clínicas especializadas para recibir apoyo.

El médico familiar se encuentra capacitado para asumir el diagnóstico y afrontar el abordaje terapéutico de muchos fumadores. En unas ocasiones será suficiente con dar un consejo de abandono, en otras realizar una intervención mínima, en algunas una intervención intensiva y por último, en casos complicados será aconsejable canalizar al paciente a las clínicas contra el tabaquismo.

El objetivo fundamental de cada consulta debería ser ayudar al fumador a acercarse un paso más al abandono del tabaquismo; siguiendo las tres fases esenciales del tratamiento a cargo del médico que son la valoración, la intervención y el seguimiento.

Durante la fase de valoración se recogen datos sobre el estado de salud, la adicción a la nicotina, los intentos previos de abandono y el interés por sí mismo.

En México, el Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC), plantea la consejería en tabaquismo como una estrategia para lograr una intervención de forma sencilla, práctica y de forma aislada o sistemática dentro del consultorio, que permite realizar un control evolutivo y ajustar al plan de tratamiento según las necesidades y características de cada caso

Estrategia de las 5 A en la consejería del tabaquismo

- 1.-Averigüe: valoración del consumo de tabaco y estilos de vida inadecuados.
- 2.-Aconseje: evidenciar científicamente la importancia de interrumpir el consumo de tabaco y las consecuencias benéficas sobre su salud.
- 3.-Acuerde: en un ambiente positivo y de confianza, de forma individualizada, establecer la fecha de abstinencia.
- 4.-Apoye: para reforzar la efectividad del tratamiento, proporcione información impresa de apoyo.
- 5.-Anticipe: es muy importante mencionar los síntomas que se pueden dar con la cesación del tabaco y aclarar que son pasajeros.

Si lográramos que todos los médicos familiares integraran el abordaje del tabaquismo en atención primaria, estaríamos sin lugar a dudas modificando uno de los factores de riesgo más importantes para la salud de nuestros pacientes.

Es importante recordar que la Norma Oficial Mexicana MON-168-SSA1-1998 sobre el llenado del Expediente Clínico, publicada en el diario oficial de la federación el 7 de diciembre de 1998 establece que el tabaquismo debe ser considerado como una enfermedad y como tal debe dársele tratamiento y seguimiento.<sup>27,28</sup>

La prevención del tabaquismo depende de la modificación de los factores de riesgo, de tal manera que mediante programas perfectamente diseñados se favorezca una disminución de las consecuencias del consumo.

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. El sistema estaría también alineado para recibir las innovaciones tecnológicas que lograrán mejorar los niveles de éxito.<sup>29</sup>

## 1.9 MEDIDAS ACTUALES CONTRA EL TABAQUISMO NACIONAL E INTERNACIONAL

En este panorama para hacer frente a la epidemia global del tabaquismo, la asamblea mundial de la salud organismo gobernado por la organización mundial de la salud aprobó el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT); es el primer instrumento jurídico concebido para reducir en el planeta la mortalidad y morbilidad atribuibles al tabaquismo.

Este convenio marco ha sido el primer tratado internacional sanitario en materia de tabaquismo, cuya discusión se lleva a cabo los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) a través de un órgano intergubernamental de negociaciones, dicho convenio se inicio en 1996, en octubre de 1999 y marzo del 2000 se reunieron grupos de trabajo por representantes de los países miembros de la OMS, para tratar asuntos técnicos relativos al convenio marco.

La organización mundial de la salud aprobó el convenio marco para el control del tabaco (CMCT) el 21 de mayo de 2003.

El 28 de mayo de 2004 México se convirtió en el primer continente americano en ratificar el convenio marco para el control del tabaco, lo que constituye el primer tratado multilateral, basado en evidencia científica, que reafirma el derecho de todas las personas a tener el más alto nivel de salud. Sus disposiciones establecen normas internacionales para el control de tabaco

El convenio tiene como objetivo proteger las generaciones presentes y futuras contra las devastadoras consecuencias sanitarias, sociales ambientales y económicas del consumo de tabaco y de la exposición al humo de tabaco, proporcionando un marco para las medidas de control integral del tabaco que habrán de aplicar los gobiernos a fin de reducir de manera continua y sustancial la prevalencia del consumo y la exposición al humo de tabaco.

Este convenio marco contempla las medidas relacionadas con los precios e impuestos para reducir la demanda de tabaco, medidas relacionadas al tabaquismo pasivo, reglamentación del contenido de los productos del tabaco como empaçado, etiquetado, publicidad, patrocinio, medidas de la reducción de la demanda, relativas a la dependencia, el abandono del tabaco, así como medidas relacionadas con la oferta y la protección del humo de tabaco en el ambiente y creación de espacios públicos libres de humo.

El convenio reconoce que la ciencia ha demostrado de manera inequívoca que el consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco son causas de mortalidad, morbilidad y discapacidad.

Por lo que la organización mundial de la salud desde 1988 promueve el día mundial contra el tabaquismo estableciendo como fecha el 31 de mayo como día mundial sin tabaco. En México esta celebración es coordinado por el instituto de enfermedades respiratorias y el consejo nacional contra las adicciones.



## Avances legislativos

La norma oficial mexicana para la prevención, tratamiento y control de las adicciones (NOM-028-SSA2-1999) publicada en el D.F. el 15 de septiembre del 2000 señala la importancia del tabaquismo como adicción, problema de salud pública y con sus repercusiones sociales.

El gobierno de México en el año 2000 decretó una modificación a la fracción II del artículo 188 de la ley general de salud basado en impulsar acciones para disminuir el consumo de tabaco como son:

- a) Aumento a los impuestos de los cigarros que pasaron del 29% al 80%
- b) Eliminación de los anuncios y propaganda de radio y televisión
- c) Vigilancia para el cumplimiento del Reglamento de Consumo de Tabaco en los edificios del Gobierno Federal
- d) Vigilancia de los reglamentos estatales de protección a los no fumadores
- e) Incremento en el número de clínicas de tabaquismo para dejar de fumar
- f) Introducción de medidas preventivas en primarias y secundarias con la finalidad de prevenir que los jóvenes inicien el hábito de fumar
- g) Medidas de protección contra el fumador pasivo.

Sin duda, la ley es uno de los mejores instrumentos para la prevención y el control del tabaquismo.

En México, particularmente en el Distrito Federal, se instauró a principios del año 2004 la ley de Protección a la salud de los no fumadores, que obliga, entre otras cosas, a no fumar en transporte público, locales cerrados, espacios de atención como bancos, oficinas de gobierno, comerciales o de servicios, auditorios, bibliotecas, instituciones médicas y de enseñanza, así como la asignación de un 40% de las mesas de restaurantes y bares como zonas de no fumar y un número determinado de habitaciones de hoteles.

También existe un Programa Interinstitucional de educación saludable coordinado por las secretarías de salud y de educación pública que lleva a cabo actividades de capacitación de personal docente de los diferentes grados de educación primaria, secundaria, preparatoria, profesional y de posgrado<sup>30,31,32</sup>



## CAPITULO II. MATERIAL Y MÉTODOS

### 2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cual es la prevalencia de tabaquismo en adolescentes de la preparatoria C.E.C.Y.T.E.S. de Sahuaripa Sonora?

## 2.2 JUSTIFICACION

Durante las últimas décadas el tabaco y el tabaquismo se han convertido en uno de los problemas más importantes de salud pública en todo el mundo, al descubrirse los daños que ocasiona a la salud y al encontrarlo relacionado con varias enfermedades graves con repercusiones en la dinámica familiar y económica.

En México hay 13 millones de fumadores pero si se añade a los fumadores involuntarios o pasivos, se tienen a 48 millones de personas, es decir casi la mitad de la población mexicana están expuestas a los daños producidos por el tabaco; de esto un millón corresponde adolescentes fumadores, por lo que el tabaquismo ha despertado gran interés en las ultimas décadas debido a las enfermedades derivadas de este hábito tanto activo como pasivo, especialmente a nivel pulmonar, cardiovascular, gastrointestinal y piel; sin olvidar el daño que ocasiona el tabaquismo en mujeres embarazadas provocando productos de bajo peso al nacer y muertes súbitas durante el primer año de vida.

Así como las repercusiones en el ámbito conductual, psicosociales e intrafamiliares, de ahí la importancia de la intervención del medico familiar ante el tabaco para reducir la morbi-mortalidad y discapacidad.

El tabaquismo es el principal causante de muertes evitables alrededor del mundo, por lo tanto se debe tomar acciones para evitar daños a la salud, trabajar en la concientización de dicho tema así como prevenir que los niños y jóvenes inicien el consumo del tabaco en edad temprana. Ya que conocer la prevalencia y magnitud del consumo de tabaco en los adolescentes nos orientara a implementar medidas preventivas, terapéuticas y acciones en el ámbito educativo fomentando actividades de educación para la salud en adolescentes para la reducción del consumo; lo que

llevara a una importante disminución de los problemas de salud provocado por el consumo de tabaco, ya que el tabaquismo es potencialmente prevenible una vez identificado.

Ya que el médico familiar desempeña un papel relevante en la promoción de la salud, para la modificación de los factores de riesgo pues es el que tiene el primer contacto con el adolescente y su familia en el primer nivel de atención pudiendo detectar la población en riesgo tomando acciones de prevención y orientación sobre los daños a la salud provocados por el tabaquismo

Por lo que el medico debe contar con el conocimiento y capacitación de esta enfermedad para asumir el diagnóstico y afrontar el abordaje terapéutico.

## 2.3 OBJETIVOS

### 2.3.1 OBJETIVO GENERAL

Conocer la prevalencia de tabaquismo en los adolescentes de la escuela preparatoria C.E.C.Y.T.E.S de Sahuaripa Sonora

### 2.3.2 OBJETIVO ESPECIFICO

Identificar a los adolescentes que son fumadores y no fumadores de la escuela preparatoria C.E.C.Y.T.E.S de Sahuaripa Sonora

#### 2.4 TIPO DE ESTUDIO:

El tipo de estudio que corresponde a este proyecto es de tipo prospectivo, observacional, descriptivo, y transversal.

#### 2.5 Población, lugar y tiempo

Se realizó encuestas a los alumnos inscritos en la escuela preparatoria C.E.C.T.Y.T.E.S. de Sahuaripa Sonora del ciclo escolar comprendido del 1 de septiembre del 2007 a febrero del 2008 con un total de 200 participantes

La recopilación de la información se llevo acabo con la aplicación de un cuestionario donde las preguntas fueron extraídas de la encuesta sobre tabaquismo en jóvenes, México 2003 aprobado por la OMS (organización mundial de la salud)

Se aplicaron las encuestas en el mes de octubre del 2007.

La investigación se realizó en el periodo comprendido de 1 de septiembre de 2007 a febrero de 2008

## 2.6 Muestra

La muestra estuvo formada por 200 estudiantes adolescentes participantes del turno matutino de la escuela preparatoria C.E.C.T.Y.T.E.S de Sahuaripa Sonora

El tamaño de la muestra se determina con la siguiente formula, con un nivel de confianza del 95% y un nivel de significación del 0.05%

$$N = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N-1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

Donde:

N= total de la población

Z alfa = 1.95 (seguridad 95%)

P = proporción esperada 5% (0.05)

q = 1-p ( 1-0.05 = 0.95)

d = precisión del 5% (0.05)

n = Tamaño de la muestra.

## MÉTODO (TIPO) MUESTREO:

No probabilístico a través del método de conveniencia, para seleccionar a los adolescentes que reúnan los criterios de inclusión, señalados previamente



## 2.7 CRITERIOS DE INCLUSION, NO INCLUSION Y DE EXCLUSION.

### 2.7.1 Criterios de inclusión

Estudiantes inscritos a la escuela preparatoria C.E.C.Y.T.E.S de Sahuaripa Sonora en el periodo comprendido de 1 de septiembre 2007a febrero del 2008

Estudiantes que desean participar voluntariamente en el estudio y contar con carta de consentimiento informado.

Los que se encuentren presentes en el día de la encuesta

#### 2.7.2 Criterios de exclusión.

Los que no desean participar voluntariamente en el estudio

Los que no cuenten con consentimiento informado

Los que no acudan el día de la encuesta

#### 2.7.3 Criterios de eliminación

Los que por una razón no completen la encuesta del estudio

Los que respondan en forma incorrecta la encuesta

Los que por una razón abandonen el curso

## 2.8 VARIABLES

### 2.8.1 Definición conceptual

Variable dependiente: tabaquismo es la intoxicación crónica producida por el uso de tabaco capaz de provocar dependencia.

Variable independiente: adolescentes: proceso evolutivo de una etapa de transición entre la infancia y la edad adulta, en este periodo de la vida se identifica con cambios dramáticos en el cuerpo y en lo psicológico.

Definición operacional:

Variable dependiente: fue evaluado por el cuestionario de la Encuesta sobre Tabaquismo en Jóvenes, México 2003 aprobado por la OMS (organización mundial de la salud)

Variable independiente se acudió a la dirección de la escuela preparatoria C.E.C.Y.T.E.S de Sahuaripa, Sonora solicitando autorización para la aplicación de la encuesta de tabaquismo a los alumnos, con previa autorización de consentimiento informado.

ESPECIFICACION DE LOS INDICADORES DE LAS VARIABLES.

## ESCALA DE MEDICION DE LAS VARIABLES.

Tipos de variable	indicadores	escala de medición
Variable dependiente		
Tabaquismo	(SI)	Cualitativa Nominal
	(NO)	Cualitativa Nominal
Variable independiente		
Adolescentes	(SI)	Cualitativa Nominal
	(NO)	Cualitativa Nominal

## 2.9 METODO DE RECOLECCION DE DATOS

Se acudió a la escuela preparatoria C.E.C.Y.T.E.S. del municipio de Sahuaripa, Sonora y se solicitó la autorización del director del plantel para la aplicación de la encuesta de tabaquismo a los adolescentes para el proyecto de investigación.

Una vez autorizado el permiso se les pidió consentimiento informado, en el cual se les otorga información de los beneficios de la participación, posteriormente se acudió a la escuela para la aplicación de la encuesta a los alumnos, obtenidos los resultados se procedió a la evaluación y revisión. Los datos obtenidos se registraron en un formato previamente elaborado en aquellos adolescentes que resultaron con diagnóstico de tabaquismo.

## 2.10 SISTEMA DE CAPTACION DE LA INFORMACIÓN

La información se captó en un formato tipo cuestionario de 31 preguntas

Una vez recolectados los datos se procedió a su análisis correspondiente.

## 2.11 ANALISIS ESTADISTICO DE LA INFORMACION OBTENIDA

Se utilizó la estadística descriptiva con medidas de tendencia central, los datos obtenidos se registraron en concentrados y que posteriormente fueron procesados.

De la siguiente forma: Datos nominales se organizaron en cuadros simples y se representarán por medio de graficas de barras y sectores. Para el análisis se emplearon porcentajes.

## 2.12 RECURSOS HUMANOS, FISICOS Y FINANCIEROS

### RECURSOS HUMANOS.

El único recurso humano fue el investigador

### Recursos materiales

100 hojas tamaño carta

2 lápices

2 lapiceros tintan negra punto mediano

1 computadora

Una memoria de almacenamiento de USB

500 copias

### FISICOS.

100 hojas tamaño carta

2 lápices

2 bolígrafos negra punto mediano

1 computadora

900 copias

### RECURSOS FINANCIEROS:

El financiamiento para la compra del material de papelería estuvo a cargo del investigador

### 2.13 Consideraciones éticas

La Declaración de Helsinki es una propuesta de principios éticos que sirven para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos. Esta declaración adoptada por asociación médica mundial enmendada en la 52 asamblea general mundial celebrada en Edimburgo Escocia del 2000, donde se especifica que la misión del médico es proteger la salud de la población, mejorando los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y profilácticos, así como la comprensión de la etiología y la patogénesis de la enfermedad.

La investigación médica se basa en los principios éticos y científicos ya que

Es el deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano, tomándose todas las precauciones para respetar la vida privada, minimizar el impacto del estudio en la integridad física y mental en la personalidad del individuo. Asegurándose de que los individuos que participen en el estudio se protegerá al máximo de:

Daño físico, psicológico y social

Invasión a su vida privada

Garantizar el carácter confidencial de su participación.

En cualquier estudio con seres humanos cada sujeto potencial, debe ser informado de los objetivos, métodos, beneficios anticipados, peligros potenciales y molestias que el estudio puede provocar.

El individuo debe conocer la libertad que tiene para abstenerse de participar en el experimento o retirarse del mismo si así lo desea.

Los participantes o voluntarios seleccionados se les informa en forma clara sobre los objetivos, métodos y beneficios del estudio y que será plenamente ético y profesional con única finalidad de obtener ayuda

El investigador debe obtener el consentimiento informado por escrito para el proyecto de investigación.

Al publicar los resultados de la investigación, el investigador está obligado a mantener la exactitud de los resultados.

## 2.14 Cronograma de actividades

Actividad	Tiempo		
	Día	Mes	limite
Delimitación del tema a estudiar	18	Enero	2007
Revisión y selección de la bibliografía	22	Marzo	2007
Elaboración del proyecto	20	septiembre	2007
Recolección de la información	30	octubre	2007
Análisis de los resultados	05	octubre	2007
Redacción del trabajo final	10	Octubre	2007
Presentación	15	febrero	2008





## CAPÍTULO III.

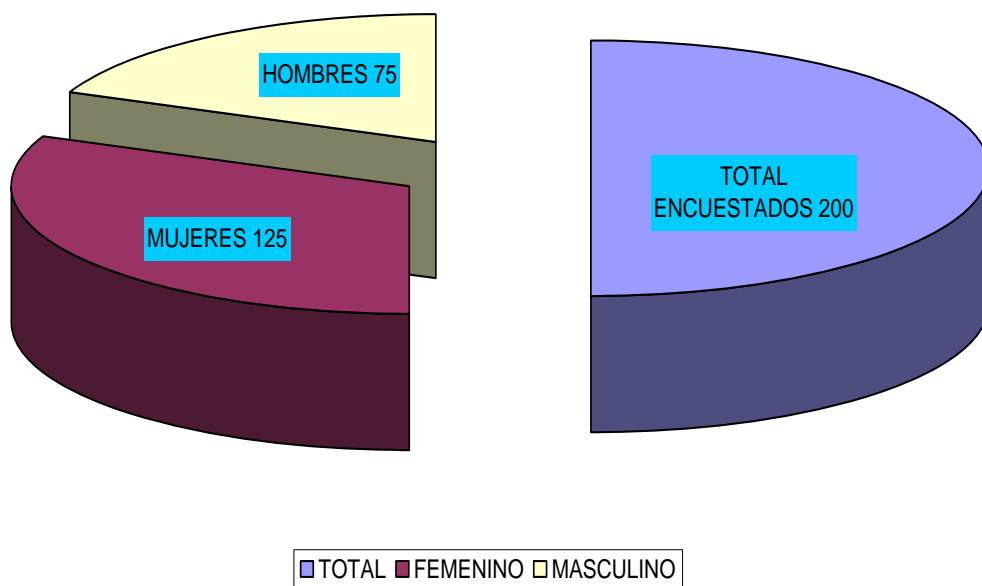
### 3.1 Resultados

Se aplicaron 200 encuestas de los cuales 125 corresponden al sexo femenino y 75 al sexo masculino (gráfica no1), de acuerdo al numero de adolescentes fumadores se encontró un total de 133 fumadores y 67 no son fumadores representando el 66.5% y un 33.5% de la población total (gráfica No 2). De acuerdo a la edad, el tabaquismo predominó más en adolescentes de 17 años con un número de 57 fumadores representando el 42.8%.y en orden de frecuencia 16 años con 34 fumadores representando el 25.5%, 15 años se encontró 28 fumadores con un 21.0% y 14 fumadores en los de 18 años representando el 10.5%( tabla y grafica No 3).

De acuerdo al sexo, se encontró con un porcentaje elevado en el sexo femenino de 56.3% de un total de 75 adolescentes, en el sexo masculino fue de 43.3% de un total de 58 adolescentes (tabla y graficas No 4).

# GRAFICA No 1

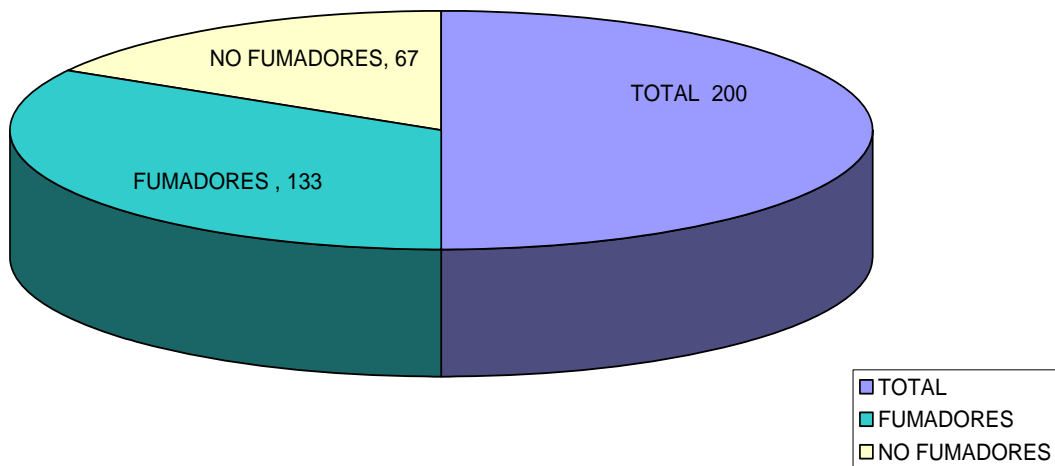
## TOTAL DE ADOLESCENTES ENCUESTADOS POR SEXO

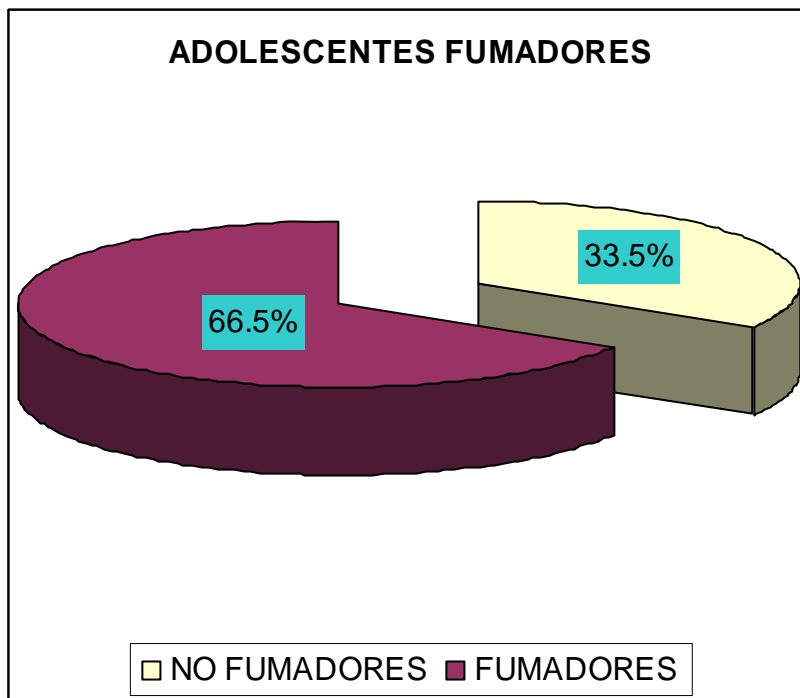


Fuente: Hoja recolección de datos

## GRAFICA No.2

### TOTAL DE FUMADORES





Fuente: hoja de recolección de datos

TABLA Y GRAFICA No 3

### PREVALENCIA DE TABAQUISMO EN ADOLESCENTES POR GRUPO DE EDAD

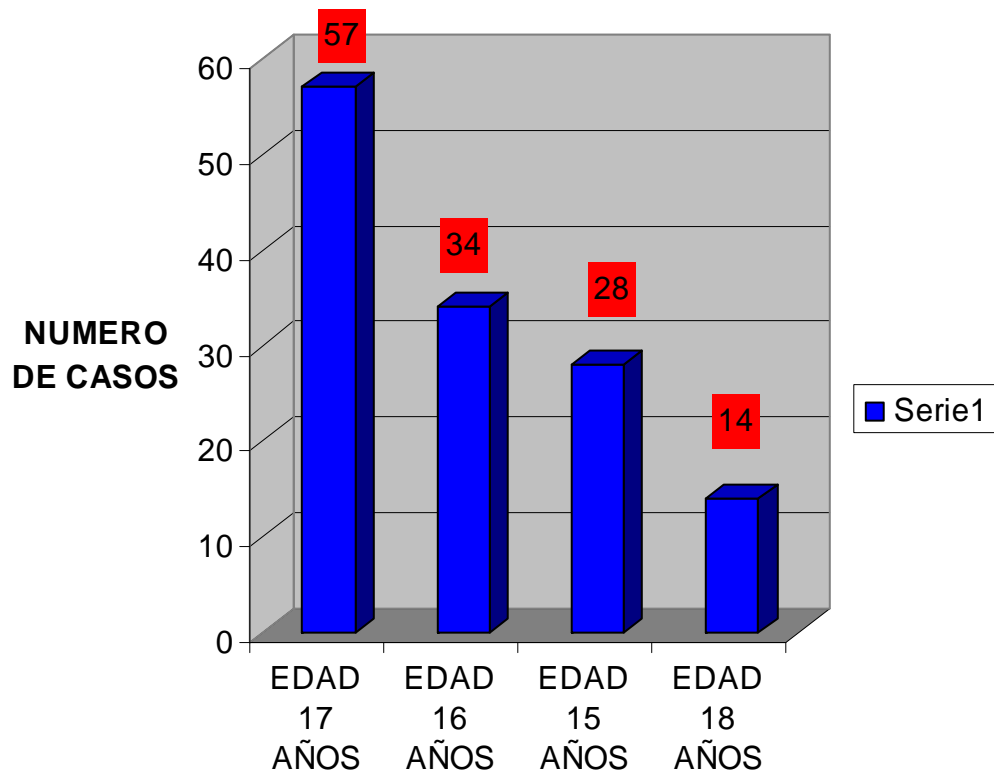
GRUPO DE EDAD	NUMERO	PORCENTAJE %
15 AÑOS	28	21.07

16 AÑOS	34	25.56
17 AÑOS	57	42.85
18 AÑOS	14	10.52
TOTAL	133	100

Fuente: hoja de recolección de datos

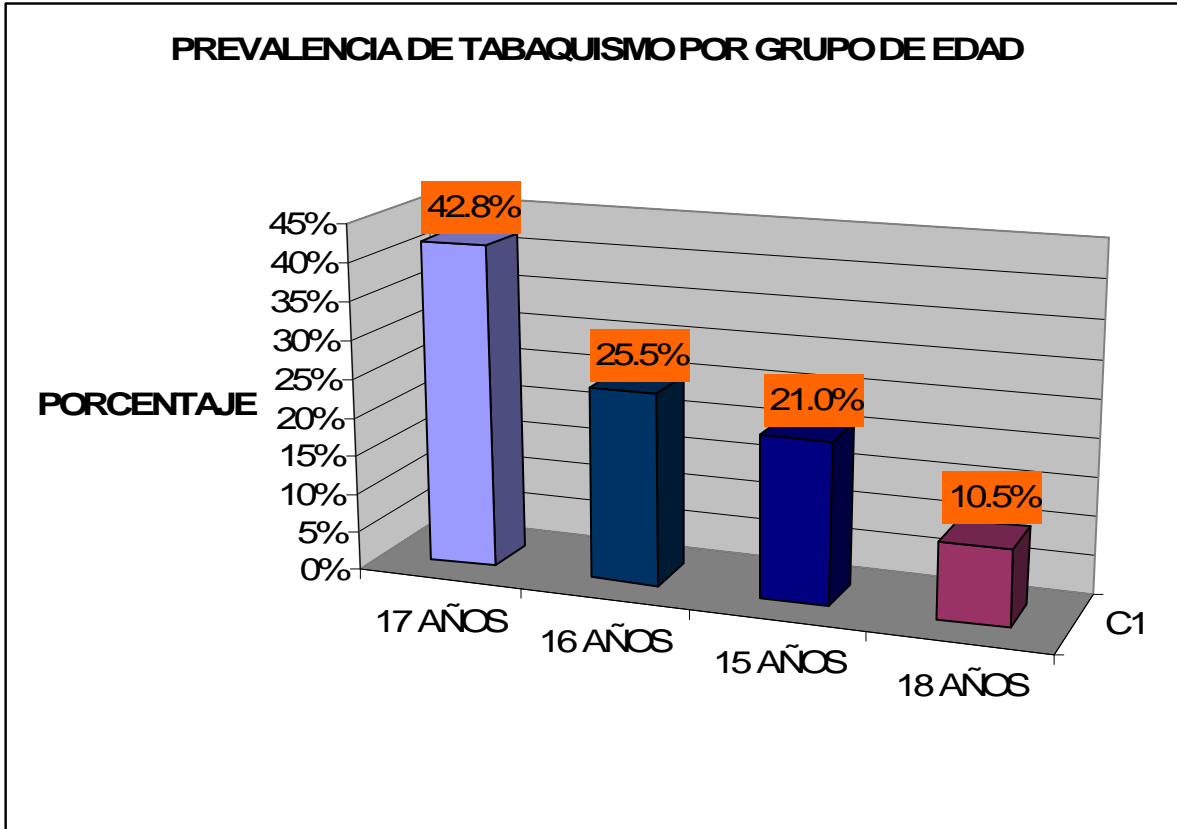
GRAFICA No3

### PREVALENCIA DE TABAQUISMO EN ADOLESCENTES POR GRUPO DE EDAD



Fuente: hoja de recolección de datos

GRAFICA No 3



Fuente: hoja de recolección de datos



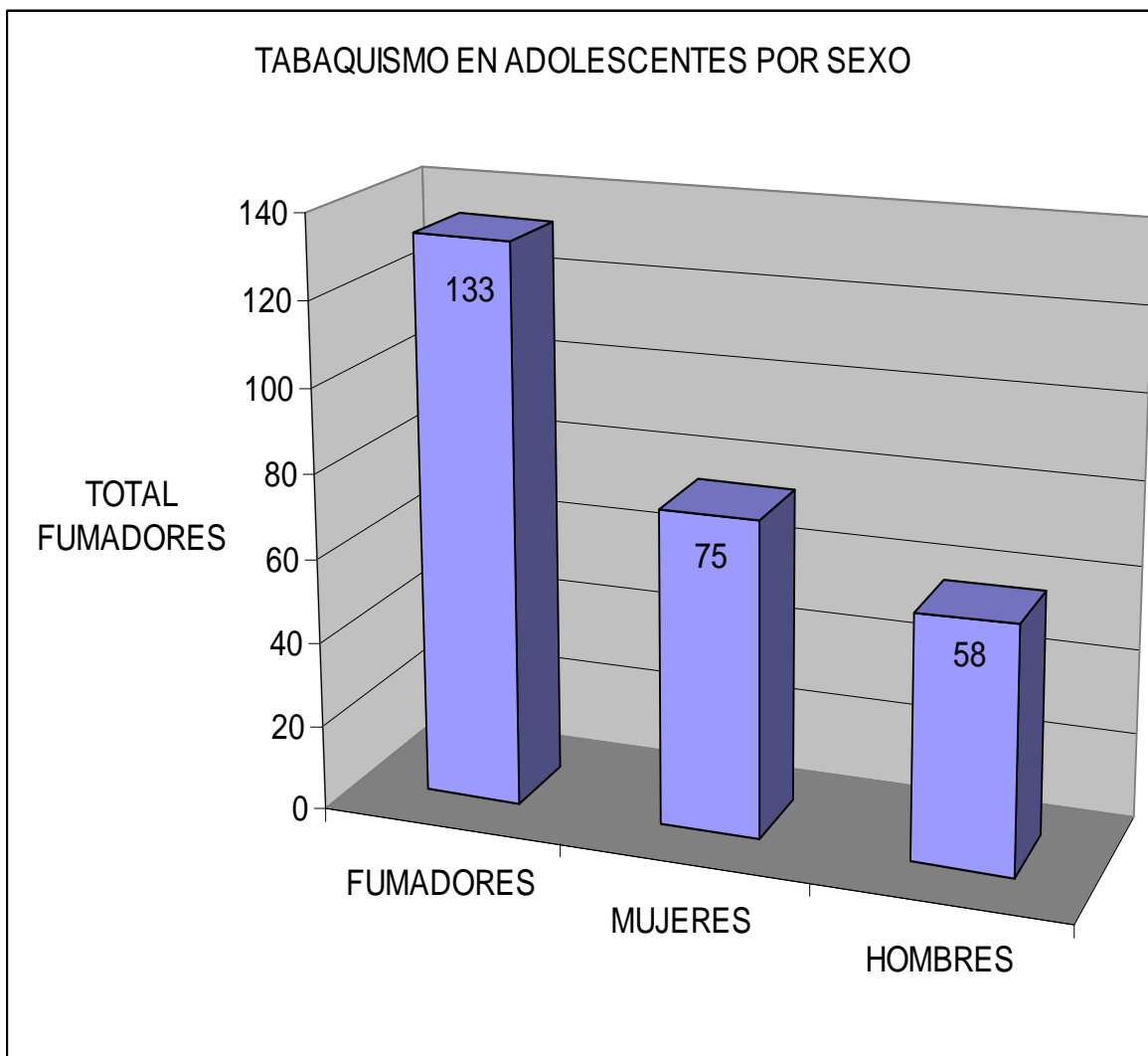
TABLA Y GRAFICAS No 4

PREVALENCIA DE TABAQUISMO POR SEXO

EDAD	HOMBRES	MUJERES	NUMERO	PORCENTAJE %
15 AÑOS	13	15	28	21.07
16 AÑOS	14	20	34	25.56
17 AÑOS	25	32	57	42.85
18 AÑOS	6	8	14	10.52
TOTAL	58	75	133	100

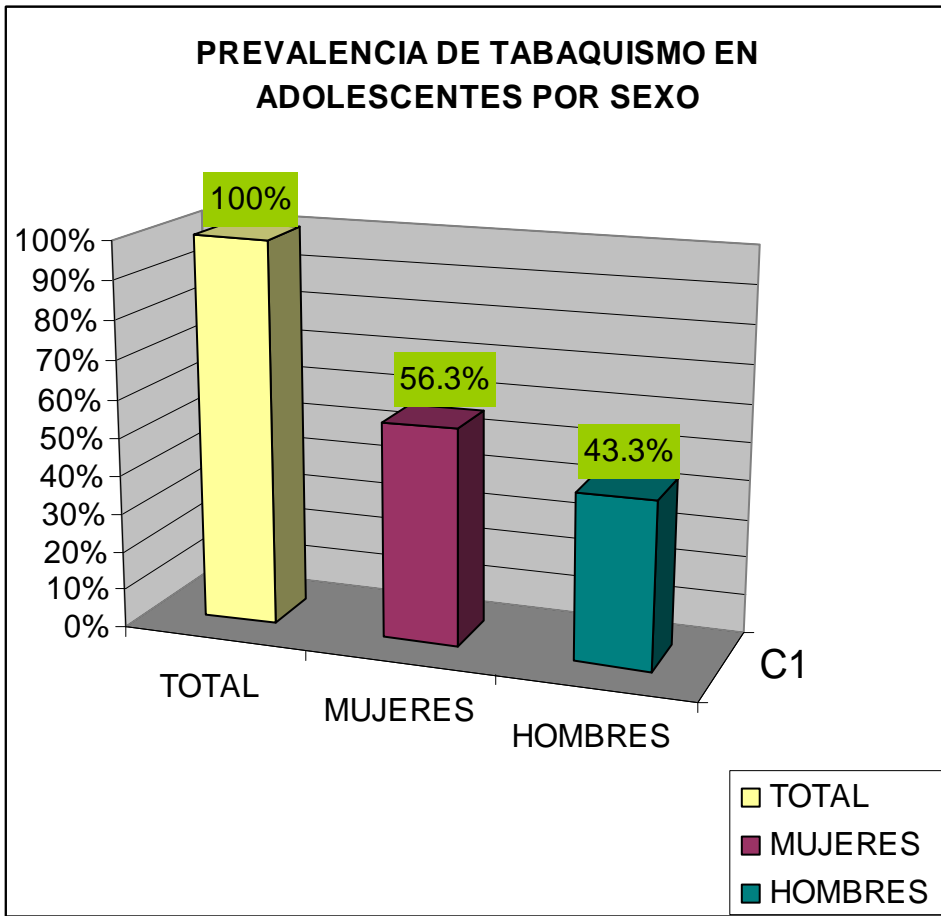
Fuente: hoja de recolección de datos

GRAFICA No4



FUENTE: hoja de recolección de datos

GRAFICA No 4



FUENTE: hoja de recolección de datos

## 3.2 DISCUSIÓN

De acuerdo a los resultados obtenidos en este estudio se encontró que el mayor número de adolescentes que fuma de acuerdo a la edad de inicio fue mayor para mujeres y hombre de 17 años. Representando el 42.8% para jóvenes de 17 años y el 25.5% para adolescentes de 16 años; de acuerdo al sexo, el femenino se encontró un 56.35 % y un 43.6% para el sexo masculino.

De acuerdo a la edad y sexo se encontró similitud con la edad de inicio y el sexo según los datos proporcionados por la Encuesta Nacional de salud y nutrición de México 2006 donde señala que la prevalencia de tabaquismo entre adolescentes de 16 a 19 años es cinco veces mayor con una prevalencia de 25.9%, mientras que para las mujeres de 16 a 19 años fue de 9.5%, y de 13 a 15 años se observa una prevalencia relativamente baja de 2.4%, pero que se cuadruplica para el rango de 16 a 19 años con 9.5%.<sup>14</sup>

En la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) en el 2002 se observo un desplazamiento de la edad, cada vez más temprano para el inicio de tabaquismo en comparación con la ENA 1988; según datos de las clínicas de tabaco del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA) señalan que en 2003, el 55% de los individuos que acudieron comenzaron el hábito de fumar entre los 10 y 14 años de edad; para el año 2004, 80% inició el consumo de tabaco antes de los 18 años.<sup>13</sup>

Estos datos son congruentes con los resultados obtenidos en este estudio con respecto a la edad de inicio del consumo de tabaco ya que el 42.8% lo inicio antes de los 18 años.

En cuanto a la prevalencia del consumo de tabaquismo en adolescentes llamo la atención que la población en estudio el 66.5% cuenta con tabaquismo, por lo que se puede observa que contamos con un alto porcentaje de adolescentes con tabaquismo así como su incremento en edades mas tempranas de forma importante, estos resultados coinciden con los estudios realizados por la encuesta Mundial sobre Juventud y Tabaco (GYTS) donde se distingue que los países del Cono Sur, como los de más altos valores de consumo de tabaco, seguidos por los de la región andina y México, siendo las naciones centroamericanas y caribeñas las de menores cifras de prevalencia de fumadores. Sólo Estados Unidos de América y Canadá han logrado disminuir la epidemia de tabaquismo, y en el resto de los países se observa una estabilización e, incluso, una tendencia al incremento, siendo el mayor consumo de tabaco entre las mujeres del Cono Sur, que entre los hombres de acuerdo a la Encuesta Mundial sobre Juventud y Tabaco (GYTS) aplicada a estudiantes de 13 a 15 años se observo que Chile representa el 38.3%, Argentina 30.2%, Bolivia 27.1%, Uruguay 24.1% y Perú 20.2%. Particularmente, entre las mujeres del Cono Sur el consumo es mayor que entre los hombres: las chilenas 43.8% vs. 30.9, las argentinas 31.8% vs. 27.8 y las uruguayas 26.5% vs. 20.5. Los restantes países de la región muestran valores inferiores a 20%, aunque Costa Rica 19.6% y México 18.7%. Para las mujeres, generalmente, el consumo es inferior al de los hombres, pero observaciones recientes muestran una tendencia al incremento del consumo de tabaco, particularmente de las adolescentes.<sup>12</sup>

Por lo que se comprueba una vez más que el tabaco es una droga permitida y socialmente aceptada y promocionada.

### 3.3 Conclusiones

Con base a la información recopilada en este estudio se observó una diferencia muy significativa con respecto al consumo de tabaco entre adolescentes mujeres y hombres, siendo las mujeres con mayor prevalencia del consumo de tabaco.

El grupo de edad con mayor prevalencia de tabaquismo son los adolescentes de 17 años; encontrando una prevalencia de consumo de tabaco del 66.5% de la población total de adolescentes en estudio; por lo que queda comprobado que el consumo de tabaquismo en adolescentes se inicia en edades cada vez más tempranas. Ya que la adolescencia constituye una etapa de la vida en la que sucede una serie de cambios no sólo a nivel físico, sino también a nivel emocional, social y del desarrollo intelectual, siendo la etapa en que comienzan a experimentar e incorporarse cambios interiores y exteriores en búsqueda de la identidad, del éxito total y de la libertad individual; y donde el adolescente aprende adoptar los distintos modos, ideas, creencias, valores y normas de su cultura incorporándolos a su personalidad, consolidándose los hábitos y actitudes culturales que persistirán en la edad adulta.

En la actualidad hay evidencias científicas que demuestran que el tabaquismo provoca graves daños a la salud, provocando repercusiones a la dinámica familiar, donde el hábito de fumar suele adoptarse antes y durante la adolescencia.

Por lo que se deben implementar acciones en el ámbito educativo en la política fiscal, en el control de la publicidad y del producto, en la vigilancia y cumplimiento de las disposiciones que impiden la venta a menores de edad

En el ámbito educativo se debe fomentar actividades de educación para la salud en todos los adolescentes con o sin el hábito de tabaquismo, ya que corresponde a los prestadores de servicios de salud la responsabilidad de los cuidados y atención de la salud de los adolescentes, a nivel institucional se cuenta con la norma oficial mexicana para el tabaquismo, así como también se cuenta con acciones estipuladas en el PREVENIMSS que se deben ejercer oportunamente en cada consulta médica del adolescente y de esta manera cumplir con el programa de prevención de adicciones.

Ya que el médico familiar desempeña un papel relevante en la promoción de la salud, para la modificación de los factores de riesgo pues es el que tiene el primer contacto con el adolescente y su familia en el primer nivel de atención.





## Bibliografía

- 1.- Rubio Monteverde H. Rubio Magaña A. Breves comentarios sobre la historia del tabaco y el tabaquismo. Rev Inst Nal Enf Resp Mex 2006; 19 (4): 297-300
- 2.- Cicero Sabido R. Staines Cicero L. Cicero Fernández P. El consumo de tabaco, desde los mayas al siglo XXI, algunos puntos de vista. Rev Inst Nal Enf Resp Mex 2003; 16 (2):103-107
- 3.- Pérez Trullén A. Herrero Clemente I. Escosa L. Abordaje de la prevención y el tratamiento del tabaquismo Rev Arch Bronconeumol 2004; 40 (3):63-73
- 4.- Pichot P. López Ibor JJ. Valdés M. DMS-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, 1995; Pp. 255-258
- 5.-Tapia Conyer R. Las adicciones; dimensión, impacto y perspectivas. Manual Moderno, Mex 2001; Pp. 28-66
- 6.-Chávez Domínguez RC. López Antuñano F. Regalado Pineda J. Espinosa Martínez M. Consumo de tabaco, una enfermedad social. Rev Inst Nal Enf Resp Mex 2004; 7 (3):204-214
- 7.-Saiz Martínez I. Rubio Colavida J. Espiga López I. Blanco Aguilar J. Cortes M Ancha M. Plan nacional de prevención y control del tabaquismo. Rev Esp Salud Pub 2003; 77 (1): 442-451
- 8.-Teixeira do Carmo J. Pueyo AA. Álvarez López E. La evolución del concepto de tabaquismo. Rev Cad. Saúde Pub, Río de Janeiro 2005; 21(4):999-1005
- 9.-Colombo Silvia E. Castaños C. Morello P. Cimera G. Busaniche J. Romanín V. Tabaquismo. Arch Argent Pediatr 2005; 103(5):464-475

- 10.-Arenas Monreal L. Jasso Victoria R. Hernández Tezoquipa I. Caudillo Rojo I. Sotres Vega A. Prevalencia de tabaquismo en adolescentes de un colegio de bachilleres del estado de Morelos, México. Rev Inst Enf Resp Mex 2004; 17(1):22-26
- 11.-Nuño Gutiérrez BL. Álvarez Nemegeyi J. Madrigal de León E. Rasmussen Cruz B. Prevalencia y factores asociados al consumo de tabaco en adolescentes de una preparatoria de Guadalajara, Jalisco México. Rev Salud Ment 2005; 28(5):64-70
- 12.-Hernández Ávila M. Valdés Salgado R. Sepúlveda Amor J. El consumo de tabaco en la región Americana: elementos para una programación de acción. Rev Pub Mex 2002; 44(2):125-135
- 13.-kuri Morales PA. González Roldán JF. Cortés Ramírez M. Epidemiología del tabaquismo en México. Rev Salud Pub Mex 2006; 48(1):91-98
- 14.-Olaiz G. Rivera J. Shamah T. Rojas R. Villalpando S. Encuesta Nacional de Salud y nutrición de México 1º ed. 2006: 67-69
- 15.-Valdez Salgado R. Campuzano JC. Mortalidad atribuible al consumo de tabaco. Rev Salud Pub Mex 2003; 1(1):89-99
- 16.- Álvarez Valdés N. Gálvez Cabrera E. Díaz Garrido D. Hábito de fumar en la adolescencia a nivel comunitario. Rev Cubana Med Gen Integr 2007; 23(3):21-25
- 17.-Caricote E. Participación del adolescente en etapa media sobre la promoción de su salud sexual. Rev Ciencias de la Educación Esp 2006; 1 (27):47-62
- 18.-Valdés Salgado R. Micher JM. Hernández L. Hernández Ávila M. Consumo de tabaco entre alumnos de nuevo ingreso a la universidad Autónoma de México. Salud Pub Mex 2002; 44(1):44-53

19.-De la Rosa Morales V. García JF. García Nava I. Vásquez Medina E. Rodríguez Aguilar JA. Factores familiares, sociales y biológicos asociados a tabaquismo, en niños y adolescentes. Arch Invest Pediatr 2006; 9(3):63-72

20.-Aburto Barrenechea M. González CE. Quintana López JM. Bilboa González A. Meraza Cortez FJ. Prevalencia del consumo de tabaco en adolescentes, influencia del entorno familiar. An Pediatr Barc 2007; 66(4):357-366

21.-Ramírez M. Andrade D. La familia y los factores de riesgo relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en los niños y adolescentes de Ecuador. Rev Latino-Am Enfermagem 2005; 13(1):813-818

22.-Barrueco Ferrero M. Hernández Mezquita MA. Torrecilla García M. Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo Madrid España 2ª edición, Editorial Ergon Arboleda; 2003. Pp. 87 -116

23.-Giraldo Buitrago G. Sierra Heredia C. Valdelamar Vázquez F. Ramírez Venegas A. Impacto del tabaquismo en el rendimiento físico. Rev Inst Nal Enf Resp Mex 2001; 14(4):215-219

24 Pitarque R. Bolzán A. Gatella ME. Moranga F. Bugasen S. Echaide L. Tabaquismo en adolescentes escolarizados de la ciudad de Olavarría, Buenos Aires. Prevalencia y factores asociados. Arch Argent Pediatr 2007; 105(2):115-121

25.-García Roche R. García Pérez RM. Hernández Sánchez M. Varona Pérez P. Bonet Gorbea M. Calidad de vida relacionada con la salud de los expuestos activamente al tabaco, Cuba. Rev Cubana Hig Epidemiol 2007; 45(2):1-4

26.- Lugones Botell M. Ramírez Bermúdez M. Pichs García LA. Miyar Preigo E. Las consecuencias del tabaquismo. Rev Cubana Hig Epidemiol 2006; 44(3):78-88

27.-Ponciano Rodríguez G. Tabaquismo. La “pandemia” del siglo XXI. Rev Aten Fam 2004; 11(4):20-22

28.- Ramírez Casanova MA. Ocampo Ocampo MA. Consejo médico en la terapéutica del tabaquismo. Rev Inst Nal Enf Resp Mex 2008; 21(1):49-52

29.-Belsasso, Guido. El programa de acción contra el tabaquismo. Salud Pub Mex 2002 44, (sup 1):5-6

30.-Valdez Salgado R. La ratificación del convenio para el control del tabaco. Rev Salud Pub Mex 2004; 46(3):201-203

31.-Rubio MH. Convenio Marco de la organización mundial de la salud para el control del tabaco. Rev Inst Enf Resp Mex 2003; 16(2):63

32.-Peruga A, MC. Protección contra la exposición al humo de tabaco ajeno: recomendaciones de la OMS. Rev Salud Pub Mex 2007; 49(sup 2):315-317



## ANEXOS

### ENCUESTA DE TABAQUISMO

1.- ¿Cuántos años tienes?

a) 15 años b).16 años c).17 años d).18 años e).19 años f).20 años g). 21 años h).22 años o más

2.- SEXO:

a). Hombre b) mujer

3.- ¿Alguna vez has probado cigarrillos, aunque sea una o dos fumadas?

a). Sí b). No

4.- ¿Cuántos años tenías cuando por primera vez hiciste la prueba de fumar?

a. Nunca he fumado cigarrillos

b. 7 años o menos

c. 8 a 9 años de edad

d. 10 a 11 años de edad

e. 12 a 13 años de edad

f. 14 a 15 años de edad

g. 16 años

h. 17 años

i. 19 años

j. 20 años

k. 21 años

l. 22 años o más

5.-Fumas actualmente

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

6.- ¿Fuman tus papás?

a. Ninguno de ellos

b. Los dos

c. Solo mi papá

d. Solo mi mamá

7.- ¿Cuántos cigarrillos se fuma al día?

5\_\_\_\_ 10\_\_\_\_ 20 0 más\_\_\_\_\_

8.- ¿Alguna vez fumas ó tienes ganas de fumar inmediatamente cuando te levantas en la mañana?

a. No, no fumo ni me dan ganas de fumar inmediatamente al levantarme en la mañana

b. Sí, algunas veces fumo o me dan ganas de fumar al levantarme en la mañana

c. Sí, siempre fumo o tengo ganas de fumar al levantarme en la mañana

9.- Habitualmente, ¿dónde fumas?

(Seleccionar una sola respuesta)

a. en casa

b. en la escuela

c. en casa de amigos

d. en fiestas y reuniones sociales

e. en lugares públicos (parques, en la calle, en centros comerciales)

10.- ¿Cuántos cigarrillos fumas al día?

Menos de 10\_\_\_\_ entre 11 y 20\_\_\_\_ 21 y 30 \_\_\_\_\_ 31 y más\_\_\_\_\_

11.-Si uno de tus mejores amigos o amigas te ofreciera un cigarrillo ¿fumarías?

a. Definitivamente no

b. Probablemente no

c. Probablemente sí

d. Definitivamente sí

12.-¿Crees que las chicas que fuman tienen más o menos amistades?

a). Más amistades    b). Menos amistades    c). No hay diferencia con las que no fuman

13.-Crees que los chicos que fuman tienen más o menos amistades?

a). Más amistades    b). Menos amistades    c). No hay diferencia con los que no fuman

14.- ¿Fumar cigarrillos ayuda a la gente a sentirse más o menos cómoda en celebraciones, fiestas o en otras reuniones sociales?





- a. Le falta confianza / es inseguro
- b. Es un tonto
- c. Es un perdedor
- d. Tiene éxito
- e. Es inteligente
- f. Es varonil

21.- Crees que fumar cigarrillos es dañino para tu salud?

- a). Definitivamente no                      b). Probablemente no                      c). Probablemente sí
- d). Definitivamente sí

22.- ¿Quieres dejar de fumar ahora?

- a). Ya dejé de fumar                      b). Sí                      c). No

23.- Durante el último año (12 meses), ¿alguna vez trataste de dejar de fumar?

- a. No fumé durante el último año                      b). Sí                      c). No

24.- ¿Crees que podrías dejar de fumar si quisieras?

- a). Sí                      b). No

25.- ¿Crees que serás un fumador durante los próximos 6 meses?

- a). Definitivamente no                      b). Probablemente no                      c). Probablemente sí
- d). Definitivamente sí

26.- ¿Alguna vez haz recibido ayuda o consejería para dejar de fumar?

(Seleccionar una sola respuesta)

- a). Sí, a través de un programa o de un profesional                      b). Sí, a través de un amigo o amiga
- c). Sí, a través de un miembro de la familia                      d). Sí, a través de programas o profesionales, y a través de mi familia
- e). No he recibido ayuda

27.- ¿Cuándo fue la última vez que hablaron en clases sobre tabaquismo y la salud como parte de una clase?

- a).Nunca                      b). Este año escolar                      c). El año pasado                      d). Hace 2 años

28.- Durante el presente ciclo escolar te hablaron en cualquiera de tus asignaturas sobre los peligros de fumar?

- a). Sí                      b). No

29.-Sabes cuales son las complicaciones o consecuencias del consumo crónico de tabaco

a). si                      b). no

30.- selecciona cuales son las enfermedades crónicas provocadas por el consumo de tabaco

Bronquitis crónica \_\_\_\_\_ enfisema \_\_\_\_\_ cáncer de pulmón\_\_\_\_\_

cáncer de boca \_\_\_\_\_ cáncer de laringe \_\_\_\_\_ infarto al miocardio \_\_\_\_\_

impotencia sexual \_\_\_\_\_ infertilidad \_\_\_\_\_

31.- consumes algún otro tipo de sustancias

a). alcohol                      b).-otras drogas

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N0 37  
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD  
RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR.

Consentimiento informado

Sahuaripa Sonora a \_\_\_\_\_ de 2007  
Por medio del presente, yo \_\_\_\_\_.

Acepto participar en el apoyo de investigación titulado PREVALENCIA DE TABAQUISMO EN ADOLESCENTES DE LA ESCUELA PREPARATORIA C.E.C.Y.T.E.S. DE SAHUARIPA SONORA, cuyo objetivo es determinar en la población de adolescentes del C.E.C.Y.T.E.S, la prevalencia de tabaquismo. Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los riesgos, contemplados en las normas éticas de la declaración de Helsinki, así como en la Ley General de Salud vigente que establece en el título segundo (de los Aspectos Éticos de la Investigación de los Seres Humanos), capítulo I, artículo 17 II, que es una investigación de riesgo mínimo. Del mismo modo estoy enterado (a) de los inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

- El investigador principal se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi, así como responder a cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.
- Entendiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en el que lo considere conveniente, sin que ello afecte a la atención médica que recibo del instituto.
- El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados de forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Aceptante

Testigo

Nombre y firma

Nombre y firma

