



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 20

**EL CONSUMO DE TABACO COMO UNA CONDUCTA FRECUENTE
ASOCIADA A LOS TIPOS DE AFRONTAMIENTO EN LOS ADOLESCENTES**

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

QUE PRESENTA:

ARROYO ÁLVAREZ AARÓN

TUTORA:

DRA. LAVIELLE SOTOMAYOR MARÍA DEL PILAR

ASESORA METODOLÓGICA:

DRA. PINEDA AQUINO VICTORIA

**GENERACIÓN 2009-2012
MÉXICO D.F.**





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 SOTO MAYOR
INVESTIGADOR ASOCIADO B, CMN SIGLO XXI, IMSS, HOSPITAL GENERAL
DE MÉXICO OD.**

ASESORA METODOLÓGICA:

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

Vo. Bo. :

**DRA. MARÍA DEL CARMEN AGUIRRE GARCÍA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
UMF NÚM. 20**

Vo. Bo. :

**DRA. SANTA VEGA MENDOZA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR
UMF NÚM. 20**

Dedicatorias y agradecimientos

Son muchas, las personas especiales a las que me gustaría agradecer su apoyo, ánimo, amistad y compañía en las diferentes etapas de mi vida. Algunas están aquí conmigo, otras en mis recuerdos y en mi corazón. Sin importar en donde estén o si alguna vez llegan a leer esta dedicatoria quiero darles las gracias por formar parte de mí, por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones.

Doy gracias a Dios por permitirme llegar hasta este momento tan importante en mi vida y lograr una meta más en mi carrera.

A mis padres les doy las gracias por el apoyo, esfuerzo y confianza que depositaron en mí, no me equivoco al decir que tengo a los mejores padres del mundo que me dieron el mejor ejemplo que puede existir: cariño, respeto y humildad. Gracias por estar a mi lado los quiero mucho.

A mis asesoras de tesis, gracias por compartir su inteligencia y sus conocimientos, así como su paciencia Dra. Pili, sin su ayuda esto no se hubiera logrado.

A mis hermanas y sobrinos por apoyarme y darme ese cariño todos los días.

A mi familia y amigos por estar conmigo, en todo momento, por lo aprendido juntos en estos tres años de especialización, que van a ser inolvidables.

ÍNDICE

I.	ANTECEDENTES.....	1
II.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8
III.	JUSTIFICACIÓN.....	8
IV.	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	9
V.	OBJETIVOS.....	10
VI.	HIPÓTESIS.....	11
VII.	MATERIAL Y MÉTODOS.....	12
VIII.	INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN.....	15
IX.	DEFINICIÓN DE VARIABLES.....	17
X.	ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	22
XI.	DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO.....	23
XII.	FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ÉTICOS.....	24
XIII.	RECURSOS HUMANOS FÍSICOS Y FINANCIEROS.....	27
XIV.	RESULTADOS.....	28
XV.	DISCUSIÓN.....	38
XVI.	CONCLUSIONES.....	40
XVII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	41
XVIII.	ANEXOS.....	43

RESUMEN

EL CONSUMO DE TABACO COMO UNA CONDUCTA FRECUENTE ASOCIADA A LOS TIPOS DE AFRONTAMIENTO EN LOS ADOLESCENTES.

Dr. Arroyo Álvarez Aarón.¹ Dra. Ma. Del Pilar Lavielle Soto Mayor.² Dra. Victoria Pineda Aquino.³

(1)Residente Medicina Familiar UMF núm.20 (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.

INTRODUCCIÓN: El consumo de tabaco se ha asociado a la forma en la que los adolescentes enfrentan sus problemas

OBJETIVO: Determinar si existe una asociación entre el consumo de tabaco y los tipos de afrontamiento.

MATERIAL Y METODOS: estudio transversal analítico en una muestra representativa y aleatoria de adolescentes del CCH Vallejo. Se aplicó la escala de afrontamiento de Moss, la cual evalúa 3 tipos de enfrentarse a los problemas cotidianos: 1) Cognitivo activo (dirigido al problema en forma directa) 2) Activo conductual (manejo de las emociones) 3) Evitativo. Así mismo se exploró las creencias, conductas y contexto hacia el consumo de tabaco, aspectos familiares (estructura, funcionalidad y dinámica) y aspectos sociodemográficos relacionados con el consumo de tabaco.

RESULTADOS: Se entrevistaron 1011 adolescentes, de los cuales el 54.6% eran mujeres, con un promedio de edad fue de 16.23 ± 1.36 . El tipo de afrontamiento más utilizado por los adolescentes fue el cognitivo activo (74 %). Los adolescentes que con frecuencia utilizan el método directo como afrontamiento (35%) son los que no fuman en comparación con los fumadores (28%).

Las familias con una estructura familiar compuesta utilizan el método directo con mayor frecuencia (73.9 %) en relación a las familias reconstituidas (69%). En el mismo rubro se encontró que aquellas familias que son consideradas como caóticas y que presentan inadecuada disciplina tienden a utilizar la forma de afrontamiento de evitación de problemas.

CONCLUSIONES. El tipo de afrontamiento que predomina entre los adolescentes que consumen tabaco es el evitativo, así mismo se demostró que aquellos que afrontan en forma directa sus problemas son lo que tienen menor riesgo de consumir tabaco.

Palabras claves: consumo de tabaco, adolescentes, afrontamiento, fumadores, conducta, disciplina, estructura familiar.

ABSTRACT

TOBACCO CONSUMPTION AS A FREQUENT BEHAVIOR ASSOCIATED WITH TYPES OF COPING IN ADOLESCENTS

Arroyo Álvarez Aarón, M.D.¹ Maria Del Pilar Lavielle, M.D.² Victoria Pineda Soto Mayor, M.D.³
(1) Family Medicine Resident (2) Research Associate B, CMN Siglo XXI, IMSS, Hospital General de Mexico OD. (3) Family Medicine Specialist, Clinic Coordinator of Education and Health Research at UMF Number. 20.

INTRODUCTION: Tobacco consumption has been associated to the way adolescents face their problems and the types of coping.

OBJECTIVE: Determine if there is an association between tobacco consumption and the types of coping.

MATERIAL AND METHODS: Transversal analytical study in a representative and randomizes sample of adolescents from CCH Vallejo High School. Moss coping scale was applied, it evaluates 3 types of coping daily problems: 1) Cognitive-active (it address the problem) 2) Active conductual (Manage of emotions) 3) Avoidant. Believes, conducts and the context among tobacco consumption, family aspects (structure, functionality and dynamics) were explored as well as sociodemographic aspects related with tobacco consumption.

RESULTS: 1,011 adolescents were interview. 54.6% were women with and average age of 16.23 ± 1.36 . The type of coping more used by adolescents was cognitive-active (74%). The teen agers that frequently use the direct method to coping their problems (35%) are the ones that do not smoke in comparison with the smokers (28%).

The families with a family composed structure use the direct method more frequently (73.9%) than reconstructed families (69%). In the same order it was found that those families considered as chaotic and with lack of discipline tended to use avoidance of problems as their way to cope with them.

CONCLUSIONS: The prevalent coping type among adolescents that consume tobacco is Avoidance. It also was probed that those who directly coping their problems are the ones with less risk of consuming tobacco.

KEYWORDS: Tobacco consumption, adolescents, coping, behavior, discipline, structure family.

ANTECEDENTES

La Organización Mundial de la Salud señala que el tabaquismo es la causa de mortalidad evitable más importante en el mundo. ¹

La evidencia científica indica que el tabaquismo provoca aumento en la frecuencia de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfisema, cáncer de pulmón y enfermedad cardiovascular. ¹

De acuerdo con el Instituto Nacional de Salud Pública, el humo del tabaco se produce al quemar un material orgánico complejo, el tabaco, junto con varios aditivos y papel. El humo que se produce contiene numerosos gases y partículas, incluyendo un sin número de componentes tóxicos capaces de provocar daños por inflamación, irritación, sofocación y carcinogénesis; es decir, el proceso de inicio y desarrollo de una enfermedad cancerígena, entre otras patologías. ¹

Tanto los fumadores activos como los pasivos absorben componentes del humo del tabaco a través de las vías respiratorias y los alvéolos, y muchos de estos componentes, como el monóxido de carbono, entran después en la circulación y se distribuyen en todo el cuerpo.

Por éstas y otras razones, el consumo de tabaco se ha convertido en un problema de salud pública que también tiene consecuencias sociales relacionadas con los costos del consumo, el medio ambiente y la calidad de vida del individuo fumador, el no fumador y quien vive con él. ¹

El consumo de tabaco es responsable de más de 3 millones de muertes al año y que tiene además, repercusiones sociales y económicas muy importantes. ² La organización mundial de la salud señala que de la población mundial el 30% de los

adultos son fumadores, y de estos fumadores 3.5 fallecen año, lo que equivale a la muerte de siete personas cada minuto por enfermedades relacionadas con el tabaquismo.³

En América Latina mueren más de 400 personas cada día por causa del tabaco. A la fecha, se estima que hay 150 mil muertes anuales en América Latina y el Caribe atribuidas al uso de este producto. Para el año 2020, el tabaco estará ocasionando el fallecimiento de 400 mil personas cada año.⁴

Mostrando a México dentro del contexto latinoamericano, según los datos que nos da la Organización Panamericana de la Salud de 2005 indican que la proporción consumo de tabaco en adultos en el país es de 8.3%, este porcentaje coloca a México por encima de países como Ecuador, Guatemala y Costa Rica con un porcentaje de 4.8%, 4.1% y 3.0% respectivamente, pero también lo coloca muy por debajo de seis países de los cuales tres pertenecen al Cono Sur y dos al Área Andina: Chile (37%), Cuba (34.8%), Bolivia (29.9%), Uruguay (29.8%), Argentina (25.8%) y Venezuela (25%). La prevalencia de consumo de tabaco en jóvenes ubica a México (21.6%) en el cuarto lugar después de Chile, Argentina y Uruguay con 23.4%, 27% y 25.6%, respectivamente⁴

Los adolescentes son objeto especial de atención porque se ha observado un incremento en sus patrones de consumo; 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 las campañas de promoción del consumo de esta sustancia, no obstante que en esta edad es ilegal la venta del tabaco.⁵

Las encuestas que se realizaron en México en el periodo que comprende entre el 2003-2005, sobre tabaquismo en jóvenes con validez nacional para la población urbana de 12 a 15 años, mostraron una prevalencia de 19.9%: 20.8% entre los varones y 18.2% para las mujeres. Por lo que nos damos cuenta que una

importante proporción de la población urbana que estudia la secundaria ha consumido tabaco, siendo las zonas urbanas y céntricas las de mayor consumo.

La adicción a la nicotina puede establecerse con gran rapidez. En los adolescentes que empezaron a fumar de manera temprana, las concentraciones salivales de cotinina, un producto de la degradación de la nicotina, ascienden de forma progresiva a lo largo del tiempo, hasta alcanzar los niveles característicos de los fumadores estabilizados. Los niveles medios de nicotina inhalados bastan para ejercer el efecto farmacológico y para reforzar el deseo de fumar. Sin embargo, muchos fumadores jóvenes subestiman el riesgo de convertirse en adictos

Asimismo, los sujetos que comienzan a fumar en la adolescencia y siguen fumando regularmente, tienen 50% de probabilidades de morir a causa del tabaco, la mitad de éstos morirá antes de los setenta años, con una pérdida de 22 años de esperanza de vida normal.³ Por este motivo es considerado como una patología pediátrica ya que el inicio del tabaquismo en promedio se inicia a los 14 años.

Se ha demostrado que el tabaquismo tiene un comportamiento distinto entre adolescentes del medio rural y urbano, se encontró que el tabaquismo en los adolescentes del medio urbano fue discretamente más alto en las mujeres que en los hombres. Estas diferencias entre hombres y mujeres muestra la transición que está ocurriendo por género. Es evidente que la pertenencia a uno u otro sexo influye en los motivos para iniciar y continuar el consumo de tabaco: para las mujeres cobra importancia la imagen corporal y la moda, mientras que en los hombres la agresividad y los desórdenes de conducta son factores determinantes.

Igualmente, se han reportado en la literatura médica y económica un buen número de estudios en los que se documenta la importante carga económica que imponen a los sistemas de salud las enfermedades asociadas con el consumo de tabaco.³

Así mismo, la organización mundial de la salud estima que 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.²

En México, de acuerdo a Encuesta de Ingresos y Gastos de los Hogares, se advierte que los hogares con menor ingreso emplearon una mayor proporción de éste en el consumo de tabaco 3, se calculó un costo anual por atención médica (para la Secretaria de Salud) de 1 464 dólares para enfermedades cardiovasculares, 628 dólares para el cáncer de pulmón y 210 dólares para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.²

Una de las causas más comunes de iniciar y continuar el tabaquismo es como método de afrontamiento hacia los diferentes problemas a los que se enfrentan los adolescentes. El afrontamiento implica, tanto esfuerzos cognitivos como conductuales que emplea el sujeto para controlar las situaciones estresantes y reducir o eliminar experiencias que les generan problema. Las formas generales de afrontar el estrés parecen determinadas, tanto por la situación como por la propia persona. La calidad de nuevos evento que causen conflicto a los adolescentes puede determinar el tipo de afrontamiento, de la misma manera que también determina la característica de la persona.⁶

Existen 3 tipos de afrontamiento en el comportamiento humano, y esto depende de tipo de personalidad, de los recursos emocionales e intelectuales de cada individuo:

1. Afrontamiento cognitivo activo (dirigido al problema): en el que se refiere a todo tipo de acciones dirigidas a manipular o alterar el problema cuando el sujeto considera que la situación es susceptible de cambio. Esto mediante una análisis objetivo de la situación problemática, con lo que toman acciones para solucionar directamente el problema.

2. Afrontamiento activo conductual: esta surge cuando el individuo considera que no puede hacer nada para modificar las condiciones amenazantes o desafiantes del entorno y de alguna forma se deja invadir por las emociones. Por lo que realiza un control de sus emociones provocadas por la situación estresante.

3. Afrontamiento evitativo: es aquel en que el individuo hace todos los intentos por evitar, negar o minimizar la seriedad del problema.

Aunque los problemas a los que se enfrentan los adolescentes afectan diversas áreas de su vida, una de las que se ve más comprometida es el área de la salud, ya que las situaciones de estrés producen un aumento general de la respuesta fisiológica del organismo. Esta mayor activación fisiológica se asocia a la aparición de sintomatología que puede desembocar en diversos trastornos físicos. De hecho, se ha propuesto que los altos niveles de estrés constituyen un factor de riesgo para la salud. También es importante mencionar que el estrés no actúa sólo como factor de riesgo, sino que puede funcionar como factor de mantenimiento de la enfermedad y/o como consecuencias de padecer una enfermedad.⁷

Fumar tabaco es una conducta con un indudable valor instrumental. Con su uso, aparte de prevenir o aliviar los síntomas de abstinencia, se convierte en un potente y eficaz regulador del estado de ánimo y del comportamiento. Estimula cuando se está aburrido, y relaja cuando se está tenso. Sus efectos son casi inmediatos, es manejable, es bien tolerado socialmente, su administración es compatible con la mayoría de las actividades cotidianas, su uso se automatiza después de cientos de caladas-dosis diarias durante muchos años. Va acompañado de un ritual (sacar la cajetilla, extraer el cigarrillo, colocarlo en la boca, ofrecer, encenderlo...) que adquiere pronto, por condicionamiento Pavloviano, la capacidad de provocar, por sí mismo, los efectos buscados en el cigarrillo. No es de extrañar que, propiedades bioquímicas de la nicotina aparte, su potencial adictivo sea enorme, acaso más potente que el de ninguna otra droga.

Existen varios factores que predominan para poder enfrentar de otra manera el estrés en los que se pueden clasificar los del individuo: características individuales, repertorios conductuales, aspectos motivacionales. Factores del contexto: si existe apoyo familiar, si los compañeros de trabajo fuman, si existe estabilidad laboral, cómo son los recursos sanitarios. Aspectos formales o inespecíficos de la intervención: si la terapia es en grupo o individual, qué periodicidad tienen las sesiones, cuánto dura el tratamiento, si la intervención se desarrolla en una clínica privada y de pago o en un centro público de salud o en la empresa. Factores de la relación con el tabaco: qué intentos previos han existido, en qué fase del proceso de cambio se encuentra el sujeto, qué grado de confianza manifiesta sobre su capacidad para mantenerse sin fumar.⁸

Todo esto ha hecho evidente la necesidad de implementar programas de intervención preventiva y de control del tabaquismo, dirigidos a los jóvenes, en donde el ambiente escolar parece ser el contexto más apropiado para su realización. La mayoría de los reportes sobre las intervenciones escolares para reducir el consumo de tabaco en estudiantes se han realizado en Estados Unidos y han mostrado un impacto positivo de grado moderado, así como en la modificación de conductas, conocimientos y actitudes relacionadas a su consumo.

Las intervenciones positivas fueron aquellas de tipo interactivo que involucraron a padres, maestros y pares no fumadores, que enfatizaron las consecuencias negativas del consumo sobre la salud y el entrenamiento para resistir las presiones publicitarias de las tabacaleras. Datos recientes sugieren que dichas intervenciones son además costo/efectivas al estimar que la intervención previno que 34.9% de los estudiantes se volviera fumador dependiente, lo que resultó en un ahorro de 327,140 dólares en cuidados médicos y 8,482 dólares de ahorro por individuo en cuidados para mejorar la calidad de vida.⁹

La adolescencia es una etapa de la vida en la que los jóvenes intentan reafirmar su independencia, y lo hacen rechazando la escala de valores de sus padres. No es de sorprender que la adolescencia sea la época más frecuente de experimentación con las drogas incluyendo el tabaco y el alcohol.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACION

El tabaquismo es un problema de salud pública, el número de fumadores aumenta de forma rápida y este aumento se ve con mayor frecuencia en el grupo de los adolescentes. En México se ha encontrado 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 de 11.6% en 1998 de 11.6%, estos datos nos muestran que hubo un incremento de 51% en los últimos 10 años, a pesar que la ley general de salud prohíbe desde 1984 la venta de cigarros a menores de edad.

Esta conducta de riesgo está llevando a la aparición prematura de enfermedades crónicas que se creían propias del adulto, tales patologías como la enfermedad pulmonar crónica, infartos de miocardio, enfermedad cerebro vascular y múltiples neoplasias producidas por este hábito.

En gran medida el tabaco es usado como una forma de afrontamiento al estrés en personas que no saben cómo canalizar esta emoción, siendo una de las principales causas de inicio para este hábito. Es muy fácil que sustancias adictivas como el tabaco reduzcan el número de opciones para contender con el estrés.

El determinar las causas del consumo de tabaco en los adolescentes, es importante para el Instituto ya que es parte de su universo de trabajo. Así mismo permitirá encontrar, métodos preventivos y poder aplicarlos en los jóvenes para reducir el número de complicaciones que se presentan cada vez a más temprana edad, así como crear la conciencia de los efectos nocivos para la salud, y la economía del paciente que forma un gasto continuo; como para los que lo rodean.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Por lo dicho anteriormente surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Se encontrará asociado el consumo de tabaco a los tipos de afrontamiento en los adolescentes del CCH Vallejo?

OBJETIVO

General

Determinar si existe una asociación entre consumo de tabaco y tipos de afrontamiento.

Específicos

- Determinar la prevalencia de consumo de tabaco.
- Identificar los tipos de afrontamiento más frecuentes entre los adolescentes que consumen tabaco.
- Identificar los tipos de afrontamiento más frecuentemente utilizados de acuerdo estructura familiar a la que pertenecen los adolescentes.
- Identificar la asociación entre el tipo de afrontamiento y la funcionalidad familiar que tienen los adolescentes.
- Identificar la asociación entre el tipo de afrontamiento y la dinámica familiar que tienen los adolescentes.
- Identificar el tipo de afrontamiento con las conductas hacia el tabaquismo que presentan los adolescentes.

HIPÓTESIS

“El consumo de tabaco se encuentra asociado a ciertos tipos de afrontamiento en los adolescentes del CCH Vallejo”

MATERIAL Y MÉTODOS

1.- DISEÑO: Diseño trasversal analítico

2.- POBLACIÓN DE ESTUDIO.- En el estudio se incluyeron 11 335 adolescentes del CCH Vallejo que cubren ambos turnos, cursando en este momento el primer semestre un total de 3558 adolescentes, tercer semestre 3501 adolescentes, finalmente quinto semestre 4276 adolescentes

3.- MUESTRA

3.1 CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA

INCLUSIÓN

- Alumnos que acepten ingresar al estudio
- Ambos sexos
- Edad entre 14-19 años

EXCLUSIÓN

- Alumnos que no se encuentren en condiciones para contestar el cuestionario

ELIMINACIÓN

- Alumnos que abandonen el estudio

3.2 TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se calculo 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 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.

INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

Se aplicó un cuestionario que tiene las siguientes secciones:

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. Familia: Se incluyó las áreas de:
 - a) Funcionamiento familiar.- cohesión y adaptabilidad medido a través de la escala FACES III.¹⁷
 - b) Dinámica familiar.- expresión del afecto, comunicación, jerarquía (manejo de la autoridad), disciplina (control de la conducta) medido a través de ítem tomados de la escala de la Dra. Ema Espejel.¹⁶
 - c) Estructura familiar, las diferentes clasificaciones que se les da a las familias, dependiendo de composición es decir, a los integrantes de la misma.
5. Afrontamiento.- La escala de Moss evalúa el tipo de afrontamiento de los sujetos. Evalúa tres áreas importantes: a) Afrontamiento cognitivo activo. b) Afrontamiento activo conductual c) Afrontamiento evitativo, por medio de una escala de Liker de 3 categorías (nunca; a veces; con frecuencia). Las respuestas positivas se suman y la que cuente con mayor puntaje será el tipo de afrontamiento que con frecuencia utilicen los adolescentes. Los ítems que se consideraran como cognitivos activos son: 1, 6, 9, 11, 12, 13, 18, 19, 21 y 28. Los de tipo activo conductual son determinados por las

preguntas 2, 3, 4, 5, 8, 14, 15, 22, 23, 25, 26, y 27. Los de afrontamiento evitativo son las preguntas 7, 10, 16, 17, 20 y 24.

DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES
VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION 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.	Intervalo	
Sexo	Características fenotípicas y genotípicas que identifican al individuo como masculino y femenino.	De acuerdo a lo reportado por el Adolescente	Nominal	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	1.-No estudió 2.-primaria incompleta 3.-primaria completa 4.-secundaria incompleta 5.-secundaria completa 6.-nivel medio superior completo 6.-nivel medio superior incompleto 7.-superior incompleto 8.-licenciatura incompleta 9.-licenciatura completa 10.-Maestría 11.-doctorado 12.-Carrera técnica
Estado civil de los padres	Se denomina a la situación personal en que se encuentra o no una persona	Se realizó medición con interrogatorio indirecto sobre el estado civil de los padres de los	Nominal	1. Soltero 2. Casado 3. Divorciado 4. Unión libre 5. Viudo

	física en relación a 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.	adolescentes		
--	--	--------------	--	--

VARIABLES DEL ESTUDIO

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION 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 tabaco.	Nominal Dependiente	1. Positivo 2. Negativo
Afrontamiento	Es la forma en que las personas afrontan los problemas que les generan estrés	Se midió revisando la forma en la que abordan los problemas ya sea en forma directa, usando abordando por medio de las emociones o evitando el problema	Nominal Independiente	1. Problema en forma directa 2. Usando emociones 3. Evitando el problema

OTRAS VARIABLES DEL ESTUDIO

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO	INDICADOR
Dinámica familiar	Es el conjunto de pautas transaccionales que establece de que manera, cuando y con quién 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	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 experimentar una persona en la familia.	Se midió con el instrumento FACES III que consta de 10 preguntas para cohesión Cohesión: No relacionada 10 a 34 Semirrelacionada 35 a 40 Relacionada 41-45 Aglutinada 46-50	Nominal	1. No relacionada 2. Semirrelacionada 3. Relacionada 4. Aglutinada
	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	Se midió con el instrumento de FACES III que consta de 10 preguntas para adaptabilidad 10-19 rígida 20-24 estructurada 25 a 28 flexible 29 a 50 caótica	Nominal	1. Rígida 2. Estructurada 3. Flexible 4. Caótica 20

Estructura familiar	Hace referencia a unas determinadas composiciones que permiten identificar los miembros de una familia según sus lazos de filiación, parentesco, afinidad y afecto.	Se midió con el instrumento de tipología familiar	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1.Nuclear 2.Extensa 3.Compuesta 4.Reconstruida 5.Monoparental mamá 7.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	<ol style="list-style-type: none"> 1. Consumo de tabaco 2. Consumo de alcohol 3. Consumo de drogas

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

1. El análisis univariado se realizó con frecuencias y porcentajes, utilizando programa SPSS versión 15, presentándolo en tablas según corresponda al tipo de variable a estudiar.
2. En el análisis bivariado se calculó Chi cuadrada para determinar la asociación de factores demográficos y familiares con las conductas de riesgo, con relación al consumo de tabaco y afrontamiento.

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.

FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ÉTICOS

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

Este estudio fue ético pues no pone en riesgo a ningún adolescente y probablemente infundirá en ellos la curiosidad de preguntar por estas complicaciones a su médico, preservará su intimidad y se les tratará con respeto.

En cuanto a la cuestión ética me apoyaré 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 realizará sólo cuando del conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro procedimiento idóneo.
- c. Prevalecerán las prioridades de los beneficios esperados sobre los riesgos predecibles
- d. Deberá ser realizada por profesionales de la salud a que se refiere en artículo 144 de este reglamento.
- e. Contará con el dictamen favorable de las comisiones de investigación y ética de bioseguridad
- f. Se llevará 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 éste lo autorice.

CÓDIGO DE NUREMBERG

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 BELMONT

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

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.

RECURSO HUMANO, FÍSICO Y FINANCIERO

HUMANOS:

Investigador médico residente de medicina familiar, asesores clínicos de la UMF núm. 20 Vallejo, docentes que laboren en CCH Vallejo, estudiantes del CCH Vallejo

FÍSICOS:

Papel, hojas, lápices, gomas, computadoras, cañón proyector, aula de conferencias, diapositivas, carteles, pancartas.

FINANCIEROS:

Los recursos financieros serán absorbidos por el investigador.

RESULTADOS

DATOS GENERALES

Se estudiaron 1011 adolescentes (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 tabaquismo y afrontamiento anexo 1.

Con respecto a las conductas de riesgo (cuadro 2) se observó, que los adolescentes tienen una percepción de buen estado de salud con una calificación promedio del 8.35 (± 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 \pm 1.28
Número de días de consumo de alcohol al mes (DE)	2.19 \pm 3.87
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 mas	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 tabaquismo y afrontamiento anexo 1.

En cuanto al consumo de tabaco se observó (cuadro 3), que el 30.5% de los adolescentes fuman, con un consumo promedio de cigarrillos de 2.94 al día.

La actitud de los padres más frecuente al consumo de tabaco del adolescente es el regaño, seguido el hablar con ellos. Se vio que la proporción de padres que fuman es de un 34.7%. Dentro de esta misma línea vemos que la imitación es un factor muy importante ya que un gran porcentaje de las personas que son admiradas por los adolescentes (38.9%) consumen tabaco.

El 12.1% de los adolescentes admite que no piensa dejar de fumar. Los adolescentes en un 12.2% han pensado en iniciar el hábito de fumar. El 28.4 % ha pensado en dejar de fumar. El 30.0% de los adolescentes ha disminuido el

número de cigarrillos que fuma. Y se encontró que el 14.2% ha podido dejar este hábito por lo menos por 6 meses.

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

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

Datos encuesta tabaquismo y afrontamiento anexo 1.

Con respecto a la dinámica familiar se observó lo siguiente (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. Dinámica y funcionamiento familiar

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 (273)
Semirelacionada	32.5 (329)
Relacionada	27.8 (281)
aglutinada	12.7 (128)
<i>Adaptabilidad</i>	
Rígida	3.1 (31)
Estructurada	11.5 (116)
Flexible	22.5 (227)
Caótica	63.0 (637)
<i>Jerarquía</i>	
Mala	27.6 (279)
Regular	45.1 (456)
Buena	27.3 (276)
<i>Control</i>	
Mala	25.8 (261)
Regular	30.3 (306)
Buena	43.9 (444)
<i>Afecto</i>	
Malo	32.4 (328)
Regular	42.1 (426)
Bueno	25.4 (257)
<i>Comunicación</i>	
Mala	27.1 (274)
Regular	42.1 (426)
Buena	30.8 (311)

Datos encuesta tabaquismo y afrontamiento anexo 1.

Cuando fue evaluada la relación entre afrontamiento y las diferentes variables, se encontró que el tipo de afrontamiento no se relacionó con los aspectos socioemográficos (cuadro 5).

Los resultados que obtuvimos muestran que es más frecuente que se afronte los problemas de forma directa, seguida de lo emocional y en menor frecuencia evitar los problemas, independientemente del rango de edad. En tanto que para el sexo encontramos el mismo fenómeno.

Cuadro 5. Relación entre variables sociodemográficas con el tipo de afrontamiento

<i>Variable</i>	<i>Directo</i> % (n)	<i>Emociones</i> % (n)	<i>Evitativo</i> % (n)
Edad			
14-15	71.3 (214)	58.0 (174)	42.0 (126)
16-17	73.9 (438)	58.9 (349)	48.7 (289)
18 o más	77.1 (91)	64.4 (76)	44.1 (52)
Sexo			
Femenino	73.9 (408)	61.2 (338)	45.3 (250)
Masculino	73.0 (335)	56.9 (261)	47.3 (217)

Datos encuesta tabaquismo y afrontamiento anexo 1.

Respecto a la relación de afrontamiento con las características familiares, (cuadro 6) observamos que la forma en la que se afrontan los problemas no se relacionó significativamente con el tipo de estructura familiar, sin embargo podemos observar que los adolescentes que se encuentran dentro de familias extensas y compuestas son la que con más frecuencia van en forma directa al problema, seguida de la nuclear en menor frecuencia la monoparental y por último la reconstituida.

En el caso del afrontamiento dirigido a la emoción, las familias reconstituidas tienen con más frecuencia este tipo de abordaje. El tipo evitativo lo utiliza en menor medida las familias reconstituidas.

Cuadro 6. Asociación entre tipo de afrontamiento (afrontan problema directamente, usando emociones, evitando el problema) y tipo de estructura familiar

<i>Tipo de estructura familiar</i>	<i>Directo % (n)</i>	<i>Emociones % (n)</i>	<i>Evitativo % (n)</i>
Nuclear	73.8 (470)	59.5 (379)	46.5 (296)
Extensa Compuesta	73.9 (99)	59.0 (79)	46.3 (62)
Reconstituida	69.2 (18)	61.5 (16)	38.5 (10)
Monoparental	72.9 (156)	58.4 (125)	46.3 (99)

Datos encuesta tabaquismo y afrontamiento anexo 1.

Dentro de la dinámica familiar se encontró una diferencia estadísticamente significativa con el tipo de afrontamiento.

Como vemos (cuadro 7) los adolescentes que se encuentran dentro de familias que tienen límites claros y bien definidos, que tienen un buen desempeño afectivo y con buena comunicación tienen con mayor frecuencia a afrontar en forma directa los problemas.

Las familias que tienen un manejo inadecuado de la disciplina son las que más evitan los problemas.

Cuadro 7. Asociación en el tipo de afrontamiento y la dinámica familiar

<i>Dinámica familiar</i>	<i>Directo % (n)</i>	<i>Emociones % (n)</i>	<i>Evitativo % (n)</i>
Disciplina			
Mala	72.0 (188)	59.8 (156)	47.5 (124)
Regular	73.2 (224)	58.5 (179)	46.7 (143)
Buena	74.5 (331)	59.5 (264)	45.0 (200)
Jerarquía			
	*		
Mala	72.0 (201)	55.2 (154)	45.2 (126)
Regular	70.6 (322)	60.3 (275)	45.8 (209)
Buena	79.7 (220)	61.6 (170)	47.8 (132)
Afecto			
	*	*	
Mala	69.5 (228)	52.7 (173)	46.0 (151)
Regular	71.4 (304)	61.3 (261)	46.9 (200)
Buena	82.1 (211)	64.2 (165)	45.1 (116)
Comunicación			
	*	*	
Mala	68.6 (188)	56.6 (155)	46.0 (126)
Regular	73.2 (312)	56.6 (241)	46.0 (196)
Buena	78.1 (243)	65.3 (203)	46.6 (145)

Datos encuesta tabaquismo y afrontamiento anexo 1.

* Valor de $p \leq 0.05$

Con respecto a la funcionalidad familiar (cuadro 8). Se encontró que los adolescentes en las familias aglutinadas enfrentan en forma directa el problema y en menor medida lo evitan. Las familias rígidas, estructuradas y las flexibles muestran tendencia a afrontar los problemas en forma directa, siendo la flexible la que con mayor frecuencia afronta los problemas de forma directa. Así mismo encontramos que las familias flexibles pueden afrontar los problemas de las tres formas posibles, en comparación de las rígidas y estructuradas. El mismo fenómeno encontramos con las familias aglutinadas en comparación en las otras de cohesión.

Cuadro 8. Relación entre Funcionalidad familiar y tipo de afrontamiento

Funcionalidad familiar	Problema % (n)	Emociones % (n)	Evitativo % (n)
Cohesión			
	**	**	
No relacionada	67.0 (183)	50.9 (139)	45.1 (123)
Semirrelacionada	71.4 (235)	56.8 (187)	42.9 (141)
Relacionada	76.9 (216)	64.1 (180)	46.6 (131)
Aglutinada	85.2 (109)	72.7 (93)	56.3 (72)
Adaptabilidad			
	**		**
Rígida	61.3 (19)	51.6 (16)	32.3 (10)
Estructurada	60.3 (70)	51.7 (60)	34.5 (40)
Flexible	75.7 (743)	60.5 (523)	48.3 (417)

*Valor de $p \leq 0.050$ ** $p \leq 0.000$

X² Chi cuadrada.

Datos encuesta tabaquismo y afrontamiento anexo 1.

Asociación entre tipo de afrontamiento y tabaquismo

La asociación entre estilos de afrontamiento y consumo de tabaco (cuadro 9), se encontró que el estilo dirigido al problema es el único que tiene una asociación significativa. Los adolescentes que enfrentan el problema en forma directa fuman menos.

Cuadro 9. Relación entre tipo de Afrontamiento y el consumo de tabaco.

<i>Tipo de afrontamiento</i>	<i>Fumar % (n)</i>
Directo	
	**
Poco frecuente	35.1 (94)
Con frecuencia	28.8 (214)
Emociones	
Poco frecuente	32.8 (135)
Con frecuencia	28.9 (173)
Evitativo	
Poco frecuente	32.0 (174)
Con frecuencia	28.7 (134)

**Valor de $p \leq 0.05$

X² Chi cuadrada.

Datos encuesta tabaquismo y afrontamiento anexo 1.

No se encontró ninguna diferencia entre los estilos de afrontamiento y las actitudes hacia el consumo de tabaco (cuadro 10)

Cuadro 10. Asociación entre tipo de afrontamiento y actitudes hacia el tabaco

Variables	Problema Frecuencia % (n)	Emoción Frecuencia % (n)	Evitativo Frecuencia % (n)
No deseo dejar fumar	11.8 (88)	11.9 (71)	10.7 (50)
No fumo, fumare en el futuro	12.0 (89)	13.0 (78)	11.3 (53)
Pienso dejar fumar	27.6 (205)	27.4 (164)	27.0 (126)
Disminuí numero cigarros	30.0 (223)	30.7 (184)	29.8 (139)
Deje de fumar	14.1 (105)	15.5 (93)	15.2 (71)

Datos encuesta tabaquismo y afrontamiento anexo 1.

DISCUSIÓN

El objetivo principal de nuestro estudio fue encontrar la relación entre las diferentes formas de afrontamiento (abordaje problema directo, dirigido a las emociones y el evitativo) que presentan los adolescentes con el hábito de fumar.

En el análisis de los datos encontramos que el tipo de afrontamiento más frecuente entre los adolescentes, es el directo sin importar el grupo de edad y sexo, seguido del emocional y por último el evitar los problemas.

Se demostró también que aquellos adolescentes que se encuentran dentro de familias extensas, compuestas, con límites claros, con buen desempeño afectivo y de comunicación, influye para abordar sus problemas en forma directa.

Cuando se exploró la relación del afrontamiento con el tabaquismo, se demostró que los adolescentes que afrontan en forma directa los problemas son menos propensos a utilizar conductas adictivas como el tabaquismo. Nuestros resultados tienen la misma dirección que otras investigaciones, en donde se muestra que los adolescentes que usan como método de afrontamiento el tipo directo tienen menos posibilidades de adquirir tendencias adictivas como el tabaquismo, en comparación con los adolescentes que utilizan el método evitativo, el cual llevaba a un mayor consumo y un peor manejo del estrés.⁶

Los déficits en habilidades sociales podrían ser causantes de estrés y por tanto la utilización de tabaco podría servir para eliminar los sentimientos de ansiedad y/o hacer frente a estas situaciones sociales. La Teoría de la Activación sugiere que el tabaco se utiliza como reductor de sentimientos de ansiedad e ira en determinadas situaciones tensas para el sujeto.¹⁵

En estudios previos se demostraba que los adolescentes que presentan mejores estrategias de manejo de estrés tenían menos uso de tabaco para poder

enfrentarlo. Por lo que algunos autores hacen énfasis en la importancia de las estrategias de afrontamiento en el uso de drogas. Este modelo señala que después de un periodo de abstinencia se puede producir la vuelta al consumo cuando el sujeto tiene que enfrentarse a situaciones de alto riesgo y no utiliza las estrategias de afrontamiento adecuadas.¹⁸

CONCLUSIONES

- El tipo de afrontamiento más frecuente entre los adolescentes fue el dirigido al problema en forma directa, seguido del método emocional y por último el evitar los problemas.
- Las familias extensas y compuestas son las que abordan los problemas en forma directa con mayor frecuencia; y las que con menor frecuencia utilizan este método son las reconstituidas. Las que utilizan el método emocional con mayor frecuencia son las reconstituidas; así mismo este tipo de familia son las que menos evitan los problemas.
- Las familias que cuentan con límites claros bien definidos, con un adecuado desempeño afectivo y con buena comunicación afrontan con mayor frecuencia los problemas en forma directa, tomando en cuenta este método como el adecuado para afrontar cualquier tipo de adversidad. Así mismo se demostró que las familias que tienen problemas con el manejo inadecuado de la disciplina tienden a evitar los problemas con mayor frecuencia, siendo este método el menos propicio para poder enfrentar los conflictos que presenta la familia.
- Las familias aglutinadas favorecen la forma directa como estrategia de afrontamiento a cualquier problema, y con menor frecuencia evitan los problemas. Las familias flexibles también afrontan los problemas en forma directa, teniendo la misma conducta las familias rígidas y estructuradas, aunque en menor medida que las otras formas de funcionalidad familiar.
- Se demostró como lo descrito en la literatura que las personas que afrontan en forma directa los problemas son las menos propensas a utilizar el tabaquismo como método de afrontamiento encontrando una gran relación entre estas dos variables.

REFERENCIAS

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.
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. Pederson II. Smoking. En: Stephens T, Grham D, editors. Canada's Health Promotion Survey 1990: technical report. Ottawa, Canada: Minister of Supply and Services Canada; 1993; 91-101.
4. Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones 2002. México: SS; 2003.
5. Llorens Aleixandre Noelia, Estrategias de afrontamiento: factores de protección en el consumo de alcohol, tabaco y cannabis. ADICCIONES, 2004; (16); 4.
6. Sandin, Bonifacio. Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE): desarrollo y validación preliminar. Revista de psicopatología y psicología clínica 2003; 8; (1); 39-54.
7. López Vásquez Esperanza. Validación de una escala de afrontamiento frente a riesgos extremos. Rev. Sal. Púb. Méx. (46); 3, mayo-junio de 2004; 216-221
8. Moreno Arnedillo JJ, Factores asociados al éxito en programas para dejar de fumar. Rev. Adic., 2000 (12); 3; 329/341.
9. Gilberto Espino González. El tabaquismo como adicción y sus causas. www.infoadicciones.net
10. Ponce ER, Gómez FJ, Terán m, Irigoyen, Landgrave S. Validez del constructo del cuestionario FACES III en español (México). Atención primaria 2002; 30(10): 624-630.
11. Manual para la escala de funcionamiento familiar. Espejel E. Universidad Autónoma de Tlaxcala. México 1996.
12. Moss, R. Coping Responses Inventory Psychological Assessment Resources. Inc. Florida. USA. 1993.
13. Gilberto Espino González. Tabaquismo en la familia ¿aliado o enemigo? www.infoadicciones.net
14. Pérez-Pérez, R. et al. Abordaje Diagnóstico del Tabaquismo en un Consultorio de Medicina Familiar en La Habana, Cuba. Archivos en Medicina Familiar 2006, <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=50780306#>
15. Berastegui Ana. La adaptación familiar: un proceso de estrés y afrontamiento, Anuario de Psicología 2007, (38); 2; 209-224, Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona.

16. Rueda Beatriz. Personalidad y percepción de auto eficacia: influencia sobre el bienestar y afrontamiento de los problemas de salud. Rev. de Psic. Clín. 2004, (9); 3; 205-219. Madrid España.
17. Mikulic, Isabel María. Adaptación y validación del inventario de respuesta de afrontamiento de Moss. Facultad de Psicología, UBA, secretaria de investigaciones, anuario de investigaciones volumen XV.
18. Muñoz Miguel A. Recientes resultados en el tratamiento del tabaquismo femenino. Clínica y salud, 2006, (17); 1; 91-117. Departamento de Psicología. Universidad de Granada España.
19. Código de bioética para el personal de salud. México 2002, en <http://www.salud.gob.mx>
20. 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>.

ANEXOS



**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 “EL TABAQUISMO COMO CONDUCTA FRECUENTEMENTE ASOCIADA A LOS TIPOS DE AFRONTAMIENTO QUE UTILIZAN LOS ALUMNOS DEL 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

EL TABAQUISMO COMO CONDUCTA FRECUENTEMENTE ASOCIADA A LOS TIPOS DE AFRONTAMIENTO QUE UTILIZAN LOS ALUMNOS DEL CCH VALLEJO

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
malo

Muy

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

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.- Qué tan bueno o malo es fumar

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

Muy bueno muy malo

13.- Qué tan agradable o desagradable es fumar

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

Muy agradable muy desagradable

14.- Qué tan seguro o peligrosos es fumar

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

Muy seguro muy peligroso

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

16.- Tus papás 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 él un futuro (1) si (2) no
- 19.- Actualmente no fumo, pero creo que en el futuro si fumaré (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	2	3	4	5
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:

1.- Es más reconocida y tomada en cuenta

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

2.- Interviene en los problemas de los hijos

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

3.- 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

4.- 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

5.- 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

6.- 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

7.- 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

8.- 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

9.- 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

10.- Platica con los demás

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

11.- Expresan libremente sus opiniones

- 1) Nadie
- 2) solo con otros familiares
- 3) los padres entre sí
- 4) los hermanos entre sí
- 5) todos

12.- Tiene mejor disposición para escuchar

- 1) Nadie
- 2) solo otros familiares
- 3) los padres entre sí
- 4) los hermanos entre sí
- 5) todos

13.- Informa a los demás sobre las decisiones importantes

- 1) Nadie
- 2) otros familiares
- 3) los hermanos
- 3) mamá
- 3) papá
- 4) ambos padres

14.- 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

15.- Trasmite los valores más importantes de la familia

- 1) Nadie
- 2) los hermanos
- 3) mamá
- 3) papá
- 4) ambos padres

16.- Participa en la resolución de problemas

1) Nadie 2) los hermanos 3) mamá 3) papá 4) ambos padres

17.- Toma la decisión de vivir en algún lugar

1) Otro familiar 2) los hermanos 3) mamá 3) papá 4) ambos padres

18.- Son los más alegres o se divierten más

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

19.- Estimula las habilidades de los demás

1) Nadie 2) los hermanos 3) mamá 3) papá 4) ambos padres

20.- Abraza espontáneamente

1) Nadie se abraza 2) solo entre hermanos 3) solo mamá 3) solo papá 4) todos

21.- 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

22.- 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

ESCALA DE RESPUESTAS PARA AFRONTAR SUCESOS IMPORTANTES de Moos.

Esta escala autoadministrable es una sección del Cuestionario sobre Salud y Hábitos de Vida de Moos (1983). Está compuesta por una serie de opciones de respuestas con las cuales una persona puede enfrentarse a los problemas o sucesos que considera de importancia, para indicar la frecuencia en una escala de tipo Likert de 3 puntos (1=no, nunca; 2=sí, a veces; 3=sí, con frecuencia). La clasificación de estas respuestas de afrontamiento se puede hacer de las siguientes formas:

Permite conocer la forma en que un individuo maneja y enfrenta determinados problemas que exceden a sus propios recursos emocionales e intelectuales.

Hay básicamente tres tipos de afrontamiento:

- a) Afrontamiento cognitivo activo: se refiere a todo tipo de acciones dirigidas a manipular o alterar el problema cuando el sujeto considera que la situación es susceptible de cambio.
- b) Afrontamiento activo conductual: forma de afrontamiento que surge cuando el individuo considera que no puede hacer nada para modificar las condiciones amenazantes o desafiantes del entorno y de alguna forma se deja “invadir” por las emociones.
- c) Afrontamiento evitativo: se refiere a todos los intentos que hace la persona por evita, negar o minimizar la seriedad del problema.

Enfoque de afrontamiento: Estrategias tendientes a la confrontación de la realidad de la crisis y sus consecuencias tangibles, así como los intentos de construir una situación más satisfactoria para el sujeto.

- a) Centrado en el problema: Son las estrategias tendientes a la confrontación de la realidad de la crisis y sus consecuencias tangibles, así como los intentos de construir una situación más satisfactoria para el sujeto.

Puede ser:

- Análisis lógico: intentos para manejar la situación problemática mediante un análisis objetivo de la situación problemática.
- Buscar información o ayuda sobre el problema y los tipos de acciones alternativas que se pueden realizar y sus probables resultados.
- Tomar acciones para solucionar directamente el problema.

- b) Centrado en las emociones: Estrategias dirigidas a manejar los sentimientos o emociones provocadas por una crisis y para mantener el equilibrio afectivo.

Puede ser:

- Regulación afectiva: control de los efectos de las emociones provocadas por la situación estresante.
- Descarga emocional: expresión franca y abierta de las emociones provocadas por la situación estresante.

Calificación.

La forma de calificación se hace sumando las opciones de respuesta de afrontamiento afirmativas incluidas en cada clasificación.

Validez.

La consistencia interna de la categoría de métodos de afrontamiento es moderadamente alta y la intercorrelación de las tres categorías de los métodos de afrontamiento es baja, lo que indica que estas categorías son relativamente independientes. La categoría de enfoque de afrontamiento presenta una adecuada consistencia interna y la independencia entre las dos categorías que la conforman es alta.

1 TOTALMENTE FALSO. 2 CASI TOTALMENTE FALSO. 3 PARTE FALSO Y PARTE VERDADERO. 4 CASI TOTALMENTE VERDADERO. 5 TOTALMENTE VERDADERO.

(1) No (2) Si... de vez en cuando (3) Si... con frecuencia.

		(1)	(2)	(3)
1	Trató de entender mejor la situación.			
2	Platicó sobre el problema con su esposa(o) u otro familiar.			
3	Platicó con algún amigo(a) sobre el problema.			
4	Habló con algún profesionista (médico, psicólogo, sacerdote, etc.)			
5	Rezó para encontrar guía o fortaleza.			
6	Se preparó para lo peor.			
7	No se preocupó, pensó que todo se resolvería.			
8	Cuando se sintió triste o enojado(a), ¿se desquitó con otra persona?.			
9	Trató de verle el lado positivo a la situación.			
10	Para olvidarse del problema se mantuvo ocupado(a) en otra cosa.			
11	Elaboró y siguió un plan de acción.			
12	Para manejar el problema tomó en cuenta varias alternativas.			
13	Aprovechó la experiencia de situaciones similares en el pasado.			
14	No demostró sus sentimientos.			
15	Tomó las cosas con calma una por una, de acuerdo a cómo se presentaron.			
16	Trató de apartarse del problema para verlo con más objetividad.			
17	Analizó repentinamente el problema para tratar de entenderlo.			
18	Trató de no seguir su primer impulso y actuar con precipitación.			
19	Se dijo a sí mismo(a) cosas que le ayudaron a sentirse mejor.			
20	Se alejó momentáneamente del problema.			
21	Supo lo que se tenía que hacer y luchó por lograrlo.			
22	En general, evitó estar cerca de la gente.			
23	Se prometió a sí mismo(a) que las cosas serían diferentes la próxima vez.			
24	Se negaba a creer que eso hubiera sucedido.			
25	Lo aceptó, nada se podía hacer.			
26	Demostró sus sentimientos de alguna manera.			
27	Buscó ayuda de personas o grupos con experiencias similares.			
28	Intentó o se comprometió a sacar algo positivo de la situación.			