



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 20

**RELACIÓN DEL CONSUMO DE TABACO CON EL NIVEL DE OPTIMISMO DE
LOS ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CCH VALLEJO**

T E S I S

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

PRESENTA:

CIENFUEGOS GARCÍA MINERVA PATRICIA

TUTOR:

DRA. LAVIELLE SOTOMAYOR MARÍA DEL PILAR

**ASESOR METODOLÓGICO:
DRA. PINEDA AQUINO VICTORIA**

**GENERACIÓN 2009-2012
MÉXICO D.F.**





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. MARÍA DEL PILAR DEYANIRA LAVIELLE SOTOMAYOR
INVESTIGADOR ASOCIADO B, CMN SIGLO XXI,
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO OD.**

ASESORA METODOLÓGICA

**DRA. VICTORIA PINEDA AQUINO
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA CLÍNICA
COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UMF NUM. 20**

Vo. Bo.

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

Vo. Bo.

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

Dedicatorias y Agradecimientos

“Cuando menos lo esperamos, la vida nos coloca delante un desafío que pone a prueba nuestro coraje y nuestra voluntad de cambio”. Paulo Coelho

Gracias Dios por esta vida maravillosa y por permitirme vivirla.

A ti Mamita, que me diste la vida, me formaste, me enseñaste, me cuidaste, y me amas por sobre todas las cosas, gracias.

A mi Padre que a pesar de los pesares está conmigo, gracias.

A mis dos grandes ejemplos: Mi tío Jorge y mi querida Mimí, por fomentarme el amor al conocimiento y la superación, gracias.

A mis hermanos, a quienes admiro tanto por su fortaleza y dedicación que han compartido conmigo, gracias.

A mi Angelito, por sus risas, su inocencia y por devolverme la Alegría, gracias.

A mi mejor amiga Brenda, a quien le agradezco por sus palabras sabias de aliento y consuelo.

A mis asesoras y profesoras, por su tiempo, dedicación y paciencia.

A mis amigos, de los cuales me llevo gratos e inolvidables recuerdos, y una amistad perdurable.

ÍNDICE

I.	ANTECEDENTES.....	1
II.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
	JUSTIFICACIÓN.....	6
III.	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	8
IV.	OBJETIVOS.....	9
V.	HIPÓTESIS.....	10
VI.	MATERIAL Y MÉTODOS.....	11
VII.	INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN.....	14
VIII.	DEFINICIÓN DE VARIABLES.....	16
IX.	ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	21
X.	DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO.....	22
XI.	FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ÉTICOS.....	23
XII.	RECURSO HUMANO, FÍSICO Y FINANCIERO.....	26
XIII.	RESULTADOS.....	27
XIV.	DISCUSIÓN.....	35
XV.	CONCLUSIONES.....	37
XVI.	RECOMENDACIONES.....	38
XVII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	39
XVIII.	ANEXOS.....	41

**RELACIÓN DEL CONSUMO DE TABACO CON EL NIVEL DE
OPTIMISMO DE LOS ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CCH
VALLEJO.**

RESUMEN ESTRUCTURADO

RELACIÓN DEL CONSUMO DE TABACO CON EL NIVEL DE OPTIMISMO DE LOS ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CCH VALLEJO.

Dra. Cienfuegos-García Minerva Patricia ¹, Dra. Lavielle-Sotomayor María del Pilar Deyanira ², Dra. Pineda Aquino Victoria ³

¹ Residente de Medicina Familiar, ² Investigador Asociado B, CMN Siglo XXI, IMSS, Hospital General de México OD. ³ Especialista en Medicina Familiar, Coordinadora Clínica de Educación e Investigación en Salud en UMF Núm. 20.

El consumo de tabaco es la segunda causa principal de mortalidad en el mundo. En México se ha identificado que el consumo de tabaco entre los adolescentes es un problema en ascenso. Dentro del ámbito de la Psicología de la Salud, existe la opinión compartida de que algunos factores de personalidad – como es el *optimismo disposicional está relacionado con este fenómeno*. **OBJETIVO.** Determinar la relación del consumo de tabaco con el nivel de optimismo de los adolescentes de nivel medio superior **MATERIAL Y MÉTODOS.** Estudio transversal analítico, se aplicó una encuesta a adolescentes del plantel del CCH Vallejo, escogidos aleatoriamente del cual se obtuvieron datos sociodemográficos, conductas de riesgo (consumo de sustancias lícitas e ilícitas, estado de salud y actividad física), consumo de tabaco y optimismo. **RESULTADOS** Se entrevistaron 1011 adolescentes, en la cual predominó el sexo femenino (54.6%). En su mayoría provenían de una familia con una estructura familiar nuclear (63%). Calificó su estado de salud favorablemente con promedio 8.35 (± 1.28). El 30.5% fuma (3 cigarros al día en promedio), consideraron que consumir tabaco es malo (95.5%), desagradable (85.3%) y peligroso (96.8%). La relación del consumo de tabaco y el nivel de Optimismo, se apreció mayor optimismo en adolescentes que consumen tabaco (11.0%) en relación con los adolescentes que no lo consumen (9.7%), sin embargo sin significancia estadística; los adolescentes de 18 y más son más optimistas ante un evento de la vida (14.4%), que los de 14-15 años de edad (5.7%). El sexo masculino es más optimista que el sexo femenino (11.3% vs 9.1% respectivamente). En cuanto a funcionalidad familiar, los que pertenecen a una familia relacionada (11.0%) y flexible (10.3%) tienen una actitud más positiva que los se encuentran en una familia no relacionada (9.2%) y estructurada (8.6%). Los resultados obtenidos señalan que el manejo de la jerarquía, la expresión del afecto y la comunicación es mejor en las familias de los adolescentes optimistas de aquellos que no lo son. **CONCLUSIONES.** El grado de optimismo no influye sobre el consumo de tabaco en los adolescentes, esto depende de varios factores.

PALABRAS CLAVE: Consumo de tabaco, adolescente, optimismo

ABSTRACT

THE RELATION BETWEEN THE TOBACCO CONSUMISM AND THE LEVEL OF OPTIMISM IN TEENAGERS THAT ASSIST TO VALLEJO CCH.

CIENFUEGOS-GARCÍA MINERVA PATRICIA, M. D. ¹ LAVIELLE-SOTOMAYOR MARIA DEL PILAR DEYANIRA, M. D. ², DRA. PINEDA AQUINO VICTORIA, M. D. ³
(1) Family Medicine resident (2) Research Associate B, CMN Soglo XXI, IMSS, Hospital General de Mexico OD.. (3) Family Medicine Specialist, Clinic Coordinator of Education and Health Reserch at UMF Number. 20.

The tobacco consume is the second main cause of mortality in the entire world. In México, we can find that tobacco between teenagers is a real problem. In Psychology of the Health, we have the share opinion that some factors of personality-like arrangement optimism are related with this phenomenon.

Objective: Determinate the relationship of tobacco consume and the level of optimism in the teenagers at High School. **Material and Methods:** Analytic Transverse Study, we applied an investigation with teenagers in the CCH, we chose them in random and we obtained a sociodemography data, risk behavior (consume of legal and illegal substances, health and physical activities), tobacco consume and optimism. **Results:** We interviewed 1011 teenagers, mainly females (54.6%). Most of them from nuclear families (63%). We qualified them healthy in a percentage of 8.35 (± 1.28). 30.5% smoke (3 cigarettes a day), they considerate that tobacco is bad (95.5%), some of them said it was unpleasant (85.3%) and dangerous (96.8%). We can see clearly that the relationship and the optimism in teenagers that consume tobacco (11.0%) in relation with the younger people that not consume (9.7%). However, we didn't find a significant result in statistics, the younger people in 18's or more, are more optimist to confront an event in their life (14.4%) , and the people between 14 – 15 (5.7%). The males are more optimist than females (11.3% vs. 9.1% respectively). In functional families, the people who belongs to a connect families (11.0%) and flexible who aren't in connect families (10.3%) they have more positive attitude than the people who aren't in connect families (9.7%) and structural (8.6%). We get that manage of hierarchy, the affect expressions, and the communication is better in the families of optimism teenagers than the rest of them. **Conclusion:** The optimism degree doesn't have an influence in the tobacco consume in teenagers, it depends on other factors.

Key words: Tobacco consume, teenagers, optimism

I. Antecedentes

El tabaquismo es la segunda causa principal de mortalidad en el mundo. Actualmente provoca una de cada 10 defunciones de adultos en todo el mundo (unos 5 millones de defunciones por año). De mantenerse las pautas actuales de tabaquismo, el consumo de tabaco provocará unos 10 millones de defunciones por año para 2020. La mitad de las personas que en la actualidad fuman, o sea unos 650 millones de personas, morirán a causa del tabaco.¹

El costo económico del consumo de tabaco es igualmente importante. Además de los elevados gastos de salud pública relacionados con el tratamiento de enfermedades causadas por el tabaco, el tabaco mata a las personas en la cúspide de su vida productiva, privando a las familias de su sustento y a las naciones de una fuerza de trabajo sana. Además, los consumidores de tabaco son menos productivos durante su vida debido a su mayor vulnerabilidad a las enfermedades. Un informe de 1994 estimaba que el consumo de tabaco ocasionaba anualmente una pérdida neta mundial de US\$ 200 000 millones, y que un tercio de esas pérdidas se registraban en países en desarrollo.¹

El consumo de tabaco es un factor de riesgo para seis de las ocho principales causas de defunción en el mundo. El tabaco mata hasta la mitad de los fumadores. Sin embargo, se consume habitualmente en todo el mundo debido a que se vende a bajo precio, se comercializa de forma agresiva, no se toma conciencia sobre los peligros que entraña y las políticas públicas contra su consumo son incoherentes.¹

La mayoría de los peligros del tabaco no se evidencian en la salud del fumador hasta años o incluso décadas después de iniciarse el consumo. Es por ello que, mientras éste aumenta en todo el mundo, la epidemia de enfermedades y muertes conexas aún no ha alcanzado su punto álgido.¹

La estrategia MPOWER de la OMS incluye las seis políticas más eficaces que pueden poner freno a la epidemia de tabaco:¹

- **Monitoring:** Vigilar el consumo de tabaco y las políticas de prevención
- **Protecting:** Proteger a la población de la exposición al humo de tabaco
- **Offering:** Ofrecer ayuda para poder dejar de consumir tabaco
- **Warning:** Advertir de los peligros del tabaco
- **Enforcing:** Hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio
- **Raising:** Elevar los impuestos al tabaco

Los primeros estudios realizados en México para conocer la prevalencia de fumadores iniciaron hace más de 20 años; sin embargo, la mayoría se llevaron a cabo en grupos de poblaciones heterogéneas o con metodología diferente, dificultando la comparación e identificación de tendencias en el ámbito nacional. La Dirección General de Epidemiología (DGE) y el Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP), de la Secretaría de Salud, realizaron la primera Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) en 1988 cuya metodología, adaptada del esquema propuesto por la OMS en 1980, permitió conocer la prevalencia y distribución del consumo de tabaco en la población urbana nacional de 12 a 65 años de edad. En 1993 se realizó la segunda Encuesta Nacional de Adicciones (ENA-1993), y para 1998 se llevó a cabo la tercera Encuesta Nacional de Adicciones (ENA-1998), con el propósito de conocer más a fondo esta problemática y así mejorar las estrategias de prevención y control del tabaquismo en México. La prevalencia de fumadores obtenida en las tres encuestas nacionales muestra un discreto incremento.²

En 1988, la prevalencia global de consumo de tabaco en población urbana entre los 12 y 65 años de edad, fue de 25.8%, mientras que en 1993 fue de 25.1%, incrementándose en 1998 a 27.7%. En cuanto a la prevalencia por sexo, ésta permaneció relativamente similar en las tres encuestas donde los hombres presentaron el mayor porcentaje de consumo.²

Durante 1988 más de 9 millones de mexicanos eran fumadores activos, la mayoría hombres (71% versus 29%). Hacia 1998, estas cifras se incrementaron a más de 13 millones de fumadores con una proporción de 67% hombres y 33% mujeres.

En 1988 la mayoría de los fumadores tenían entre 18 y 29 años de edad; para 1998 este mismo grupo de edad también presentó el mayor porcentaje de consumo (38.1%).²

En cuanto a la frecuencia, 64% fumaba diariamente en 1988; en 1993 disminuyó a 62% y para 1998 se conservó dicha tendencia a la baja con 52%. De los que fuman a diario, 49% en 1988 y 1993 eran fumadores leves (1 a 5 cigarros), mientras que en 1998 se observó un incremento a 74%, una diferencia importante. Algunos de los fumadores actuales comenzaron a fumar antes de los 18 años, aun cuando está prohibida legalmente la venta de tabaco a menores de edad. De aproximadamente 52% en 1988, la proporción de fumadores actuales que empezaron a fumar antes de los 18 años se incrementó a 61.4% para 1998.²

Algunos de los factores que contribuyen a que los niños y adolescentes sean un grupo de riesgo para el consumo de tabaco incluyen, entre otros, la facilidad de acceso a los cigarros, la presión de grupo y la promoción de tabaco. En México se ha identificado que el tabaquismo entre los niños y los adolescentes es un problema en ascenso. Asimismo, se observó en las Encuestas Nacionales que la prevalencia de fumadores adolescentes se incrementó de 7.7% en 1988, a 10.1% en la de 1993, y para la última, 1998, de 11.6%, lo que demuestra un incremento de 51% en los últimos 10 años, a pesar de que la Ley General de Salud prohíbe desde 1984 la venta de cigarros a menores de edad.²

Con el propósito de evaluar el porcentaje de expendedores de tabaco a menores de edad, y para comprobar la facilidad de compra de los adolescentes, en 1997 la DGE llevó a cabo una encuesta de accesibilidad a los cigarros en las 16 delegaciones del Distrito Federal y se comprobó que 79% de las tiendas visitadas les vendió cigarros; sólo 1% de los expendedores preguntó la edad al menor y 12% de las tiendas tenían señalamiento de la prohibición de la venta de tabaco a menores de edad, lo cual no se relacionó con la no venta del producto al menor. Resultados similares se obtuvieron en otro estudio realizado en 1999 en Ciudad Juárez, Chihuahua, donde se encontró que en 98% de las tiendas se vendieron cigarros a menores de edad.²

Como se observó en la ENA-1988, la presión de grupo, así como de los amigos, contribuyó a que 34.6% de los fumadores empezaran con esta adicción, incrementándose a 39.0% para 1993. Estos datos concuerdan con los de la encuesta de la SEP y el IMP, en donde los estudiantes señalan que más de la mitad de sus amigos fuman cigarros.²

De la encuesta de 1988, 77% opinó que la promoción de cigarros influye para que la gente fume. Resulta prioritario señalar que para lograr un impacto significativo en la reducción del tabaquismo en los adolescentes, se requiere mayor cumplimiento de la legislación vigente, que prohíbe la venta de tabaco a menores de edad, para disminuir el acceso, sensibilizar a los expendedores y a la población sobre esta problemática, así como una regulación estricta de la promoción del tabaco para que ésta no se dirija a menores.²

Dentro del ámbito de la Psicología de la Salud, existe la opinión compartida de que algunos factores de personalidad están asociados a las enfermedades físicas. En relación con este aspecto, uno de los rasgos de personalidad que últimamente ha acaparado un mayor interés ha sido el del *optimismo disposicional*, que hace referencia a expectativas positivas generalizadas de resultado, es decir, la creencia de que el futuro depara más éxitos que fracasos.³

El estudio del optimismo se inicia con la reformulación de la teoría de la indefensión aprendida de Abramson, Seligman & Teasdale (1978), como una forma de explicar las respuestas de afrontamiento a los acontecimientos negativos que les suceden a las personas en sus vidas, postulando la existencia de dos estilos explicativos: el optimista y el pesimista. El optimismo puede ser estudiado desde dos perspectivas teóricas diferentes aunque complementarias: la del estilo explicativo pesimista-optimista de Peterson y Seligman, y la del optimismo disposicional de Scheier y Carver. Según Peterson y Seligman el estilo explicativo pesimista se define como la tendencia a explicar los eventos negativos ocurridos en la vida diaria, con una causa interna a uno mismo, estable en el tiempo y con un efecto global a todos los aspectos de la vida de la persona. Por contra, el estilo explicativo optimista se refiere a la tendencia a explicar los malos acontecimientos

con una causa externa a uno mismo, inestable en el tiempo y específico de ese ámbito concreto que afecta.³

Se utilizan tres dimensiones para establecer las diferencias entre ambos estilos explicativos:

- Internalidad-Externalidad: grado en que alguien se considera responsable de un suceso.
- Estabilidad-Inestabilidad: cuando la causa del suceso está presente durante todo el tiempo; su opuesto sería la inestabilidad o la transitoriedad.
- Globalidad-Especificidad: cuando un aspecto del suceso o de su explicación domina a todos los otros aspectos de la vida de la persona; su contrario es específico o circunstancial.

De este modo, las personas optimistas tendrían estilos explicativos caracterizados por las dimensiones de externalidad, inestabilidad y especificidad, mientras que las pesimistas estarían caracterizadas por las dimensiones de internalidad, estabilidad y globalidad.³

Así, el optimismo incluye las expectativas de control sobre los resultados de nuestras propias acciones, las expectativas sobre la posibilidad de alcanzar resultados positivos en el futuro, así como un cierto componente de eficacia personal. Por otro lado, estas creencias o expectativas podrían resultar beneficiosas para la salud, en la medida en que posibilitan los procesos de ajuste vital de los individuos.⁴

De tal manera que valorar la relación posible entre optimismo y consumo de tabaco supone plantearnos que debería existir una relación entre las habilidades y capacidad de afrontamiento ante estresores psicosociales y el consumo de tabaco en los adolescentes.³

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACION

El consumo de tabaco un problema de Salud Publica. 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. 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. 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. El estudio, que se realizó en hospitales de referencia de la Secretaría de Salud, calculó un costo anual por atención médica (para la institución) de 1 464 dólares para enfermedades cardiovasculares, 628 dólares para el cáncer de pulmón y 210 dólares para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. 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. En este panorama mundial, se reconoce como un logro sin precedentes el establecimiento por la OMS del Convenio Marco para el Control del Tabaco, que permite a los países suscritos conjuntar políticas, directrices, esfuerzos y recursos para combatir el tabaco en todo el mundo. México fue el primer país en América Latina en refrendar el Convenio Marco para el Control del Tabaco tras reconocer la magnitud del problema que ocasiona el consumo de tabaco, tanto en adultos como en menores de edad. Este convenio entró en vigor el 27 de febrero de 2005, luego de que lo ratificaron más de 40 países. Mediante esta firma se demuestra que los gobiernos de los países del mundo están comprometidos con la disminución del tabaquismo y sus efectos sobre la salud de

sus poblaciones. Para el éxito de la lucha contra el tabaquismo es indispensable contar con información y análisis permanentes, con objeto de orientar las medidas de prevención y control que fortalezcan la política fiscal del tabaco, eliminar la publicidad de los productos, crear ambientes y espacios libres de humo, evitar el acceso de los adolescentes al producto, suministrar información de manera permanente a la población sobre los daños, ofrecer opciones de tratamiento a los fumadores y propiciar la sustitución de cultivos.^{1,2}

Dentro del ámbito de la Psicología de la Salud, existe la opinión compartida de que algunos factores de personalidad están relacionados con las conductas saludables. En relación con este aspecto, uno de los rasgos de personalidad que últimamente ha acaparado mayor interés ha sido el del *optimismo disposicional*, que hace referencia a expectativas positivas generalizadas de resultado, es decir, la creencia de que el futuro depara más éxitos que fracasos.³

Es de suma importancia valorar la relación entre optimismo y el consumo de tabaco; ya que supone plantearnos que debería existir una relación entre las habilidades psicosociales y el consumo de tabaco en los adolescentes.³

III. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Existe relación entre el consumo de tabaco con el nivel de optimismo de los adolescentes que acuden al CCH Vallejo?

IV. **OBJETIVOS**

a. **Objetivo General**

- i. Determinar la relación de consumo de tabaco con el nivel de optimismo de los adolescentes que acuden al CCH Vallejo.

b. **Objetivos específicos**

- Determinar la prevalencia de consumo de tabaco
- Identificar el nivel de optimismo de acuerdo estructura familiar a la que pertenecen los adolescentes
- Identificar la asociación entre el nivel de optimismo y la funcionalidad familiar que tienen los adolescentes
- Identificar la asociación entre el nivel de optimismo y la dinámica familiar que tienen los adolescentes.
- Identificar el nivel de optimismo con las conductas hacia el consumo de tabaco que presentan los adolescentes

V. **HIPÓTESIS**

“El nivel de optimismo de los adolescentes influye sobre el consumo de tabaco”

VI. MATERIAL Y MÉTODOS:

a. DISEÑO: Trasversal Analítico

b. POBLACIÓN DE ESTUDIO: Población estudiantil constituida por 11335 adolescentes que acuden del Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Vallejo que cubren ambos turnos, cursando en este momento el primer semestre 3558, tercer semestre 3501 y quinto semestre 4276.

c. MUESTRA

3.1 CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA

3.1.1 INCLUSIÓN

- Que sean alumnos cursando turno matutino o vespertino del Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Vallejo inscritos en el ciclo escolar 2010 – 2011
- Edad comprendida entre los 14 y 19 años
- Alumnos que acepten ingresar al estudio

3.1.2 EXCLUSIÓN

- Alumnos que por alguna causa se encuentren con imposibilidad para contestar el cuestionario.

3.1.3 ELIMINACIÓN

- Alumnos que no contesten el 80% del cuestionario
- Alumnos que no entreguen el instrumento

3.2 TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se calculó el tamaño de la muestra con base a la siguiente fórmula:

$$N = \frac{4 Z^2 P (1-P)}{W^2}$$

Donde:

Z = 1.96

P = proporción de sujetos de presentan la variable de interés

W² = amplitud total del intervalo de confianza, con un error máximo igual a 10%

Muestra estudiada por semestres:

Alumnos que cursa primer semestre: 3558 adolescentes.

Frecuencia esperada (Prevalencia según ENSA): 20%

Error máximo 10%

Nivel de confianza 95%

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

Alumnos que cursa tercer semestre: 3501 adolescentes.

Frecuencia esperada (Prevalencia según ENSA): 20%

Error máximo 10%

Nivel de confianza 95%

Calculo de tamaño de muestra = 306 adolescentes que cursan tercer semestre.

Alumnos que cursa quinto semestre: 4276 adolescentes.

Frecuencia esperada en el consumo de tabaco (Prevalencia según ENSA): 20%

Error máximo 10%

Nivel de confianza 99%

Calculo de tamaño de muestra = 374 adolescentes que cursan quinto semestre.

3.3 TIPO DE MUESTREO

Aleatorizado simple de forma manual resultando de esta manera elegidos los grupos:

Alumnos que cursan primer semestre: 3558 adolescentes.

Grupos seleccionados de manera aleatoria: 102, 104, 113, 127, 148, 137, 154, 155, 142.

Alumnos que cursan tercer semestre: 3501 adolescentes.

Grupos seleccionados de manera aleatoria: 311, 315, 302, 323, 325, 350, 334, 363, 371.

Alumnos que cursan quinto semestre: 4276 adolescentes.

Grupos seleccionados de manera aleatoria: 503, 506, 502, 514, 516, 539, 509, 584, 571, 587, 583.

VII. INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

Se aplicó el siguiente cuestionario que contenía los siguientes elementos:

1. Datos socio demográficos (edad, sexo, características socioculturales de los padres)
2. Conducta de riesgo
 - Consumo de sustancias lícitas e ilícitas (alcohol y drogas)
 - Estado de salud
 - Actividad física
3. Conductas y actitudes hacia el consumo de tabaco.- Integrada por preguntas dirigidas a evaluar la edad de inicio, consumo de cigarrillos al día y las actitudes hacia el consumo de tabaco, conductas de imitación.
4. Creencias, conductas y contexto hacia el consumo de tabaco: Preguntas dirigidas a evaluar la edad de inicio, consumo de cigarrillos al día y actitudes hacia el consumo del tabaco, y conductas de imitación.
5. Familia: Se incluyó las áreas de:
 - a. Funcionamiento familiar (cohesión y adaptabilidad) medido a través de la escala FACES III ⁵
 - b. Dinámica familiar (expresión del afecto, comunicación, jerarquía (manejo de la autoridad), disciplina (control de la conducta)⁶
 - c. Estructura familiar, las diferentes clasificaciones que se les da a las familias, dependiendo de composición es decir, a los integrantes de la misma.⁷
6. Optimismo; Se midió a través del Test Optimismo Adquirido de Martin Seligman Psicólogo Clínico. Este cuestionario, integrado por 48 preguntas, analiza la pauta explicativa, que según el autor es algo más que simples palabras pronunciadas para explicar los contratiempos, cuando a las personas les va mal. Es un modo de pensar, algo aprendido en la infancia y la adolescencia. Su pauta explicativa deriva directamente de su propia opinión respecto del lugar que ocupan en el mundo: si piensan que son valiosos y merecedores de algo, o si es inútil y sin esperanzas. Allí esta lo que podríamos llamar la marca de fábrica de ser optimista o pesimista. Este test está destinado a revelar su propia pauta explicativa. Tres son las

dimensiones cruciales de su pauta explicativa: permanencia o duración; se refiere al grado en que la causa es estable en el tiempo y tiende a repetirse (atribución permanente o temporal); penetración o amplitud, examina si la causa afecta o no a otras áreas de la vida (atribución global o específica) y personalización, distingue si la causa del suceso radica en la persona o en un factor externo (atribución interna o externa). La persona optimista tiende a explicar los eventos negativos mediante atribuciones externas, temporales y específicas, mientras que el pesimista realiza atribuciones internas, permanentes y globales. Por el contrario, los acontecimientos positivos se explican de forma inversa. ^{8,9}

VIII. DEFINICIÓN DE VARIABLES

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo	Indicador
Edad	Años cumplidos desde la fecha de nacimiento al momento del estudio	Se realizó medición a través del interrogatorio directo al paciente de la fecha de nacimiento	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1. 14 – 15 2. 16 – 17 3. 18 y más
Sexo	Características fenotípicas y genotípicas que identifican al individuo como masculino y femenino	De acuerdo a lo reportado por el adolescente	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hombre 2. Mujer
Escolaridad de los padres	Tiempo durante el cual se asiste a la escuela o a un centro de enseñanza	Se midió con interrogatorio directo a los adolescentes sobre el grado de escolaridad de los padres	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Básica 2. Media superior 3. Superior
Estado civil de los padres	Se denomina a la situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación con otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos, sin que sea su pariente, constituyendo con ella una institución familiar, y adquiriendo deberes y derechos al respecto.	Se realizó medición con interrogatorio indirecto sobre el estado civil de los padres de los adolescentes	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Soltero 2. Casado 3. Divorciado 4. Unión libre 5. Viudo

VARIABLES DEL ESTUDIO

Variable	Definición Conceptual	Definición operacional	Tipo	Indicador
Consumo de tabaco	Inhalar y exhalar los humos producidos al quemar el tabaco	Se midió a través de la presencia o ausencia de factores relacionados al consumo de tabaco	Nominal Dependiente	1. Positivo 2. Negativo
Optimismo	Una expectativa global o generalizada de que en el futuro ocurrirán resultados favorables frente a los desfavorables. ¹⁰	Se medirá con la escala de Optimismo Adquirido modificada por Martin Seligman. ⁸ Optimista Pesimista	Nominal Independiente	1. Optimista 2. Pesimista

OTRAS VARIABLES DEL ESTUDIO

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo	Indicador
Dinámica Familiar	Es el conjunto de las pautas transaccionales que establece de que manera, cuando y con quien se relaciona cada miembro de la familia en un momento dado	Se midió con un instrumento desarrollado por la Dra., Espejel conformado por 35 reactivos que investigan 7 áreas, que miden el funcionamiento dinámico, sistémico, estructural, de las familias. Funcional: más de 35 puntos. Disfuncional: menos de 35 puntos.	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Funcional 2. Disfuncional
Funcionamiento familiar	Cohesión: grado de vinculación emocional que tienen los miembros de los sistemas familiares entre sí; grado de autonomía individual que puede	Se midió con el instrumento FACES III que consta de 10 preguntas para cohesión: No relacionada: 10 - 34 puntos Relacionada: 41 - 45 puntos	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. No relacionada 2. Semirrelacionada 3. Relacionada 4. Aglutinada

	experimentar una persona en la familia	Aglutinada: 46 - 50 puntos		
	Adaptabilidad: habilidad de un sistema familiar para cambiar su estructura de poder, sus roles y sus reglas de relaciones en respuesta al estrés situacional o de desarrollo	Se midió con el instrumento de FACES III que consta de 10 preguntas para adaptabilidad: 10 – 19 Rígida 20 – 24 Estructurada 25 – 28 Flexible 29 – 50 Caótica	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rígida 2. Estructurada 3. Flexible 4. Caótica
Estructura Familiar	Hace referencia a unas determinadas composiciones que permiten identificar los miembros de una familia según sus lazos de filiación, parentesco, afinidad y	Se midió con el instrumentos de estructura familiar	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nuclear 2. Extensa 3. Compuesta 4. Reconstituida 5. Monoparental mamá

	afecto,			6. Monoparental papá
Percepción del Estado de Salud	Autoevaluación subjetiva del adolescente sobre su salud.	Se midió mediante escala visual análoga de 10 puntos dentro del cuestionario con percepción del estado de salud.	Intervalo	
Conducta de riesgo	Acciones que ponen en peligro la salud de un individuo	Se midió por el consumo de sustancias lícitas e ilícitas	Nominal Si no	<ol style="list-style-type: none"> 1. Consumo de tabaco 2. Consumo de alcohol 3. Consumo de drogas

IX. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

- a) El análisis univariado se realizó con el cálculo de las frecuencias y porcentajes, utilizando programa SPSS versión 15, presentándolo en tablas según corresponda al tipo de variable a estudiar.

- b) Se llevó a cabo el análisis bivariado se cálculo de Chi cuadrada para determinar la asociación de factores demográficos y familiares con las conductas de riesgo, con relación al consumo de tabaco y el nivel de optimismo.

X. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO O PROCEDIMIENTO

- 1- Se acordó con las autoridades del plantel CCH Vallejo para consentir la realización del estudio.
- 2- Se designó un responsable de aspectos logísticos en CCH Vallejo.
- 3- Los profesores responsables de los grupos elegidos al azar autorizaron la aplicación de encuesta en una fecha convenida de su horario de clase.
- 4- En cada grupo se dio lectura a la hoja de información general, consentimiento informado (véase anexos) y se explicó el objetivo del estudio al estar de acuerdo en este se pide que el interesado firme consentimiento informado.
- 5- Se revisó que estuviera resuelto la totalidad del cuestionario.
- 6- Se seleccionó a los adolescentes que cumplieran con los criterios de inclusión.

XI. FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ÉTICOS

Este fue un estudio factible y se tomaron en cuenta consideraciones éticas, por lo que fue necesario el establecimiento de un consentimiento informado, para la realización del estudio.

Este estudio fue ético pues no puso en riesgo a ningún adolescente y probablemente infundió en ellos la curiosidad de preguntar por estas complicaciones a su médico, preservó su intimidad y se les trató con respeto.

En cuanto a la cuestión ética me apoyé en el reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, en su Título Segundo, que habla de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos.

Artículo 13.- En toda investigación en la que el ser humano sea objeto de estudio, deberá prevalecer el criterio de respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Artículo 14.- La investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

- a. Ajustándose a los principios éticos y científicos que lo justifiquen.
- b. Se realizara solo cuando del conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro procedimiento idóneo.
- c. Prevalecerán las prioridades de los beneficios esperador sobre los riesgos predecible
- d. Deberá ser realizada por profesionales de la salud a que se refiere en artículo 144 de este reglamento.
- e. Contara con el dictamen favorable de las comisiones de investigación y ética de bioseguridad
- f. Se llevara a cabo cuando se tenga autorización del titular de la institución de atención de salud.

Artículo 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y este lo autorice.

CÓDIGO DE NUREMBERG¹¹

Manifiesta los principios básicos que regulan la realización ética de la investigación como son:

1. **Consentimiento informado voluntario.** Que el paciente nos lo brinde de común acuerdo después de la explicación acerca del estudio a realizarse.
2. **Ausencia de coacción.** Que no existe violencia para que el paciente ingrese al estudio.
3. **Comprensión de los riesgos y beneficios implícitos;** este apartado nos habla acerca de que al individuo que vaya ingresar al estudio se le hable de forma clara y entendible acerca de las complicaciones que pudieran presentarse además de las ventajas de realizar el estudio.
4. **Disminución del riesgo y daño mínimo:** Asegurarnos que el estudio que se llevará a cabo sea ético, en todo sentido y que no perjudique; ni lastime a los sujetos que aceptaron ingresar a la investigación. Asegurar que se cumplan las garantías humanas.
5. **Libertad del participante de retirarse:** Debe quedar claro al participante que en el momento que él decida puede dejar el estudio, independientemente de lo avanzado que este se encuentre.

INFORME BELMONT¹²

Creado en 1978. Establece los principios éticos fundamentales acerca de las pautas de investigación clínica en seres humanos tomando en cuenta los siguientes principios:

1. **Respeto a las Personas.** Se refiere al trato que se le debe otorgar al sujeto que queremos ingrese a nuestro estudio, al cual se le brinda toda la información acerca de la investigación que planeamos llevar a cabo para

preservar su bienestar y respetar sus derechos y sea otorgado el consentimiento del mismo.

2. **Beneficencia:** Hace alusión a los beneficios que ofrecerá la investigación, reduciendo el mínimo de riesgos para los sujetos que aceptan ingresar al estudio.
3. **Justicia:** Se refiere a la igualdad en beneficio y trato que se le ofrecerá a todos los individuos de forma equitativa para cada uno de los integrantes de nuestra investigación.

DECLARACIÓN DE HELSINKY ¹³

Enfatiza el 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.

1. Proteger la vida, salud, intimidad y dignidad de los participantes.
2. Que el estudio este sustentado en conocimiento de bibliografía científica
3. Que no se perjudique al medio ambiente
4. Que el protocolo sea evaluado por un comité de ética médica.
5. Que la investigación este en manos de personas calificadas.
6. Que se publiquen los resultados arrojados por el estudio.

XII. RECURSO HUMANO, FÍSICO Y FINANCIERO

HUMANO:

Investigador Médico Residente de Medicina Familiar, Asesores Clínicos de la UMF No. 20 y de CMN Siglo XXI, docentes que laboran en CCH plantel Vallejo, estudiantes del CCH Vallejo.

FISICOS:

Papel, hojas, bolígrafos, lápices, computadora, proyector, aula de conferencias.

FINANCIEROS:

Los recursos financieros fueron absorbidos por el investigador.

XVIII. RESULTADOS

DATOS GENERALES

Se estudiaron 1011 adolescentes como se ve en el cuadro 1, con un promedio de edad 16.23 ± 1.36 , hubo una mayor proporción de mujeres (54.6%) en comparación con hombres.

El nivel de escolaridad que presentan los padres, predominó la educación media superior, en el padre 36.1% y del 39.9 % en la madre.

En cuanto al estado civil de los padres que predominó fue los casados con un 74.9% en comparación con padres divorciados con un 21.5%

Cuadro. 1
Variables Sociodemográficas

Variable	(%)
Sexo	
Femenino	54.6
Masculino	45.4
Escolaridad del padre	
Básica	34.1
Media superior	36.1
Superior	29.8
Escolaridad de la madre	
Básica	37.6
Media superior	39.9
Superior	22.6
Estado civil de los padres	
Casado	74.9
Divorciado	21.5
Viudo	3.7

Datos encuesta consumo de tabaco y optimismo anexo 1

Con respecto a las conductas de riesgo en el cuadro 2 se observó, que los adolescentes tienen una percepción de buen estado de salud con una calificación promedio del $8.35 (\pm 1.28)$.

Número de días que consumen alcohol al mes en promedio fue de 2.19 días (3.87), con un consumo de alcohol por ocasión de más de 5 tragos. Dentro del uso de droga al mes se observó que el 90.2% no la consumen.

Cuadro. 2
Conductas de riesgo

Variable	(%)
Estado de salud (DE)	8.35 ± 1.28
Número de días de consumo de alcohol al mes (DE)	2.19 ± 3.877
Consumo de alcohol por ocasión (%)	
No tome	49.1
1 trago	7.9
2 tragos	8.3
3 tragos	9.4
4 tragos	9.1
5 tragos o más	16.2
Consumo de droga al mes (%)	
0 Veces	90.2
1 o 2 Veces	6.3
3 o 9 veces	2.3
10 o más veces	1.2

Datos encuesta consumo de tabaco y Optimismo anexo 1

Como se puede observar en la Cuadro 3, el 30.5% de los adolescentes fuma (3 cigarros al día en promedio), a pesar de que la mayoría considera que consumir tabaco es malo, desagradable y peligroso. La reacción de los padres ante el tabaquismo de los hijos se caracteriza por acciones punitivas (regañar, castigar). En cuanto al hábito tabáquico de las personas que rodean al adolescente se encontró que el 34.7 % de los padres fuman, un 38.9 % de las personas que admiran los adolescentes tienen este hábito. Una gran proporción de los adolescentes han disminuido el consumo de cigarros o piensan en dejar de fumar.

Cuadro. 3
Proporción de adolescentes de acuerdo a creencias y conductas hacia el consumo de tabaco

Variable	(%)
Consumo de tabaco	30.5
Creencias respecto al consumo de tabaco	
Malo fumar	95.5
Desagradable	85.3
Peligroso	96.8
Actitud de los padres hacia el consumo de tabaco	
Nada	21.7
Me regañan	37.1
Me castigan	14.2
Hablan conmigo	27.0
Conducta de imitación	
Fuman tus padres	34.7
Fuman personas admiras	38.9
Actitudes hacia el consumo de tabaco	
No pienso dejar de fumar	12.1
Pienso fumar en el futuro	12.2
Pienso dejar de fumar	28.4
He disminuido el número de cigarros	30.0
No fumo desde hace 6 meses	14.2

Datos encuesta consumo de tabaco y Optimismo anexo 1

Con respecto a la dinámica familiar se observó lo siguiente en el cuadro 4; las familias semirelacionada fueron las más predominantes. En cuanto a la adaptabilidad las de tipo caótico fueron las más frecuentes. El manejo regular de la jerarquía, de la disciplina, comunicación y afecto fueron las más frecuentes

Cuadro. 4
Características familiares de los adolescentes.

Variable	% (n)
<i>Estructura familiar</i>	
Nuclear	63.0
Extensa	12.7
Compuesta	0.6
Reconstituida	2.6
Monoparental mamá	18.3
Monoparental papá	2.9
<i>Cohesión</i>	
No relacionada	27.0
Semirelacionada	32.5
Relacionada	27.8
Aglutinada	12.7
<i>Adaptabilidad</i>	
Rígida	3.1
Estructurada	11.5
Flexible	22.5
Caótica	63.0
<i>Jerarquía</i>	
Mala	27.6
Regular	45.1
Buena	27.3
<i>Control</i>	
Mala	25.8
Regular	30.3
Buena	43.9
<i>Afecto</i>	
Malo	32.4
Regular	42.1
Bueno	25.4
<i>Comunicación</i>	
Mala	27.1
Regular	42.1
Buena	30.8

Datos encuesta consumo de tabaco y Optimismo anexo 1

En el cuadro 5 se observa que la asociación edad y optimismo es directamente proporcional, mostrando que los adolescentes de 16 y más son más optimistas ante un evento de la vida que los adolescentes de 14-15 años de edad con un nivel menor de optimismo. Siendo más optimistas los de 18 años y más.

Edad	Optimismo % (n= 102)
14-15	5.7% (17)*
16-17	11.5%(68)
18 y más	14.4%(17)

· Datos encuesta consumo de tabaco y Optimismo anexo 1

El cuadro 6 muestra que una mayor proporción de sujetos del sexo masculino son optimistas (11.3%) ante un evento o soluciones de problemas sociales, en comparación con el sexo femenino que muestra un nivel de optimismo con significancia estadística.

Cuadro. 6
Relación entre el género y el nivel de Optimismo en los adolescentes

Sexo	Optimismo % (n)
-------------	----------------------------

Femenino	9.1% (50)*
Masculino	11.3% (52)

↵ Datos encuesta consumo de tabaco y Optimismo anexo 1

Como podemos observar en el cuadro 7 aparecen representadas la estructura familiar y el optimismo donde se puede apreciar con mayor porcentaje de optimismo en aquellas familias compuestas, seguidas de familias monoparentales con presencia de la madre. Siendo la familia Nuclear la única con asociación significativa.

Cuadro. 7
Estructura familiar y nivel de Optimismo en los adolescentes

Estructura familiar	Optimismo
	%
Nuclear	10.4*
Extensa	9.4
Compuesta	16.7
Reconstituida	0.0
Monoparental (mamá)	11.4
Monoparental (Papá)	6.9

↵ Datos encuesta consumo de tabaco y Optimismo anexo 1

En el cuadro 8 se representa la relación del consumo de tabaco en los adolescentes y el nivel de Optimismo. Como se puede apreciar es mayor la proporción de sujetos con consumo de tabaco y son optimistas; en comparación con los adolescentes que expresan un consumo de tabaco nulo.

Tabla 8. Consumo de tabaco y Optimismo

Tabaquismo	Optimismo
	%
Si	11.0*
No	9.7

↵ Datos encuesta consumo de tabaco y Optimismo anexo 1

Por otro lado, en el cuadro 9 se observa que existe una asociación entre el funcionamiento familiar y el optimismo de los adolescentes. Los adolescentes que pertenecen a una familia relacionada y flexible tienen una actitud más optimista ante los eventos de la vida; mientras que los adolescentes que pertenecen a una familia no relacionada y estructurada son ligeramente menos optimistas ante los eventos de la vida.

Cuadro. 9
Funcionalidad familiar y Optimismo

Funcionalidad Familiar

COHESIÓN	Optimismo
	%
No relacionada	9.2% *
Semirrelacionada	9.7%
Relacionada	11.0%
Aglutinada	10.9%
ADAPTABILIDAD	
Rígida	9.7%*
Estructurada	8.6%
Flexible	10.3%

↵Datos encuesta consumo de tabaco y Optimismo anexo 1

En el cuadro 10 se encontró que la dinámica familiar que la única dimensión que se relacionó con el Optimismo fue el de la jerarquía. El resto de los aspectos de Dinámica Familiar no se relacionaron con el nivel de Optimismo.

Cuadro 10. Dinámica familiar y Optimismo

Dinámica familiar	Optimismo (%)
Disciplina	
Mala	13.4
Regular	6.5
Buena	10.6
Jerarquía	
Mala	9.7
Regular	11.6
Buena	8.0
Expresión del afecto	
Mala	9.1
Regular	9.4
Buena	12.5
Comunicación	
Mala	9.5
Regular	9.2
Buena	11.9

Datos encuesta consumo de tabaco y Optimismo anexo 1

XIV. DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio fue estudiar la relación entre el nivel de optimismo y consumo de tabaco en los adolescentes del CCH Plantel Vallejo asumiendo que debería existir una relación inversamente proporcional entre el nivel de optimismo y consumo de tabaco .

Los resultados de este estudio mostraron que el 11.0 % de los adolescentes era optimista. En relación a nivel de optimismo y edad del adolescente, mostraron un nivel más alto de optimismo en los adolescentes de 16 años y más, siendo menos optimistas ante un evento de la vida los adolescentes de entre los 14 y 15 años de edad, los adolescentes de 18 y más con un nivel de optimismo expresado con un 14.4%. En cuanto al género en relación al nivel de optimismo, los resultados obtenidos muestran una mayor proporción de sujetos del sexo masculino muestran un adecuado nivel de optimismo a diferencia del sexo femenino.

En cuanto a funcionalidad familiar y el nivel de optimismo, se obtuvo como resultado que la familia relacionada (a diferencia de las familias no relacionadas, semirrelacionadas y aglutinadas) expresa un nivel de optimismo ligeramente más alto; en cuanto a adaptabilidad familiar la familia flexible manifiesta un nivel de optimismo mayor que las familias rígidas, estructurada.

La dinámica familiar y el nivel de optimismo encontramos que solo algunas de las áreas de esta característica familiar estaban relacionadas. En cuanto a disciplina, no se encontró diferencias significativas. En cuanto a la jerarquía familiar encontramos que los adolescentes que pertenecen a familias donde la jerarquía es regular tienden a ser más optimistas. La expresión del afecto y una comunicación adecuada se asociaron con un nivel de optimismo mayor, aunque no fue significativa.

De igual forma cuando se midió el nivel de optimismo y el consumo de tabaco, se encontró que los adolescentes que consumen tabaco tienen un nivel más alto de optimismo ante los eventos de la vida o solución de problemas sociales que los adolescentes sin consumo de tabaco.

Se han realizado otros estudios relacionando el nivel de optimismo con diferentes aspectos, ya sea sociales, depresión, asociado a enfermedades terminales, en los que se observa, por ejemplo; que el estilo explicativo optimista es un factor protector contra la depresión. Los hallazgos obtenidos plantean la cuestión de si el estilo explicativo de los sucesos negativos es un factor evolutivo protector, más próximo al optimismo disposicional, y distinto del estilo explicativo de los sucesos negativos, relacionado con la vulnerabilidad cognitiva para la desesperanza.⁹

En otros estudios se han revelado que el optimismo disposicional es a menudo un indicador útil de la conducta cuando los individuos se enfrentan a amenazas para la salud. Por ejemplo, las puntuaciones de optimismo disposicional ha sido intermitente correlacionada con el desempeño de las conductas de sexo seguro y con la actuación de la realización de auto-exámenes de la piel (por ejemplo), campañas de educación pública, animando a aquellos que necesitan tratamiento a buscarlo o solicitarlo de manera oportuna.¹⁴

XV. CONCLUSIONES

- Los adolescentes que se encontraron con un nivel más alto de Optimismo fueron aquellos de 16 a 17 años de edad.
- Se encontró que en el género masculino tenían un mejor nivel de optimismo que el encontrado en las mujeres, esto pudiera ser debido a la relación de una baja autoestima, como lo concluyen en otros estudios, coincidiendo con el nuestro.
- Los adolescentes con consumo de tabaco poseen un nivel más alto de optimismo en relación con los que son no consumidores, pero esta relación no fue significativa.
- Las familias relacionadas, flexibles poseen un nivel elevado de optimismo.
- En cuanto a dinámica familiar la única dimensión que se relacionó con Optimismo fue el de Jerarquía.

XVI. RECOMENDACIONES

Los resultados de este estudio nos mostraron que el nivel de Optimismo en los adolescentes no influye en el consumo de tabaco, de tal manera que no es este el rasgo de personalidad el que deba analizarse. Pero es muy probable y queda como otra línea en investigación, el pesimismo en los adolescentes; que podría ser un rasgo de personalidad que tenga relación en el consumo de tabaco; así como otros rasgos de personalidad.

Los adolescentes deben ser críticos y capaces de ser optimistas ante los eventos negativos que se presenten en su vida, ya que las personas optimistas aprovechan sus capacidades y acaban teniendo éxito, porque el optimista es perseverante frente a los contratiempos habituales e incluso cuando los fracasos son grandes, siempre insiste.

La mejor manera de evitar el consumo de tabaco es evitar que los adolescentes se inicien en él, ya que como se ha demostrado es en esta etapa cuando la mayoría de los fumadores comenzó el consumo; recordando que esta es una etapa de cambios y búsqueda de identidad. Se recomienda la realización de campañas antitabaco dirigida específicamente al adolescente, con estrategias que impacten y haciendo uso de los avances en el área de la comunicación digital.

XVII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Encuesta mundial sobre tabaquismo en la juventud: resultados en las Américas. Bol Epidemiol OPS 2002;23(2):6-9. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/tobacco_epidemic/tobacco_epidemic_facts/es/index3.html
2. Encuesta Nacional de Adicciones. México 2002. [serie en línea] Consultado el 2 de Julio del 2004. Disponible en: http://www.consulta.com.mx/interiores/99_pdfs/15_otros_pdf/ENA.pdf
3. Alfonso Martínez-Correa, Gustavo A. Reyes del Paso, Ana Garcia-Leon y María Isabel Gonzalez-Jareno. Optimismo / pesimismo disposicional y estrategias de afrontamiento del estrés. Psicothema 2006;18(1):66-73.
4. Jade Ortiz, Nadia Ramos y Pablo Vera – Villarroel. Optimismo y Salud: Estado actual e implicaciones para la Psicología Clínica y de la Salud. Suma Psicológica. 2003;10(1):119-134.
5. Manual para la escala de funcionamiento familiar. Espejel E. Universidad Autónoma de Tlaxcala. México 1996.
6. Ponce ER, Gómez FJ, Terán m, Iriyoyen, Landgrave S. Validez del constructo del cuestionario FACES III en español (México). Atención primaria 2002;30(10):624-630.
7. Membrillo Luna Apolinar; Fernández Otegi; Quiroz Pérez; Rodríguez López. Familia. Introducción al estudio de sus elementos. 1ª edición . México, D. F. ETM 2008; 53-71
8. Seligman Martin E. P. Aprenda Optimismo. Haga de la vida una experiencia gratificante. 1ª edición, México D. F. 2006. 51- 77.
9. Sánchez Hernández Oscar; Méndez Carrillo Francisco Xavier. El Optimismo como Factor Protector de la Depresión Infantil y Adolescente. Clínica y Salud. 2009;20(3):273-280.
10. Marrero Quevedo Rosario J; Carballeira Abell Mónica. El papel del optimismo y del apoyo social en el bienestar subjetivo. Salud Mental 2010;33:39-46.

11. Código de Núremberg. (On- line) FROM <http://www.smu.org.uy/publicaciones/libros/laetica/nor - nuremberg.htm>
12. Código de bioética para el personal de salud. México 2002, en <http://www.salud.gob.mx>
13. WMA. Declaración de Helsinki de la AMM- Principios éticos para las investigaciones medicas en seres humanos. [serial on line] 2011, [citado enero 2011] 1 (1): [1 pantalla]. Disponible en:
URL: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>.
14. Álvarez Valdés Neiza, Gálvez Cabrera Elisa, Días Garrido Dayami. Hábito de fumar en la adolescencia al nivel comunitario. Rev Cubana Med Gen Integr 2007;23(3):1-17.
15. Lara Muñoz Ma. Del Carmen, Romero Ogawa Teresita, Foncerrada Héctor, Rebollo Clementina, aguilar Cortesano Julián. Psicología y uso de Tabaco en estudiantes de secundaria. Salud Mental, 2006;29(6):48-56
16. 2008 EUROPEAN MOLECULAR BIOLOGY ORGANIZATION. Editorial. EMBO reports 2008;9(2):111.
17. Giménez Hernández Montserrat- Tesis Doctoral "La medida de las fortalezas Psicológicas en adolescentes (via-Youth): relación con clima familiar, psicopatología y bienestar psicológico. Madrid 2010.
18. Landero Hernández Renè, González Ramírez Mónica Teresa. PROPIEDADES PSICOMETRICAS DE LA VERSION ESPAÑOLA DEL TEST DE OPTIMISMO REVISADO (LOT-r) EN UNA MUESTRA DE PERSONAS DON FIBROMIALGIA. Ansiedad y Estrés 2009;15(1):111-117.
19. Pere Joan Fernando, Chico Eliseo, Tous Josep Ma. Propiedades psicométricas del test de Optimismo Life Orientation test. Psicothema 2002;14(3):673-680.
20. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). Prevención del Tabaquismo. 2006;8(3):1-53.

XVIII. ANEXOS

Anexo 1



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

México D.F. a _____ de _____ del 2010.

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado “RELACION DEL CONSUMO DE TABACO CON EL NIVEL DE OPTIMISMO DE LOS ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CCH VALLEJO”.

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 mi integridad

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.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello me afecte.

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.

Nombre y firma del participante

Investigador principal

Testigo

Testigo

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES “VALLEJO”
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Esta encuesta trata sobre temas de salud y cosas que haces que puedan afectar tu salud. 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 ya que no es un examen.

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.

GRACIAS POR TU AYUDA

Encuesta Consumo de tabaco y Nivel Optimismo

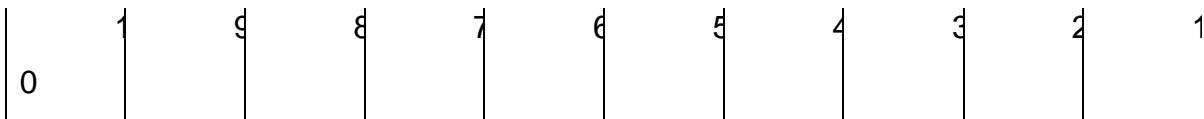
1.- Edad _____ (años cumplidos) 2.- Sexo (1) femenino
(2) masculino

2.- Semestre que cursas _____ semestre

3.- Cómo consideras tu estado de salud actual

Muy bueno

Muy malo



4.- Último grado de estudios terminados de tu papá _____ (grado)
y de tu mamá _____ (grado)

5.- Actualmente tus papás están: (1) Casados/unión libre (2) Divorciados
(3) Viudo(a)

6.- 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	

7.- En los últimos 30 días, ¿cuántos días tomaste un “trago” de alcohol?
_____ (días)

8.- Durante los últimos 30 días, en los días en que tomaste alcohol, ¿cuántos tragos tomaste **normalmente** por día?

- (1) No tomé alcohol durante los últimos 30 días (2) 1 trago (3) 2 tragos (4) 3 tragos (5) 4 tragos (6) 5 tragos ó más

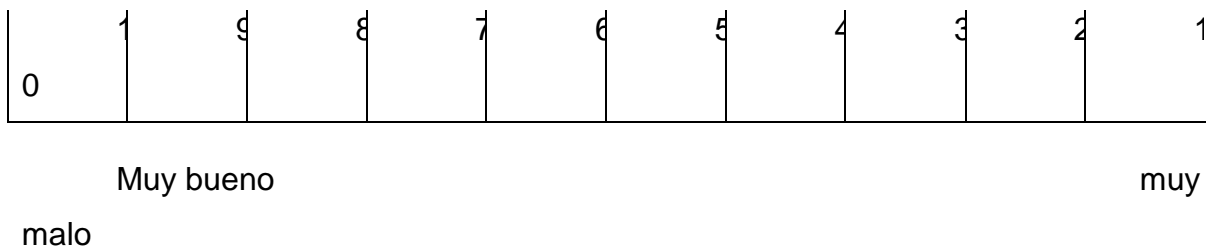
9.- Durante los últimos 30 días, ¿cuántas veces has usado drogas?

- (0) 0 veces (2) 1 ó 2 veces (3) 3 a 9 veces (4) 10 ó más veces

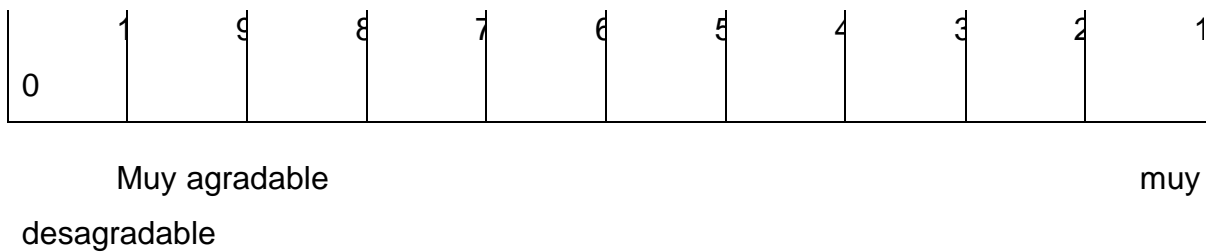
10.- fumas (1) si (2) no

11.- Cuantos cigarros fumas al día _____ (número de cigarros)

12.- Que tan bueno o malo es fumar



13.- Que tan agradable o desagradable es fumar



14.- Que tan seguro o peligrosos es fumar



0									
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Muy seguro muy
peligroso

15.- Si tus padres te encontraran cigarros que te harían

16.- Tus papas fuman (1) si (2) no

17.- Crees que las personas que admiras fuman (1) si
(2) no

18.- Actualmente fumo y no creo que deje de fumar en el futuro (1) si
(2) no

19.- Actualmente no fumo, pero creo que en el futuro si fumare (1) si
(2) no

20.- Actualmente fumo, pero estoy pensando en dejar de fumar (1) si
(2) no

21.- Actualmente he disminuido el número de cigarros, para dejar de fumar
(1) si
(2) no

22.- Actualmente ya no fumo, desde hace 6 meses (1) si
(2) no

23.- ¿Cuántos días practicas una actividad física por un total de al de 30 minutos al día? _____ DÍAS

EN MI FAMILIA:

1= nunca 2= Casi nunca 3=algunas veces 4= casi siempre 5= siempre

1. Sus miembros se dan apoyo entre si					
2. Se toman en cuenta las sugerencias de todos para resolver problemas					
3. Aceptamos las amistades de los demás miembros					
4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina					
5. Nos gusta convivir solamente con los familiares cercanos					
6. Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad					
7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con otras personas que no son de la familia					
8. Nuestra familia cambia el modo de hacer las cosas					
9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia					
10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación a castigos					
11. Nos sentimos muy unidos					
12. Cuando se toma una decisión toda la familia está presente					
13. Cuando nuestra familia se reúne para hacer algo nadie falta					
14. En nuestra familia las reglas cambian					
15. Con facilidad podemos planear actividades en familia					
16. Intercambiamos quehaceres del hogar entre nosotros					
17. Consultamos unos con otros para tomar decisiones					
18. Es difícil identificar quien tiene la autoridad					

19. La unión familiar es muy importante					
20. Es difícil decidir quién hace las labores del hogar					

MARCA CON UNA CRUZ LA PERSONA QUE EN TU CASA:

3.- Es más reconocida y tomada en cuenta

- 1) Nadie 2) otro familiar 3) mamá 3) papá 4) ambos padres

7.- Interviene en los problemas de los hijos

- 1) otro familiar 2) otros hermanos 3) mamá 3) papá 4) ambos padres

8.- Reprende a los hijos cuando cometen una falta

- 1) Todos 2) nadie 3) otro familiar 4) un hermano 5) mamá 6) papá 7)

ambos padres

9.- Respeta los horarios de llegada a la casa

- 1) Nadie, no existen horarios 2) mamá o papá 3) hijos 4) todos menos uno de los padres 5) todos

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

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

11.- A quién 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 mamá 3) a papá 4) a ambos padres

14.- Toma las decisiones importantes en casa

- 1) Los hijos en presencia de los padres 2) el hijo mayor en ausencia de los padres

- 3) mamá 3) papá 4) ambos padres

15.- Se avisa para ausentarse de la casa

- 1) No se avisa 2) 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

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) solo con otros familiares

3) los padres entre si 4) los hermanos entre si 5) todos

23.- Tiene mejor disposición para escuchar

1) Nadie

2) solo otros familiares

3) los padres entre si 4) los hermanos entre si 5) todos

24.- Informa a los demás sobre las decisiones importantes

1) Nadie

2) otros familiares

3) los hermanos

3) mamá

3) papá

4)

ambos 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

27.- Trasmite los valores más importantes de la familia

1) Nadie

2) los hermanos

3) mamá

3) papá

4) ambos padres

29.- Participa en la resolución de problemas

1) Nadie

2) los hermanos

3) mamá

3) papá

4) ambos padres

30.- Toma la decisión de vivir en algún lugar

1) Otro familiar

2) los hermanos

3) mamá

3) papá

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) mamá

3) papá

4) ambos padres

33.- Abraza espontáneamente

- 1) Nadie se abraza
 - 2) solo entre hermanos
 - 3) solo mamá
 - 3) solo papá
- 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
- 2) los padres entre si
- 3) los hijos entre si
- 4) los padres a los hijos
- 5) nadie se ha golpeado, solo de juego

INSTRUCCIONES:

Lee la descripción de cada una de las situaciones e imagínatelas como si las estuvieras viviendo. Es posible que no hayas pasado nunca por ninguna de estas situaciones, pero eso no importa. Tal vez las respuestas parezcan no coincidir, pero sigue adelante de todos modos. Pon una X en la letra A o B, eligiendo la que te parezca más adecuada a tu caso. Es posible que no te gusten algunas respuestas, pero no escojas la respuesta que los demás esperan de ti, elije la que te parezca más acertada.

PREGUNTA	Respuestas A	Respuestas B
1.- Un proyecto a tu cargo tiene gran éxito	A. Vigilo de cerca el trabajo de cada uno	B. Todos le dedican mucho tiempo y energía
2.- Te reconcilas con su pareja después de que se pelearon	A. La(o) perdoné	B. Casi siempre me perdona
3.- Te pierdes cuando ibas a casa de un amigo	A. Me equivoque en una esquina	B. Mi amigo de dio mal la dirección
4.- Tu pareja te sorprende con un regalo	A. Es que le aumentaron el sueldo	B. La(o) lleve a una cena muy especial anoche
5.- Olvidas el cumpleaños de tu pareja	A. No se me da recordar esas fechas señaladas	B. Había otras cosas que me preocupaban
6.- Un admirador (a) secreto te envía una tarjeta	A. Le resulto atractiva (o)	B. Caigo simpática (o)
7.- Presentas tu candidatura a un cargo y ganas	A. Dedicué mucho tiempo y energías a la campaña	B. Trabajo intensamente en todo lo que hago
8.- Faltas a un compromiso muy importante	A. A veces me falla la memoria	B. A veces olvido consultar mi agenda
9.- Te presentas como candidato a un cargo y pierdes	A. No trabajé lo suficiente en la campaña	B. El que ganó conocía más gente
10.- Acudes a una cena como invitado	A. Estuve particularmente simpático esa noche	B. Soy un invitado con el que siempre se está a gusto
11.- Impides un crimen llamando a la policía	A. Un ruido extraño me llamó la atención	B. Estaba particularmente alerta
12.- Tu salud ha sido excelente todo el año	A. Me expuse poco, evité a los enfermos	B. Comí siempre bien y descansé lo necesario
13.- Le debes una multa al bibliotecario porque no regresaste un libro a su debido tiempo	A. Cuando me interesa mucho la lectura suelo olvidarme hasta en el día en que vivo	B. Estuve tan ocupado escribiendo una tarea que olvidé devolver el libro
14.- Tus acciones te hicieron ganar mucho dinero	A. Mi corredor de bolsa decidió comprar acciones	B. Mi corredor de bolsa es buenísimo

15.- Ganaste una competencia de atletismo	A. Me sentía invencible	B. Me entrené muchísimo
16.- Reprobaste un examen importante	A. No estuve tan brillante como los otros	B. No me había preparado bien
17.- Preparaste una comida especial y apenas la probaron	A. No cociné del todo bien	B. Lo preparé muy de prisa
18.- Perdiste una prueba deportiva a pesar de haberte preparado durante mucho tiempo	A. No tengo grandes condiciones como atleta	B. No sirvo para el deporte
19.- Anoche te quedaste sin gasolina en una calle oscura	A. No miré el indicador	B. El indicador no servía
20.- Perdiste el control discutiendo con un amigo	A. Siempre está sermoneándome	B. Mi amigo estaba de mal humor
21.- Te reprobaron por no entregar un trabajo a tiempo	A. Siempre lo he hecho en el plazo	B. Estaba perezoso
22.- Él (o ella) te rechaza una invitación para salir	A. Ese día me sentía enfermo	B. Estuve muy tímido (a) al momento de invitarlo (a)
23.- Un mago te invita a subir al escenario para ayudarlo con un truco	A. Estaba en el mejor lugar	B. Yo era el que daba más muestras de entusiasmo
24.- Te invitan a bailar una pieza tras otra	A. Voy mucho a fiestas	B. Esa noche estaba radiante
25. Le compras un regalo a su pareja y no le gusta	A. No tengo mucha idea para elegir regalos	B. Mi pareja tiene gustos muy exquisitos
26.- Te fue muy bien en una entrevista de trabajo	A. Siempre he tenido mucha confianza en mí mismo	B. Estuve hábil en las respuestas
27.- Cuentas un chiste y todos se ríen	A. El chiste era buenísimo	B. Supe darle el tono adecuado
28.- Tu superior te da poco tiempo para terminar un trabajo, pero de todos modos lo cumples	A. Soy muy bueno en mi trabajo	B. Soy una persona eficiente
29.- Te has sentido particularmente cansado estos días	A. Nunca tengo ocasión de descansar	B. He tenido más trabajo que de costumbre
30.- Invitas a alguien a bailar y te rechazan	A. No bailo muy bien	B. A esa persona no le gusta bailar

31.- Salvas a una persona que estaba ahogándose	A. Conozco una técnica para evitar que alguien se ahogue al atragantarse	B. Sé cómo actuar en situaciones críticas
32.- Tu pareja desea interrumpir su relación aunque sea unos días	A. Soy demasiado egocéntrico	B. No le dedicó el tiempo necesario
33.- Un amigo dice algo que hiere tus sentimientos	A. Siempre dice lo que piensa sin tener en cuenta a los que están cerca	B. Mi amigo estaba de mal humor y habló de mí para descargarse
34.- Tu jefe te pide un consejo	A. Soy un experto en el área en que quería asesoría	B. Sé aconsejar muy bien
35.- Un amigo te agradece tu compañía en un mal trance	A. Me encanta prestar ayuda en esos casos	B. Me preocupó por la gente
36.- La pasaste de maravilla en una reunión	A. Todos eran muy simpáticos	B. Estuve muy simpático
37.- Tu médico te dice que estás muy sano	A. Hago ejercicio con frecuencia	B. Procuero estar muy sano
38.- tu pareja te invita a pasar un romántico fin de semana	A. Él (o ella) necesitaba salir unos días	B. Le gusta viajar
39.- Tu médico te ha dicho que tienes exceso de azúcar	A. No presto atención a mi dieta	B. Es inevitable ingerir azúcar, está en todas partes
40.- Te piden que encabeces un proyecto importante	A. Acabo de dirigir un proyecto parecido	B. Soy un buen director de equipos
41.- Tu y su pareja han estado discutiendo mucho	A. Últimamente yo estaba de mal humor y me sentía presionado	B. Él (o ella) ha estado muy hostil
42.- Te caes mucho cuando patinas	A. Patinar no es fácil	B. El piso estaba muy resbaladizo
43.- Has ganado un premio en la empresa	A. Resolví un problema importante	B. Yo era el mejor empleado
44.- Tus acciones están más bajas que nunca	A. No sabía mucho del mercado	B. Elegí muy mal las acciones
45.- Ganaste la lotería	A. Fue por casualidad	B. Elegí el número adecuado
46.- Aumentaste de peso durante las vacaciones y ahora no puedes regresar a tu peso	A. A la larga las dietas no sirven	B. La dieta que intenté no me dio resultado
47.- Estas en el hospital y vienen pocos a visitarte	A. Soy muy irritable cuando estoy enfermo	B. Mis amigos no se preocupan mucho por cosas así

48.- No te aceptaron la tarjeta de crédito en un negocio	A. Suelo sobreestimar cuánto dinero tengo disponible	B. Suelo olvidarme de pagar
--	--	-----------------------------