



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios de Postgrado
Instituto Mexicano del Seguro Social
Unidad de Medicina Familiar No. 20

**FACTORES FAMILIARES QUE TIENEN MAYOR
INFLUENCIA SOBRE EL CONSUMO DE TABACO EN
ADOLESCENTES DEL CCH – VALLEJO.**

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

Presenta:
PEDRO SANCHEZ PEREZ

Tutora:
DRA. SANTA VEGA MENDOZA

Asesor metodológico:
DRA. MARIA DEL PILAR DEYANIRA LAVIELLE SOTOMAYOR

Generación 2008 – 2011

MÉXICO D.F.

2010



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.

TUTORA

**DRA. SANTA VEGA MENDOZA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
UMF NO. 20**

ASESORA METODOLÓGICA

**DRA. MARIA DEL PILAR DEYANIRA LAVIELLE SOTOMAYOR
INVESTIGADOR ASOCIADO B, CMN SIGLO XXI,
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO OD.**

Vo. Bo.

**DRA. MARÍA DEL CARMÉN AGUIRRE GARCÍA
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
COORDINADORA DE ENSEÑANZA DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR UMF NO. 20**

Vo. Bo.

**DRA. VICTORIA PINEDA AQUINO
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
COORDINADORA DELEGACIONAL DE INVESTIGACION EN SALUD DELEGACION
NORTE.**

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

Hoy como cada día le doy gracias a dios por haberme permitido existir y conocer este maravilloso mundo lleno de alegrías y satisfacciones.

Le dedico este y todos mis triunfos (que también son de ella) a la maravillosa mujer que me dio la vida, que comparte conmigo, cada desvelo, llanto y cada alegría, quien día a día se preocupa por hacerme una mejor persona, siempre está ahí incondicionalmente, me educa y me cuida a cada instante.

Al hombre al que tengo la dicha de llamarlo papá quien siempre tiene las palabras correctas, quien siempre a sido comprensivo conmigo y que se que me ama muchísimo al igual que yo.

A mis dos grandes ejemplos a mis hermanos que me enseñan que la vida es lo más maravilloso que tenemos, a quienes admiro, y he tratado de seguir sus pasos, gracias por alentarme y ayudarme en todo momento.

A mi esposa Carolina y mi hija Sofia que a través de sus alegría, sus sonrisas, me invita a seguir descubriendo la vida.

A mi mejor amiga Nancy quien ha sido como una hermana conmigo, a quien le agradezco que me haya hecho una mejor persona. Mil gracias por tus consejos pero sobre todo por tu amistad.

A mis asesores a quienes les agradezco su tiempo, sus consejos, su apoyo para poder realizar este proyecto, a mis compañeros de la residencia de quien he aprendido, y muy especialmente a la Dra. Santa Vega Mendoza y la Dra. Maria del Carmen Aguirre Hernández por enseñarme a amar y defender la mejor especialidad **medicina familiar**.

ÍNDICE	PÁGINA
TÍTULO	
RESUMEN	
MARCO TEÓRICO	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	08
JUSTIFICACION	09
HIPÓTESIS	11
OBJETIVOS	12
SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS	13
RESULTADOS.	27
DISCUSIÓN	34
CONCLUSIONES	36
RECOMENDACIONES	38
REFERENCIAS	40
ANEXOS	44

**FACTORES FAMILIARES QUE TIENEN MAYOR
INFLUENCIA SOBRE EL CONSUMO DE TABACO EN
ADOLESCENTES DEL CCH – VALLEJO.**

STRUCTURED ABSTRACT.

FAMILY FACTORS THAT HAVE MORE INFLUENCE ON TEENS IN CONSUMPTION OF SNUFF CCH - VALLEJO.

SÁNCHEZ-PÉREZ PEDRO ¹, VEGA-MENDOZA SANTA ².
LAVIELLE-SOTOMAYOR MARIA DEL PILAR ³

1THIRD YEAR FAMILY MEDICINE RESIDENT, 2 SPECIALIS IN FAMILY MEDICINE 3 RESEARCH IN TEACHER EDUCATION.

OBJECTIVE. Identifying family factors that influence the consumption of snuff by teenagers of the College of Sciences and Humanities Vallejo. **MATERIAL AND METHODS.** Analytical Traversal of 932 adolescent women and men of CCH Vallejo that cover both shifts. Informed consent was applied to an instrument for sociodemographic assessment, typology, function and family dynamics, reasons for smoking and presence or absence of smoking. The analysis of results was through measures of central tendency, frequencies and percentages Chi2. **RESULTS.** Prevalence of female adolescents in a 56.3% (n = 525), age 16 to 17 years 59.3% (n = 553), the father's education 69.6% (n = 650) basic and the mother 80.6% (n = 742) Basic, the father is engaged to be employed 61.7% (n = 575) and mother to the home 48.9% (n = 456). The modern family type is 60.8% (n = 567) according to the role of mother and nuclear 62.1% (n = 579), the dysfunctional family dynamics are present in all areas: hierarchy 47.3% (n = 441) centrality 53.1% (n = 495), limits 62.6% (n = 583), control 54.7% (n = 510), alliances 49.9% (n = 465), affects 48.5% (n = 452), communication 59.4% (n = 554), a chaotic adaptation 55.4% (n = 516) and cohesion unrelated 35.8% (n = 333). 30% (n = 282) of teens smoke, the main reasons that border to smoke are: to peacefully 14.1% (n = 131), out of curiosity 11.1% (n = 103), feel anguish 10.3% (n = 96). Factor related to smoking is family typology (p = 0.01). **CONCLUSIONS.** The aim of the family functionality and family dynamics are not related to smoking, except that its structure is nuclear type.

KEY WORDS: Smoking, family functioning, adolescent.

RESUMEN ESTRUCTURADO

FACTORES FAMILIARES QUE TIENEN MAYOR INFLUENCIA SOBRE EL CONSUMO DE TABACO EN ADOLESCENTES DEL CCH – VALLEJO.

SÁNCHEZ-PÉREZ PEDRO ¹, VEGA-MENDOZA SANTA ².
LAVIELLE-SOTOMAYOR MARIA DEL PILAR ³

1 RESIDENTE TERCER AÑO MEDICINA FAMILIAR, 2 MEDICO FAMILIAR, 3 MAESTRO EN INVESTIGACION EDUCATIVA

OBJETIVO. Identificar los factores familiares que tienen influencia en el consumo de tabaco por adolescentes del Colegio de Ciencias y Humanidades Vallejo.

MATERIAL Y MÉTODOS. Transversal analítico de 932 adolescentes mujeres y hombres del CCH Vallejo que cubren ambos turnos. Previo consentimiento informado se aplicó un instrumento de evaluación para aspectos sociodemográficos, tipología, funcionalidad y dinámica familiar; motivos para fumar y presencia o no de tabaquismo. El análisis de resultados fue mediante medidas de tendencia central, frecuencias y porcentajes y Ji^2 . **RESULTADOS.** Predominio de adolescentes mujeres en un 56.3% (n=525), edad 16 y 17 años 59.3% (n=553), la escolaridad del padre 69.6 % (n=650) básica y la de la madre 80.6% (n=742) básica, el padre se dedica a ser empleado 61.7% (n=575) y la madre al hogar 48.9% (n=456). El tipo de familia es moderna 60.8% (n=567) de acuerdo al rol de la madre y nuclear 62.1% (n=579), la dinámica familiar se presentó disfuncionalidad en todas las áreas: jerarquía 47.3% (n=441), centralidad 53.1% (n=495), límites 62.6% (n=583), control 54.7% (n=510), alianzas 49.9% (n=465), afectos 48.5% (n=452), comunicación 59.4% (n=554); una adaptación caótica 55.4% (n=516) y cohesión no relacionada 35.8% (n=333). El 30% (n=282) de los adolescentes fuma; las principales motivos que orillan a fumar son: obtener tranquilidad 14.1% (n=131), por curiosidad 11.1% (n=103), sentirse angustiados 10.3 % (n=96). Factor relacionado a tabaquismo es tipología familiar (p=0.01) **CONCLUSIONES.** El objetivo de la familia la funcionalidad y la dinámica familiar no están relacionadas con el tabaquismo; excepto por su estructura que esta sea de tipo nuclear.

PALABRAS CLAVES: Tabaquismo, funcionamiento familiar, adolescente.

ANTECEDENTES.

El concepto de tabaquismo ha evolucionado mucho en las últimas décadas. De hábito en los años 60, el consumo pasó a ser considerado como dependencia en los 70, a mediados de los 80 el tabaquismo fue enunciado como una adicción y durante los años 90 se instauró la clínica del fumador (1).

Este concepto vuelve a sufrir modificaciones cuando el U.S. Surgeon General publica su informe de 1988, alterando los criterios primarios para la drogadicción del tabaco y presentando sus nuevas conclusiones que definían claramente el efecto psicoactivo de la nicotina:

1. Los cigarrillos y otras formas de tabaco son adictivas.
2. La nicotina es la droga del tabaco que crea adicción.
3. Los procesos farmacológicos y conductuales que determinan la adicción son similares a aquellos que determinan la adicción a drogas tales como la heroína y cocaína (2).

Hoy en día la evidencia científica generada en los últimos 40 años demuestra que el tabaco es uno de los productos más nocivos para la salud y que la nicotina es una sustancia que induce adicción, por lo que el combate a su consumo se ha convertido para todos los sistemas de salud del mundo en una prioridad, toda vez que el tabaco es una de las principales causas prevenibles de enfermedad y muerte (3).

La nicotina es la sustancia responsable de la dependencia que ocasiona el tabaco; en ocasiones se habla de dependencia del tabaco porque la dependencia se instaura con relación a labores de tabaco concretas, a cuyas propiedades y características se asocia el consumo (4).

El grado de dependencia que produce la nicotina es variable, y depende por una parte del producto que se consume y por otra de la relación que se establezca entre la persona y el tabaco.

Un problema de salud pública mundial es el consumo de tabaco. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el tabaquismo representa la segunda causa principal de muerte en el mundo; esto supone casi cinco millones de muertes cada año. Los cálculos de la OMS señalan que para el año 2020 causará el doble de defunciones que las actuales, esto es, cerca de 10 millones de muertes (5).

Esta elevada cifra contrasta de forma notable con las cifras que publicó hace seis años la propia OMS, basadas en el consumo de aquel tiempo; en esa oportunidad se señalaba que en el año 2020 habría 8.4 millones de muertes anuales por enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco. 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 (6).

Además de la magnitud de la epidemia deben agregarse los costos elevados consecutivos al consumo de tabaco, en particular en países en vías de desarrollo. Estos costos incluyen los de la atención de las enfermedades secundarias al tabaquismo, la muerte en edades productivas y la disminución de la productividad en los enfermos, entre otros. Sin embargo, el panorama es aún más sombrío al considerar la relación estrecha entre el tabaquismo y la pobreza, ya que de acuerdo con la OMS, las familias de escasos recursos ocupan hasta 10% del gasto familiar para adquirir tabaco, lo que a su vez modifica la dinámica familiar al disponer de menores recursos para la alimentación, la educación y la atención a la salud (7).

La prevalencia de tabaquismo reportado por ENSANUT 2006 entre adolescentes de 10 a 19 años de edad fue de 7.6% en México. Los resultados muestran diferencias en la prevalencia de tabaquismo entre hombres y mujeres conforme aumenta la edad; 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%).

Tomando en cuenta el tamaño de la localidad, los resultados señalan que la prevalencia de tabaquismo en las zonas metropolitanas sobrepasa la prevalencia de las zonas urbanas y

rurales. Así, mientras que en zonas metropolitanas fue de 10.6%, la prevalencia en zonas rurales fue de 3.7%. Al analizar por grupos de edad, la mayor proporción de tabaquismo (23%) se encontró en poblaciones metropolitanas de 16 a 19 años, lo que equivale a casi 1 millón de fumadores adolescentes (8).

Recientemente se han incrementado las medias en todo el mundo para reducir el tabaquismo y la exposición ambiental al tabaco. Estas medidas han sido exitosas y la prevalencia del tabaquismo se ha declinado más de 15% en 25 años. Sin embargo la reducción vista en adultos no se ha señalado en adolescentes (8).

La prevención del tabaquismo en adolescentes se basa en la observación de que si el tabaquismo no inicia durante la adolescencia a diferencia de lo que ocurre; los datos que indican que la probabilidad de suspender el tabaquismo entre adultos tiene una relación inversamente proporcional a la edad de inicio (9).

Una vez que el tabaquismo ha comenzado es difícil suspenderlo; por ejemplo se ha estimado que la edad media para suspender el tabaquismo que inicia en la adolescencia es de 33 años para los hombres y 37 años para las mujeres. Basado en una media que inicia de entre 16 a 17 años; la predicción de duración de tabaquismo en 50% de los adolescentes será entre 16 y 20 años respectivamente para hombres y mujeres (10).

Relación fumador-tabaco

Cada fumador tiene su propia historia y los efectos psicoactivos de la nicotina pueden ser utilizados con diversos fines: afrontamiento de situaciones de estrés o incertidumbre, como recurso para *engañar* el hambre, como herramienta para relacionarse con otras personas, para buscar concentración en el trabajo, para aliviar el malestar de los síntomas de privación, etc. (11)

Conocer qué aporta el tabaco a cada fumador es una de las claves de la prevención de recaídas y, por tanto, una herramienta básica para realizar un tratamiento adecuado; si no se hace (lo cual frecuentemente puede ocurrir cuando se abandona el tabaco por sí mismo), casi siempre se está en una situación más vulnerable, en la que el riesgo de recaída es

mucho más elevado (12).

La nicotina se encuentra entre las sustancias más adictivas conocidas. Esto viene refrendado por los siguientes hechos: *a)* presenta alta adictividad en los modelos animales de administración; *b)* quienes buscan tratamiento por su adicción a la heroína, cocaína o al alcohol afirman que dejar de fumar les resulta al menos tan difícil como abandonar su droga problema; *c)* tras levantarse, uno de cada 6 fumadores enciende su primer cigarrillo antes de que transcurran 5 min, y la mitad antes de la media hora; *d)* un 50% de los fumadores nunca ha permanecido 7 o más días sin fumar en los últimos 5 años y un 30% no lo ha estado nunca; *e)* los fumadores suelen mostrar patrones típicos de consumo, y *f)* pese a sus deseos e intentos por abandonar el tabaco, sólo la mitad de aquellos que han sido fumadores regulares se convierten en ex fumadores (13).

Muchos grandes fumadores se comportan —inconscientemente— como si estuvieran intentando ajustar su concentración de nicotina dentro de límites relativamente estrechos. Cuando se les da cigarrillos con un elevado contenido de nicotina, ellos reducen el número fumado y alteran sus patrones habituales, alcanzando así concentraciones plasmáticas de nicotina sólo algo superiores a las que están acostumbrados. Lo contrario también se observa (13).

Propiedades reforzadoras de la nicotina

En la actualidad está fuera de discusión el potencial adictivo de la nicotina, sus propiedades reforzadoras (14). Éstas pueden ser debidas a:

— Aumento de la concentración de dopamina extracelular en el núcleo *accumbens*. Aunque esta acción reforzadora primaria es debida a la estimulación de receptores nicotínicos, parte de la acción reforzadora puede deberse a una desensibilización de los receptores nicotínicos (14).

— Los fumadores que reciben 1-2 mg de nicotina intravenosa (i.v.) definen los efectos como placenteros; en escalas ideadas para medir efectos euforizantes, la nicotina presenta puntuaciones elevadas, aunque no tanto como la morfina y la anfetamina, por ejemplo (14).

— Fumar produce, en fumadores, un alivio inmediato de la sintomatología de

abstinencia, sea ésta sutil o florida. Esto puede ejercer una notable influencia reforzadora, ya que libera de una situación desagradable (reforzamiento negativo). Si bien en bastantes personas este factor carece de importancia, en muchas otras puede tener una considerable importancia y los síntomas de abstinencia, algunos de los cuales duran bastante, pueden contribuir a la dificultad del abandono. La reversión de síntomas de abstinencia (especialmente detectables al levantarse por la mañana tras el período nocturno de privación) puede también contribuir a varios de los efectos *positivos* que los fumadores suelen atribuir al tabaco, como ayuda a *despejarse* y a concentrarse, a la relajación y a la mejora de la atención, sobre todo al realizar tareas repetitivas (14).

— Otros efectos de la nicotina (o de algún otro compuesto del tabaco) pueden actuar como reforzadores: activación y facilitación de la memoria o de la atención, disminución de la irritabilidad o del estrés, modulación del estado anímico, así como su capacidad de alterar el apetito y suprimir el aumento de peso (14).

Estímulos asociados al consumo

Lo característico de una adicción no es que existan deseos más o menos irrefrenables de consumir una sustancia; éstos pueden existir siendo fruto de un gusto o de un capricho, y no de una dependencia. Lo característico de una adicción es que estos deseos por consumir están precipitados por unos estímulos originalmente neutros a los que posteriormente fue asociado el consumo (15).

Por eso, una de las claves del tratamiento de toda adicción es el conocimiento, reconocimiento y afrontamiento de estos estímulos. Hay muchas personas que esto lo adquieren sin necesidad de ayuda profesional, otros en cambio, necesitan ayuda para este proceso.

Los estímulos asociados al consumo pueden ser múltiples: descolgar un teléfono, tomar un café, entrar en el coche, acostar a los niños, charlar con los amigos, salir a cenar o de copas, estar apurado de tiempo, estar enfadado, estar solo o aburrido, tener algo que celebrar, etc.(15)

Lo importante en estos estímulos asociados es conocerlos y saber reconocerlos. Simplemente reconocerlos puede disminuir la intensidad de las urgencias que ocasionan. Hablar con el paciente sobre qué hacer cuando éstos se produzcan, o se vayan a producir, ayuda a enfrentarse a ellos. No hay una forma unívoca de enfrentarse a un estímulo, cada persona debe desarrollar aquellos recursos que le sean más convenientes (15).

Así, por ejemplo, si fumar está asociado a descolgar el teléfono, una persona puede descolgar con la otra mano, coger un bolígrafo, meterse la mano en el bolsillo, ir a hablar a una habitación en la que nunca se ha fumado, comer un chicle o un caramelo o, en el peor de los casos, recortar la conversación. El análisis funcional de la conducta mediante autorregistro, el test de Russell (o su versión ampliada, RAM) y la escala de confianza de Bauer y Lichtenstein son útiles para que el paciente adquiera un cierto conocimiento de qué estímulos están asociados a su conducta de fumar. En cualquier caso, es imposible precisar de antemano todos los posibles estímulos que una persona concreta ha ido asociando a la conducta de fumar a lo largo de los años; muchos de ellos se manifestarán una vez que se haya empezado a dejar de fumar (15).

Mecanismos de afrontamiento y de sustitución de conductas

Es característico de las sustancias adictivas reducir el número de mecanismos de afrontamiento a la realidad. Así, mientras que una persona no dependiente dispone de variados recursos para enfrentarse a una situación de estrés, quien es dependiente sólo suele ser capaz de recurrir a la sustancia (16).

Así, ante una situación generadora de estrés (o de incertidumbre o soledad, según sea el caso), algunos fumadores siempre acuden a la nicotina. Acostumbrados durante años a enfrentarse así al estrés (o a cualquier otro estado de ánimo negativo), han ido perdiendo u olvidando recursos que en el pasado utilizaban ante esas situaciones (16).

Por este motivo, es muy relevante conocer lo que fumar aporta a cada fumador. Si no se realiza esto, es probable que el paciente desarrolle carencias o vacíos, o mecanismos alternativos deficientes, que —en ambos casos— pueden acabar precipitando la recaída (16).

— Quien usa el tabaco como herramienta de afrontamiento de estados de ánimo negativos, debe desarrollar mecanismos alternativos para enfrentarse a los mismos, ya que éstos no van a desaparecer sólo por dejar de fumar. Cuando no se desarrollan mecanismos alternativos, se aguanta un cierto tiempo (más o menos prolongado), pero al final casi siempre llega una situación que desborda la ausencia de los muros de contención. Puede ser útil preguntar a los pacientes por recursos utilizados en el pasado o por los que utilizan en situaciones en las que no fuman (p. ej., ante sus niños pequeños) (16).

— Cuando el tema del desarrollo de estrategias alternativas no es abordado en la consulta, es posible que los pacientes desarrollen mecanismos de afrontamiento que produzcan beneficios a corto plazo, pero que pueden resultar perjudiciales a más largo plazo. Ejemplos de esto son: usar la comida para enfrentarse a las situaciones de nerviosismo (acaba siendo devastador), renunciar a salir con los amigos (puede ser útil sólo temporalmente), no buscar placeres alternativos en quienes consideran que fumar es su único placer (origina una sensación de frustración o de vacío notable) (17).

Así la prevención del tabaquismo en la adolescencia es un componente esencial en los esfuerzos para reducir la prevalencia del tabaquismo.

Aunque los programas educativos disponibles han demostrado efectividad a corto plazo para reducir la prevalencia del tabaquismo en la adolescencia, no han sido exitosos a largo plazo; encontrándose que las diferencias entre el grupo caso y control en el consumo de tabaquismo desaparecen completamente en un periodo de 6 años (18).

Es así que existe la necesidad de continuar investigando una etiología del tabaquismo en adolescentes.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El tabaquismo en adolescentes constituye un grave problema de salud pública y tiene además, importantes consecuencias negativas que trascienden en el ámbito de la salud individual, repercuten en la familia, en la escuela, en el trabajo y en la sociedad. La determinación de factores que pueden condicionar la aparición del tabaquismo es una prioridad para que posteriormente sea posible el empleo de una estrategia educativa pues algunos de sus componentes como la ignorancia y curiosidad se han asociado a la ocurrencia, curso clínico y control de las adicciones. La modificación de estos factores puede prevenir la aparición de adicciones o cambiar su historia natural.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

¿CUALES SON LOS FACTORES FAMILIARES QUE INFLUYEN EN EL CONSUMO DE TABACO POR ADOLESCENTES?

JUSTIFICACIÓN

El tabaquismo no es fundamentalmente un problema médico, es un problema de salud pública. De hecho, el consumo de tabaco constituye el principal problema de salud pública de la mayor parte de los países desarrollados y, si no se consigue cambiar las tendencias, lo va a ser en los países en vías de desarrollo (16).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera al tabaquismo, junto con la malaria, una de sus líneas prioritarias de actuación. En los países occidentales, un 20-40% de la población adulta es fumadora crónica; gracias a una publicidad específica y agresiva, prácticamente son las mismas cifras para jóvenes (17).

La adolescencia y la primera juventud son las épocas de la vida en que mayor influencia tienen los amigos en la vida de los adolescentes al mismo tiempo que las relaciones con los padres. En el grupo de amigos, el adolescente diluye inseguridades, conflictos, emociones dolorosas, dudas, etc. a través de la comunicación con personas que experimentan similares preocupaciones.

Los factores relacionados con la génesis del consumo de drogas se han agrupado en tres grandes categorías: factores personales, influencias microsociales e influencias ambientales globales. Los factores personales o individuales se refieren a una serie de rasgos de personalidad que hacen más vulnerables a los sujetos para iniciarse al consumo de sustancias psicoactivas, características tales como: inconformidad social, bajo rendimiento académico, independencia, rebeldía, tendencia a la búsqueda de sensaciones nuevas e intensas, tendencias antisociales tempranas, etc. (18).

Factores microsociales (entorno próximo). En el entorno familiar se pueden presentar circunstancias y ciertos factores que favorecen el acercamiento de los jóvenes al consumo de drogas. El joven, está continuamente expuesto a modelos que presentan conducta adictiva. El consumo por los padres y los profesores de drogas legales como el tabaco, alcohol y fármacos es motivo de observación por los hijos o alumnos.

La falta de comunicación real entre padres e hijos, la falta de dedicación de los padres a la educación de los hijos o el deficiente control por un excesivo liberalismo en la educación son, sin duda, factores generales relacionados con la educación que deviene de una inadecuada formación de los jóvenes. Actitudes de sobreprotección o actitudes rígidas, actitudes ambiguas frente a las drogas (19).

Los factores sociales o ambientales; el tabaco esta en las calles y en las escuelas, en la música y en los medios de comunicación, en los clubes, en los lugares que frecuentan los jóvenes y es por lo tanto un problema social e institucional como familiar. Estos factores de riesgo constituyen las circunstancias, condiciones o características que aumentan la probabilidad de incurrir en el consumo de tabaco. Sin embargo, los factores de riesgo no pueden tomarse como causas directas sino simplemente como elementos que incrementan la probabilidad de que el tabaquismo se presente por lo que es importante detectarlos e incidir en ellos para evitar la presencia de tabaquismo en los adolescentes (20).

HIPÓTESIS DE TRABAJO

Los factores familiares tienen influencia en el consumo de tabaco por adolescentes del Colegio de Ciencias y Humanidades Vallejo.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

General

- Identificar los factores familiares que tienen influencia en el consumo de tabaco por adolescentes del Colegio de Ciencias y Humanidades Vallejo.

Particulares

- Determinar el perfil sociodemográfico del estudiante y sus familiares.
- Investigar la presencia de tabaquismo en los adolescentes.
- Investigar el componente de influencia familiar en la adquisición de tabaquismo por parte de los adolescentes.

MATERIALES Y MÉTODOS

- Tipo de estudio.
 - ✓ Por el control de la maniobra experimental por el investigador: observacional.
 - ✓ Por la captación de la información: prolectivo.
 - ✓ Por la medición de los fenómenos en el tiempo: transversal.
 - ✓ Por la presencia de un grupo control: analítico
 - ✓ Por la dirección del análisis: transversal o encuesta.
 - ✓ Por la ceguedad en la aplicación y evaluación de las maniobras: abierto.
- Definición del Universo de Trabajo

Lugar:

El estudio se realizo en el Colegio de Ciencias y Humanidades (CCH) Plantel Vallejo de la Universidad Nacional Autónoma de México que se encuentra localizado en Av. Cien Metros sin número, colonia Magdalena de las salinas delegación Gustavo A. Madero México distrito Federal

Población.

La población estudiantil a la cual se le imparte educación media superior, donde se encuentra un grupo heterogéneo de adolescentes, con un rango de edad que va desde los 14 hasta los 19 años de edad, donde solo se tiene un servicio médico de primer contacto, y se pueden encontrar un grupo de factores de riesgo y con gran campo de acción preventiva.

- Periodo de estudio

Octubre- Noviembre del 2009

MUESTRA O GRUPO DE ESTUDIO

Los adolescentes del Colegio de Ciencias y Humanidades plantel Vallejo.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población total de adolescentes del CCH Vallejo estaba constituida por 11335 alumnos del CCH Vallejo que cubrían ambos turnos.

TAMAÑO DE LA MUESTRA. Y TIPO DE MUESTRO.

De los 11 335 adolescentes del CCH vallejo cursaban en ese momento el primer semestre un total de 3558 adolescentes, tercer semestre 3501 adolescentes, finalmente quinto semestre 4276 adolescentes, se calcula tamaño de muestra, mediante el programa EPI INFO VI de la siguiente manera:

- Tamaño de la población estudiada por semestres:
- Población que cursaba primer semestre: 3558 adolescentes.

Frecuencia esperada (Prevalencia del fenómeno de estudio según ENSA): 20%

Error máximo 10%

Nivel de confianza 99%

Calculo de tamaño de muestra = 309 adolescentes que cursan primer semestre.

- Población que cursaba tercer semestre: 3501 adolescentes.

Frecuencia esperada (Prevalencia del fenómeno de estudio según ENSA): 20%

Error máximo 10%

Nivel de confianza 99%

Calculo de tamaño de muestra = 309 adolescentes que cursan primer semestre.

- Población que cursaba quinto semestre: 4276 adolescentes.

Frecuencia esperada (Prevalencia del fenómeno de estudio según ENSA): 20%

Error máximo 10%

Nivel de confianza 99%

Calculo de tamaño de muestra = 314 adolescentes que cursan primer semestre.

- Tipo de muestreo

Aleatorizado de tipo tómbola, donde se colocaron todos los grupos y de forma manual fueron elegidos los grupos de estudio:

Población que cursaba primer semestre, grupos seleccionados: 109, 111, 123, 124, 130, 132, 140, 141, 142, 143, 153, 164.

Población que cursaba tercer semestre; Grupos seleccionados: 316, 326, 327, 338, 331, 332, 335, 337, 342, 345, 352, 355.

Población que cursaba quinto semestre; Grupos seleccionados: 510, 512, 514, 520, 521, 536, 553, 557, 559, 563, 568.

- Criterios de Selección

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- ✓ Hombres o mujeres adolescentes que deseen participar
- ✓ Que sean alumnos cursando turno matutino o vespertino de CCH Vallejo.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- ✓ Adolescentes que no se encuentren interesados en participar.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- ✓ Adolescentes que no logren resolver más de 20% del cuestionario.
- ✓ Adolescentes que contesten la encuesta y posteriormente no deseen continuar en el estudio
- ✓ Encuestas que no estén correctamente contestadas

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO	INDICADOR
Tabaquismo	Inhalar y exhalar los humos producidos al quemar el tabaco	Se medirá a través de la presencia o ausencia de factores relacionados al tabaquismo	Dependiente Nominal	1. Positivo 2. Negativo
Satisfacción familiar	Es la percepción global del sujeto respecto a su situación familiar Se medio con instrumento de funcionalidad familiar. Se La calificación en general son las puntuaciones por encima de la media están indicando una vivencia satisfactoria de la propia familia. Por el contrario una satisfacción baja puede localizarse en el centil 30.	Satisfecho: con la situación actual de su familia .puntos mas de 70 Insatisfecho con la situación actual de la familia puntos menos de 70.	Nominal Independiente	1. Satisfecho 2. Insatisfecho
Funcionamiento familiar	Es el conjunto de pautas transaccionales que establece de que manera, cuando y con quien se relaciona cada miembro de la familia en un momento dado. La capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por la que atraviesa	Es un instrumento conformado por 35 reactivos que investigan 7 áreas que miden el funcionamiento dinámico, sistémico estructural de las familias. Funcional :mas de 35 puntos Disfuncional: menos de 35 puntos	Nominal Independiente	1. Funcional 2. Disfuncional
FACESIII COHESION	Instrumento desarrollado por David H. Olson y col. Integra dos dimensiones de funcionalidad familiar: Evalúa las dos principales funciones a través de 20 reactivos (10 para adaptabilidad y 10 para cohesión). COHESION: Grado de vinculación emocional que tienen los miembros de los sistemas familiares entre si; Grado de autonomia individual que puede experimentar una persona en la familia.	Cohesión: No relacionada 10 a 34 Semirrelacionada 35 a 40 Relacionada 41-45 Aglutinada 46-50	Nominal Independiente	1. No relacionada 2. Semirrelacionada 3 Relacionada 4. Aglutinada

<p>FACESIII ADAPTABILIDAD</p>	<p>ADAPTABILIDAD: Habilidad de un sistema familiar para cambiar su estructura de poder, sus roles, y sus reglas de relaciones en respuesta al esteres situacional o de desarrollo</p>	<p>Adaptabilidad 10-19 rígida 20-24 estructurada 25 a 28 flexible 29 a 50 caótica</p>	<p>Nominal Independiente</p>	<p>1. Rígida 2. Estructurada 3. Flexible 4. Caótica</p>
<p>Edad</p>	<p>Años cumplidos desde la fecha de nacimiento al momento del estudio.</p>	<p>Se medirá a través del interrogatorio directo al paciente de la fecha de nacimiento.</p>	<p>Cuantitativa de razón</p>	<p>1. 14-15 2. 16-17 3. 18 y mas</p>
<p>Sexo</p>	<p>Características fenotípicas y genotípicas que identifican al individuo como masculino y femenino.</p>	<p>Se observara directamente al Adolescente <i>a)femenino</i> <i>b)masculino</i></p>	<p>Cualitativa nominal</p>	<p>1. Hombre 2. Mujer</p>
<p>Percepción del estado de salud</p>	<p>Autoevaluación subjetiva del adolescente sobre su salud</p>	<p>Se medirá mediante pregunta específica para ello dentro del cuestionario con percepción del estado de salud 0-4: mala 5-6: regular 7- 10 buena</p>	<p>Nominal</p>	<p>1. Mala 2. Regular 3. Buena</p>

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO	INDICADOR
Nivel socioeconómico	Características de nivel sociocultural de los padres, lugar de residencia.	Se determinara el nivel socioeconómico mediante la obtención de: <ol style="list-style-type: none"> 1. Nivel escolar de los padres. 2. Ocupación de los Padres 3. Delegación donde vive la familia 	Grado de estudios ordinal Ocupación nominal Delegación nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bajo 2. Medio – bajo 3. Medio – medio 4. Alto
Escolaridad	Tiempo durante el cual se asiste a la escuela o a un centro de enseñanza	Grado de escolaridad de los padres	Nominal Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1.-No estudio 2.-primaria incompleta 3.-primaria completa 4.-secundaria incompleta 5.-secundaria completa 6.-nivel medio superior completo 6.-nivel medio superior incompleto 8.-licenciatura incompleta 9.-licenciatura completa 10.-Maestria 11.-doctorado 12.-Carrera técnica

DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO O PROCEDIMIENTO

1. Previa solicitud mediante oficios se planteo a los directivos de la institución educativa colegio de ciencias y humanidades plantel Vallejo, la posibilidad de realizar un estudio sobre tabaquismo.

2. Mediante estos acuerdos que se tomaron conjuntamente con los directivos de la institución, se planteo como coordinador de logística a la profesora titular del curso ciencias de la salud maestra Martha Silvia Castillo Trejo.

3. Posteriormente el equipo de trabajo y la coordinadora de logística tuvo las reuniones con los profesores titulares de los grupos que fueron elegidos para la realización de este estudio con el fin de obtener su autorización para facilitar la aplicación del instrumento en el horario concertado.

4. En la fecha y horario convenido con los profesores titulares y con apoyo de la coordinadora de logística, se presento el investigador con 7 colaboradores de trabajo previamente capacitados procedentes de la UMF20 para la aplicación del instrumento a los estudiantes del CCH-Vallejo.

5. En cada grupo se realizo la siguiente logística:

-Se realizo una lectura conjunta de la hoja frontal analizando las características generales e instrucciones de este instrumento (anexo2).

-Se realizo lectura conjunta de consentimiento informado y se les pidió que firmaran el mismo dando su autorización para la aplicación del instrumento, recordando que tienen la libertad de contestar o no sin repercusión alguna.

6. Se utilizo un instrumento con los siguientes apartados (Anexo 2).

6.1) DATOS SOCIO DEMOGRÁFICOS.

Características de nivel sociocultural de los padres, lugar de residencia, nivel sociocultural de los padres.

6.2) DATOS DE LA FAMILIA.

A) ESCALA DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR. Es un instrumento conformado por 35 reactivos que investigan 7 áreas que miden el funcionamiento y dinámica de las familias. Ellas son:

1.- Centralidad. Este término hace referencia al espacio que cada quien ocupa en determinado contexto.

2.- Jerarquía dimensión de autoridad que se define como el poder o derecho de tener el mando, imponer obediencia o tomar decisiones.

3.- Límites. Son las reglas que son formuladas por las familias. También se consideraron como fronteras entre una generación y otra.

4.- Alianzas. Se llama alianza a la asociación abierta o encubierta entre dos o más miembros de la familia.

5.- Comunicación. Es el intercambio de información a través de los cuales la gente se relaciona con los demás.

6.- Modos de control de la conducta. Son los patrones que una familia adopta para manejar sus impulsos y para mantener modelos de qué es bueno y qué es malo.

7.- Afectos. Las manifestaciones de bienestar o malestar que son utilizadas entre

los miembros de la familia.

B) FACES III. (FAMILY ADAPTABILITY AND COHESION EVALUATION SCALE).

El FACES III es un instrumento de auto aplicación que evalúa las dos principales funciones a través de 20 reactivos (10 preguntas impares para adaptabilidad y 10 preguntas pares para cohesión).

C) TIPOLOGIA FAMILIAR: De acuerdo a los ítems 10 a 17 que vienen en el instrumento (anexo 2) se identifico la tipología familiar la cual hace referencia a unas determinadas composiciones que permiten identificar los miembros de una familia según sus lazos de filiación, parentesco, afinidad y afecto.

D) Evaluación de conducta de riesgo para Tabaquismo.- Consiste en nueve reactivos donde se evalúan los factores que influyen sobre el adolescente hacia el consumo de tabaco (Véase anexos).

7. Posteriormente a que los alumnos terminaron el llenado del instrumento, se reviso que se encuentre sin ninguna omisión de respuesta.

8. Finalmente se agradeció verbalmente a los alumnos su participación en dicho estudio.

ANÁLISIS DE DATOS

- a) El análisis univariado se realizo con estadística de frecuencias y proporciones, utilizando programa SPSS versión 15 presentándolo en tablas y graficas según corresponda al tipo de variable a estudiar.

- b) Se llevo a cabo el análisis bivariado logística del cálculo de Chi cuadrada para determinar la asociación de factores demográficos y familiares con las conductas de riesgo en salud bucal en los adolescentes.

FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ÉTICOS.

La realización del presente estudio considero es muy factible de realizar, no habiendo inconveniente para no realizarlo, se involucran consideraciones éticas aparentes por lo que se considera necesario la realización de un consentimiento informado en el presente estudio. De acuerdo a lo establecido en el Código de Nuremberg, el cual aclara los principios básicos que regulan la realización ética de la investigación como son: capacidad de dar consentimiento, ausencia de coacción, comprensión de los riesgos y beneficios implícitos, en relación a los Principios Éticos para las Investigaciones Médicas en seres humanos entre los cuales mencionamos los siguientes; en la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano. La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados, y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno.

En cuanto a la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial hace referencia al deber del médico de promover y velar por la salud de las personas, mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos, promover el respeto a todos los seres humanos para proteger su salud y sus derechos individuales.

En 1978 se presenta el Informe Belmont: Principios éticos y pautas para la protección de sujetos humanos de la investigación. El informe establece los principios éticos fundamentales subyacentes a la realización aceptable de la investigación con seres humanos.

Toma en consideración los siguientes principios:

1.- Respeto a las Personas los individuos deberán ser tratados como agentes autónomos y segundo, que las personas con autonomía disminuida tienen derecho a ser protegidas.

2.- Beneficencia.- El concepto de tratar a las personas de una manera ética, implica no sólo respetar sus decisiones y protegerlos de daños, sino también procurar su bienestar.

3.- Justicia.

Siempre que una investigación financiada con fondos públicos de como resultado el desarrollo de aparatos y procedimientos terapéuticos, la justicia demanda que estos avances no proporcionen ventajas sólo a aquellas personas que puedan pagarlas y que tal investigación no involucre indebidamente a personas o grupos que no estén en posibilidades de contarse entre los beneficiarios de las aplicaciones subsecuentes de la investigación.

RECURSOS HUMANOS, FÍSICOS Y FINANCIEROS

FISICOS:

Papel, hojas, bolígrafos, lápices, computadora.

FINANCIEROS:

Los recursos financieros serán absorbidos por el investigador, Equipo de cómputo.

HUMANOS

INVESTIGADOR

Dra. Santa Vega Mendoza

Dra. Maria del Pilar Laville Soto Mayor

Dr. Pedro Sánchez Pérez.

RESULTADOS

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS

Se observa en el estudio que el porcentaje de mujeres fue en un 56.3% (n=525), edad predominante entre 16 y 17 años de edad en el 59.3% (n=553), la escolaridad del padre en un 69.6 % (n=650) básica y la de la madre en un 80.6% (n=742) básica, con respecto a la ocupación el padre se dedica a ser empleado 61.7% (n=575) y la madre al hogar 48.9% (n=456).

(Ver cuadro 1)

CUADRO 1: CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LOS ADOLESCENTES ESTUDIADOS

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS	FRECUENCIA (n) 932	%
SEXO		
Masculino	405	43.5
Femenino	525	56.3
No contesto	2	0.2
EDAD		
14-15	319	34.2
16-17	553	59.3
18 y mas	60	6.4
ESCOLARIDAD PADRE		
Ninguna	7	0.8
Básica	650	69.6
Licenciatura	209	22.5
Posgrado	56	6.0
No contesto	10	1.1
ESCOLARIDAD MADRE		
Ninguna	11	1.2
Básica	742	80.6
Licenciatura	145	14.6
Posgrado	32	3.4
No contesto	2	0.2
OCUPACION PADRE		
Ejecutivo	69	7.4
Empleado	575	61.7
Oficio	189	20.3
Vendedor ambulante	55	5.9
No contesto	44	4.7
OCUPACION MADRE		
Ejecutivo	33	3.5
Empleado	323	34.7
Oficio	74	7.9
Vendedor ambulante	36	3.9
Hogar	456	48.9
No contesto	10	1.1

Fuente: Factores familiares que tienen mayor influencia sobre el consumo de tabaco en adolescentes del CCH Vallejo 2009

VARIABLES FAMILIARES

El tipo de familia es de tipo moderna 60.8% (n=567) de acuerdo al rol de la madre y por su tipología es nuclear 62.1% (n=579), respecto al funcionamiento de la dinámica familiar se presentó disfuncionalidad en todas las áreas: jerarquía 47.3% (n=441), centralidad 53.1%(n=495), límites 62.6% (n=583), control 54.7% (n=510), alianzas 49.9% (n=465), afectos 48.5% (n=452); comunicación 59.4% (n=554); una adaptación de tipo caótico 55.4% (n=516) y cohesión no relacionada 35.8% (n=333). (Ver cuadro 2 y 3)

CUADRO 2: ESTRUCTURA FAMILIAR DE LOS ADOLESCENTES ESTUDIADOS

ESTRUCTURA FAMILIAR	FRECUENCIA (n) 932	%
a)ROL FAMILIAR		
Moderna	567	60.8
Tradicional	359	38.6
No contesto	6	0.6
b)TIPO FAMILIA		
Nuclear	579	62.1
Extensa	124	13.3
Compuesta	6	0.6
Reconstituida	22	2.4
Monoparental madre	176	18.9
Monoparental padre	21	2.3
No contesto	4	0.4

Fuente: Factores familiares que tienen mayor influencia sobre el consumo de tabaco en adolescentes del CCH Vallejo 2009

CUADRO 3: FUNCIONALIDAD Y DINAMICA FAMILIAR DE LOS ADOLESCENTES ESTUDIADOS

FUNCIONALIDAD Y DINAMICA FAMILIAR	FRECUENCIA (n) 932	%
A) FUNCIONALIDAD DE LA DINAMICA FAMILIAR		
JERARQUIA		
Disfuncional	441	47.3
Regularmente funcional	214	23
Funcional	271	29.1
No contesto	6	0.6
CENTRALIDAD		
Disfuncional	495	53.1
Regularmente funcional	267	28.6
Funcional	166	17.8
No contesto	4	0.4
LIMITES		
Disfuncional	583	62.6
Regularmente funcional	140	15
funcional	207	22.2
No contesto	2	0.2
CONTROL		
Disfuncional	510	54.7
Funcional	414	44.4
No contesto	8	0.9
ALIANZAS		
Disfuncional	465	49.9
Medianamente funcional	149	16
Funcional	314	33.7
No contesto	4	0.4
AFECTOS		
Disfuncional	452	48.5
Medianamente funcional	222	23.8
Funcional	250	26.8
No contesto	8	0.9
COMUNICACIÓN		
Disfuncional	554	59.4
Funcional	371	39.8
No contesto	7	0.8
B) FUNCIONALIDAD FAMILIAR (FACES III)		
ADAPTABILIDAD		
Rígida	43	4.6
estructurada	135	14.5
Flexible	233	25
Caótica	516	55.4
No contesto	5	0.5
COHESION		
No relacionado	333	35.8
Semi relacionada	293	31.4
Relacionada	219	23.5
Aglutinada	70	7.5
No contesto	17	1.8

TABAQUISMO

El 30% (n=282) de los adolescentes fuma; las principales motivos que orillan a fumar son: obtener tranquilidad 14.1% (n=131), por curiosidad 11.1% (n=103), sentirse angustiados 10.3 % (n=96), tener placer 9.1% (n=85), tener creatividad 6.2% (n=58), independencia 4.2% (n=39) y percibirse con hostilidad 2.9% (n=27) y ser aceptado 1.4% (n=13). (Ver cuadro 4)

CUADRO 4. MOTIVOS PARA EL INICIO Y FRECUENCIA DE TABAQUISMO

MOTIVOS PARA INICIAR A FUMAR	FRECUENCIA (n)	%
932		
Curiosidad		
Si	103	11.1
No	827	88.7
No contesto	2	0.2
Ser aceptado		
Si	13	1.4
No	917	98.4
No contesto	2	0.2
Independencia		
Si	39	4.2
No	891	95.6
No contesto	2	0.2
Hostilidad		
Si	27	2.9
No	903	96.9
No contesto	2	0.2
Placer		
Si	85	9.1
No	845	90.7
No contesto	2	0.2
Creatividad		
Si	58	6.2
No	872	93.6
No contesto	2	0.2
Tranquilidad		
Si	131	14.1
No	799	85.7
No contesto	2	0.2
Angustia		
Si	96	10.3
No	834	89.5
No contesto	5	0.2
Actualmente fumas		
Si	282	30
No	650	70

Fuente: Factores familiares que tienen mayor influencia sobre el consumo de tabaco en adolescentes del CCH Vallejo 2009

CARACTERISTICAS DE LOS ADOLESCENTES CON TABAQUISMO.

Las características de los adolescentes que fuman son sexo femenino 55.3% (n=156), primer y quinto semestre 33.7% (n=95) para cada uno respectivamente, nivel socioeconómico medio bajo 62.4% (n=176), edad de 16-17 años 58.8% (n=166). Percibe su salud como buena 71.6% (n=202). Familias de tipo modernas 57.4% (n=262), nuclear 61.8 (n=174), seguido de la monoparental materna 20.6% (n=58), dinámica disfuncional en todas las áreas: jerarquía 47.9% (n=135), centralidad 57.8 (n=163), límites 63.1% (n=168), control 56% (n=158), alianzas 51.4% (n=145), afecto 50.7% (n=143), comunicación 58.1 (n=164); adaptación caótica 58.9% (n=166) y cohesión no relacionada 36.9% (n=104). (Ver cuadro 5, 6, 7, 8)

CUADRO 5. RELACION ENTRE TABAQUISMO Y ESTRUCTURA FAMILIAR.

TABAQUISMO	SI n (%) 282	NO n (%) 650	p
ROL			
Moderna	162 (57.4)	385 (59.2)	0.3
Tradicional	98 (34.8)	247 (38)	
No contesto	22 (7.8)	18 (2.8)	
ESTRUCTURA			
Nuclear	174 (61.8)	404 (62.1)	0.01
Extensa	26 (9.2)	94 (14.5)	
Compuesta	5 (1.7)	1 (0.1)	
Reconstituida	6 (2.1)	16 (2.4)	
Monoparental materna	58 (20.6)	118 (18.3)	
Monoparental paterna	9 (3.2)	12 (1.9)	
No contesto	4 (1.4)	5 (0.7)	

Fuente: Factores familiares que tienen mayor influencia sobre el consumo de tabaco en adolescentes del CCH Vallejo 2009

CUADRO 6. RELACION DE TABAQUISMO Y PERCEPCION DE ESTADO DE SALUD.

TABAQUISMO	SI n (%) 282	NO n (%) 650	p
PERCEPCION DE ESTADO DE SALUD			
Salud mala	16 (5.7)	35 (5.4)	0.8
Salud regular	61 (21.6)	132 (20.4)	
Salud buena	202 (71.6)	480 (73.8)	
No contesto	3 (1.1)	3 (0.4)	

Fuente: Factores familiares que tienen mayor influencia sobre el consumo de tabaco en adolescentes del CCH Vallejo 2009

CUADRO 7. RELACION ENTRE VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS y TABAQUISMO

TABAQUISMO	SI n=282 (%)	NO n=650 (%)	p
Sexo			
Femenino	156 (55.3)	365 (56.1)	0.4
Masculino	123 (43.6)	281 (43.2)	
No contesto	3 (1.1)	4(0.7)	
Semestre			
Primero	95 (33.7)	226 (34.8)	0.8
Tercero	89 (31.5)	214 (32.9)	
Quinto	95 (33.7)	208 (32)	
No contesto	3(1.1)	2 (0.3)	
Nivel socioeconómico			
Bajo	60 (21.4)	109 (16.8)	0.2
Medio - Bajo	176 (62.4)	438 (67.4)	
Medio - Medio	42 (14.8)	92 (14.1)	
No contesto	4 (1.4)	11 (1.7)	
Edad			
14-15	91 (32.3)	224 (34.5)	0.4
16-17	166 (58.8)	386 (59.4)	
18 y mas	22 (7.8)	38 (5.8)	
No contesto	3(1.1)	2(0.3)	
Escolaridad padre			
Ninguna	0 (0)	7 (1.1)	0.2
Básica	196 (69.5)	456 (70.2)	
Licenciatura	64 (22.7)	144 (22.1)	
Posgrado	18 (6.4)	38 (5.8)	
No contesto	4 (1.4)	5 (0.8)	
Escolaridad madre			
Ninguna	4 (1.4)	7 (1.1)	0.6
Básica	217(77)	520 (79.9)	
Licenciatura	52(18.4)	93 (14.3)	
Posgrado	6 (2.1)	26 (4)	
No contesto	3 (1.1)	4 (0.7)	
Ocupación padre			
Ejecutivo	28 (9.9)	41 (6.3)	0.2
Empleado	180 (63.8)	411 (63.3)	
Oficio	56 (19.9)	153 (23.5)	
Vendedor ambulante	14 (5.0)	40 (6.1)	
No contesto	4 (1.4)	5 (0.8)	
Ocupación madre			
Ejecutivo	13 (4.6)	20 (3.1)	0.4
Empleado	104 (36.9)	217 (33.4)	
Oficio	18 (6.4)	56 (8.6)	
Vendedor ambulante	12 (4.2)	24 (3.7)	
Hogar	131 (46.5)	328 (50.5)	
No contesto	4 (1.4)	5 (0.8)	

Fuente: Factores familiares que tienen mayor influencia sobre el consumo de tabaco en adolescentes del CCH Vallejo 2009

CUADRO 8. RELACION ENTRE TABAQUISMO FUNCIONALIDAD Y DINAMICA FAMILIAR DE LOS ADOLESCENTES ESTUDIADOS

TABAQUISMO	SI n (%) 282	NO n (%) 650	p
A) FUNCIONALIDAD DE LA DINAMICA FAMILIAR			
JERARQUIA			
Disfuncional	135 (47.9)	305 (46.9)	0.8
Medianamente funcional	65 (23)	146 (22.5)	
Funcional	77 (27.3)	193 (29.7)	
No contesto	5 (1.8)	6 (0.9)	
CENTRALIDAD			
Disfuncional	163 (57.8)	330 (50.8)	0.09
Medianamente funcional	72 (25.6)	194 (29.8)	
Funcional	42 (14.8)	122 (18.8)	
No contesto	5 (1.8)	4 (0.6)	
LIMITES			
Disfuncional	178 (63.1)	400 (61.6)	0.06
Medianamente funcional	49 (17.4)	90 (13.8)	
Funcional	50 (17.7)	157 (24.2)	
No contesto	5 (1.8)	3 (0.4)	
CONTROL			
Disfuncional	158 (56)	349 (53.7)	0.2
Funcional	118 (41.9)	294 (45.3)	
No contesto	6 (2.1)	7 (1)	
ALIANZAS			
Disfuncional	145 (51.4)	317 (48.8)	0.3
Medianamente funcional	48 (17.1)	100 (15.4)	
Funcional	85 (30.1)	228 (35.1)	
No contesto	4 (1.4)	5 (0.7)	
AFECTOS			
Disfuncional	143 (50.7)	305 (47)	0.5
Medianamente funcional	64 (22.7)	157 (24.1)	
Funcional	70 (24.8)	180 (27.7)	
No contesto	5 (1.8)	8 (1.2)	
COMUNICACIÓN			
Disfuncional	164 (58.1)	386 (59.4)	0.5
Funcional	110 (39.1)	260 (40)	
No contesto	8 (2.8)	4 (0.6)	
B) FUNCIONALIDAD FAMILIAR (FACES III)			
ADAPTABILIDAD			
Rígida	13 (4.6)	30 (4.6)	0.3
Estructurada	39 (13.8)	95 (14.7)	
Flexible	60 (21.3)	173 (26.6)	
Caótica	166 (58.9)	346 (53.2)	
No contesto	4 (1.4)	6 (0.9)	
COHESION			
No relacionada	104 (36.9)	229 (35.3)	0.5
Semirrelacionada	88 (31.3)	213 (32.8)	
Relacionada	63 (22.3)	153 (23.6)	
Aglutinada	20 (7.1)	50 (7.6)	
No contesto	7 (2.4)	5 (0.7)	

Fuente: Factores familiares que tienen mayor influencia sobre el consumo de tabaco en adolescentes del CCH Vallejo 2009

DISCUSION

La prevalencia de tabaquismo en los adolescentes fue de un 30%, siendo uno de los principales factores que favorece la aparición de esta adicción es pertenecer familia nuclear y moderna ya que en más de la mitad la madre trabaja, tener una edad entre 16-17 años y ser mujer.

Las tendencias observadas en la **Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006** (ENSANUT)³⁰, reporto tabaquismo en los adolescentes hasta un 7.6% siendo menor a lo observado en nuestro estudio que determino una tercera parte de los adolescente de educación media ya son consumidores de tabaco. **Nuño-Gutiérrez y cols**²⁵ en su estudio *Prevalencia y factores asociados al consumo de Tabaco en adolescentes de una preparatoria de Guadalajara, Jalisco, México*, se observo que el tabaquismo en los adolescentes del medio urbano fue discretamente más alto en las mujeres que en los hombres (10.4 % versus 9.6 %), diferencia más acentuada en las escuelas privadas. También en tres de las ocho escuelas públicas, las mujeres tuvieron mayor prevalencia. En las escuelas rurales el tabaquismo predominó en los hombres, incluso con índices más altos que en los hombres de las escuelas oficiales. Dichos resultados son consistentes con nuestro estudio son consistentes donde también se encontró mayor prevalencia de tabaquismo en mujeres, a pesar de que los resultados solo son de nivel medio superior público estas diferencias entre hombres y mujeres muestra la transición que está ocurriendo por género y nivel socioeconómico.

Yamamoto-Kimura y cols²⁶ refiere en *Tabaquismo en adolescentes del medio rural y urbano* en 3161 estudiantes de secundaria con edades de entre 12 – 16 años se encontró la tendencia hacia un incremento considerable en la prevalencia del tabaquismo conforme aumenta la edad de los estudiantes, como muestra nuestro estudio donde a mayor edad hay mayor prevalencia de tabaquismo sin embargo vemos que la ultima generación de estos adolescentes ya se igualo el mismo porcentaje , lo que traduce que las generaciones que vienen tendrán mayor prevalencia de habito tabaquito.

Sanz y cols²⁸ en su análisis de *El conflicto parental y el consumo de drogas en los hijos y las hijas*, se encontró que la relación con los padres ejerce una importante influencia en el consumo de tabaco; así pues la presencia de conflicto entre los padres se asociaba a una mayor presencia de consumo de tabaco entre los hijos. Las variables de valoración del conflicto marital, fueron en referencia al funcionamiento familiar valorado por los hijos, la cohesión y adaptabilidad. En nuestro estudio se encontró mayor prevalencia de tabaquismo en adolescentes que pertenecen a familias disfuncionales en más del cincuenta por ciento tanto en la dinámica familiar como una adaptabilidad caótica y cohesión no relacionada aunque no se encontró una relación estadísticamente significativa.

Lloret y cols²⁹ en sus resultados obtenidos de *Relaciones familiares y consumo de tabaco en población rural*. En 584 adolescentes de entre 12 -19 años se

observo una fuerte relación entre la disponibilidad de dinero y el consumo de tabaco, revelando una relación directa entre consumo y disponibilidad económica. Los jóvenes que se declararon consumidores informan disponer de una media de 19,62 euros a la semana para sus gastos. Este dato contrasta con el del grupo de no consumidores que dispone de 12,1 euros a la semana. El estadístico de Contraste U de Mann-Whitney indico que la diferencia es estadísticamente significativa. Nuestro estudio fue consistente con estos datos encontrándose una mayor prevalencia de tabaquismo en nivel socioeconómico medio bajo, clase predominante para nuestra economía siendo la que tiene disponibilidad de consumo de tabaco, que aunque no es característico de una sola clase social.

Flay y cols ²⁷ en sus *Predictores psicosociales y diferentes predictores de tabaquismo en adolescentes* proponen cuatro estadios en el proceso de tabaquismo en los adolescentes: *no fumador*, en el que no consideran la posibilidad de fumar; *de preparación*, donde empiezan a considerar la posibilidad de fumar; la mayoría pasa al *intento*; por último, el estadio de *fumador regular*, con consumo de uno o más cigarros a la semana. En nuestro trabajo, la curiosidad por fumar y experimentar fumar, características intrínsecas del adolescente que podrían corresponder con los estadios dos y tres de Flay, se incrementaron notablemente al avanzar la edad y se asociaron con el consumo regular de tabaco. Es relevante conocer el proceso de estas conductas porque permite identificar los factores que influyen en cada estadio, sin embargo desafortunadamente en este estudio no se exploró otros factores para determinar estadio de tabaquismo como lo son cigarrillos que se fuman al día, edad de inicio de tabaquismo para determinar estadio de tabaquismo.

CONCLUSIONES.

- El predominio de adolescentes fue femenino de 16 a 17 años, padres trabajadores, nivel socioeconómico medio-bajo, con familias nucleares y modernas. Perciben a su familia disfuncional en jerarquía, límites, centralidad, control, alianzas, afecto y comunicación, además de considerarlas con adaptación caótica y cohesión no relacionada.
- Los principales motivos que los llevaría a fumar fueron obtener tranquilidad, curiosidad y no sentirse angustiados.
- El 30% de los adolescentes refirió tener tabaquismo
- De los adolescentes con tabaquismo fueron en más del cincuenta por ciento del sexo femenino, primero y quinto semestre, con 16 a 17 años, tener familias nucleares y modernas, además de estar en familias disfuncionales en todas las áreas mencionadas y adaptación caótica y cohesión no relacionada.
- El factor más relacionado al tabaquismo fue el tipo de familia según su estructura: nuclear.

Como sabemos en la etapa del adolescente la familia, escuela y medio social son tres elementos que están en constante comunicación, cualquier incidencia en alguno de ellos tendrá repercusión en el conjunto del sistema, 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 los modelos en función a la clase social cultura y subcultura a los que pertenece, haciendo que el adolescente aprenda y asuma roles, hábitos, normas, costumbres, actitudes en general y tradiciones de la sociedad, comunidad a través de una evolución del aprendizaje creciente llamado proceso de socialización, observando que con la transición histórica donde mujer se introduce al trabajo laboral, el papel de madre y cuidado de los hijos esta cambiando todos estos aspectos antes referidos, por lo que el adolescente esta desorientado en cuanto hasta donde esta su responsabilidad y autonomía para la toma de decisiones aun en relación a su salud.

Entre las limitaciones de este trabajo es necesario señalar que los efectos en este estudio solo pueden ser interpretados como relación entre las variables y no como relaciones causales, ya que es de tipo transversal.

El nivel de tabaquismo notificado por los escolares no se confirmó con frecuencia y cantidad de cigarrillos al día, tiempo de evolución del mismo o con mediciones biológicas de nicotina o monóxido de carbono, por lo que se podría subestimar la el grado de este, para tomar medidas de manejo, debido a que el patrón de

consumo de tabaco en los adolescentes es esporádico cuando inician este hábito, tardan aproximadamente dos años para que se establezcan como fumadores regulares, momento en el que estas sustancias se detectarían con mayor precisión.

RECOMENDACIONES

Los resultados encontrados en este estudio han contribuido a tener una mejor comprensión del tabaquismo entre los adolescentes del CCH Vallejo. Los datos obtenidos serán utilizados para diseñar una intervención educativa dirigida a disminuir esta adicción.

De los elementos que podrían ser considerados para el diseño de la intervención educativa se encuentra en primer lugar la prevalencia ya que sería posible realizar una medición posterior que, comparará el porcentaje basal con la prevalencia al final de la intervención para medir el impacto de la misma.

Las sesiones y materiales educativos pueden incorporar aspectos y dinámicas que propicien la reflexión alrededor de los espacios y sitios donde los adolescentes fuman, así como la adicción en el seno del núcleo familiar que propicia el inicio en los jóvenes de la propia adicción al tabaco.

Los jóvenes deben ser críticos y tomar conciencia de la trascendencia que sus comportamientos tendrán para su futuro y estado de salud. En numerosas ocasiones sin embargo, sin darse cuenta pueden estar imitando comportamientos de sus profesores, o de sus padres, por tener estos una importante función modélica y educadora.

La mejor manera de prevenir el tabaquismo es evitar que los adolescentes se inicien en el consumo de cigarrillos, por lo que se necesitan estrategias específicas para adolescentes con mensajes acordes a su edad y contexto social en donde se encuentran para poder tener el impacto que se quiere.

A los adolescentes ya fumadores se debe brindarles la atención necesaria para dejarlo, usando los recursos de clínicas antitabaco, asistencia psicológica, familiar y social.

Acciones sugeridas para prevenir la iniciación en el consumo

- Crear, campañas informativas y de prevención, tan atractivas como las que realizan las marcas de cigarrillos para fomentar el consumo.
- Reducir el número de jóvenes que empiezan a fumar y retrasar el momento del inicio
- Reducir el número de fumadores, aconsejando y apoyando al mayor número posible que desee y deba dejarlo.
- Promover en los fumadores que no puedan dejarlo, el consumo de cigarrillos menos nocivos (bajos en nicotina, con filtro, etc.)

- Proteger a los no fumadores de los efectos nocivos del humo del tabaco

Los jóvenes pueden y deben ser militantes en la lucha contra el tabaco. Pueden promover la creación de espacios libres de humo. Apoyar a los profesores en las medidas que se adopten contra el consumo y si los profesores son fumadores exigirles que cumplan la ley y no facilitar el consumo del tabaco, de manera que fumar no sea cómodo y placentero.

Dejar de fumar

El dejar de fumar es un proceso largo, suelen pasar unos tres años hasta verse libre de los efectos perniciosos, desintoxicarse, y no recaer en la adicción de nuevo. Es un proceso individual, particular, que exige una gran fuerza de voluntad.

Se sugiere realizar programas informativos en dos bloques:

- Información general sobre el tabaquismo
- Consejos prácticos para dejar de fumar: Sobre deshabitación; sobre alimentación y sobre la forma de abordar el abandono.

Pero siempre es posible dejar de fumar. En las instalaciones universitarias se puede contar con la ayuda de profesionales de la salud, Médicos y Enfermeras, a los que es fácil acudir, basta pedir una cita.

Actualmente la UNAM cuenta con centro medico universitario para población estudiantil, que se incluyen los de nivel medio superior, superior, posgrado es importante informarles sobre la disponibilidad de este servicio, los horarios, solicitud de cita.

Agradecimientos

Expresamos nuestro agradecimiento a todos los alumnos del Colegio de Ciencias y humanidades Vallejo que participaron en este estudio.

REFERENCIAS

1. Alonso F; Secades R. Duarte G. ¿Son eficientes los tratamientos psicológicos para dejar de fumar? *Trastornos Adictivos* 2007; 9(1):21-30.
2. Álvarez E; Puello A., Teixeira J. La evolución del concepto de tabaquismo. *Revista Salud Pública, Rio de Janeiro*, 21(4):999-1005, jul - ago, 2005
3. Ayesta F; Lorza J. Tabaquismo pasivo: importancia. *Trastornos Adictivos* 2007;9(1):53-8
4. Ayesta F; Alvarez E; Texeira J. Tabaquismo: una adicción que nos concierne. *Trastornos Adictivos* 2004;6(2):71-7
5. Baena A; Quesada M. El papel integrador y complementario de las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación en el control y tratamiento del tabaquismo. *Trastornos Adictivos* 2007;9(1):46-52
6. Bedialauneta A; De la Rosa, L. Ayesta F.J. Control del tabaquismo. Perspectivas futuras. *Trastornos Adictivos* 2004;6(2):125-34
7. Carmo J; Gonzalez L. La evolución del concepto de tabaquismo. *Revista Salud Pública, Rio de Janeiro*, 21(4):999-1005, jul - ago, 2005
8. Cortijo C; Fuentes P. Toxicidad derivada del consumo de tabaco. *Trastornos Adictivos* 2004;6(2):89-94.
9. Delgado B; Bautista R; Candido J. Diferencias de genero en el consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de secundaria. *Salud y drogas* 2005 Vol. 5 No 2, pp. 55-66

10. Del Pozo J; Esteban A; Nuez C; Gonzalez A. Tratamiento del tabaquismo en la Comunidad Autónoma de La Rioja. *Trastornos Adictivos* 2007;9(1):6-13

11. Ding A; Berger K. Curbing adolescent smoking. *Yale Journal of Biology and Medicine* Volumen 78, año 2005, pp. 37-44

12. Kuznar B; Brajer B; Batura H.. Tobacco Promotion and the Initiation of Tobacco Use: Assessing the Evidence for Causality. *Pediatrics* Volumen 117, Numero 6, Junio 2006

13. Kuri P; González J; Cortes M. Epidemiología del tabaquismo en México. *Salud pública de México / vol.48, suplemento 1 de 2006.*

14. Otero M; Del Pozo J; Ayesta F. El tabaquismo como trastorno adictivo. *Trastornos Adictivos* 2004;6(2):78-88

15. Martín F; Muñoz M; Graña J. Tratamiento farmacológico del tabaquismo. *Trastornos Adictivos* 2003;4(0):103-12.

16. Molero A; De la Rosa L. Psicofarmacología de la nicotina y conducta adictiva. *Trastornos Adictivos* 2005;7(3):137-52.

17. Ribisl K; Seline L; Pierce J. The potential of the internet as a medium to encourage and discourage youth tobacco use. *Tobacco Control* 2003;12(Suppl 1):i48–i59.

18. *Rivas I; Lopez M. Factores que incidieron en el consumo de drogas lícitas e ilícitas. Crea Ciencia, Año 4, No.6: 7-12*

19. Rodríguez M; Santamaría J. Semejanzas y diferencias entre la dependencia de la nicotina y el resto de dependencias. *Trastornos Adictivos* 2007;9(1):39-45

20. Rojo G; Ramirez A; Andrade D. Terapia Ocupacional en el tratamiento de las adicciones. *Trastornos Adictivos* 2008;10(2):88-97.
21. Sobradie N; García V. Consumo de tabaco y patología psiquiátrica. *Trastornos Adictivos*. 2007;9(1):31-8
22. Suzanne T; Pederson L; Bremer H. Psychosocial factors related to adolescent smoking: a critical review of the literature. *Tobacco Control* 1998;7:409–420
23. Veiga S; Martín F; Corral P. Abordaje del tabaquismo: intervención mínima y herramientas psicológicas. *Trastornos Adictivos* 2004;6(2):95-102
24. Yang K; Conrad C; Bandura A. Smoking among adolescents in China *International Journal of Epidemiology* 2004;33:1103–1110
25. Nuño B; Alvarez J; Madrigal E; Rasmussen B. Prevalencia y factores asociados al consumo de Tabaco en adolescentes de una preparatoria de Guadalajara, Jalisco, México. *Salud mental*, volumen 28 No.5 pp: 64-70, octubre 2005.
26. Yamamoto L; Posadas C; Mendez I; Cardoso G; Posadas R. Tabaquismo en adolescentes del medio rural y urbano *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social* 2008; 46 (5): 511-518
27. Flay B; Hu F; Richardson J. Psychosocial predictors of different stages of cigarette smoking among high school students. *Prev Med* 1998;27:A9-A18.
28. Sanz M; Martínez A; Iraurgi I; Muñoz A; Galíndez E; Cosgaya L; Nolte M. (2004). El conflicto parental y el consumo de drogas en los hijos y las hijas. *Adicciones* 2008, vol 8, pp: 177-191.

29. Lloret D; Segura C. Relaciones familiares y consumo de tabaco en población rural. Salud y drogas 2008, Vol. 8, nº 2, pp. 119-135.

30. Olaiz G; Rivera J; Levy T; Rojas R; Villalpando S; Hernández M; Sepúlveda J. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de SaludPública, 2006.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA.

México D.F. a _____ de _____ del 2009.

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado “FACTORES FAMILIARES QUE TIENEN MAYOR INFLUENCIA SOBRE EL CONSUMO DE TABACO EN ADOLESCENTES DEL CCH – VALLEJO”

Registrado ante el Comité Local de Investigación

Se me ha explicado que mi participación consistirá en aceptar leer cuidadosamente el siguiente cuestionario y contestar lo más honestamente posible las preguntas que se plantean en él.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio que son los siguientes:

No se pone en riesgo la integridad de los participantes

El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento (en caso de que el proyecto modifique o interfiera con el tratamiento habitual del paciente, el investigador se compromete a dar información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento).

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el instituto.

El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del participante

Investigador principal

Números telefónicos a los cuáles puede comunicarse en caso de dudas o preguntas relacionadas con el estudio, 53 33 11 00 ext. 15320.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de la presente, acepto participar en el proyecto de investigación titulado:

“FACTORES FAMILIARES QUE TIENEN MAYOR INFLUENCIA SOBRE EL CONSUMO DE
TABACO EN ADOLESCENTES DEL CCH – VALLEJO”

Registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud de la UMF 20.

El objetivo del estudio es: valorar la relación entre características de la familia y las conductas de riesgo en adolescentes que acuden al Colegio de Ciencias y Humanidades “Vallejo”.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en permitir al investigador, aplicarme una encuesta. Declaro que se me ha informado ampliamente y que no se tienen riesgos, ni inconvenientes, o molestia alguna; y si beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son: “reflexionar sobre mi conducta”. El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que se le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello cause alguna represalia en contra de mi persona.

El investigador principal me ha dado seguridad de que no se me identificará en la presentación de la información que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES "VALLEJO"
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 20

ENCUESTA DE SALUD A ESCOLARES

Esta encuesta trata sobre temas de salud y cosas que haces que puedan afectar tu salud.

Estudiantes como tú están completando esta encuesta en otros países alrededor del mundo. La información que proporcionas será utilizada para desarrollar mejores programas de salud para jóvenes como tú.

Esta encuesta tiene como finalidad conocer tu forma de pensar, tu forma de actuar y tu forma de sentir.

NO escribas tu nombre en esta encuesta. Las respuestas que suministres serán mantenidas en secreto. Nadie conocerá tus respuestas, por lo que puedes contestar con absoluta sinceridad.

Contesta a las preguntas basado en lo que realmente sabes o haces. No hay respuestas correctas o incorrectas.

Trata de responder de acuerdo a tu forma de ver las cosas y no te dejes llevar por lo que otras personas piensan.

A muchas personas les cuesta trabajo hablar acerca de sus sentimientos o de su conducta. Pero te recordamos que nadie puede saber cómo respondiste al cuestionario, por lo que no te preocupes.

No existen respuestas buenas o malas, ya que no es un examen.

GRACIAS POR TU AYUDA

1.- Edad _____ (años cumplidos) 2.- Sexo (1) femenino (2) masculino

3.- Semestre que cursas

(1) primer semestre (2) segundo semestre (3) tercer semestre

(4) cuarto semestre (5) quinto semestre (6) sexto semestre

4.- Colonia en que vives

5.- Delegación o municipio en que vives

6.- Qué enfermedades has tenido en los últimos 5 años (que el doctor te haya diagnosticado)

7.- Cómo consideras tu estado de salud actual

Muy bueno

Muy malo

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---

8.- Cuanto pesas _____ kgrs.

9.- Cuanto mides _____ cms.

10.- Cintura _____ cms.

11.- Cadera _____ cms

12.- Último grado escolar terminado por tu papá

1) No estudio

(2) Primaria incompleta (3) Primaria completa

(4) Secundaria incompleta (5) Secundaria completa

(6) Preparatoria incompleta (7) Preparatoria completa

(8) Universidad incompleta (9) Universidad completa

(10) Posgrado (11) Carrera técnica

13.- Último grado escolar terminado por tu mamá

(1) No estudio

(2) Primaria incompleta (3) Primaria completa

(4) Secundaria incompleta (5) Secundaria completa

(6) Preparatoria incompleta (7) Preparatoria completa

(8) Universidad incompleta (9) Universidad completa

(10) Posgrado (11) Carrera técnica

14.- En que trabaja tu papá

(1) ejecutivo (2) empleado (3) oficinista (4) oficio (5) artesano (6) vendedor ambulante

(7) profesionista

15.- En que trabaja tu mamá

(1) ejecutiva (2) empleada (3) oficinista (4) oficio (5) artesana (6) vendedora ambulante

(7) profesionista

16.- Marca en los cuadros correspondientes las enfermedades que presentan tus familiares

	Enfermedad física	Problemas emocionales
Papá		
Mamá		
Hermanos		

17.- Contribuye a los gastos de la familia

	si	no
Mamá		
Papá		
Ambos padres		
hermanos		
yo		

18.- Realiza los quehaceres de la casa

	si	no
Mamá		
Papá		
Ambos padres		
Hermanos		
Papás y hermanos		

19.- Actualmente tus papás están

Casados (1) Separados (2) Divorciados (3) Unión Libre (4) Viudo(a) (5)

20.- Actualmente vives con

Padres y hermanos	
Padres, hermanos y otros parientes (tíos, primos, sobrinos, etc.)	
Padres, hermanos y otros no parientes (amigos, conocidos)	
Pareja de madre o padre, hermanos o hermanastros	
Sólo mamá y hermanos	
Sólo papá y hermanos	

21.- Si tus padres están separado o divorciados, con que frecuencia tú mamá:

- Te permite que veas libremente a tu padre
(1) siempre (2) regularmente (3) casi nunca
- Se expresa positivamente de tu padre
(1) siempre (2) regularmente (3) casi nunca
- Influye positivamente en tu forma de pensar respecto a tu padre
(1) siempre (2) regularmente (3) casi nunca
- Ridiculiza a tu padre
(1) siempre (2) regularmente (3) casi nunca
- Recalca los aspectos negativos de tu padre
(1) siempre (2) regularmente (3) casi nunca
- Hace que te sientas mal por querer a tu padre
(1) siempre (2) regularmente (3) casi nunca
- Hace que tomes partido hacia ella en contra de tu padre
(1) siempre (2) regularmente (3) casi nunca
- Hace afirmaciones falsas respecto a tu padre
(1) siempre (2) regularmente (3) casi nunca
- Hace que sientas que no debes confiar en tu padre
(1) siempre (2) regularmente (3) casi nunca
- Se enoja si te expresas positivamente de tu padre
(1) siempre (2) regularmente (3) casi nunca

A continuación se te presentará una lista de adjetivos separados por seis casillas. Fíjate en

2	Mal								Bien
7									

MARCA CON UNA CRUZ X LA RESPUESTA CON LA QUE ESTÉS DE ACUERDO

	Siempre	Regularmente	Algunas veces	Nunca
1.- Mis padres y yo estamos de acuerdo en todo				
2.- Yo acudo a mis padres antes de resolver algún problema por mi mismo				
3.- A menudo me pregunto cómo se comportan mis padres cuando no estoy con ellos				
4.- Cuando mis padres y yo estamos de acuerdo, ellos siempre tienen la razón				
5.- Es mejor que en algunos temas los jóvenes pidan consejo a sus amigos que a los padres				
6.- Cuando hago algo mal, dependo de mis padres para que arreglen las cosas por mi				
7.- Hay cosas de mí que mis padres no saben				
8.- Mis padres se comportan muy diferente cuando están mis abuelos en casa				
9.- Mis padres saben todo acerca de mi				
10.- Me sorprendería ver cómo se comportan mis padres en las fiestas				
11.- Trato de tener la misma opinión que mis padres				
12.- En su trabajo, mis padres actúan muy parecido a como lo hacen en la casa				
13.- Si tuviera algún problema con un amigo, lo comentaría con mi papá o mi mamá antes de decidir qué hacer				
14.- Mis padres se sorprenderían de cómo me comporto cuando no estoy con ellos				
15.- Cuando yo tenga mis hijos, los trataré exactamente como mis padres me han tratado				
16.- Probablemente mis padres hablan de cosas muy diferentes cuando yo estoy que cuando no estoy con ellos				
17.- Cuando sea padre, voy a hacer algunas cosas diferentes de lo que mis padres hicieron conmigo				
18.- Mis padres casi nunca cometen errores				
19.- Desearía que mis padres pudieran entender quién soy yo realmente				
20.- Cuando mis padres están con sus amigos, se comportan casi igual a como lo hacen en la casa				

MARCA CON UNA CRUZ LA PERSONA QUE EN TU CASA:

1.- Es considerado el más trabajador

- 1) Nadie
 2) otro miembro que no son los padres
 3) la mamá o el papá
 4) ambos padres

2.- Organiza la alimentación en la familia

- 1) nadie
 2) todos
 3) la mamá o el papá
 4) ambos padres

3.- Es más reconocida y tomada en cuenta

- 1) nadie
 2) otro familiar
 3) un hermano (a)
 4) todos

4.- Elige los programas en la televisión

- 1) nadie
 2) otro familiar
 3) uno de los padres o los hijos de forma alterna
 4) todos, ambos padres

5.- Tiene más obligaciones

- 1) los hijos
 2) varios hijos, otro familiar
 3) uno de los padres
 4) todos o mamá y papá

6.- Intervienen cuando los padres pelean entre sí

- 1) todos
 2) los hijos
 3) otro familiar
 4) nadie

7.- Interviene en los problemas de los hijos

- 1) otro familiar
 2) otros hermanos
 3) uno de los padres
 4) ambos padres

8.- Reprende a los hijos cuando cometen una falta

- 1) todos o nadie
 2) otro familiar, otro hermano
 3) uno de los padres
 4) ambos padres

9.- Respeta los horarios de llegada a la casa

- 1) nadie, no existen horarios
 2) mamá o papá o hijos
 3) todos menos uno de los padres
 4) todos

10.- Interviene cuando uno de los padres castiga un hijo

- 1) cualquiera
 2) todos
 3) otro apoyando en ausencia de uno de los padres
 4) no ha ocurrido

11.- Se le avisa cuando se lleva un invitado a la casa

- 1) no se le avisa a nadie
 2) a uno de los hermanos aún y cuando están los padres
 3) a uno de los padres
 4) a ambos padres

12.- Participa en la economía familiar

	Padre	Madre	Hijo	hija
(4).- Trabaja y participa				
(3).- No trabaja y participa				
(2).- No trabaja				
(1).- Trabaja y no participa				

13.- Sustituye las obligaciones cuando no se puede hacer responsable

- 1) nadie
- 2) los hijos sustituyen las obligaciones de los padres
- 3) los hermanos sustituyen las obligaciones de los hermanos
- 4) la mamá sustituye al papá y viceversa

14.- Toma las decisiones importantes

- 1) deciden los hijos
- 2) deciden los hijos en presencia de los padres
- 3) decide un hijo mayor en ausencia de los padres
- 4) los padres

15.- Se le avisa para ausentarse de la casa

- 1) no se avisa
- 2) se avisa a los hermanos aún y cuando están los padres
- 3) se le avisa a los hermanos mayores en ausencia de los padres
- 4) se le avisa a los padres

16.- Castiga cuando alguien comete una falta

- 1) no se castiga
- 2) alguno de los hermanos en presencia de los padres
- 3) un solo padre o uno de los hermanos en ausencia de los padres
- 4) ambos padres

17.- Cumple siempre sus promesas de premios y castigos

- 1) ni padres ni hijos cumplen
- 2) solo uno de los padres
- 3) a veces cumplen y a veces no
- 4) todos cumplen

18.- Pide ayuda si se siente triste o preocupado

- 1) nadie
- 2) pide ayuda a alguien fuera de casa
- 3) a los hermanos mayores
- 4) a los padres, hermanos mayores

19.- Salen juntos con cierta frecuencia

- 1) nunca salen o siempre salen juntos
- 2) rara vez salen todos juntos
- 3) los padres juntos o los hijos juntos
- 4) algunas veces todos juntos, algunas veces solo los padres o solo los hijos

20.- Protege a los demás

- 1) nadie
- 2) los padres exageran en su protección
- 3) uno de los padres
- 4) ambos padres, los hermanos grandes a los chicos

21.- Platica con los demás

- 1) no se platica
- 2) con otros familiares
- 3) los padres entre si, los hermanos entre si
- 4) todos platican entre si

22.- Expresan libremente sus opiniones

- 1) nadie
- 2) sólo con otros familiares
- 3) los padres entre si, los hermanos entre si
- 4) todos

23.- Tiene mejor disposición para escuchar

- 1) nadie
- 2) solo otros familiares
- 3) los padres entre si, los hermanos entre si
- 4) todos

24.- Informa a los demás sobre las decisiones importantes

- 1) nadie
- 2) otros familiares
- 3) los hermanos
- 4) los padres

25.- Supervisa el comportamiento escolar de los hijos

- 1) nadie
- 2) los hermanos, aún y cuando están los padres
- 3) los hermanos en ausencia de los padres
- 4) los padres

26.- Se responsabiliza de los hábitos higiénicos

- 1) nadie
- 2) los hermanos, aún y cuando están los padres
- 3) los hermanos en ausencia de los padres
- 4) los padres

27.- Trasmite los valores más importantes de la familia

- 1) nadie
- 2) los hermanos
- 3) un solo padre
- 3) ambos padres

28.- Organiza la reparación de las cosas en la casa

- 1) nadie
- 2) los hermanos
- 3) un solo padre
- 3) ambos padres

29.- Participa en la resolución de problemas

- 1) nadie
- 2) los hermanos
- 3) un solo padre
- 3) ambos padres

30.- Toma la decisión de vivir en algún lugar

- 1) otro familiar
- 2) los hermanos
- 3) un solo padre
- 4) ambos padres

31.- Son los más alegres o se divierten más

- 1) nadie
- 2) solo los hijos o solo los padres
- 3) casi todos
- 4) todos

32.- Estimula las habilidades de los demás

- 1) nadie
- 2) los hermanos
- 3) un solo padre
- 4) ambos padres

33.- Abraza espontáneamente

- 1) nadie se abraza
- 2) solo entre hermanos
- 3) un solo padre
- 4) todos

34.- Se enoja

- 1) casi todos se enojan entre si y se dejan de hablar
- 2) los hermanos entre si
- 3) los hijos con los padres y se dejan de hablar
- 4) casi todos se enojan entre si y arreglan los enojos hablando

35.- Ha llegado a golpear a alguien de la familia

- 1) los hijos a los padres, los padres entre si
- 2) los hijos entre si
- 3) los padres a los hijos
- 4) nadie se ha golpeado solo de juego

