



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

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

**RELACION ENTRE TABAQUISMO Y ASERTIVIDAD EN
ADOLESCENTES ALUMNOS 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. DOMINGUEZ LOPEZ ANNEL

TUTORA:

DRA. SANTA VEGA MENDOZA

ASESOR METODOLÓGICO:

DRA. MARÍA DEL PILAR DEYANIRA LAVIELLE SOTOMAYOR

ASESOR CLÍNICO:

DRA. MARIA DEL CARMEN AGUIRRE GARCIA

GENERACIÓN 2009-2012

MÉXICO D.F.





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TUTORA:

**DRA. SANTA VEGA MENDOZA
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.**

ASESOR CLÍNICO:

**DRA. MARÍA DEL CARMEN AGUIRRE GARCÍA
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 permitirme vivir y disfrutar cada día de mi vida, de los logros y satisfacciones personales y profesionales

A mi gran familia.... que amo y que toda la vida me han apoyado, a mi Nievitos, mi abuelita Anita, mi hermanita Berenice y a mis tías queridas: María del Carmen y Victorica.

A las Dras. Pilar, Santa, Carmen y Victoria por todo el apoyo otorgado, conocimientos y habilidades que me han permitido desarrollarme como medico familiar y lograr mis objetivos académicos.

A mis compañeros y amigos de esta estupenda residencia a quienes llevare en mi corazón por siempre.

ÍNDICE	PÁGINA
TÍTULO	
RESUMEN	
ANTECEDENTES	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
JUSTIFICACION	8
OBJETIVOS	9
HIPÓTESIS DE TRABAJO	10
MATERIAL Y MÉTODOS	11
RESULTADOS	22
DISCUSIÓN	31
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	35
REFERENCIAS	36
ANEXOS	39

**RELACION ENTRE TABAQUISMO Y ASERTIVIDAD EN
ADOLESCENTES ALUMNOS DEL
COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES PLANTEL VALLEJO UNAM**

RELACION ENTRE TABAQUISMO Y ASERTIVIDAD EN ADOLESCENTES ALUMNOS DEL COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES PLANTEL VALLEJO UNAM

Domínguez-López NE¹, Vega-Mendoza S², Lavielle-Sotomayor MPD³, Aguirre-García MC⁴.

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 asertividad, es una habilidad social que podría facilitar al adolescente expresar sus sentimientos y opiniones negativos acerca del tabaquismo en forma clara y sincera, logrando así una resistencia para su consumo.

OBJETIVO: Determinar la relación entre el consumo de tabaco y la asertividad manejada por los adolescentes del Colegio de Ciencias y Humanidades plantel Vallejo.

MATERIAL Y METODOS: Estudio transversal analítico, previo consentimiento informado se aplicó un cuestionario a una muestra aleatoria de 1011 adolescentes, acerca de la percepción y actitudes del tabaquismo, así como una escala de asertividad y características generales. El análisis de variables será univariado, bivariado (Ji^2).

RESULTADOS: Se entrevistaron a un total de 1011 adolescentes, de los cuales el 54.6% eran mujeres, con un promedio de edad fue de 16.23 ± 1.36 . Se encontró que un 30.5% de los adolescentes consumía tabaco de manera regular en tanto que el 8.4% de ellos reportó ser asertivo. En el análisis bivariado se estableció una relación significativa entre el género y la asertividad ($p=0.001$), también se encontró una relación significativa entre la asertividad con que se conducen los adolescentes y el hecho de tener una familia con un grado medio o alto de funcionalidad familiar ($P=.001$). No encontramos una relación significativa entre la asertividad de los adolescentes y el uso de tabaco.

CONCLUSIONES: Los datos de nuestro estudio nos permiten concluir conjuntamente con otros trabajos realizados en esta área del consumo de sustancias, que la asertividad por si misma no se relaciona con el consumo de drogas y tabaco sino que es el conjunto de las habilidades sociales generales las que si se relacionan con un menor consumo de tabaco.

Palabras clave: adolescencia, asertividad, habilidades sociales, conducta, consumo de tabaco.

RELATION BETWEEN SMOKING AND ASSERTIVENESS IN TEEN PUPILS OF THE COLLEGE OF SCIENCES AND HUMANITIES NURSERY VALLEJO UNAM.

Domínguez-López NE¹, Vega-Mendoza S², Lavielle-Sotomayor MPD³, Aguirre-García MC⁴.

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: The assertiveness is a social skill that might facilitate the teenager express his feelings and opinions negatives brings over of the smoking in clear and sincere form, achieving this way a resistance for his consumption.

OBJETIVE: Determines the relation between the consumption of tobacco and the assertiveness handled by the teenagers of the College of Sciences and Humanities nursery Vallejo.

MATERIAL AND METHODS: transverse analytical Study, previous informed assent applied a questionnaire to itself to a random sample of 1011 teenagers, it brings over of the perception and attitudes of the smoking, as well as a scale of assertiveness and general characteristics. The analysis of variables will be univariado, bivariado (Ji2).

RESULTS: they interviewed a total of 1011 teenagers, of which 54.6 % was women, with an average of age it was of 16.23 ± 1.36 . One thought that 30.5 % of the teenagers were consuming tobacco of a regular way while 8.4 % of them brought to be assertive. In the analysis bivariado a significant relation was established between the kind and the assertiveness ($p=0.001$), also one found a significant relation between the assertiveness with that behave the teenagers and the fact of having a family with an average or high degree of familiar functionality ($P =.001$). We do not find a significant relation between the assertiveness of the teenagers and the use of tobacco.

CONCLUSIONS: The Information of our study allows us to conclude together with other works realized in this area of the consumption of substances, that the assertiveness for if same it does not relate to the consumption of drugs and tobacco but it is the set of the social general skills that if they relate to a minor consumption of tobacco.

Key words: adolescence, assertiveness, social skills, conduct, consumption of tobacco.

ANTECEDENTES.

La adolescencia es la etapa de maduración del individuo –desarrollo biológico, psicológico y social–, según la mayoría de los autores, que abarca entre los 10 y los 19 años de edad. En esta etapa el adolescente tiene una función social indefinida, con dudas e inestabilidad emocional, y una gran influencia de las personas de edad similar. Además, es aquí donde el joven adolescente adquiere sus estilos de vida que mantendrá durante toda la edad adulta.¹

En cuanto a morbi-mortalidad de los jóvenes mexicanos se registran bajas tasas de mortalidad en general y de enfermedades crónico-degenerativas, al contrario de lo que sucede en los adultos y adultos mayores mexicanos cuya principal causa de muerte son las complicaciones secundarias Diabetes Mellitus y enfermedades isquémicas cardíacas. La mortalidad adolescente sigue siendo esencialmente masculina aunque las mujeres no están exentas, se sabe que las tres causas principales son: accidentes, homicidios y suicidios, en las mujeres los accidentes también son la primera causa de muerte. En los adolescentes de uno u otro sexo entre 10 y 14 años de edad, la principal causa de muerte es el accidente automovilístico y de tránsito, seguido de las agresiones y suicidios; mientras que en los adolescentes entre 15 y 19 años, son las agresiones y suicidios seguidos de los accidentes de vehículo y tránsito.^{1,2}

Estos datos muestran que existen factores de riesgo asociados al estilo de vida del adolescente, a su ambiente sociocultural y a los cambios psíquicos propios de la edad, mismos que incrementan la vulnerabilidad para adquirir adicciones, problemas de salud y relacionados con las relaciones sexuales sin protección y con la figura y peso corporal. Entonces la adolescencia es la etapa en la cual muchos jóvenes entran en contacto y consumen alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas como la marihuana, principalmente con el afán de experimentar cosas y sensaciones nuevas.

Actualmente es conocido mundialmente y en nuestro país el hecho de que los jóvenes inician en el consumo de bebidas alcohólicas y tabaco a edades más tempranas, esto se debe en parte a que los jóvenes de las grandes ciudades, tienen libre acceso al alcohol y tabaco desde muy temprana edad. Además el consumo de tabaco en los jóvenes radica en que facilita para un adolescente el trato social y aceptación social, logrando aparentemente resolver el problema inmediato de socialización, convirtiéndose en una forma de afrontamiento.^{1,2,3,4}

Datos de la Ensanut-2006 mostraron que el porcentaje de adolescentes entre 10 y 19 años de edad en el Distrito Federal que han fumado 100 cigarrillos o

más en su vida es del 14.9%, es decir, mayor de 7.6% que corresponde al promedio nacional. También se advierte que la proporción de jóvenes que han fumado 100 o más cigarrillos, es mayor en hombres 19.2%, que en mujeres 10%. Con respecto a la edad se sabe que el 27.3% de los adolescentes de 15 a 19 años y 1.4% de los adolescentes de 10-14 años declararon haber fumado 5 cajetillas o más en su vida.⁶

El abuso de tabaco, alcohol y otras sustancias origina numerosos problemas de salud en los países desarrollados. Además, tanto la edad promedio del primer consumo de tabaco, alcohol o derivados de cannabis, como la edad promedio del comienzo regular de tabaco o alcohol, se situaron siempre entre los 13 y los 15 años de edad.^{7, 8,10}

Numerosos estudios han analizado la importancia de diferentes variables que preceden al uso y abuso de sustancias en la adolescencia actuando como factores de riesgo o protección. Entre los factores de riesgo analizados y asociados al inicio precoz del uso de tabaco, alcohol u otras toxicomanías, se cuentan la existencia de leyes y normas sociales favorables al uso de drogas, disponibilidad de esas sustancias, deprivación económica extrema, desorganización del entorno social, diferentes factores psicológicos, como ansiedad, depresión, pobre desarrollo de las habilidades sociales, actitudes y comportamientos familiares en relación a las drogas, prácticas de manejo familiar pobres e inconsistentes, conflictos familiares, bajo apego a la familia, problemas de conducta precoces y persistentes, fracaso escolar, rechazo de los iguales al comienzo de la escolaridad, asociación con iguales consumidores de drogas y rebeldía.^{7, 8,10.}

Relación del tabaquismo con la asertividad de los adolescentes.

Las Habilidades Sociales (H.S) han sido tratadas por numerosos autores en diferentes escuelas, uno de los máximos exponentes es Solter, reconocido como padre de la terapia de conducta, quién en 1949 introdujo el término basado en la necesidad de aumentar la expresividad de los individuos.

Para fines prácticos cuando hablamos de habilidades sociales, dice Solter; hacemos referencia a que la persona es capaz de ejecutar una conducta de intercambio con resultados favorables. El término habilidad puede entenderse como destreza, diplomacia, capacidad, competencia, aptitud. Su relación conjunta con el término social nos revela una impronta de acciones de uno con los demás y de los demás para con uno.¹²

Desde 1949 hasta la actualidad han surgido disímiles criterios que distan más o menos del primero, sin embargo se mantiene la esencia donde se encuentran exponentes como Wolpe (1958), Alberti & Emmens (1978),

Linehan (1984), Phillips (1985), Curran (1985), Argyle & Kedon (1987) y finalmente Caballo quién en 1987 emite un criterio con la cual la mayor parte de los investigadores trabajan en la actualidad. Sus trabajos se basan en la realización de un E.H.S (Entrenamiento en Habilidades Sociales) la cual esta matizada por un conjunto de técnicas que ayudan a desarrollar el déficit de H.S en áreas y/o momentos específicos de la vida de un individuo, como en la adolescencia, o en alguna problemática que se desencadena a raíz del intercambio social.^{13,14}

Alberti y Emmons en 1978, establecen y consideran la habilidad social como la conducta que permite a una persona actuar según sus intereses más importantes, defenderse sin ansiedad inapropiada, expresar cómodamente sentimientos honestos o ejercer los derechos personales sin negar los derechos de los demás.

Combs y Slaby en 1977, definen a las habilidades sociales como la capacidad para interactuar con los demás en un contexto social dado de un modo determinado que es aceptado o valorado socialmente y, al mismo tiempo, personalmente beneficioso, o principalmente beneficioso para los demás.

En un estudio realizado el año de 2001, en un grupo de 432 jóvenes cubanos, se hizo entrenamiento en habilidades sociales, por Martínez Negreira & Sanz Martínez en la ciudad de Santiago de Cuba en el cual se pudo apreciar que existían elementos que entorpecían o facilitaban el desarrollo de habilidades tan necesarias para un exitoso desempeño en la sociedad actual, donde la importancia de estas radica en que los adolescentes con un buen desarrollo de la asertividad y autoconocimiento son menos proclives al inicio del habito tabáquico y otras drogas.^{13,16.}

Por ello las habilidades sociales (como autoconcepto, autoestima y asertividad) que suponen la capacidad para hacer algo de acuerdo a mis intereses, son elementos que actúan como determinantes del desarrollo exitoso de los seres humanos en su contexto social inicialmente y en un estado de salud integral posteriormente al evitar conductas de riesgo.

En resumen tenemos que asertividad se define como un comportamiento o estilo comunicacional que un ser humano hace de forma madura y abierta a las opiniones ajenas, dándoles la misma importancia que a las propias. Aquí la persona no agrede ni se somete a la voluntad de otras personas, sino que manifiesta sus decisiones, convicciones y defiende sus derechos.^{18, 20}

En otras palabras es una forma de expresión consciente, congruente, clara, directa y equilibrada, cuya finalidad es comunicar nuestras ideas y

sentimientos o defender nuestros derechos sin la intención de herir o perjudicar, actuando con autoconfianza, en lugar de la emocionalidad limitante típica de la ansiedad, la culpa o la rabia, en donde en ambos extremos nos comunicaríamos con pasividad y agresividad respectivamente.

Por tanto, la conducta asertiva es aquella que le permite a la persona expresar adecuadamente (sin mediar distorsiones cognitivas o ansiedad y combinado los componentes verbales y no verbales) oposición (decir que no, expresar desacuerdo, hacer y recibir crítica, defender derechos y expresar en general sentimientos negativos) y afecto (dar y recibir elogios, expresar sentimientos positivos en general), de acuerdo con sus objetivos, respetando el derecho de los otros e intentando alcanzar la meta propuesta.^{18,20}

Es importante mencionar que existen otras dos formas o estilos de comunicación y son:

Pasividad, o no asertividad. Es aquel estilo de comunicación propio de personas que evitan mostrar sus sentimientos o pensamientos por temor a ser rechazados o incomprendidos o a ofender a otras personas. Infravaloran sus propias opiniones y necesidades dando un valor superior a las de los demás.

Agresividad. Se caracteriza por la sobrevaloración de las opiniones y sentimientos personales, obviando o incluso despreciando los de los demás.

De este modo la asertividad es una actitud intermedia entre una actitud pasiva o inhibida y la actitud agresiva frente a otras personas, que además de reflejarse en el lenguaje hablado se manifiesta en el lenguaje no verbal, como en la postura corporal, en los ademanes o gestos del cuerpo, en la expresión facial, y en la voz.

Una persona asertiva se comunica bien con los demás, establece lo que le interesa y suele ser tolerante, acepta los errores, propone soluciones factibles sin ira, se encuentra segura de sí misma y frena pacíficamente a las personas que les atacan verbalmente. En la vida diaria la asertividad impide que seamos manipulados por los demás en cualquier aspecto y es un factor decisivo en la conservación y el aumento de nuestra autoestima, además de valorar y respetar a los demás recíprocamente, algo que generalmente las personas adultas pierden de vista un tanto en las relaciones familiares cotidianas, escolares y todos los demás núcleos sociales a los que estamos sujetos día a día, más aún cuando hablamos de los adolescentes que pasan por una etapa de crisis de identidad y donde las decisiones tomadas se encuentran influidas por los amigos y/o compañeros de clase, más que por la propia convicción del adolescente.^{18,22}

Recordemos que la asertividad proviene de un modelo clínico, cuya definición apunta a un gran conjunto de comportamientos interpersonales que se refieren a la capacidad social de expresar lo que se piensa, lo que se siente y las creencias en forma adecuada al medio y en ausencia de ansiedad. Y es aquí donde tanto algunos adultos y los adolescentes tienen grandes dificultades para expresarse. Para esto se requiere naturalmente, buenas estrategias comunicacionales.

Sin embargo, la asertividad ha evolucionado considerándose que la conducta asertiva se refiere a aquellos comportamientos interpersonales cuya ejecución implica cierto riesgo social, es decir que, es posible la ocurrencia de algunas consecuencias negativas el término de evaluación social como por ejemplo el rechazo, situación para la cual el adolescente la mayoría de las veces no está preparado y que es generadora de ansiedad.

Cuando un adolescente percibe que su conducta no es aceptada por la sociedad, se ve así mismo como un ser socialmente inaceptable y esto se convierte en un aspecto dominante en su percepción del yo. El razonamiento externo entonces neutraliza la introducción de conflictos para la cual todavía no se está preparado, por lo que tiende a tomar decisiones, a expresar lo que se piensa y lo que se siente en forma pasiva en congruencia con su grupo social, es decir, deja de lado la asertividad.^{24,27}

Sabemos que los chicos y chicas adolescentes son muy vulnerables a la presión social hacia el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. En el caso del tabaco en la actualidad la amplia aceptación social de este hábito, la influencia de los medios de comunicación, el consumo por parte de adultos que ejercen un papel modélico en ellos (sus propios padres) y la presión del grupo de amigos y-o iguales constituyen un grupo de factores de riesgo que ejercen una indudable influencia en el inicio del consumo del tabaco en esta etapa de la vida.

Para resistir la presión de los amigos y compañeros, es necesario desarrollar en los adolescentes una buena autoestima o seguridad en sí mismo y alto grado de asertividad, además de hacerles consciente de la importancia de tomar decisiones individuales basándose en comunicar a los demás lo que se quiere decir o hacer en una situación determinada sin temor o angustia, además de afrontar el resultado de dicha conducta. El entrenamiento en estas habilidades constituye una herramienta fundamental para retrasar el inicio del consumo de tabaco en adolescentes y jóvenes, a la vez que forma parte de su desarrollo personal.²⁶

Se han efectuado pocos estudios sobre la evaluación de la efectividad de programas de prevención del abuso de sustancias, mediante un meta-análisis efectuado a partir de una revisión de 595 estudios de programas de prevención dirigidos a adolescentes, puso de manifiesto que las intervenciones más efectivas en términos de capacidad para modificar el consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias eran aquellas que incluían actividades de entrenamiento en habilidades sociales generales, por lo cual muchos de los programas de intervención incluyen entre sus componentes el entrenamiento en asertividad; ya que se ha argumentado que las habilidades sociales pueden contribuir a mejorar la resistencia de los adolescentes a la presión del grupo de iguales en el consumo de sustancias.²⁷

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente, en medicina se le otorga mayor participación a los factores psicológicos y sociales en la determinación multicausal del proceso salud-enfermedad, es preciso e inevitable para la solución actual de los problemas de salud en el primer nivel de atención, que las políticas de salud prioricen la acción de promover y prevenir, como única vía para elevar el estado de salud de la población.

Es por lo tanto, necesario para nosotros como médicos familiares incidir positivamente mediante campañas publicitarias y programas educativos encaminados a mejorar las condiciones de salud física, mental y social, mismas que suponen reducir y retrasar el consumo de tabaco en los adolescentes de nuestro país para favorecer así un óptimo desarrollo y elevando la calidad de vida.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿EXISTE ASOCIACIÓN ENTRE EL HÁBITO DE FUMAR Y LA ASERTIVIDAD EN LOS ADOLESCENTES DEL CCH PLANTEL VALLEJO?

JUSTIFICACIÓN.

La pirámide poblacional de México está compuesta mayoritariamente por adolescentes y jóvenes. Según datos de Ensanut-2006, más de la mitad (64.8%) de la población mexicana estimada tiene entre 10 y 25 años de edad, lo cual significa un reto para la asistencia médica social, ya que, las tendencias actuales en cuanto al consumo del tabaco se refiere en México se relaciona con altas tasas de morbi-mortalidad en la población abierta, inclusive se estima que para el año 2025 serán 10 millones de personas las que morirán anualmente a causa del consumo de tabaco. Además, el incremento en el uso de esta sustancia entre los jóvenes mexicanos aumenta exponencialmente y es cada vez más frecuente que el primer contacto con el tabaco suceda a menor edad.

Tomando en cuenta la creciente magnitud en el consumo de tabaco entre los adolescentes en nuestro país y las investigaciones previas. Se establece la necesidad de disminuir y retrasar la edad de inicio del hábito tabáquico en los jóvenes ya que son la población de mayor riesgo y además por las graves consecuencias que el tabaquismo acarrea tanto en la salud individual como pública del país, sin dejar de lado el impacto económico que el tabaco supone en el Sistema de Salud Mexicano.

Dentro de los factores personales del adolescente que influyen marcadamente en la iniciación al tabaquismo está la baja asertividad; ya que probablemente lo que sucede es que el adolescente que tenga dificultad para rechazar una oferta de cigarrillo, por no ser capaz de expresar sus sentimientos y opiniones en forma clara y sincera, teniendo así poca resistencia a la presión del grupo de iguales para consumir tabaco.

Este estudio nos permitirá conocer la comunicación que maneja el adolescente y se puedan aplicar en la práctica diaria de la medicina familiar, reforzando así el abordaje integral que caracteriza al primer nivel de atención en el IMSS para que el adolescente prevenga o evite el tabaquismo.

OBJETIVOS

GENERAL:

- Determinar la relación entre el consumo de tabaco y la asertividad manejada por los adolescentes del Colegio de Ciencias y Humanidades plantel Vallejo.

• **ESPECIFICOS:**

- ✓ Identificar el consumo de sustancias lícitas e ilícitas asociadas con asertividad.
- ✓ Determinar la prevalencia del tabaquismo en los adolescentes del plantel educativo
- ✓ Determinar el nivel de asertividad de los adolescentes de CCH plantel Vallejo
- ✓ Identificar como manejan la asertividad los adolescentes respecto al tabaquismo
- ✓ Determinar el perfil sociodemográfico de los alumnos
- ✓ Identificar la tipología y funcionamiento familiar en los alumnos en relación a la asertividad

HIPOTESIS

EXISTE UNA RELACIÓN POSITIVA DETERMINANTE ENTRE EL GRADO DE ASERTIVIDAD DE LOS ADOLESCENTES Y SU HÁBITO DE CONSUMO DE TABACO.

MATERIAL Y MÉTODOS

- **DISEÑO DE ESTUDIO:** Transversal Analítico
- **POBLACION DEL 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 trabajo, 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 n° 20.

CRITERIOS DE SELECCIÓN DE PACIENTES

A) INCLUSION:

- Alumnos inscritos en el CCH Vallejo que aceptaran participar en el estudio y contestar la encuesta utilizada.
- Alumnos tanto del sexo femenino como masculino con edades aproximadas entre los 14 -19 años de edad.
- Alumnos correspondientes a los diferentes grupos seleccionados aleatoriamente del 1er, 3er y 5to semestre respectivamente, tanto del turno vespertino como del matutino.

B) EXCLUSION:

- Alumnos que por alguna causa estuvieran impedidos para contestar adecuadamente la encuesta.

C) ELIMINACION:

- Alumnos que no deseen continuar contestando la encuesta evaluadora
- Alumnos que entreguen encuestas inconclusas y por lo tanto no finalicen la encuesta aplicada.
- **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 calculo el tamaño de la muestra en base a la siguiente fórmula:

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

Donde Z es la desviación estándar, igual a 1.96

P: son los sujetos de presentan la variable de interés

W²: es la amplitud total del intervalo de confianza

Con un erro máximo igual a 10%

- **Muestra estudiada por semestres:**

Primer semestre:

Población que cursaba primer semestre: 3558 adolescentes en total.

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

Error máximo 10%

Nivel de confianza 99%

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

Tercer semestre:

Población que cursaba tercer semestre: 3501 adolescentes en total.

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

Error máximo 10%

Nivel de confianza 99%

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

Quinto semestre:

Población que cursaba quinto semestre: 4276 adolescentes.

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

Error máximo 10%

Nivel de confianza 99%

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

- **TIPO DE MUESTREO**

Este fue de tipo Probabilístico en forma Aleatorizado, donde se colocaron todos los grupos del CCH plantel Vallejo tanto del turno matutino como vespertino, y posteriormente de forma manual fueron elegidos los grupos de estudio, de forma siguiente:

Dentro de la Población que cursaba primer semestre, la muestra fue de los siguientes grupos seleccionados: 102, 104, 113, 127,137, 148, 154 y 155.

Dentro de la Población que cursaba tercer semestre, la muestra fue de los siguientes grupos seleccionados: 302, 311, 315, 323, 325, 350, 363 y 371.

Dentro de la Población que cursaba quinto semestre, la muestra fue de los siguientes grupos seleccionados: 502, 503, 506, 509, 514, 516, 539, 571, 583, 584 y 587.

- **INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE LOS DATOS**

Se aplicó a los estudiantes de cada grupo del centro escolar UN CUESTIONARIO QUE CONTENIA LAS SIGUIENTES SECCIONES:

- a) Se midieron las variables sociodemográficas (edad, sexo y características del nivel sociocultural de los padres)
- b) Se evaluaron las conductas de riesgo consumo de sustancias lícitas e ilícitas (alcohol y drogas), así mismo se evaluó estado de salud auto/informado y actividad física.
- c) Se exploró el consumo de tabaco integrada por preguntas dirigidas a evaluar la presencia o no del hábito, consumo de cigarrillos al día, las actitudes hacia el consumo de tabaco y conductas de imitación.
- d) Además se evaluó asertividad, con el siguiente instrumento:

Instrumento de ASERTIVIDAD aplicado a los adolescentes:

Se utilizó el Cuestionario de asertividad diseñado para medir el grado de asertividad en el desarrollo de la actividad profesional.

El instrumento consta de 35 reactivos que evalúan seis áreas relacionadas a la asertividad:

- a) Opinión.- Es la expresión de sentimientos y pensamientos. Los reactivos enfocados a ésta área son: 2, 3, 4, 27, 28, 31, 33 y 34.
- b) Crítica.- Es criticar, defenderse de las críticas y la autocrítica. Reactivos: 1, 5, 6, 7, 8, 9, 23, 29, 32 y 35.
- c) Colaboración.- Reactivos: 10, 11, 12, 13, 25 y 30.
- d) Supervisores.- Reactivos: 14, 15, 16 y 17.
- e) Halagos.- Son los estímulos positivos. Reactivos: 18, 19 y 20.
- f) Situaciones estresantes.- Reactivos: 21, 22, 24 y 26.

Se responde con base a una escala Likert donde 1 corresponde a siempre (100%), 2: casi siempre (75%), 3: algunas veces (50%), 4: casi nunca (25%) y 5: nunca (0%).

Para poder obtener la puntuación máxima de asertividad obtenida en el cuestionario, es necesario invertir la opción de 1 a 5 por 4 a 2, y en donde la opción sea 2 a 4 por 5 a 1 en los reactivos: 4, 5, 8, 9, 10, 12, 13, 15, 16, 18, 19, 20, 27, 29, 31, 33, 34 y 35.

Después debe realizarse la suma de los 35 reactivos obteniendo un valor entre 35 y 175 puntos, el cual dará el grado de asertividad. Este se define de la siguiente manera:

De 35 a 105 puntos: Persona no asertiva que en algunas situaciones tiende a mostrarse agresiva o pasiva. Y además le faltan recursos para expresar sus opiniones y sentimientos ante otros.

De 106 a 139 puntos: Persona con asertividad baja que en algunas situaciones es capaz de expresar sus opiniones y sentimientos, pero no es capaz de asumir las repercusiones que pueda implicar una postura de oposición

De 140 a 175 puntos: Persona asertiva capaz de expresar sus opiniones y sentimientos libremente.

- **VARIABLES**

Variable independiente: Asertividad

Variables dependiente: Tabaquismo

Otras variables de estudio: Edad, sexo, escolaridad de los padres, estado de salud, tipología familiar y funcionalidad familiar.

TABLA 1. Definiciones de variables

Variable Independiente: Asertividad			
Nombre de la Variable	Escala de medición	Definición operacional	Definición conceptual
Asertividad	Cualitativa nominal	Se categorizo de acuerdo al instrumento de asertividad en tres niveles según la puntuación obtenida, como sigue: 1. De 35 a 105 persona no Asertiva 2. De 106 a 139 persona con baja asertividad 3. De 140 a 175 como persona asertiva	Es la forma de comunicación clara, directa estableciendo nuestras ideas, sentimientos y pensamientos sin perjudicar a alguien.
Variable dependientes: tabaquismo			
Tabaquismo	Cualitativa Nominal	Se categorizo a través de la presencia o ausencia de consumo de tabaco en los adolescentes. Como sigue: 1. Fuma 2. No fuma	Es una enfermedad crónica caracterizada por la adicción al tabaco provocada, por uno de sus componentes activos, la nicotina; la acción de dicha sustancia acaba condicionando el abuso de su consumo.
Edad	Cuantitativa discreta	Se estableció en base a la edad señalada por el propio adolescente en la encuesta de entre 14 a 19 años de edad.	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo. Se determinara en años cumplidos del alumno.
Sexo	Cualitativa nominal	Se categorizo como: 1. Femenino 2. Masculino	Característica anatómo-fisiológica que diferencia al hombre y la mujer.
Percepción del Estado de salud	Cualitativa Nominal	Categorizada mediante la pregunta específica contenida en el cuestionario con percepción del estado de salud. De la siguiente manera: 0-4: mala salud 5-6: regular salud 7- 10 buena salud	Autoevaluación subjetiva que una persona hace sobre su salud actual.

Escolaridad de los padres	Cualitativa ordinal	Se categorizo en base a la escolaridad señalada por el propio adolescente en la encuesta para ambos padres como sigue: 1. básica 2. media superior 3. superior	Tiempo total durante el cual se asiste una persona a la escuela o a un centro de enseñanza para su formación.
Tipología familiar	Cualitativa Nominal	Se categorizo mediante las preguntas directas sobre quienes viven actualmente con el adolescente. Clasificándolas como sigue: 1. Nuclear 2. Extensa 3. Compuesta 4. Reconstituida 5. Monoparental	Se refiere a las diferentes clasificaciones que se les da a las familias, dependiendo del aspecto que se esté estudiando, en este caso en base a su composición es decir, a los integrantes de la misma.
Funcionalidad Familiar	Cualitativa nominal	Se categorizo con el instrumento llamado FACES III con sus dos apartados constituyentes: adaptabilidad y cohesión. Para el caso de cohesión 1. Se califico de 10 a 34 como familia no relacionada 2. De 35 a 40 como semirelacionada 3. De 41 a 45 como relacionada 4. De 46 a 50 aglutinada Para el caso de la adaptabilidad 1. Se califico de 10 a 19 como rígida 2. De 20 a 24 como estructurada 3. De 25 a 28 como flexible 4. De 29 a 50 como caótica.	Capacidad del sistema familiar para enfrentar y superar las etapas del ciclo vital y las crisis acompañantes por las que atraviesa. FACES III: Cohesión: grado de vinculación emocional entre los miembros de la familia. Adaptabilidad: habilidad de una familia de poder cambiar su estructura y roles frente a una crisis.
	Cualitativa ordinal	Esta se categorizo mediante la escala de evaluación familiar modificada de Emma Espejel y cols, en las siguientes áreas: 1. Disciplina buena más de 30 puntos, de 20 a 30 regular y mala menos de 20 puntos. 2. Jerarquía buena de 35	Se refiere a la forma de interacción y organización de las personas que forman parte de la familia que tiene relación con el ciclo vital de la misma. Esta escala tiene las siguientes divisiones: Disciplina: valora el manejo de los límites y modos de control de

		<p>a 45, regular de 35 a 25 y mala menos de 25 puntos</p> <p>3. Comunicación buena de más de 35 puntos, regular de 30 a 35 puntos y mala menos de 30 puntos.</p> <p>4. Afecto bueno de más de 25 puntos, regular de 20 a 25 puntos y mala menos de 20 puntos.</p>	<p>conducta.</p> <p>Jerarquía: trata de la eficacia de la autoridad de la familia.</p> <p>Comunicación: evalúa la forma de relación verbal o no verbal que se da dentro de la familia.</p> <p>Afecto: indica como se dan las muestras de sentimientos y emociones entre los miembros de la familia.</p>
Consumo de sustancias lícitas e ilícitas	Cuantitativa Nominal	<p>Categorizada mediante la pregunta directa sobre el consumo y frecuencia de tabaco, alcohol y otras drogas en el cuestionario. Como sigue:</p> <p>1. Tabaquismo: consumo bajo en adolescentes que consumen sólo 1-4 cigarros al día, moderado se refiere al consumo entre 5-7 cigarros al día, consumo intenso 8 a 10 cigarrillos al día.</p> <p>2. Alcoholismo: consumo leve de 1 o 2 copas por ocasión al día, moderado de 3 a 4 copas al día, consumo de alto riesgo de 5 o más copas por ocasión.</p> <p>3. Drogadicción: consumo leve en 1 o 2 veces en los últimos 30 días, consumo moderado en 3 a 9 veces en el último mes, consumo intenso de 10 o más veces al mes.</p>	<p>Acción del Uso que hace una persona de sustancias que resultan nocivas a la salud de un individuo.</p>

ANALISIS ESTADISTICO

En este estudio se realizo el análisis univariado mediante tablas y porcentajes en donde se describen las características de la muestra tomada por media o desviación estándar de acuerdo al tipo de variable en cuestión.

En el análisis bivariado se calculo con χ^2 para determinar las diferencias en los porcentajes de los grupos asertivos y no asertivos.

Para el análisis de los datos se utilizo el programa SPSS para Windows versión 15 .

DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO

- Inicialmente se realizó una cita con los directivos del Colegio de Ciencias y Humanidades en plantel Vallejo, para solicitar el otorgamiento de un permiso (por escrito), para la realización de una investigación sobre tabaquismo con los alumnos de dicha institución académica, a cargo de la investigadora principal en coordinación con un grupo de 6 médicos residentes de la UMF N 20, previamente estandarizados en las preguntas del instrumento quienes a su vez solicitan el apoyo y colaboración de la profesora titular del curso ciencias de la salud la Maestra Martha Silvia Castillo Trejo, como coordinador del proceso y vía de acceso dentro de la institución educativa.
- Posteriormente se estableció en coordinación con la Maestra Martha Silvia Castillo Trejo, en base a los grupos seleccionados al azar, los horarios y fechas correspondientes para la aplicación de la encuesta a los estudiantes de los diferentes grupos.
- La profesora Martha Silvia Castillo Trejo, procedió a informar a los profesores de cada grupo en cuestión, el horario y fecha de la realización de la encuesta.
- Previo a la aplicación de la encuesta se realizó un entrenamiento para el llenado de la misma, a los seis médicos residentes de la UMF 20.
- Después de acuerdo a la agenda se procedió a iniciar en los grupos seleccionados la aplicación de las encuestas a cargo de los 6 médicos residentes de la UMF 20 y la investigadora principal, se procedió en cada grupo, a realizar una lectura del consentimiento informado y características generales del instrumento.
- La aplicación del cuestionario se desarrolló durante el mes de septiembre de 2010 y estuvo siempre a cargo de los miembros del

equipo de residentes de la UMF 20, que explicó a los sujetos los objetivos y características del estudio y resolvió posibles dudas en la interpretación de las preguntas y datos generales del instrumento utilizado.

- Posteriormente los adolescentes procedieron a firmar dando su autorización para la aplicación del instrumento, recordando que fue realizado en forma anónima y sin represalia alguna.
- Cuando los alumnos terminaron el llenado del instrumento, este fue revisado por los médicos residentes responsables de la aplicación del mismo, para observar el llenado completo del mismo sin omisión de datos y agradecer la participación de cada uno de los alumnos encuestados.

RESULTADOS.

DATOS GENERALES

Se estudiaron un total de 1011 adolescentes del plantel educativo CCH Vallejo correspondientes a los tres semestres del año escolar (1ero, 3ero, y 5to semestre) en donde se observo un promedio de edad de 16.23 ± 1.36 años, una mayor proporción de mujeres (54.6%). La escolaridad de ambos padres fue predominantemente media superior con un 36.1% para el padre y un 39.9% para la madre. Así mismo se establece que el estado civil de los padres del alumnado fue mayoritariamente el de casados con un 74.9%. Ver tabla 1.

Tabla 1. Variables Sociodemográficas

Variable	% N
Sexo (%)	
Femenino	54.6 (552)
Masculino	45.4 (459)
Escolaridad del padre (%)	
Básica	34.1 (345)
Media superior	36.1 (365)
Superior	29.8 (301)
Escolaridad de la madre (%)	
Básica	37.6 (380)
Media superior	39.9 (403)
Superior	22.6 (228)
Estado civil (%)	
Casado	74.9 (757)
Divorciado	21.5 (217)
Viudo	3.7 (37)

Fuente: Encuesta realizada en 2010 en CCH vallejo. Valor de $p < a 0.05$

En el caso de las percepción del estado de salud y conductas de riesgo, se observo que los adolescentes califican su estado de salud como bueno con un promedio de 8.35 ± 1.28 , además el 49.1% del total de los adolescentes no consume alcohol. Respecto a los adolescentes que consumen alcohol se encontró un consumo poco frecuente de 2.19 ± 3.87 días al mes, sin embargo, se establece un consumo intenso por ocasión ya que el 16.2 % de los adolescentes ingiere 5 tragos o más por ocasión en comparación con un

7.9% que ingiere 1 solo trago por ocasión. Para el caso del consumo de otras drogas la mayoría de los adolescentes declaro no consumir ninguna droga 90.2%, y el consumo resulto leve en la mayoría de los casos ya que un 6.3% usa drogas una o dos veces por mes. Ver tabla 2.

Tabla 2. Conductas de Riesgo y Percepción del estado de salud en los adolescentes

Variable	% (n)
Estado de salud (x ± de)	8.35 ± 1.28
Número de días de consumo del alcohol al mes (x ± de)	2.19 ± 3.87
Consumo de alcohol por ocasión (%)	
No tome	49.1 (496)
1 trago	7.9 (80)
2 tragos	8.3 (84)
3 tragos	9.4 (95)
4 tragos	9.1 (92)
5 tragos o mas	16.2 (164)
Consumo de droga al mes (%)	
0 veces	90.2 (912)
1 o 2 veces	6.3 (64)
3 o 9 veces	2.3 (23)
10 o más veces	1.2 (12)

Fuente: Encuesta realizada en 2010 en CCH vallejo. Valor de p < a 0.05

En cuanto al tabaquismo tenemos como resultado de este trabajo un 30.5% de prevalencia del consumo entre los adolescentes encuestados, en donde el número de cigarrillos consumidos por ocasión es bajo con un 2.94 ± 2.58 como promedio, así mismo en cuanto a las creencias sobre el tabaquismo, los adolescentes lo consideran malo y reprobaron la conducta de fumar con una calificación global de 2.42 ± 2.16 , consignaron como desagradable al hecho de fumar con una calificación promedio de 3.63 ± 2.90 , y además peligroso para la salud con una calificación de 2.57 ± 1.94 .

Así mismo refieren que la conducta que toman más frecuentemente sus padres cuando los descubren con cigarrillos es regañarlos en un 37.1% de los casos, encontrándose una similitud y concordancia con la prevalencia del consumo de tabaco entre padres e hijos ya que un 34.7% los padres de los adolescentes también fuman, además es un poco más alta la prevalencia encontrada con un 38.9% para el consumo de tabaco por parte de una

persona que los adolescentes localizan como admirada por ellos. Por último se encontró como factor protector para la salud de los adolescentes la realización de actividad física frecuente ya que se tiene un promedio de 3.25 \pm 2.15 días a la semana.

Tabla 3. Tabaquismo y actitudes hacia el consumo de tabaco en los adolescentes.

Tabaquismo (%)	
Si	30.5 (308)
Numero de cigarros (x \pm de)	2.94 \pm 2.58
Creencias sobre tabaquismo	
Es Malo fumar (%)	95.5%
Es desagradable fumar (%)	85.3%
Peligroso fumar (%)	96.8%
Actitud de los padres hacia el consumo de tabaco (%)	
Nada	21.7 (219)
Me regañan	37.1 (375)
Me castigan	14.2 (144)
Hablan conmigo	27.0 (273)
Conductas de imitación	
Fuman tus padres (%)	34.7 (351)
Fuman personas a las que admiras (%)	38.9 (393)
Actitudes hacia el consumo del tabaco	
Fumo y no lo dejare en el futuro (%)	12.1 (122)
No fumo pero en el futuro lo hare (%)	12.2 (123)
Fumo y pienso dejarlo (%)	28.4 (287)
He disminuido el número de cigarros (%)	30.0 (303)
Ya no fumo desde hace 6 meses (%)	14.2 (144)

Fuente: Encuesta realizada en 2010 en CCH vallejo. Valor de p < a 0.05

En el caso de las características de la familia encontramos que la estructura familiar predominante en este estudio fue nuclear con un 63.0%, así mismo en la evaluación de funcionalidad familiar realizada con la escala de Faces III que evalúa tanto cohesión como adaptabilidad familiar, encontramos que las familias de origen de estos adolescentes son disfuncionales ya que se encontró una mayor prevalencia de familias semirrelacionadas con un 32.5% y caótica en un 63.0%, que se engloba dentro de esta escala como familia caóticamente semirrelacionada.

Los resultados obtenidos con la escala de evaluación familiar de Espejel y col., son diferentes ya que según los datos señalados por los adolescentes la mayoría de las familias son funcionales.

Tabla 4.
Familia y características de la familia

ESTRUCTURA FAMILIAR	%
Nuclear	63.0 (637)
Extensa	12.7 (128)
Compuesta	0.6 (6)
Reconstituida	2.6 (26)
Monoparental mamá	18.3 (185)
Monoparental papá	2.9 (29)
FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	
COHESION	%
No relacionada	27.0 (273)
Semirrelacionada	32.5 (329)
Relacionada	27.8 (281)
Aglutinada	12.7 (128)
ADAPTABILIDAD	
Rígida	3.1 (31)
Estructurada	11.5 (116)
Flexible	22.5 (227)
Caótica	63.0 (637)
DINAMICA FAMILIAR	
JERARQUIA	%
Mala	27.6 (279)
Regular	45.1 (456)
Buena	27.3 (276)
DISCIPLINA	
Mala	25.8 (261)
Regular	30.3 (306)
Bueno	43.9 (444)
AFECTO	
Malo	32.4 (328)
Regular	42.1 (426)
Bueno	25.4 (257)
COMUNICACIÓN	
Mala	27.1 (274)
Regular	42.1 (426)
Buena	30.8 (311)

Fuente: Encuesta realizada en 2010 en CCH vallejo. Valor de $p < 0.05$

En relación con la asertividad que manejan los adolescentes encuestados un nivel muy alto de personas con baja asertividad, lo cual se describe una persona que no es capaz de asumir las repercusiones que pueda implicar cierta postura de oposición, en contraste a una muy baja proporción de los adolescentes que son capaces de expresar en forma adecuada y frente a diversas situaciones, sus sentimientos y pensamientos respetando a su vez la opinión e ideas los demás. Ver tabla 5.

Tabla 5.
Análisis de Asertividad en los adolescentes

Grado de asertividad	%
Persona no asertiva	19.9
Persona con baja asertividad	71.7
Persona asertiva	8.4

Fuente: Encuesta realizada en 2010 en CCH vallejo. Valor de $p < 0.05$

En el análisis entre las variables asertividad y edad de los alumnos encontramos una relación no significativa ($p=.351$), ya que entre los diferentes intervalos de edades, se encontró un porcentaje similar en cuanto a si una persona no es asertiva. Sin embargo, se observa un aumento de la asertividad en cuanto a mayor edad tienen los adolescentes ya que el porcentaje de personas asertivas a los 18 años o más es de 11.0%.

Para el caso de la variable sexo se establece una relación significativa ($p=.001$), siendo así que el sexo femenino muestra una menor proporción de personas no asertivas en contraposición con los varones. Además, las mujeres muestran una mayor proporción de personas con asertividad que los varones. En cuanto a la escolaridad de los padres del alumnado en relación con la asertividad, no se encontró asociación significativa, lo que indica que los niveles de estudios encontrados básico, medio superior y superior tiene una similar distribución en cuanto al porcentaje de personas no asertivas, asertivas y con baja asertividad. Ver tabla 6.

Tabla 6. Asertividad y variables sociodemográficas

SOCIODEMOGRAFIA	ASERTIVIDAD			p
	No asertiva %	Baja Asertividad %	Asertiva %	
Edad				.351
14-15	21.7	69.0	9.3	
16-17	19.4	73.2	7.4	
18 y más	17.7	71.2	11.0	
Sexo				.001
Femenino	15.4	75.5	9.1	
Masculino	25.3	67.1	7.6	
Escolaridad papá				.882
Básica	19.4	72.8	7.8	
Media superior	21.7	70.1	8.2	
Superior	18.3	72.4	9.3	
Escolaridad mamá				.687
Básica	21.6	71.8	6.6	
Media superior	18.6	72.0	9.4	
Superior	19.3	71.1	9.6	

Fuente: Encuesta realizada en 2010 en CCH vallejo. Valor de $p < 0.05$

La relación entre la estructura familiar y el nivel de asertividad manejado por los adolescentes no es significativa ($p=.186$), aunque observamos que en la familia compuesta existe un mayor número de personas asertivas.

Se establece una relación significativa entre asertividad y funcionalidad familiar evaluada con FACES III. El porcentaje de personas asertivas aumenta entre más relacionada este la familia, teniendo, lo mismo sucede con la adaptabilidad familiar entre mayor sea esta se incrementa la asertividad; donde observamos una mayor proporción de personas asertivas en la familia flexible.

En cuanto a la relación de la dinámica familiar evaluada mediante la Escala de Espejel y cols y la asertividad no se establece una asociación significativa entre el manejo de la disciplina y jerarquía en la familia ($p= .645, .360$, respectivamente). Sin embargo respecto a la comunicación intrafamiliar y la expresión del afecto existe una asociación significativa con la asertividad ($p=0.007$ y 0.043) Ver tabla 7

Tabla 7.
Asertividad encontrada en los adolescentes y Funcionalidad Familiar

	Persona No asertiva %	Baja Asertivida d %	Persona Asertiva %	P
Variable				
ESTRUCTURA				.186
Nuclear	19.8	70.8	9.4	
Extensa	18.8	75.8	5.5	
Compuesta	33.3	33.3	33.3	
Reconstituida	23.1	65.4	11.5	
Monoparental (mamá)	18.9	76.8	4.3	
Monoparental (papá)	27.6	55.2	17.2	
FUNCIONAMIENTO				
Cohesión				.001
No relacionada	22.4	72.5	5.1	
Semirelacionada	20.4	72.6	7.0	
Relacionada	20.7	70.5	8.9	
Aglutinada	11.7	70.3	18.0	
Adaptabilidad				.003
Rígida	42.0	54.8	3.2	
Estructurada	9.5	83.6	6.9	
Flexible	20.5	70.7	8.8	
Caótica	22.1	71.7	6.2	
DINAMICA				
Disciplina				.645
Malo	22.6	69.7	7.7	
Regular	18.9	73.9	7.2	
Bueno	18.9	71.4	9.7	
Jerarquía				.360
Mala	22.3	72.0	5.7	
Regular	18.6	72.8	8.6	
Buena	19.6	69.6	10.9	
Comunicación				.007
Mala	22.3	71.9	5.8	
Regular	20.0	73.7	6.3	
Buena	17.7	68.8	13.5	
Afecto				.043
Malo	21.6	72.9	5.5	
Regular	17.6	74.2	8.2	
Bueno	21.4	66.1	12.5	

Fuente: Encuesta realizada en 2010 en CCH vallejo. Valor de p < a 0.05

Observamos que no existe una relación significativa entre la asertividad de los adolescentes y el hecho de que fumen, ya que se encontró una proporción igualitaria entre los jóvenes fumadores y no fumadores (20.5 vs 19.6%) tanto para aquellos que fueron calificados como asertivos como para los que no fueron asertivos. Aunque cabe mencionar que se halló una relación positiva significativa para el caso de los adolescentes no asertivos en concordancia en este caso con el hecho de que continuaran fumando, lo mismo sucede en el caso de la posibilidad de fumar en el futuro ya que una mayor proporción de escolares no asertivos 30.9% declararon que si fumaran en el futuro a diferencia de lo observado en los adolescentes asertivos.

Tabla 8.
Asertividad y tabaquismo de los alumnos encuestados

Variable	No asertiva %	Con baja Asertividad %	Asertiva %	Chi ²
Fumo				.761
Si	20.5	72.0	7.5	
No	19.6	71.6	8.8	
No voy a dejar de fumar				.053
Si	27.0	68.1	4.9	
No	18.9	72.2	8.9	
Fumare en el futuro				.005
Si	30.9	61.8	7.3	
No	18.4	73.1	8.6	
Pienso dejarlo				.924
Si	19.2	72.1	8.7	
No	20.2	71.5	8.3	
He disminuido el número de cigarrillos				.920
Si	19.5	71.6	8.9	
No	20.1	71.8	8.2	
No fumo desde hace 6 meses				.339

Si	23.6	70.1	6.3	
No	19.3	72.0	8.8	

Fuente: Encuesta realizada en 2010 en CCH vallejo. Valor de $p < a$ 0.05

En el análisis entre las variables asertividad, tabaquismo y las creencias sobre el tabaquismo encontramos que existe una significancia estadística entre una persona no asertiva y la creencia que es bueno el hábito de fumar. Mientras que las otras creencias respecto al consumo de tabaco no se encuentran relacionadas con la asertividad.

Tabla 9.
Asertividad y creencias sobre el tabaquismo de los adolescentes

Variable	No asertiva %	Con baja Asertividad %	Asertiva %	P
Fumar es para ti:				.014
Bueno	24.1	72.0	3.9	
Malo	18.6	71.6	9.8	
Agradable	19.4	74.2	6.4	.448
Desagradable	20.1	70.8	9.1	
Seguro	23.4	70.5	6.1	.162
Peligroso	18.6	72.2	9.2	

Fuente: Encuesta realizada en 2010 en CCH vallejo. Valor de $p < a$ 0.05

DISCUSIÓN.

El objetivo de nuestro estudio fue encontrar una relación entre la asertividad de los adolescentes y el consumo de tabaco, para saber si en los jóvenes mexicanos es un factor determinante en el inicio y consumo de tabaco ya que de acuerdo a varios autores revisados^{3,4,9,13} la asertividad permite al adolescente facilitar el rechazo a una oferta de cigarrillo por ejemplo del grupo de amigos, y es capaz de expresar sus sentimientos y opiniones negativos acerca del tabaquismo en forma clara y sincera, logrando así una resistencia a la presión del grupo de iguales para consumir tabaco, por lo que la asertividad nos ofrecería una estrategia para retrasar y disminuir el consumo de tabaco por los adolescentes.

Así mismo señalamos las relaciones encontradas con otras variables estudiadas como los datos sociodemográficos, el consumo de drogas lícitas e ilícitas en los adolescentes, y también la estructura y funcionalidad familiar.

Lo relevante en relación con la asertividad fue encontrar un nivel muy bajo de esta entre los adolescentes encuestados ya que solo el 8.4% de los jóvenes tienen una conducta asertiva, es decir, que muy pocos son capaces de tomar sus propias decisiones y expresar adecuadamente y sin temor lo que piensan y sienten frente a diversas situaciones⁴.

En un estudio hecho en 2010¹² se entrevistó a adolescentes africanos, americanos y europeos de distintos centros escolares de un nivel académico equiparable a nuestros adolescentes encuestados, coincidiendo con nosotros en que no existe una relación significativa entre la edad y la asertividad. Además también se estableció en este mismo estudio una relación significativa con el sexo¹². Las mujeres tenían un nivel mayor de asertividad que el sexo masculino. En nuestro estudio además la escolaridad de los padres no tuvo relación alguna con el nivel de asertividad de los adolescentes.

Al igual que lo encontrado en estudios,^{3,7,10} el tabaco y el alcohol son las dos drogas legales que actualmente más consumen los escolares mexicanos, lo cual refleja una facilidad en su obtención, debido a ser estas sustancias permitidas social y culturalmente en nuestro país. Siendo el consumo de alcohol mucho más frecuente que el de tabaco entre los adolescentes.

En el caso del consumo de alcohol por parte de los estudiantes mexicanos tenemos que diferimos a lo encontrado por investigadores en España¹⁹, ya que nuestros adolescentes tienen un consumo de alcohol menos frecuente y más moderado por ocasión en comparación con los adolescentes españoles que tienen patrones de consumo más altos sobretodo en el fin de semana.

Para el caso del consumo de drogas ilícitas – a diferencia de los datos obtenidos por algunos investigadores¹⁹ donde el 3.4% de los adolescentes consumen alguna droga – nosotros encontramos una proporción mayor de adolescentes que declararon haber consumido drogas al menos una vez en el último mes.

Y por último en relación al consumo de tabaco encontramos que la tercera parte de los adolescentes encuestados declaro fumar o haber fumado al menos alguna vez, siendo el consumo de tabaco poco frecuente con dos a tres días como promedio y bajo en cantidad de cigarrillos por ocasión, dato que coincide con estudios realizado tanto en Europa como América latina.^{19,20}

Contrariamente a lo esperado, en nuestro estudio la estructura familiar no mostró una relación significativa respecto al nivel de asertividad de los adolescentes, estos datos se contraponen a los arrojados por otros estudios^{7,12} ya que se encontró que en las familias en donde ambos padres están presentes (nuclear) y existe una buena interacción familiar los adolescentes se describen y califican como más asertivos en su acción social.

Encontramos que nuestros datos coinciden y apoyan a los de otros estudios^{19, 20}, en donde se confirma una relación entre la asertividad con que

se conducen los adolescentes y el hecho de tener una familia con un grado medio o alto de funcionalidad familiar. Nuestros datos demuestran que el porcentaje de personas asertivas aumento entre más cohesión y adaptabilidad tenia la familia al interior del núcleo. Una familia es más funcional mientras más unida y cooperativa sea, y entre menos negativas y obstáculos existan para la comunicación, plática y negociación entre padres e hijos.

Los datos de nuestro estudio no nos permite explicar el porqué de la alta prevalencia del tabaquismo encontrado 30.5% en nuestros adolescentes, ya que no encontramos una relación significativa entre la asertividad de los adolescentes y el uso de tabaco. Esta misma situación que se encontró en dos estudios con jóvenes españoles^{3,20} donde los adolescentes con puntuaciones altas en conducta asertiva muestran escasas o nulas relaciones con el consumo de drogas en general, siendo discretamente menos significativas para el tabaco.

Lo cual nos lleva a concluir conjuntamente con otros trabajos realizados en esta área del consumo de sustancias, que la asertividad – como uno de los aspectos más relevantes de la comunicación social general del adolescente – no se relaciona con el consumo de tabaco y otras drogas²⁰.

Lo que si se ha encontrado en otros estudios que la asertividad conjuntamente con el desarrollo del autoconcepto están relacionados con la posibilidad de que un adolescente rechazase la oferta del consumo de tabaco, de ahí también se deduce por nosotros y otros autores^{10,19} que la asertividad por si misma no se relaciona con el consumo de drogas y tabaco sino que es el conjunto de las habilidades sociales generales las que si se relacionan con un menor consumo de tabaco.

Diferentes estudios han señalado, que más que la asertividad, existen otros factores que determinan el consumo de sustancias; como puede ser el hecho de que exista este hábito en los padres de los adolescentes (modelamiento) y los amigos hallan fumando al menos una vez en el último mes²³.

Esto pudo ser observado en nuestro estudio, que al igual a lo reportado por otros autores, el hecho de que alguno de los padres fume y esto sea del

conocimiento de los hijos, es un factor predictivo positivo y cumple una función modeladora que constituye a la larga una conducta aprendida y repetida en la siguiente generación ¹².

Entonces son validas las conclusiones a las que se llega en otros estudios que apoyan la relación entre las habilidades sociales en general con el menor consumo de drogas y tabaco. Debido a ello se aconseja que este tipo de habilidades deberían ser desarrolladas por el adolescente como mecanismo de prevención y protección para las adicciones. Se ha visto que después de un entrenamiento en habilidades sociales y de comunicación los jóvenes muestran una tendencia a expresarse de forma directa y clara en situaciones sociales con sus iguales y así pueden rehusarse a peticiones de estos, al mismo tiempo que son capaces de manifestar sentimientos y opiniones negativas o contrarias al resto del grupo ^{13,24}.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Se encontró que la tercera parte de los adolescentes estudiantes fuman.
- Menos de una decima parte de nuestros adolescentes poseen asertividad.
- La mayoría de los jóvenes consideran como bueno su estado de salud.
- En cuanto a las relaciones significativas encontradas con la asertividad se establece que las adolescentes del sexo femenino se maneja con mayor asertividad.
- La tipología familiar predominante fue la familia nuclear encontrándose sin relación con la asertividad del adolescente
- La asertividad que posee un adolescente se encontró muy relacionada con el hecho de tener una familia con un grado medio o alto de funcionalidad familiar.
- De nuestro estudio así como de otros revisados se obtienen que la asertividad con se manejan los adolescentes no tiene una relación significativa con el consumo de tabaco y otras drogas.
- Se requiere seguir investigaciones de todos los factores que ayudan a los adolescentes a ser asertivos en su comunicación, entre estos factores a estudiar son los culturales, sociales, valores, todas las características de la familia, etc. Para poder seguir orientando adecuadamente al adolescente en todos los aspectos.

REFERENCIAS.

1. Unikel Singhy C. La Salud en la adolescencia. Rev. Med Inst Seguro Soc 2009; 47 (1): 5-9.
2. Tilleczek Keith C, Hine Dowhrit W. The meaning of smoking as health and social risk in adolescence. Journal Adolescence 2006; 11 (2): 273-287.
3. Fleiz C, Borges G, Rojas E, Benjet C, Medina-Mora ME. Uso de alcohol, tabaco y drogas en población mexicana, un estudio de cohortes. Sal Men 2007; 30: 63-73
4. Aberastury Alabeit A, Knobel Marthib M. Habilidades sociales necesarias en la adolescencia. Estudios sociales y ciudadanía. 2001.
5. Zavala Berbena MA, Valadez Sierra M, Vargas Vivero MC. Inteligencia emocional y habilidades sociales en adolescentes con alta aceptación social. Educ and Psyc 2008; 6 (2): 319-338.
6. Rodríguez Milair H, Lazcano Estrada E, Hernández Portes B, Oropeza Azcaño C. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Distrito Federal.
7. Suelves Jiménez M, Sánchez Turet M. Asertividad y uso de sustancias en la adolescencia: Resultados de un estudio transversal. Anales de Psic 2001; 17 (1): 15-22.
8. Garaigordobil Landazabal M. Síntomas psicopatológicos, habilidades sociales y personalidad: un estudio con adolescentes. Psic Conduc. 2006; 9, (2), 56-67.
9. Garaigordobil Landazabal M. Intervención con adolescentes: impacto de un programa en la asertividad y en las estrategias cognitivas de afrontamiento de situaciones sociales. Psic Conduc. 2001; 9 (7): 221-246.
10. Díaz Negrete BD, Arellanez Hernández JL, Pérez Islas V, Wagner Craibt F. Correlatos psicosociales del abuso y dependencia de drogas entre jóvenes mexicanos. Rev Med Inst Seguro Soc 2009; 47 (1): 13-20.
11. Romer Denis D, Jamieson Paterson P. Do Adolescents appreciate the risk of smoking? Evidence from a national survey. Journal Adoles Health 2001; 29:12-21
12. Morrison Garder L, Eccles Joshep S. The Influence of Family relations on trajectories of cigarette and alcohol use from early to late adolescence. Journal Adoles 2010; 2 (1): 1-10.
13. Gómez Camacho C, Calvo Camacho M. Habilidades sociales en adolescencia: un programa de intervención. Terap Cogn-Conduc 2005; 3, 1-27.

14. Eckhardt Bistrot L, Woodruff Isatrud S, Elder Patriwith J, The association of normative perceptions with adolescent smoking intentions. *Journal Adoles* 2010; 64 (2): 67-78.
15. Dulanto Enrique G, El adolescente. Asociación Mexicana de Pediatría, A.C. McGraw-Hill Interamericana. 2000.
16. Riesco González Manuel. Habilidades sociales en adolescentes con problemas de desadaptación social. Estudio diagnóstico y propuesta de intervención. *Rev. Elec Inves Psicoedu* 2005; 4 (1):1-22.
17. Wills B, Thomas A, Baker Eli, Botvin Gilbert J. Dimensions of assertiveness: Differential relationships to substance use in early adolescence. *Journal Consul and Clin Psyc.* 1989; 57(4): 473-478.
18. McCarty Carolyn A, Murowchick Elise M, Vander Stoep A, McCauley Street E. Intrapersonal predictor of early adolescent substance initiation. *Socie Adoles Med* 2009; 44 (2): 15-34.
19. Wills Thomas A, Baker Eli J, Botvin Darwik A, Gilbert J. Dimensions of assertiveness: Differential relationships to substance use in early adolescence. *Journal Consul and Clin Psyc.* 2005; 57(4): 473-478.
20. Moral De la Villa M, Rodríguez Fernández J, Ovejero Sánchez A. Correlatos psicosociales del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes españoles. *Sal Pub Mex* 2010; 52 (5): 406-415
21. Martínez Lorca M, Alonzo Sanz C. Búsqueda de sensaciones, autoconcepto, asertividad y consumo de drogas ¿Existe relación? *Adicciones* 2003; 15 (2): 145-158
22. Epstein Jeffrey A, Griffin Kans W, Botvin Gilbert J. Competence skills help deter smoking among inner city adolescents. *Tobacco-Control* 2000; 9 (1): 33-39.
23. Nichols TR, Birnel S, Graber JA, Gunn J B, et al. Refusal Skill Ability: an examination of Adolescent perceptions of effectiveness. *Journal Prim Prev* 2010; 31: 127-137.
24. Ashby Talaf A, Becoña Fisker E, Espada Carrasco J. Consumo de alcohol en escolares: descenso de la edad de inicio. *Adicciones* 2001; 12 (1): 57-63
25. Hover Janis T, Gaffney Lain R. Teenage smoking, attempts to quit and school performace. *American Journal Pub Heal* 2006; 22 (6): 940-947
26. Arillo Santillán E, Esteve Fernández S, Hernández Ávila M, Medardo Tapia U, Cruz Valdés A, Lazcano Ponce EC. Prevalencia de tabaquismo y bajo desempeño escolar. *Sal Pub* 2002; 44 (1): 54-66.

27. Cándido Ingles J, Delgado Cartes B, Bautista García R, Torregrosa Santos M, Espada Prudencia J, García Fernández JM et. al. Factores psicosociales relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes españoles. *Int J Clin Health Psychol* 2007; 7 (2): 403-420.
28. Fleiz Kart C, Guilherme Borges M, Rojas Martínez E, Corina Benjet L, Medina Mora ME. Uso de alcohol, tabaco y drogas en población Mexicana, un estudio de cohortes. *Sal Men* 2007; 30 (5): 63-73.
29. Membrillo Luna A, Fernández Ortega MA, Quiroz Pérez JR, Rodríguez López JL. Instrumentos de Evaluación de la Funcionalidad Familiar. En: Anzures Carro RL, Chávez Aguilar V, *Medicina Familiar*. México: Corinter; 2008. p. 227-283.
30. Aremis Villalobos A, Rosalba Rojas MC. Consumo de tabaco en México. Resultados de las Encuestas Nacionales de Salud 2000 y 2006. *Sal Pub Mex* 2007; 49 (2): 147-154.
31. Mainett J.A. *Bioética en la investigación y Ética médica*. Bioeticainfo Argentina 1989.

ANEXOS



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(NIÑOS Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

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

Por medio de la presente autorizo que el adolescente:

Participe en el protocolo de investigación titulado: "RELACION ENTRE TABAQUISMO Y ASERTIVIDAD EN ADOLESCENTES ALUMNOS DEL COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES VALLEJO UNAM"

Registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud o la Comisión Nacional de Investigación Científica con el número:

El objetivo del estudio es: Determinar la relación entre el consumo de tabaco y la asertividad manejada por los adolescentes.

Se me ha explicado que la participación de mi familiar o representado consistirá en: llenado de un instrumento sobre asertividad y tabaquismo.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de la participación de mi familiar o representado en el estudio.

El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento adecuado que pudiera ser ventajoso para el tratamiento (en su caso), así como a responder cualquier pregunta y aclarar dudas que le plantee acerca de los procedimientos, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con el tratamiento de mi familiar o representado (en su caso).

Entiendo que conservo el derecho de retirar del estudio a mi familiar o representado en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibe en el Instituto.

El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se identificará a mi familiar o representado en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con la privacidad de mi familiar o representado serán tratados en forma confidencial.

Nombre y firma de ambos padres o tutores o representante legal

Nombre, firma y matrícula del Investigador Responsable

Testigo
Nombre y firma

Testigo
Nombre y firma

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

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

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 un 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:

3.- Es más reconocida y tomada en cuenta

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

7.- Interviene en los problemas de los hijos

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

8.- Reprende a los hijos cuando cometen una falta

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

9.- Respeta los horarios de llegada a la casa

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

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

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

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

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

14.- Toma las decisiones importantes en casa

- 1) Los hijos en presencia de los padres 2) el hijo mayor en ausencia de los padres 3) mamá 3) papá 4) ambos padres

15.- Se avisa para ausentarse de la casa

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

16.- Castiga cuando alguien comete una falta

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

21.- Platica con los demás

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

22.- Expresan libremente sus opiniones

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

23.- Tiene mejor disposición para escuchar

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

24.- Informa a los demás sobre las decisiones importantes

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

25.- Supervisa el comportamiento escolar de los hijos

- 1) Nadie 2) los hermanos, aún y cuando están los padres

3) los hermanos en ausencia de los padres 4) los padres

27.- Transmite los valores más importantes de la familia

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

29.- Participa en la resolución de problemas

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

30.- Toma la decisión de vivir en algún lugar

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

31.- Son los más alegres o se divierten más

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

32.- Estimula las habilidades de los demás

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

33.- Abraza espontáneamente

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

34.- Se enoja

1) casi todos se enojan entre si y se dejan de hablar

2) los hermanos entre si

3) los hijos con los padres y se dejan de hablar

4) casi todos se enojan entre si y arreglan los enojos hablando

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

1) los hijos a los padres 2) los padres entre si

3) los hijos entre si

4) los padres a los hijos

5) nadie se ha golpeado, solo de juego

1: Siempre (100%) **2:** Casi siempre (75%). **3:** Algunas veces (50%).
4: Casi nunca (25%). **5:** Nunca (0%)

		1	2	3	4	5
1	Cuando otros(as) compañeros(as) ponen alguna objeción en el modo de realizar tus tareas, te sientes molesto(a).					
2	Te quedas callado(a) en una reunión de compañeros, a pesar de no estar de acuerdo con lo planteado.					
3	Ante una discusión, defiendes tu postura, aunque objetivamente no sea la oportuna.					
4	Cuando no estás de acuerdo con la distribución de las tareas eres capaz de decirlo.					
5	Evitas criticar a tus compañeros(as), así como sus ideas.					
6	Ante un error de un(a) estudiante, tiendes a menospreciar sus capacidades.					
7	Te muestras crítico(a) con las acciones que realizan sus compañeros(as).					
8	Discutes abiertamente con la persona una crítica que ha hecho sobre tu forma de actuar.					
9	Eres capaz de decirle a tu compañero(a) que lo que ha dicho o hecho es injusto para ti.					
10	Cuando tienes dificultades con alguna tarea, consultas sin ningún problema a tus compañeros(as).					
11	Te incomoda pedir ayuda cuando la situación sobrepasa tus conocimientos.					
12	Eres capaz de decir que no cuando te piden un material que probablemente vas a necesitar.					
13	Eres capaz de pedir un favor a un(a) compañero(a) que rehusó hacértelo en otra ocasión.					
14	Te incomoda la presencia de tus supervisores durante las clases.					
15	Si tu maestro te acusa injustificadamente, eres capaz de decírselo.					
16	Te opones a una exigencia injusta de tus maestros(a).					
17	Te hacen sentir incómodo los halagos de tu maestro(a), aunque sean justificados.					
18	Estimulas a tus compañeros frente a una labor bien hecha.					
19	Haces cumplidos a tus compañeros(as) cuando te gusta la actitud o la tarea que han realizado.					
20	Eres capaz de decir a alguien que te gusta trabajar con él (ella).					
21	Cuando el trabajo te rebasa, tiendes a responder a tus compañeros(as) de manera incorrecta.					
22	Evitas el contacto con tus compañeros, para eludir preguntas.					
23	Te cuesta trabajo admitir tus descuidos.					
24	Ante un conflicto en un día de clases, tiendes a darle vueltas durante el resto del día.					
25	Eres una persona que tiende a insistir en hacer las cosas a su modo.					
26	Si un compañero llama repetidamente, te enojas y le aclaras el trabajo que tienes.					
27	Cuando un(a) compañero(a) llega tarde más de un día, eres capaz de decírselo.					
28	Cuando un compañero hace una broma de mal gusto, haces un esfuerzo y le sonríes.					
29	Te disculpas cuando cometes una falta.					
30	Te rehúsas ir a una reunión, si asiste alguien que no es de tu agrado.					
31	Cortas la conversación de un(a) compañero(a) demasiado					

	platicador(a) cuando no es el momento.					
32	Te enojas cuando compras algo defectuoso y buscas a la persona responsable para que te lo cambie.					
33	Pides que te devuelvan algo que has prestado.					
34	Dices que se calle a alguien que está molestando en una reunión de la escuela.					
35	Admites tu ignorancia sobre algún tema que desconoces.					