



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 20**

**AUTOCONCEPTO EN ADOLESCENTES FUMADORES Y NO FUMADORES
DEL COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES PLANTEL VALLEJO
UNAM**

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. MARTÍNEZ BURGOA NOHEMÍ ELIZABETH

TUTORA:

DRA. MARÍA DEL CARMEN AGUIRRE GARCÍA

ASESOR METODOLÓGICO:

DRA. MARÍA DEL PILAR DEYANIRA LAVIELLE SOTOMAYOR

ASESOR CLÍNICO:

DRA. SANTA VEGA MENDOZA

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

ASESOR METODOLÓGICO:

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

ASESOR CLÍNICO:

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

Vo. Bo.

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

A Dios por estar siempre conmigo, cuidándome y esforzándome siendo el autor y consumidor de todos mis proyectos.

A mi padre Juan Martínez que creyó en mí brindándome incondicionalmente su apoyo, a mi madre Esther Burgoa por sus cuidados y consejos, a mis hermanos Jorge e Isaí con los que siempre he contado.

Al amor de mi vida Juan Lara que me apoya día a día compartiendo tiempo, conocimiento y esfuerzo en este proyecto de vida.

ÍNDICE	PÁGINA
TÍTULO	
RESUMEN	
ANTECEDENTES	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN	14
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	15
OBJETIVOS	16
HIPÓTESIS DE TRABAJO	17
MATERIAL Y MÉTODOS	18
RESULTADOS	29
DISCUSIÓN	38
CONCLUSIONES	41
RECOMENDACIONES	44
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45
ANEXOS	47

**AUTOCONCEPTO EN ADOLESCENTES FUMADORES Y NO FUMADORES
DEL COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES PLANTEL VALLEJO
UNAM**

AUTOCONCEPTO EN ADOLESCENTES FUMADORES Y NO FUMADORES DEL COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES PLANTEL VALLEJO UNAM

Martínez-Burgoa NE¹, Aguirre-García MC², Lavielle-Sotomayor MPD³, Vega-Mendoza S⁴.

1. Médico Residente del Curso de Especialización en Medicina Familiar
2. Médico Familiar, Unidad de Medicina Familiar No. 20, IMSS
3. Investigador Asociado B, CMN Siglo XXI, IMSS, Hospital General de México OD
4. Médico Familiar, Unidad de Medicina Familiar No. 20, IMSS

INTRODUCCIÓN: La adolescencia es considerada una etapa de riesgo para la adquisición de determinadas conductas perjudiciales para la salud como el consumo de tabaco y alcohol. Una variable que puede estar relacionada con la adopción de conductas saludables es el autoconcepto.

OBJETIVO. Determinar la asociación entre el nivel de autoconcepto y el consumo de tabaco en adolescentes.

MATERIALES Y MÉTODOS. Se realizó un estudio transversal analítico en una muestra representativa y aleatoria de adolescentes del CCH Vallejo. Se aplicó la escala de autoconcepto de Tennessee, evaluando 3 áreas: la autosatisfacción, identidad y conducta además de un instrumento para explorar percepción de conductas de riesgo, creencias, actitudes y contexto hacia el consumo de tabaco, aspectos familiares (estructura, funcionalidad y dinámica) y aspectos sociodemográficos.

RESULTADOS. De los 1011 adolescentes el 54.6% eran mujeres, promedio general de edad 16.23 ± 1.36 . En relación al autoconcepto y consumo de tabaco en los adolescentes se encontró una baja autosatisfacción (76.3% vs 83.6%; $p \leq 0.05$) en aquellos que fuman. En la relación autoconcepto y funcionalidad familiar se mostró que los adolescentes que pertenecen a una familia aglutinada tienen mejor percepción de su conducta ($p \leq 0.05$) y autosatisfacción ($p \leq 0.05$). Adolescentes cuya familia es flexible tienen una mejor autosatisfacción, identidad y percepción de la conducta ($p \leq 0.000$). En cuanto a la dinámica familiar se encontró una asociación entre comunicación y una apropiada percepción de la conducta y autosatisfacción ($p \leq 0.05$), entre jerarquía bien delimitada con autosatisfacción e identidad ($p \leq 0.05$), una adecuada expresión del afecto con una mejor autosatisfacción (84.8% $p \leq 0.05$).

CONCLUSIONES. El consumo de tabaco se encuentra asociado al autoconcepto en algunas de sus áreas como autosatisfacción.

Palabras clave: adolescencia, autoconcepto, autosatisfacción, identidad, conducta, consumo de tabaco.

SELF-CONCEPT IN YOUNG SMOKERS AND NON SMOKING COLLEGE OF SCIENCES AND HUMANITIES VALLEJO UNAM CAMPUS.

Martínez-Burgoa NE¹, Aguirre-García MC², Lavielle-Sotomayor MPD³, Vega-Mendoza S⁴.

1. Resident Physician of the Course in Specialization Family Medicine

2. Family Physician, Family Medicine Unit No. 20, IMSS

3. Research Associate B, CMN Century XXI, IMSS, General Hospital of Mexico OD

4. Family Physician, Family Medicine Unit No. 20, IMSS

INTRODUCTION: Adolescence is considered a risk period for the acquisition of certain unhealthy behaviors such as snuff and alcohol consumption. One variable that may be related to the adoption of healthy behaviors is self-concept.

OBJECTIVE. Determine the association between the level of self-concept and snuff consumption among adolescents.

MATERIALS AND METHODS. We conducted a cross sectional study a representative, random sample of adolescents of CCH Vallejo. Scale was used for self-concept Tennessee, evaluating 3 areas: self-satisfaction, identity and behavior and an instrument to explore perceptions of risk behaviors, beliefs, attitudes, and context to snuff consumption, family issues (structure, function and dynamics) and demographic aspects.

RESULTS. Of the 1011 adolescents 54.6% were women, average age overall 16.23 ± 1.36 . In relation to self and snuff consumption in adolescents was low self-satisfaction (76.3% vs 83.6%, $P \leq 0.05$) in those who smoke. In the relationship self-concept and family functioning showed that teens who belong to a family agglutinated have a better perception of their behavior ($p \leq 0.05$) and self-satisfaction ($p \leq 0.05$). Teens whose family is flexible have a better self-satisfaction, identity and perception of behavior ($p \leq 0.000$). In terms of family dynamics found an association between communication and appropriate behavior and perception of self-satisfaction ($p \leq 0.05$) between well-defined hierarchy with self-satisfaction and identity ($p \leq 0.05$), an appropriate expression of affection to a better self-satisfaction (84.8% $p \leq 0.05$).

CONCLUSIONS. Snuff consumption is associated with the self-concept in some of their areas as self-satisfaction.

Keywords: adolescence, self-concept, self-satisfaction, identity, behavior, use of snuff.

ANTECEDENTES

La adolescencia es considerada una etapa de riesgo para la adquisición de determinadas conductas perjudiciales para la salud como el consumo de tabaco, alcohol y cannabis; así como para el abandono de otras conductas que la favorecen, como la participación deportiva (1).

La nicotina es una de las sustancias con mayor poder adictivo. Por esto, el consumo de tabaco en la adolescencia, incluso realizado de forma esporádica, puede acabar convirtiéndose en una importante adicción con, consecuencias fatales para la salud a largo plazo.

En los últimos años se ha observado un incremento en el consumo de tabaco en población infantil y juvenil. Si bien hay que tener presente que al revisar diferentes estudios sobre tabaquismo en escolares, se pueden encontrar grandes discrepancias en los datos referidos tanto a la edad de inicio, como a la prevalencia y a la distribución por sexos. Esto podría explicarse por los diferentes segmentos de edad analizados. Aún así, se puede afirmar que la prevalencia de consumo de tabaco en niños y jóvenes es muy alta. De hecho, diferentes estudios procedentes de diversos países informan que el porcentaje de adolescentes que fuma es superior al 20% (2).

El tabaco es una de las sustancias que más ha acaparado la atención de los investigadores por los múltiples efectos nocivos que tiene sobre la salud, destacando entre ellos el riesgo de desarrollar cáncer de pulmón (3), arteriosclerosis y enfermedades coronarias (4).

El comienzo y la implantación del hábito de fumar parecen seguir una serie de etapas definidas. La primera etapa es la denominada “preparatoria o contemplativa”. En esta etapa se forman las actitudes y creencias sobre el tabaco. En ella, los niños y adolescentes pueden empezar a ver diferentes utilidades al tabaco, como un modo de parecer más maduros, de afrontar situaciones de

estrés, de vincularse a un grupo de iguales, o de mostrar independencia (5). La siguiente es la etapa de “aproximación” e incluye las primeras veces que un niño o adolescente fuma. La siguiente etapa, de “experimentación”, incluye el consumo repetido pero irregular de tabaco, que se da generalmente en situaciones determinadas y/o con personas determinadas.

Posteriormente, el “uso regular” ocurre cuando un adolescente fuma regularmente, en una variedad de lugares y con una variedad de personas. La última etapa es la “adicción”, que implica una necesidad fisiológica de consumir nicotina. Generalmente, el proceso, desde la primera aproximación al tabaco hasta el uso regular y la dependencia, suele tardar un promedio de dos a tres años y suele transcurrir durante la adolescencia temprana y media (6).

Según el informe internacional de la OMS, el periodo comprendido entre los 11 y los 15 años es crítico en lo que al inicio del consumo de tabaco se refiere. A los 11 años, en la mayoría de los países, son menos del 20% los jóvenes que informan haber probado el tabaco. Este porcentaje se eleva al 40-50% a los 13 años y al 60-70% a los 15.

La prevalencia de tabaquismo reportado por ENSANUT 2006 entre adolescentes de 10 a 19 años de edad fue de 7.6%. Los resultados muestran diferencias en la prevalencia de tabaquismo entre hombres y mujeres conforme aumenta la edad; en los hombres del grupo de 13 a 15 años, la prevalencia fue de 4.6%, y es cinco veces mayor para las edades de 16 a 19 años (25.9%), mientras que en las mujeres de 13 a 15 años se observa una prevalencia relativamente baja (de 2.4%), pero que se cuadruplica para el rango de 16 a 19 años (9.5%).

Tomando en cuenta el tamaño de la localidad, los resultados señalan que la prevalencia de tabaquismo en las zonas metropolitanas sobrepasa la prevalencia de las zonas rurales. Así, mientras que en zonas metropolitanas fue de 10.6%, la prevalencia en zonas rurales fue de 3.7%. Al analizar estos datos por grupos de

edad, la mayor proporción de tabaquismo (23%) se encontró en poblaciones metropolitanas de 16 a 19 años, lo que equivale a casi 1 millón de fumadores adolescentes (7).

Entre los jóvenes de los distintos países participantes en el estudio internacional de la OMS, a los 11 y 13 años casi todos los fumadores son esporádicos. Ningún país excede una tasa de consumo del 2% a los 11 años y muchos están por debajo del 10% a los 13 años. A los 15 años, la mayor parte de los adolescentes que fuman lo hacen de forma habitual. En los distintos países, la proporción de chicos que ha experimentado con el tabaco es mayor que la de chicas en edades tempranas; sin embargo, a los 15 años esa diferencia desaparece, y a partir de esa edad las chicas presentan una proporción de experimentación igual o mayor que los chicos.

El número medio de cigarrillos que consumen los adolescentes, según datos de la OMS, es relativamente bajo en la adolescencia temprana. Sin embargo, a los 15 años el número de cigarrillos oscila entre 8 (Francia) a 30 (Grecia, Groenlandia, Irlanda del Norte, Escocia y Gales). A esta edad las diferencias de género son substanciales y los chicos fuman un número mayor de cigarrillos que las chicas; únicamente se ha observado lo contrario en tres países: Canadá, Francia y Suecia (8).

El estatus socioeconómico parece ser un importante factor de riesgo, ya que, por norma general, los adolescentes de menor estatus socioeconómico presentan mayor tasa de consumo de tabaco. Aquellos chicos cuyo padre y/o madre presentan una menor cualificación profesional, son los que presentan mayores niveles de experimentación con el tabaco. Brannen y colaboradores (9) encuentran que el tipo de colegio (público o privado) influye sobre el consumo de tabaco de las chicas estadounidenses, siendo las alumnas de centros privados las que fuman en mayor medida que las alumnas de centros públicos. Sin embargo, algunos autores no encuentran diferencias en los patrones de consumo de los

adolescentes en función de la clase social (medida a partir de la ocupación materna o paterna (10).

Una variable muy relacionada con la adopción de conductas saludables o menos saludables es el autoconcepto. El autoconcepto siempre ha merecido una atención privilegiada por parte de la psicología como componente central del comportamiento humano pero, en su relación con la salud, los estudios iniciales se deben a Fitts y a Burns (11).

Desde diferentes ámbitos de la psicología (clínica, educativa, social) se ha remarcado la importancia del autoconcepto como un indicador de bienestar psicológico y como un mediador en la conducta (12). Hace ya más de un siglo, William James subrayó la importancia de este constructo como un determinante de la conducta. Sus aportaciones teóricas sobre el *self* han servido de base para posteriores estudios, y muchos de los temas que trató conforman un anticipo de cuestiones más contemporáneas en el estudio del autoconcepto.

Aunque los orígenes del estudio del *self* podrían remontarse a los clásicos griegos, los estudiosos contemporáneos del autoconcepto le rinden un mayor tributo a autores como James (13) y a los interaccionistas simbólicos como Cooley (14) y Mead (15). Estos autores realizaron las primeras contribuciones de mayor relevancia para el estudio del *self*; contribuciones que todavía tienen vigencia en la actualidad.

Generalmente, se reconoce a William James como el primer psicólogo que desarrolló una teoría sobre el autoconcepto (16). James articuló su teoría en base a cuatro aspectos fundamentales (17):

- a) La distinción entre el Yo y el Mi
- b) La naturaleza multifacética y jerárquica del autoconcepto
- c) El conflicto de los diferentes Mises

d) La definición de autoestima como la relación entre los éxitos y las pretensiones del individuo.

Una de las principales contribuciones de James al estudio del *self* fue la distinción entre dos aspectos fundamentales: el Yo y el Mi, el *self* como sujeto y el *self* como objeto.

Cooley desarrolló su noción de autoconcepto a partir de la metáfora del espejo (*the looking glass self*). Según este autor, la percepción que uno tiene sobre sí mismo está determinada por la percepción de las reacciones que los demás tienen hacia él; por tanto, los otros significativos constituyen el espejo social en el cual el individuo se mira para detectar sus opiniones hacia él. La percepción de estas opiniones es la principal fuente de información para la formación del autoconcepto. Cooley considera que, en la formación del autoconcepto confluyen tres elementos principales: 1) la idea que nosotros nos formamos sobre cómo es nuestra apariencia para la otra persona, 2) la idea que nosotros nos formamos sobre la valoración que hacen los demás de nuestra propia apariencia, y 3) el sentimiento resultante sobre nosotros mismos (14). De esta forma, si la persona considera que los demás ha realizado una valoración positiva sobre su propia apariencia, sentirá satisfacción personal, mientras que si por el contrario considera que ha sido juzgado negativamente, su sentimiento será de humillación o insatisfacción.

Mead amplía el *self* social de James y desarrolla las ideas de Cooley. Al igual que James, encuentra la esencia del *self* en la distinción entre el Yo y el Mi, y como Cooley, considera el *self* como un fenómeno social. Su principal aportación consiste en demostrar que la mente y el *self* son el resultado de un proceso social y que el lenguaje, en forma de gesto vocal, es el que posibilita el mecanismo para su emergencia. El gesto vocal "...incide sobre un individuo en la misma forma en que incide sobre otro" (18), por tanto, puede transportar gran cantidad de significados compartidos.

Según Mead “la conciencia del individuo depende pues, de asumir la actitud del otro hacia sus propios gestos” (19). Para que un individuo pueda tener un concepto de sí mismo ha de ser capaz de tomarse a sí mismo como objeto de análisis, es decir, ha de ser capaz de verse a sí mismo desde el lugar del otro. En esta asunción de roles, la persona no toma el papel de otro específico sino del “otro generalizado”.

Para Baldwin (20), la construcción del *self* era un proceso social y dialéctico entre el *self* y los otros, también denominados el alter. El sentido de uno mismo evoluciona a partir de la imitación de los otros, y el sentido de los otros para uno mismo evoluciona en términos del propio sentido de uno mismo. Por tanto, el ego como el alter son esencialmente sociales, cada uno es un socio y una creación imitativa. Posteriormente, Baldwin (20) afirmó que el desarrollo de la personalidad del niño no puede llevarse a cabo sin la modificación de su sentido de sí mismo a partir de las sugerencias de los otros.

Durante la primera mitad del siglo XX, se produjeron intermitencias en el interés por el estudio del autoconcepto. Estas intermitencias corresponden a un buen número de pensadores que, o bien pertenecientes a diferentes escuelas de pensamiento como el psicoanálisis (Freud, Jung, Adler, Sullivan) y la fenomenología (Kelly, Lewin, Rogers), o bien sin pertenecer a ninguna escuela concreta como Gordon, Allport, Goldstein y Maslow, se ocuparon de su estudio (21).

En los comienzos de la primera mitad del siglo XX, los constructos hipotéticos, como el autoconcepto, comienzan a ser aceptados ya que se consideran predictores de la conducta más parsimoniosos para los modelos teóricos que una multitud de aspectos observables discretos. Además, en este momento tiene lugar una revolución cognitiva en los campos de la psicología infantil y adulta (22). La teoría de la auto-actualización de Maslow (23) y el trabajo de Erikson con el desarrollo de la identidad (24) establecieron la búsqueda de un sentido del *self*

como fundamental para el desarrollo humano saludable; pero es a finales de los años setenta cuando se acrecienta el interés por el autoconcepto en diferentes áreas de la psicología. La introducción de la teoría del aprendizaje social y de la psicología cognitiva han sido claves para este nuevo periodo de interés por el estudio del autoconcepto (25).

La teoría del aprendizaje social de Bandura resalta la importancia del autorrefuerzo, introduciendo así dos nuevas variables en el estudio del autoconcepto: la autorrecompensa y el autocastigo. A través de los procesos de aprendizaje social, el individuo asume patrones de conducta y se administra premios o castigos según su actuación esté de acuerdo o no con estas pautas o patrones. De acuerdo con esta teoría, el autoconcepto, la autoestima o cualquier otro pensamiento referido a uno mismo depende de la frecuencia de autorrefuerzo (26).

Desde la psicología cognitiva se empieza a considerar al *self* como un esquema, como una estructura de conocimiento que nos permite ordenar la información acerca de nosotros mismos. Markus, Neisser, y Greenwald y Pratkanis son los principales representantes de esta concepción del autoconcepto como organizador del conocimiento.

Markus considera que los intentos por organizar, resumir y explicar nuestra propia conducta dan lugar a la formación de estructuras cognitivas sobre el *self* que ella denomina autoesquemas. Los autoesquemas son generalizaciones cognitivas sobre el self, derivados de la experiencia pasada, que organizan y guían el procesamiento de la información relacionada con el self, contenidas en la experiencia social del individuo.

En opinión de Neisser, un esquema es una estructura interna al perceptor, modificable por la experiencia y de alguna manera específico de lo que está siendo percibido. El esquema, además de organizar la información que se va a

almacenar, también opera como plan o guía que dirige las actividades relevantes a los esquemas y como ejecutor de dicho plan. Los esquemas existen en interdependencia dinámica con el entorno, por lo que pueden ser cambiados y actualizados desde el momento en que son utilizados como bases para los juicios, decisiones, interferencias y predicciones (7).

Para Greenwald y Pratkanis, el concepto de esquema acompaña tanto al contenido del conocimiento como al proceso de conocimiento. Así, los aspectos subjetivos del *self* pueden comprenderse en términos de los aspectos del proceso de esquema, mientras que los aspectos objetivos están identificados con el contenido del esquema. La estructura de esquema conlleva la dualidad sujeto-objeto o proceso-contenido.

El autoconcepto como organizador del conocimiento se define como un esquema complejo, específico de la persona, central y actitudinal que engloba las siguientes cuatro características: 1) el autoconcepto es una estructura de conocimiento, un esquema que se mantiene activamente; 2) el contenido de esta estructura del conocimiento varía en cada individuo y el esquema es específico de la persona; 3) el autoconcepto es un centro de atención afectiva y la estructura del conocimiento es un esquema actitudinal; y 4) el autoconcepto está constituido por facetas difusas, públicas, privadas y colectivas. Cada faceta ofrece una base distinta para la autoevaluación, y la intensidad relativa de cada una de ellas varía en función de la persona y de la situación (27).

Otro de los problemas en torno a la definición del autoconcepto es la ambigua distinción existente entre este constructo y otros constructos relacionados. Entre estos términos relacionados con el autoconcepto y que más conducen a confusión destacan la autoeficacia, la autoestima y el *self*.

En la literatura sobre esta área de estudio se utilizan indistintamente infinidad de términos diferentes. Este hecho añade confusión al problema conceptual de

partida. En un trabajo que trata de resolver este problema, Hattie considera que la mayoría de los términos empleados pueden ser categorizados en torno a los dos grandes términos del área: autoconcepto y autoestima. Los términos que se suelen intercambiar con autoconcepto son: *self*, autovaloración (*self-estimation*), autoidentidad (*self-identity*), autoimagen (*self-image* y *self-imagery*), autopercepción (*self-perception*), autoconocimiento (*self-consciousness*), y autoconciencia (*self-awareness*). Aquellos otros términos intercambiados más habitualmente con la autoestima son: autoconsideración (*self-regard*), autoveneración (*self-reverence*), autoaceptación (*self-acceptance*), autorrespeto (*self-respect*), autovalía (*self-worth*), autosentimientos (*self-feeling*) y autoevaluación (*self-evaluation*) (28).

El término autoconcepto se asigna a la autodescripción, es decir, hace referencia a los atributos o características del *self* que son reconocidos conscientemente por el individuo a través del lenguaje, o lo que es lo mismo, a cómo se describe el individuo a sí mismo (29). De este modo, una serie de afirmaciones como “Yo soy una mujer” o “Yo soy un estudiante” se reúnen para producir una conciencia multifacética del *self*. Además de autoconcepto y autodescripción, otros términos tales como autopercepciones o autorrepresentaciones son utilizados como sinónimos de este concepto. Shavelson y colaboradores definen al autoconcepto como las autopercepciones de una persona que se forman a partir de la experiencia y de las interpretaciones de su ambiente. Se encuentra influido especialmente por las evaluaciones de los otros significativos, los reforzadores y las atribuciones de la persona sobre su propia conducta (30).

En cuanto al desarrollo del autoconcepto hay una considerable cantidad de evidencia que revela que el contenido del autoconcepto evoluciona desde autodescripciones muy concretas, sobre el exterior conductual y social de uno en la niñez, hasta descripciones del *self* más abstractas, que describen el interior psicológico, en la adolescencia.

Actualmente se defiende que en el desarrollo del autoconcepto intervienen tanto procesos cognitivos como sociales. El desarrollo cognitivo del individuo proporcionará las bases de los cambios normativos que suceden en las autopercepciones con la edad. Estos cambios van acompañados de procesos sociales tales como la comparación con otros, la variación en la cantidad de contextos en los que se desenvuelve el sujeto, las expectativas cambiantes del entorno, etc.; cambios que van a influir sobre el contenido y la evaluación de las autopercepciones (27).

El contenido de las autodescripciones en la adolescencia temprana está formado por los atributos que favorecen las relaciones interpersonales y las destrezas sociales que influyen en las interacciones con los otros o en su atractivo social. Además, también incluye competencias tales como las habilidades académicas (p.e., ser inteligente) así como sus efectos (p.e., estar contento, estar triste) (31). La organización de dichas autodescripciones está marcada por los procesos de diferenciación y de integración del autoconcepto.

Así, por ejemplo, un joven que se perciba como alborotador, hablador y simpático puede considerarse a sí mismo como extravertido. Estas generalizaciones abstractas del *self* son inobservables e hipotéticas. En otras palabras, requieren inferencias sobre las características latentes de uno mismo.

A medida que las autodescripciones se convierten en abstracciones, y dejan más de lado a los rasgos observables y concretos, son más susceptibles a la distorsión. De este modo, el autoconcepto del adolescente es más difícil de verificar y, muy a menudo, es menos realista. Los adolescentes pueden desarrollar autoconceptos inexactos que les pueden conducir a conductas inadaptadas. Por ejemplo, un adolescente puede sobrestimar su capacidad en algún dominio y comprometerse con actividades en las que está condenado al fracaso, o por el contrario, puede infravalorar sus capacidades y, como consecuencia, evitar los desafíos o las actividades en las que puede obtener buenos resultados (27).

En esta etapa aun no se han adquirido las destrezas necesarias para aplicar el pensamiento hipotético-deductivo a los postulados del *self*. El joven adolescente puede tener múltiples hipótesis sobre el *self*, pero todavía no posee la habilidad de deducir correctamente cuáles son ciertas, lo cual le puede llevar a autopercepciones distorsionadas.

Además, el pensamiento todo-o-nada, en forma de sobregeneralizaciones que el joven adolescente no puede controlar cognitivamente, también contribuye a autodescripciones no realistas ya que, en un momento concreto el adolescente puede sentirse totalmente inteligente, mientras que en otro momento determinado puede sentirse como un tonto.

Por tanto, aunque en este periodo vital los jóvenes disponen de la habilidad cognitiva necesaria para realizar abstracciones, todavía no disponen de la habilidad cognitiva para comparar simultáneamente estos atributos y, por consiguiente, tienden a no detectar, o a no estar interesados en autodescripciones que son potencialmente opuestas (extravertido vs. introvertido, deprimido vs. alegre).

Harter y colaboradores, en sus investigaciones realizadas con adolescentes de los tres niveles evolutivos (adolescencia temprana, media y tardía), aportan evidencia empírica de que, en gran medida, en la adolescencia temprana los jóvenes no identifican como contradictorios atributos que representan opuestos (p.e., alegre con los amigos vs. deprimido con la familia, alborotador en la escuela vs. tranquilo en casa, estudioso vs. perezoso) y mucho menos los experimentan como conflictivos (27).

En cuanto a la asociación del autoconcepto y el uso de sustancias, uno de los primeros autores en atender este tema fueron Pérez, Padilla et al. Estos autores, tras realizar un análisis factorial del Cuestionario de Autoconcepto de Coombs o SCS, utilizan las dimensiones resultantes como variables independientes en un

análisis discriminante en el que tratan de predecir el consumo de sustancias de una muestra de adolescentes mexicano-americanos. Los resultados indicaron que únicamente la escala de de autoconcepto interpersonal I (comparación social) aparecía como un factor discriminante significativo de los adolescentes consumidores o no de drogas ilegales. Con ello concluyen que los individuos que consumen drogas tienden a evaluarse negativamente con respecto a los pares (32).

La literatura evidencia una relación negativa entre el consumo de sustancias y el dominio escolar. Aquellos adolescentes que consumen sustancias presentan puntuaciones más bajas en las subescalas de distintos instrumentos validados que hacen referencia al autoconcepto escolar: Escala de Autoconcepto para Niños de Piers- Harris (33), Escala de Autoestima de Hare (34), Cuestionario de Autodescripción-II (34) y el SPPC (35). Incluso los estudios que emplean cuestionarios no validados ni comparables con el SPPC, como el Cuestionario de Autoestima de Coopersmith (37) y el Inventario de Autoestima Libre de Cultura para Niños-Forma A (38), informan de una relación negativa entre el dominio escolar y el consumo de tabaco y de alcohol (39).

Entre el dominio conductual y el consumo de sustancias, existe una relación negativa documentada por varios trabajos. Así, los adolescentes que perciben su comportamiento en general como problemático, menos conformista o desobediente consumen tabaco y alcohol con mayor frecuencia.

Con respecto al dominio social o de relaciones con los pares, los resultados indican que, a mayores puntuaciones en la percepción de la aceptación social los adolescentes consumen tabaco y alcohol con mayor frecuencia y, también, la percepción de las relaciones con los pares del sexo opuesto aparece positivamente asociada con el consumo de tabaco y alcohol.

El dominio físico no parece estar relacionado con el consumo de sustancias, ya que ninguno de los trabajos realizados con alguna escala para evaluar la percepción de la apariencia física comparable a la del SPPC presenta una relación significativa. Únicamente Butler encuentra evidencia de que, los adolescentes que no consumen alcohol poseen mayores puntuaciones en el dominio físico que los que lo consumen regular o esporádicamente. Pero cabe destacar que, en el trabajo de Butler el autoconcepto físico es evaluado con la Escala de Autoconcepto de Tennessee, que incluye en este dominio ítems tanto de apariencia como de habilidad, por lo que no podría compararse a la subescala apariencia física del SPPC (40).

En nuestro país se han realizado tanto estudios con el objetivo de contribuir a la validación de escalas (*Self Risk Perception Scale – SRPS*: Donizzetti, 2008) en una población de adolescentes, que permitiera contar con un instrumento válido y objetivo que mida el riesgo autoreferido en el ámbito de la salud, en cinco áreas (alimentación, ejercicio físico, alcohol, tabaco y comportamiento sexual); así como realizados con la finalidad de comparar el nivel del auto-concepto entre adolescentes consumidores y no consumidores de alcohol y tabaco (41; 42).

La psicología actual atribuye un papel importante al autoconcepto como factor motivador de la conducta y garantizador de la salud mental de la persona.

El interés por el estudio del autoconcepto podría aportar, nuevos y muy valiosos datos para el conocimiento, explicación y optimización de la conducta humana, en relación con el consumo de sustancias en este caso tabaco.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

En México el 30% de la población son adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años de edad (INEGI, 2005) lo cual indica que en nuestro país la atención a este grupo es prioritaria. Una de las conductas más estudiadas por las consecuencias negativas en la salud del adolescente, es el consumo de tabaco, varios estudios han determinado que en México, el 25% de los estudiantes de secundaria fuman y que el 30% de adolescentes no fumadores son susceptibles de convertirse en fumadores activos en un futuro inmediato; así mismo se ha considerado que, aunque México haya adoptado el Convenio Marco para el Control de Tabaco sugerido por la Organización Mundial de la Salud, no se ha llegado a frenar el fenómeno el consumo.

El tabaquismo en adolescentes constituye un grave problema de salud pública y tiene además, importantes consecuencias negativas que trascienden en el ámbito de la salud individual, repercuten en la familia, en la escuela, en el trabajo y en la sociedad. Estudios previos indican que el tabaquismo se inicia durante la adolescencia y es el resultado de la interacción de factores personales (características de los adolescentes), sociales (medio ambiente) e interpersonales (padres y pares). La conducta de uso de sustancias, como cualquier otra conducta, es aprendida a través de un proceso de modelado de imitación y refuerzo, en su relación con el medio ambiente social y cultural (9).

De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana, para la Prevención, Tratamiento y Control de Adicciones (9) se establece que existen factores de protección entre los cuales las habilidades sociales como la autoestima, habilidades de rechazo, la competencia social pueden eliminar, disminuir o neutralizar el riesgo que un individuo tiene de iniciar o continuar con el consumo de tabaco y alcohol. La autoeficacia percibida, la autoestima y el autoconcepto contribuyen a la capacidad del adolescente de resistir la presión del medio ambiente social (amigos, compañeros) para usar tabaco o alcohol. (11) Por lo que es prioritario detectar aquellas dimensiones del autoconcepto más afectadas en los adolescentes fumadores con el propósito de diseñar programas de prevención que disminuyan el consumo de esta sustancia.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Existen diferencias en el nivel de autoconcepto en adolescentes fumadores y no fumadores?

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

General

Determinar la diferencia en el nivel de autoconcepto de los adolescentes fumadores y no fumadores.

Particulares

- Evaluar las variables sociodemográficas: edad sexo, características socioculturales de los padres
- Evaluar las conductas de riesgo relacionadas con el consumo de tabaco: consumo de sustancias lícitas e ilícitas, así como estado de salud y el grado de actividad física.
- Evaluar las creencias, conductas y contexto hacia el consumo de tabaco: inicio, consumo de cigarrillos al día y actitudes hacia el consumo de tabaco y conductas de imitación.
- Evaluar funcionamiento, dinámica y estructura familiar.
- Evaluar la asociación de autoconcepto y variables sociodemográficas, funcionalidad, dinámica, estructura familiar y actitudes hacia el consumo de tabaco.

HIPÓTESIS DE TRABAJO

El autoconcepto en los adolescentes fumadores es menor que en los adolescentes que no son fumadores.

MATERIAL Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO

Transversal, analítico.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Es la población total de alumnos del Colegio de Ciencias y Humanidades (CCH) plantel Vallejo que está constituida por 11,335 alumnos adolescentes inscritos en el ciclo escolar 2010-2011 que corresponde a ambos turnos (matutino y vespertino) donde reciben y se imparten clases. Los alumnos con los que se trabajó, representan un grupo heterogéneo de adolescentes y tienen un rango de edad aproximado entre los 14 a 19 años de edad, y están inscritos dentro del 1er, 3er y 5to semestre respectivamente del Colegio de Ciencias y Humanidades plantel Vallejo, que representa además un área de influencia de la Unidad de Medicina Familiar nº 20.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

INCLUSIÓN

- ✓ Alumnos que se encuentren inscritos en el Colegio de Ciencias y Humanidades plantel Vallejo en ciclo escolar 2010-2011.
- ✓ Edad comprendida entre los 14 y 19 años
- ✓ Hombres y mujeres que deseen participar en el estudio

EXCLUSIÓN

Alumnos con alguna imposibilidad para contestar el cuestionario

ELIMINACIÓN

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

CALCULO DE TAMAÑO DE MUESTRA

De los 11,335 adolescentes alumnos del CCH Vallejo que cursan este ciclo escolar 2010-2011, se tiene que en el primer semestre existe un total de 3558 adolescentes, en el tercer semestre 3501 adolescentes, y finalmente quinto semestre con 4276 adolescentes:

Se calculó el tamaño de la muestra con base a la fórmula para un estudio descriptivo de una variable dicotómica:

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

Donde:

Z = desviación normal estandarizada para α bilateral donde $(1 - \alpha)$ es el nivel de confianza igual a 1.96

P = es la proporción de sujetos que presentan la variable de interés

W^2 = es la amplitud total del intervalo de confianza. Con un error máximo igual a 0.10

TIPO DE MUESTREO

Aleatorio simple, donde se colocaron todos los grupos y de forma manual fueron elegidos los grupos de estudio:

Población que cursaba primer semestre, grupos seleccionados: 104, 102, 113, 127, 148, 137, 154, 155

Población que cursaba tercer semestre; grupos seleccionados: 350, 363, 315, 311, 323, 302, 325, 371

Población que cursaba quinto semestre; grupos seleccionados: 584, 514, 571, 506, 503, 539, 502, 509, 516, 583, 587.

INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

Se aplicó un cuestionario que incluyó las siguientes dimensiones:

- a) Variables sociodemográficas: edad, sexo, características del nivel sociocultural de los padres.
- b) Conductas de riesgo relacionadas con el consumo de tabaco: consumo de sustancias lícitas e ilícitas (alcohol y drogas). Así mismo, se evaluó estado de salud y el grado de actividad física.
- c) 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.
- d) Familia: Se incluyó las áreas de:
 - 1) Funcionamiento familiar (cohesión y adaptabilidad) medido a través de la escala FACES III (43).
 - 2) Dinámica familiar cuestionario elaborado por la Dra. Emma Espejel (44) (expresión del afecto, comunicación, jerarquía (manejo de la autoridad), disciplina (control de la conducta)
 - 3) Estructura familiar, las diferentes clasificaciones que se les da a las familias, dependiendo de composición es decir, a los integrantes de la misma.
- e) Se evaluó el autoconcepto mediante la escala de autoconcepto de Tennessee, la cual esta constituida de la siguiente forma:

Hileras y columnas.

En el análisis del conjunto de ítems, las afirmaciones fueron clasificadas por sus tres mensajes primarios: A) esto es “lo que yo soy”; B) qué tan satisfecho estoy conmigo mismo; C) esto es lo que “yo hago”. Con base en estos tres tipos de afirmaciones se formaron las tres categorías horizontales. de esta manera las puntuaciones Hilera comprenden tres puntuaciones que, cuando se suman constituyen la puntuación total.

Estas tres representan un marco de referencia interno dentro del cual una persona se describe a sí misma.

Hilera 1. Los ítems de “identidad” son los ítems de lo que “Yo soy” por medio de los cuales la persona describe su identidad básica como la auto describe y autopercibe.

Hilera 2. La puntuación de “Autosatisfacción” esta derivada de aquellos ítems en las cuales el individuo describe cuanta satisfacción siente con la autoimagen percibida. En general esta puntuación refleja el nivel de auto aceptación. Una persona puede tener puntuaciones muy altas en la hilera 1 y 3 y presentar puntuaciones bajas en la hilera 2 debido a las expectativas y estándares elevados. Por otro lado, la persona puede tener una pobre opinión de si misma indicada por las puntuaciones de hilera 1 la hilera 3 y sin embargo presentar una puntuación de autosatisfacción alta en la hilera 2. Las subpuntuaciones son así mejor interpretadas en comparación con cada una de las otras y con la puntuación total.

Hilera 3. La puntuación de “Conducta” se calcula de aquellos ítems que expresan lo que “yo hago” o la dirección en que “actúo”. Esta puntuación mide la percepción de una persona de su propia conducta o la dirección en que funciona esta.

Columna A. la puntuación de “Yo físico” presenta el punto de vista que un individuo tiene sobre su propio cuerpo, estado de salud, apariencia física, habilidades y sexualidad.

Columna B. la puntuación de “Yo ético-moral” describe el si mismo desde un marco de referencia ético –moral, examinando cualidades morales, relaciones con Dios, sentimientos de ser “buena o mala” persona, y satisfacción con su religión o falta de ésta.

Columna C. la puntuación de “Yo personal” refleja la sensación de valía personal de un individuo sentimientos de adecuación como personas y autoevaluación de la personalidad independientemente al cuerpo o su relación con otros.

Columna D. la puntuación “Yo familiar” refleja los sentimientos de un individuo, el mérito y el valor como miembro de una familia. Esto se refiere a la percepción del sí mismo de una persona, en relación a su círculo inmediato de asociados.

Columna E. la puntuación de “Yo social” es otra categoría de “cómo el sí mismo se percibe en relación con otros”, pero define a “otros” en una dirección más general; reflejando la sensación de adecuación y de dignidad en la interacción social con otra persona en general.

CALIFICACIONES HILERA Y COLUMNA

Observe que la hoja de puntuación tiene 3 hileras horizontales y 5 columnas verticales adicionales a la columna de autocrítica. Esta combinación produce 15 celdillas de 6 ítems cada una. Sume las 6 calificaciones circuladas en la primera celdilla. Ponga la suma en la línea rotulada como P al final de la celdilla, haga lo mismo para cada una de las celdillas restantes. Después para obtener las puntuaciones hilera, en la hoja de puntuación sume las cinco puntuaciones “P” de cada hilera; haga lo mismo en cada una de las 2 hileras restantes. Para obtener las calificaciones columna en la hoja de puntuación adicione la suma de las tres celdillas para cada columna.

DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO
Edad	Años cumplidos desde la fecha de nacimiento al momento del estudio.	Se midió a través del interrogatorio directo al adolescente de la fecha de nacimiento	Intervalo
Sexo	Características fenotípicas y genotípicas que identifican al individuo como masculino y femenino.	Se observa directamente al Adolescente a) Femenino b) Masculino	Nominal
Escolaridad de los padres	Tiempo durante el cual se asiste a la escuela o a un centro de enseñanza	Grado de escolaridad de los padres: 1. Básica 2. Media superior 3. Superior	Ordinal
Estado civil de los padres	Condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo	Se midió mediante pregunta específica dentro del cuestionario con las opciones: 1. Casados/unión libre 2. Divorciados 3. Viudo (a)	Nominal
Consumo de tabaco	Inhalar y exhalar los humos producidos al quemar el tabaco	Se midió a través de la presencia o ausencia 1. Positivo 2. Negativo	Nominal
Creencias con respecto al consumo de tabaco	Valoración subjetiva que uno hace acerca del consumo de tabaco.	Se midió a través de las siguientes opciones: 1. Bueno o malo 2. Agradable o desagradable	Nominal

Consumo de alcohol	El consumo de alcohol implica beber cerveza, vino o licor fuerte	Se midió a través de una pregunta acerca del consumo de alcohol por ocasión: 1. No tome 2. 1 a 3 copas 3. 4 o más copas	Ordinal
Consumo de drogas	Consumo de drogas ilícitas como cocaína, marihuana etc.	Se midió a través de una pregunta acerca del consumo de drogas ilícita: 0 veces 1-2 veces 3 veces o más	Ordinal
Percepción del estado de salud	Autoevaluación subjetiva del adolescente sobre su salud	Se midió mediante una escala visual análoga dentro del cuestionario del 1 al 10	Intervalo
Dinámica familiar	Es el conjunto de pautas transaccionales que establece de que manera, cuando y con quien se relaciona cada miembro de la familia en un momento dado. La capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por la que atraviesa	Se midió con el instrumento de Escala de funcionamiento familiar modificado (Emma Espejel), en las dimensiones de jerarquía, disciplina, Afectos, comunicación. 1. Buena 2. Regular 3. Mala	Ordinal
Funcionalidad familiar	Patrón organizacional o conductual para lograr un objetivo. Capacidad que tienen las familias para moverse dentro del modelo como resultado de estrés normativo y no normativo	Se midió con el Instrumento FACES III Evalúa las dos principales funciones a través de 20 reactivos (10 para adaptabilidad y 10 para cohesión).	Nominal

	<p>COHESION: 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.</p> <p>ADAPTABILIDAD: Habilidad de un sistema familiar para cambiar su estructura de poder, sus roles, y sus reglas de relaciones en respuesta al esteres situacional o de desarrollo</p>	<p>Cohesión: No relacionada Relacionada (semi y relacionada) Aglutinada</p> <p>Adaptabilidad Rígida Estructurada/Flexible Caótica</p>	
Estructura familiar según su composición	De acuerdo a su composición o características de sus integrantes y de si hay o no algún grado de consanguinidad.	<p>Se midió mediante seis preguntas dirigidas al adolescente indagando con quien vive:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nuclear 2. Extensa 3. Compuesta 4. Reconstituida 5. Monoparental 	Nominal
Autoconcepto	Tiene dos significados: uno como las actitudes y sentimientos de una persona respecto de sí misma; el otro, como un grupo de procesos psicológicos que gobiernan la conducta y la adaptación.	<p>Se midió con la escala de Autoconcepto de Tennessee solo se midieron: identidad, autosatisfacción, percepción de la conducta.</p> <p>1. Alta 2. Baja</p>	Ordinal

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

En este estudio se realizó el análisis univariado mostrando los resultados mediante tablas, en donde se describen las características de la muestra en términos de promedio, desviación estándar o porcentaje de acuerdo al tipo de variable.

En el análisis bivariado se calculó χ^2 para determinar las diferencias en las proporciones de los grupos, el nivel de autoconcepto y su relación con las diferentes variables sociodemográficas, familiares y el consumo de tabaco.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

- 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.

ASPECTOS ÉTICOS

Fue factible realizar el estudio.

RESULTADOS

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

La muestra estuvo constituida por 1011 adolescentes, en la cual predominó ligeramente el sexo femenino (54.6%). En la escolaridad de los padres predominó la educación media superior. En su mayoría los adolescentes provenían de familias en donde ambos padres tenían un nivel escolaridad media superior, estado civil predominante casados (Tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas de los adolescentes estudiados

Variable	
Edad (X±DE)	16.23 ± 1.362
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

FUENTE: Autoconcepto en adolescentes fumadores y no fumadores del CCH Vallejo UNAM 2010.

Los resultados muestran que la mayoría de los adolescentes calificaban su estado de salud favorable obteniendo como promedio una calificación de 8.35 en una escala del 1 al 10. En cuanto a realizar una actividad física se encontró que en actividad el promedio fue de 3.25 días a la semana los adolescentes realizaban algún tipo de actividad. Respecto al consumo de sustancias licitas e ilícitas, los resultados muestran que mientras el consumo mensual de alcohol fue bajo (en promedio 2.19 veces en un mes); fue elevado el consumo por ocasión (4 o más copas por ocasión). La proporción de adolescentes que consume sustancias ilegales es alto, aproximadamente un 10% consume por lo menos una vez al mes (Tabla 2).

Tabla 2. Conductas de riesgo relacionadas con el consumo de tabaco

Variable	
Estado de salud (X ± DE)	8.35 ± 1.28
Días de actividad física (X ± DE)	3.25 ± 2.15
Número de días de consumo de alcohol al mes (X ± DE)	2.19 ± 3.877
Consumo de alcohol por ocasión (%)	
No tome	49.1
1 a 3 copas	25.6
4 copas o más	25.3
Consumo de droga al mes (%)	
0 Veces	90.2 (912)
1 o 2 Veces	6.3 (64)
3 veces o más	3.5 (35)

FUENTE: Autoconcepto en adolescentes fumadores y no fumadores del CCH Vallejo UNAM 2010

Como se puede observar en la tabla 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.

Tabla 3. Creencias, conductas y contexto hacia el consumo 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
Actitud 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

FUENTE: Autoconcepto en adolescentes fumadores y no fumadores del CCH Vallejo UNAM 2010

Cuando fue evaluado el funcionamiento y dinámica familiar, se observó una gran proporción de familias que se relaciona adecuadamente, no obstante se enfrentan a los problemas de una manera poco organizada (caótica). Pocas familias tienen problemas en la dinámica familiar (jerarquía, disciplina, expresión del afecto y la comunicación. En cuanto a la estructura familiar se encontró que predominaba la familia nuclear con un 63% (Tabla 4).

Tabla 4. Funcionalidad, dinámica y estructura familiar

Variable	%
Cohesión	
No relacionada	27.0
Relacionada (Semi y relacionada)	60.3
Aglutinada	12.7
Adaptabilidad	
Rígida	3.1
Estructurada/ Flexible	34.0
Caótica	63.0
Dinámica familiar	
Jerarquía	
Mala	27.6
Regular	45.1
Buena	27.3
Disciplina	
Mala	25.8
Regular	30.3
Buena	43.9
Expresión del afecto	
Mala	32.4
Regular	42.1
Buena	25.4
Comunicación	
Mala	27.1
Regular	42.1
Buena	30.8
Estructura familiar	
Nuclear	63.0
Extensa	12.7
Compuesta	0.6
Reconstituida	2.6

FUENTE: Autoconcepto en adolescentes fumadores y no fumadores del CCH Vallejo UNAM 2010

El análisis llevado a cabo para comprobar la asociación entre el autoconcepto con las variables sociodemográficas mostró que en los adolescentes de 16-17 años perciben mejor su conducta e identidad (11.3% y 6.6%) el porcentaje que están satisfechos con sí mismos es de 83% (14-15 años). El sexo es la única variable que estuvo asociada, los hombres tienen una mejor percepción de su conducta que las mujeres (Tabla 5).

Tabla 5. Asociación de autoconcepto y características sociodemográficas de los adolescentes

	Percepción de la conducta %	Autosatisfacción %	Identidad %
Edad			
14-15	10.3	83.0	5.0
16-17	11.3	82.0	6.6
18 y más	7.6	74.6	1.7
Sexo			
Femenino	8.5 *	81.3	4.9
Masculino	13.1	81.5	6.3

FUENTE: Autoconcepto en adolescentes fumadores y no fumadores del CCH Vallejo UNAM 2010

* $p \leq 0.050$

Existe una asociación entre el funcionamiento familiar y las distintas áreas del autoconcepto de los adolescentes. Los jóvenes que pertenecen a una familia aglutinada tienen una mejor percepción de su conducta. En tanto que los adolescentes cuya familia es flexible en su forma de interactuar están más satisfechos de sí mismos y de su identidad (Tabla 6).

Tabla 6. Asociación de autoconcepto y funcionalidad familiar

Funcionalidad Familiar	Percepción de la conducta %	Autosatisfacción %	Identidad %
Cohesión			
No relacionada	5.9 **	68.1	3.3
Semirrelacionada	8.5	83.0	5.2
Relacionada	14.6	87.5	7.5
Aglutinada	17.2	92.2	7.0
Adaptabilidad			
Rígida	9.7	61.3 **	3.2 *
Estructurada	5.2	68.1	0.9
Flexible	11.3	83.9	6.3

FUENTE: Autoconcepto en adolescentes fumadores y no fumadores del CCH Vallejo UNAM 2010
 * $p \leq 0.05$ ** $p \leq 0.000$

En cuanto a la dinámica familiar se encontró una mejor percepción de la conducta con una adecuada comunicación en la familia. En tanto que la satisfacción con sí mismo es mejor en familias donde existen límites, afecto y comunicación adecuados. Finalmente la identidad se asoció únicamente con límites adecuados (Tabla 7).

Tabla 7. Asociación de autoconcepto y dinámica familiar

Dinámica Familiar	Percepción de la conducta %	Autosatisfacción %	Identidad %
Disciplina			
Mala	10.0	78.9	5.0
Regular	10.1	79.4	4.9
Buena	11.3	84.2	6.3
Jerarquía			
Mala	9.7	74.2*	6.0*
Regular	10.5	83.3	35.0
Buena	11.6	85.5	15.0
Expresión del afecto			
Mala	9.1	76.2*	5.5
Regular	11.3	83.3	5.2
Buena	10.6	84.8	6.2
Comunicación			
Mala	12.4*	75.9*	7.3
Regular	7.5	80.8	4.7
Buena	13.2	87.1	5.1

FUENTE: Autoconcepto en adolescentes fumadores y no fumadores del CCH Vallejo UNAM 2010

*p ≤0.050

Como puede ser observado en la siguiente tabla, ninguna de las diferentes áreas del autoconcepto estuvo relacionada la estructura familiar.

Tabla 8. Asociación de autoconcepto y estructura familiar

Estructura familiar	Percepción de la conducta	Autosatisfacción	Identidad
	%	%	%
Nuclear	11.1	83.0	6.1
Extensa	9.4	78.9	6.3
Compuesta	16.7	50.0	0.0
Reconstituida	3.8	84.6	3.8
Monoparental (mamá)	10.3	77.8	4.3
Monoparental (papá)	10.3	82.8	0.0

FUENTE: Autoconcepto en adolescentes fumadores y no fumadores del CCH Vallejo UNAM 2010

En la relación con las actitudes hacia el tabaco y el autoconcepto se encontró una baja autosatisfacción en los adolescentes que fuman siendo esta diferencia estadísticamente significativa. En la percepción de la conducta y la identidad no hubo diferencia estadística.

En los adolescentes que no piensan dejar de fumar se observó una baja autosatisfacción siendo esta diferencia significativa estadísticamente.

En relación con los adolescentes que piensan fumar se encontró una baja percepción de su conducta y de autosatisfacción. En aquellos adolescentes que desean dejar de fumar se observó que existe una mejor percepción de su conducta e identidad aunque esta diferencia no fue significativa.

En el grupo de los adolescentes en los que han disminuido el número de cigarrillos se encontró una mejor percepción de la conducta, autosatisfacción, e identidad.

En cuanto a los adolescentes que han dejado de fumar desde hace seis meses se observó una autosatisfacción e identidad mejor en comparación de los adolescentes que siguen fumando.

Tabla 9. Asociación entre autoconcepto y actitud hacia el consumo de tabaco

Consumo de tabaco		Percepción	Autosatisfacción	Identidad
		de la conducta		
		%	%	%
Consumo de tabaco	Si	12.7	76.3 *	5.5
	No	9.7	83.6	5.5
No pienso dejar de fumar	Si	13.9	73.0 *	4.1
	No	10.1	82.6	5.7
Pienso fumar en el futuro	Si	8.1	79.7	7.3
	No	10.9	81.6	5.3
Pienso dejar de fumar	Si	12.9	79.4	5.9
	No	9.7	82.2	5.4
He disminuido el número de cigarrillos	Si	13.2 *	81.8	7.6*
	No	9.5	81.2	4.7
No fumo desde hace 6 meses	Si	7.6	83.3	6.3
	No	11.1	81.1	5.4

FUENTE: Autoconcepto en adolescentes fumadores y no fumadores del CCH Vallejo UNAM 2010
* $p \leq 0.050$

DISCUSIÓN

El objetivo general del presente estudio fue determinar el nivel de autoconcepto y el consumo de tabaco en adolescentes; entre los objetivos particulares evaluar su asociación con las variables sociodemográficas, funcionalidad, dinámica, estructura familiar y actitudes hacia el consumo de tabaco.

Al analizar la asociación entre el autoconcepto y las variables sociodemográficas se encontró que el sexo es la única variable que estuvo asociada: una mayor proporción de hombres tienen una mejor percepción de su conducta que las mujeres (11.3 y 8.5% respectivamente). En las áreas de autosatisfacción e identidad no hubo asociación.

En un estudio realizado por Pastor y Balaguer (45) al evaluar la conducta como parte del autoconcepto, encontró que las divergencias son debidas al género se podían atribuir al proceso de socialización, ya que éste imprime valores y actitudes dispares para chicos y chicas, con lo que podemos asociar los resultados encontrados en este estudio.

Se han realizado menos estudios que hagan referencia a la influencia de la edad sobre los dominios del autoconcepto y las conclusiones son contradictorias. Marsh sugiere un efecto en forma de U en la evolución de los dominios del autoconcepto durante la adolescencia. En general, al inicio de la adolescencia las puntuaciones en las dimensiones bajan debido a los cambios que tienen lugar en esta etapa y empiezan a ascender durante la adolescencia media (35) lo que se asocia más a los resultados obtenidos en este estudio.

En relación al autoconcepto y la funcionalidad familiar se encontró que los jóvenes que pertenecen a una familia aglutinada tienen mejor percepción de la conducta y autosatisfacción. En tanto que, los adolescentes cuya familia es flexible en su forma de interactuar tienen una mejor autosatisfacción, identidad y percepción de la conducta.

En cuanto a la dinámica familiar y el autoconcepto se encontró una mejor percepción de la conducta y autosatisfacción en familias donde existe una buena comunicación; en tanto que la jerarquía bien delimitada se asoció con una mejor autosatisfacción e identidad. Finalmente, la expresión del afecto se relacionó con una mejor autosatisfacción. No se encontró asociación entre el autoconcepto y la estructura familiar.

Los datos del estudio mostraron que el 30.5% de los adolescentes fuma (3 cigarrillos al día en promedio), a pesar de que la mayoría considera que consumir tabaco es malo, desagradable y peligroso.

En relación al autoconcepto y los adolescentes que fuman y no fuman se encontró una asociación significativa encontrándose una baja autosatisfacción en aquellos que fuman.

Respecto las actitudes hacia el tabaco y el autoconcepto se encontró en los adolescentes que no piensan dejar de fumar presentan baja autosatisfacción. En los adolescentes que piensan fumar en el futuro se observó una baja percepción de su conducta y autosatisfacción

Aquellos adolescentes que desean dejar de fumar tienen una mejor percepción de su conducta e identidad en comparación de los que no piensan dejar de fumar

Los adolescentes que han disminuido el número de cigarrillos tienen una mejor percepción de la conducta, autosatisfacción e identidad; los que han dejado de fumar desde hace seis meses tienen una mejor autosatisfacción e identidad en comparación con los que siguen fumando.

Varios estudios indican que existe una relación negativa entre el autoconcepto y el consumo de tabaco; es decir, aquellos adolescentes que consumen sustancias poseen puntuaciones más bajas en el autoconcepto. Un bajo autoconcepto puede actuar como motivadora de la iniciación o el progreso en el consumo de drogas. Investigadores concluyen que los adolescentes que consumen drogas lícitas se sienten menos sanos, presentan una mayor insatisfacción respecto a su imagen

corporal, se sienten menos felices, padecen más trastornos del estado de ánimo y los sentimientos de indefensión suelen ser más frecuentes entre ellos, en relación a los no consumidores (46).

Los resultados obtenidos en esta investigación indican que el consumo de tabaco está relacionado con algunas dimensiones del autoconcepto (autosatisfacción, conducta e identidad) ya mencionadas y desglosadas, estos resultados concuerdan con los hallados en las investigaciones.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos permiten afirmar que en algunas áreas del autoconcepto en los adolescentes, es menor, cuando se consume tabaco, en comparación de los que no lo consumen, lo que concuerda con lo establecido en la hipótesis de trabajo.

Estos resultados son congruentes con los hallados en las investigaciones previas en las que se señala, que los sujetos fumadores se perciben peor que los no fumadores se encontraron algunas diferencias estadísticamente significativas en relación al autoconcepto.

RECOMENDACIONES

Una de las recomendaciones es que a partir de los datos obtenidos se establezcan estrategias de intervención para mejorar parámetros del autoconcepto que se observaron influyen en la adquisición de conductas de riesgo específicamente en tabaquismo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Balaguer, I., Pastor, Y., & Moreno, Y. Algunas características de los estilos de vida de los adolescentes de la Comunidad Valenciana. *Revista Valenciana d'Estudis Autònomic*.1999; 26:33-56.
2. Míguez, M., Becoña,E. Consumo de tabaco y alcohol en la población escolar de Galicia. *Revista Española de drogodependencia*. 2006; 31:46-56.
3. Doll, R., & Peto, R. Cigarette smoking and bronchial carcinoma: Dose and time relationships among regular smokers and lifelong non-smokers. *Journal of Epidemiology and Community Health*.1978; 32: 303-313.
4. U.S. Department of Health and Human Services. Preventing tobacco use among young people. A report of the Surgeon General U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health;1994.
5. Perry, C.L., Murray, D.M., & Klepp, K.I. Predictors of adolescent smoking and implications for prevention. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 1987; 36(4S): 41S- 47S.
6. U.S. Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking: Nicotine addiction. A report of the Surgeon General U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, Center for Health Promotion and Education, Office on Smoking and Health. DHHS Publication No. (CDC) 1988: 88-8406.
7. Olaiz G; Rivera J; Levy T; Rojas R; Villalpando S; Hernández M; Sepúlveda J. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2006.
8. Currie C, Hurrelmann K, Settertobulte W, Smith & Todd, J. Health and health □dynamic□ among young people: International report.2000; 97-114.
9. Conrad, K.M., Flay, F.I., & Hill, D. Why children start smoking cigarettes: Predictors of onset. *British Journal of Addictions*.1992; 21(8): 897-913.
10. Brannen, J., Dood, K., Oakley, A., & Storey, P. Young people, health and family life. Philadelphia: Open University Press; 1994.

11. Rodríguez A, Goñi A, Ruiz de Azúa S. Autoconcepto físico y estilos de vida en la adolescencia. *Intervención Psicosocial*. 2006; 15 (1): 81-94.
12. Markus, H., & Wurf, E. The dynamic self-concept: A social psychological perspective. En M.R. Rosenweig & L.W. Porter (Eds.), *Annual Review of Psychology*. 1987; 38: 299-337.
13. James, W. *Psychology: The briefer course*. New York: Henry Holt; 1892.
14. Cooley, C.H. *Human nature and the social order*. New York: Charles Scribner's Sons; 1902.
15. Mead, G.H. The genesis of self and social control. *International Journal of Ethics*. 1925; 35: 251-273.
16. Bruner, J. *Acts of meaning*. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1990
17. Marsh, H.W., & Hattie, J. Theoretical perspectives on the structure of self-concept. *Handbook of Self-Concept: Developmental, social and clinical considerations* New York: Wiley. En B.A. Bracken; 1996. P. 38-90.
18. Harter, S. Historical roots of contemporary issues involving self-concept. *Handbook of self-concept. Developmental, social, and clinical considerations*. New York: Wiley. En B.A Bracken; 1996 p.1-37.
19. Balaguer, I. Aspecto psicosocial de la conciencia: El autoconcepto. En M. Rojo. *Entorno a la conciencia Humana. Aspectos psicológicos, psicofisiológicos, psicopatológicos, ónticos y metafísicos*. Valencia. Promolibro; 1995. P. 213-244.
20. Mead, G.H. A behavioristic account of the significant symbol. *Journal of Philosophy*. 1922; 19: 57-63.
21. Mead, G.H. *Mind, self and society*. Chicago: University of Chicago Press; 1934.
22. Baldwin, J.M. *Social and ethical interpretations in mental development: A study in social psychology*. New York: Macmillan; 1897
23. Maslow, A. *Motivation and personality*. New York: Harper & Row; 1954
24. Erikson, E. *Identity, youth and crisis*. New York: Norton; 1968.
25. Farr, R.M. The science of mental life: A social psychology perspective. *Bulletin of the British Psychological Society*. 1897; 40: 1-17.

26. Musitu, G., Pastor, E., & Román, J.M. *Aprendizaje Social*. Valencia, NAU llibres; 1980.
27. Harter, S. *The construction of the self. A developmental perspective*. New York, NY: The Guilford Press; 1999.
28. Greenwald, A.G., & Pratkanis, A.R. The self. En R.S. Wyer & T.K. Srull *Handbook of Social Cognition*: Hillsdale, NJ: Erlbaum. 1984; 3: 329-178.
29. Hattie, J. *Self-concept*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1992.
30. Shavelson, R.J., Hubner, J.J., & Stanton, G.C. *Self-concept: Validation of construct interpretations*. *Review of Educational Research*. 1976; 46: 407-441.
31. Damon, W., & Hart, D. *Self-understanding in childhood and adolescence*. New York: Cambridge University Press; 1988
32. Perez, R., Padilla, A., Ramirez, A., Ramirez, R., & Rodriguez, M. (1980). *Correlates and changes over time in drug and alcohol use within a barrio population*. *American Journal of Community Psychology*. 1980;8 (6): 621-636.
33. Piers, E. *Piers-Harris Children's Self-Concept Scale*. Nashville: Counselor Recordings and Test; 1984.
34. Hare, B.R. *The relationship of social background to the dimensions of self-concept*. Unpublished doctoral dissertation, University of Chicago; 1975.
35. Marsh, H.W. *Self Description Questionnaire (SDQ) III: A theoretical and empirical basis for the measurement of multiple dimensions of late adolescent selfconcept*. An interim test manual and research monograph. Macarthur, New South Wales, Australia: University of Western Sydney, Faculty of Education; 1992.
36. Harter, S. *Manual of the Self-Perception Profile for Children*. University of Denver, CO; 1985.
37. Coopersmith, S. *A method for determining types of self-esteem*. *Journal of Abnormal and Social Psychology*. 1959; 59: 87-94.
38. Battle, J. *The Culture-Free Self-Esteem Inventories for children and adults*. Seattle, WA: Special Child Publication; 1981.

39. Romero, E., Luengo, M.A., & Otero-López, J.M. La relación entre autoestima y consumo de drogas en los adolescentes: un análisis longitudinal. *Revista de Psicología Social*. 1995; 10 (2): 149-159.
40. Butler, J.T. Early adolescent alcohol consumption and self-concept, social class and knowledge of alcohol. *Journal of Studies on Alcohol*, 1982; 43(5): 603-607.
41. Petrillo G, Osorio Guzmán M , Donizzetti AR. Contribución a la validación de la escala de autopercepción del riesgo en adolescentes mexicanos. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*. 2009; 12(3):133-154.
42. Contreras Camacho I, Luna Domínguez MC, Arrieta Pérez RT. Autoconcepto del adolescente con y sin consumo de tabaco y alcohol. *Rev Fac Med UNAM*. 2008; 51(6):239-241.
43. Ponce ER, Gómez FJ, Terán M, Irigoyen AE, Landgrave S. Validez del Constructo del Cuestionario Faces III en Español (México) Atención Primaria. 2002; 30 (10):624-630.
44. Manual para la Escala de Funcionamiento Familiar. Espejel E. Universidad Autónoma de Tlaxcala 1996.
45. Pastor Y, Balaguer I Garcia M. relaciones entre el autoconcepto y el estilo de vida saludable en la adolescencia media: un modelo exploratorio. *Psicothema*. 2006;18 (001): 18-24.
46. Igor Esnaloa. Autoconcepto y consumo de drogas legales en la adolescencia. *Revista Española de Drogodependencias*. 2006; 31 (1):57-66.
47. Código de Núremberg. (On- line) FROM <http://www.smu.org.uy/publicaciones/libros/laetica/nor - nuremberg.htm>
48. Código de bioética para el personal de salud. México 2002, en <http://www.salud.gob.mx>
49. 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>.

A N E X O S



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL**

México D.F. a _____ de _____ del 2011.

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

“AUTOCONCEPTO EN ADOLESCENTES FUMADORES Y NO FUMADORES DEL COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES PLANTEL VALLEJO UNAM”

Registrado ante el Comité Local de Investigación 3404

El objetivo es obtener información que nos permita determinar el autoconcepto en adolescentes fumadores y no fumadores del Colegio de Ciencia y humanidades plantel 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

Dra. Nohemí Elizabeth Martínez Burgoa 99354857
R3 Medicina Familiar

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

**AUTOCONCEPTO EN ADOLESCENTES FUMADORES Y NO FUMADORES DEL COLEGIO
DE CIENCIAS Y HUMANIDADES PLANTEL VALLEJO UNAM**

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

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

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.- Que tan bueno o malo es fumar

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

Muy bueno

muy malo

13.- Que tan agradable o desagradable es fumar

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

Muy agradable

muy desagradable

14.- Que 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 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	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 padre 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 si, los hermanos entre sí 4) todos platican entre si

11.- Expresan libremente sus opiniones

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

12.- Tiene mejor disposición para escuchar

1) Nadie 2) solo otros familiares 3) los padres entre si 4) los hermanos entre si 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 sí 4) los padres a los hijos 5) nadie se ha golpeado, solo de juego

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

	1	2	3	4	5
Gozo de buena salud. (1)					
Soy una persona atractiva. (3)					
Me considero una persona muy desarreglada. (5)					
Soy una persona decente. (19)					
Soy una persona honrada. (21)					
Soy una persona mala. (23)					
Soy una persona alegre. (37)					
Soy una persona calmada y tranquila. (39)					
Soy un "don nadie". (41)					
Mi familia siempre me ayudaría en cualquier problema. (55)					

Pertenezco a una familia feliz. (57)					
Mis amigos confían en mí. (59)					
Soy una persona amigable. (73)					
Soy popular con personas del sexo masculino. (75)					
Lo que hacen otras gentes no me interesa. (77)					
Algunas veces digo falsedades. (91)					
En ocasiones me enojo. (93)					
Me agrada estar siempre arreglado (a) y pulcro (a). (2)					
Estoy lleno (a) de achaques. (4)					
Soy una persona enferma. (6)					
Soy una persona muy religiosa. (20)					
Soy un fracaso en mi conducta moral. (22)					
Soy una persona moralmente débil. (24)					
Tengo mucho dominio sobre mí mismo (a). (38)					
Soy una persona detestable. (40)					
Me estoy volviendo loco (a). (42)					
Soy importante para mis amigos y para mi familia. (56)					
Mi familia no me quiere. (58)					
Siento que mis familiares me tienen desconfianza. (60)					
Soy popular con personas del sexo femenino. (74)					
Estoy disgustado (a) con todo el mundo. (76)					
Es difícil entablar amistad conmigo. (78)					
De vez en cuando pienso en cosas tan malas que no pueden mencionarse. (92)					

Algunas veces, cuando no me siento bien, estoy de mal humor. (94)					
No soy ni muy gordo (a) ni muy flaco (a). (7)					
Me agrada mi apariencia física. (9)					
Hay partes de mi cuerpo que no me agradan. (11)					
Estoy satisfecho (a) de mi conducta moral. (25)					
Estoy satisfecho (a) de mis relaciones con Dios. (27)					
Debería asistir más a menudo a la Iglesia. (29)					
Estoy satisfecho (a) de lo que soy. (43)					
Mi comportamiento hacia otras personas es precisamente como debería ser. (45)					
Me desprecio a mí mismo (a). (47)					
Estoy satisfecho (a) con mis relaciones familiares. (61)					
Muestro tanta comprensión a mis familiares como debiera. (63)					
Debería depositar mayor confianza en mi familia. (65)					
Soy tan sociable como quiero ser. (79)					
Trato de agradar a los demás pero no me excedo. (81)					
Soy un fracaso en mis relaciones sociales. (83)					
Algunas de las personas que conozco me caen mal. (95)					
De vez en cuando me dan risa los chistes colorados. (97)					
No estoy ni muy alto (a) ni muy bajo (a). (8)					
No me siento tan bien como debiera. (10)					
Debería ser más atractivo (a) para las personas del sexo opuesto. (12)					
Estoy satisfecho (a) con mi vida religiosa. (26)					
Quisiera ser más digno (a) de confianza. (28)					

Debería mentir menos. (30)					
Estoy satisfecho (a) con mi inteligencia. (44)					
Me gustaría ser una persona distinta. (46)					
Quisiera no darme por vencido (a) tan fácilmente. (48)					
Trato a mis padres tan bien como debiera (use tiempo pasado si los padres ya no viven. (62)					
Me afecta mucho lo que dicen de mi familia. (64)					
Debería amar más a mis familiares. (66)					
Estoy satisfecho (a) con mi manera de tratar a la gente. (80)					
Debería ser más cortés con los demás. (82)					
Debería llevarme mejor con otras personas. (84)					
Algunas veces me gusta el chisme. (96)					
Algunas veces me dan ganas de decir malas palabras. (98)					
Me cuido bien físicamente. (13)					
Trato de ser cuidadoso (a) con mi apariencia. (15)					
Con frecuencia soy muy torpe. (17)					
Mi religión es parte de mi vida diaria. (31)					
Trato de cambiar cuando sé que estoy haciendo algo que no debo. (33)					
En algunas ocasiones hago cosas muy malas. (35)					
Puedo cuidarme siempre en cualquier situación. (49)					
Acepto mis faltas sin enojarme. (51)					
Hago cosas sin haberlas pensado. (53)					
Trato de ser justo (a) con mis amigos y familiares. (67)					

Me intereso sinceramente por mi familia. (69)					
Siempre cedo a las exigencias de mis padres. (71)					
Trato de comprender el punto de vista de los demás. (85)					
Me llevo bien con los demás. (87)					
Me es difícil perdonar. (89)					
Prefiero ganar en los juegos. (99)					
Me siento bien la mayor parte del tiempo. (14)					
Soy malo (a) para el deporte y los juegos. (16)					
Duermo mal. (18)					
La mayoría de las veces hago lo que es debido. (32)					
A veces me valgo de medios injustos para salir adelante. (34)					
Me es difícil comportarme en forma correcta. (36)					
Resuelvo mis problemas con facilidad. (50)					
Con frecuencia cambio de opinión. (52)					
Trato de enfrentar mis problemas. (54)					
Hago el trabajo que me corresponde en casa. (68)					
Riño con mis familiares. (70)					
No me comporto en la forma que desea mi familia. (72)					
Encuentro buenas cualidades en toda la gente que conozco. (86)					
Me siento incómodo (a) cuando estoy con otras personas. (88)					
Me cuesta trabajo entablar conversación con extraños. (90)					
En ocasiones dejo para mañana lo que debería hacer hoy. (100)					