



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DELEGACIÓN No. 2 NOROESTE DEL DISTRITO FEDERAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 94

AUTOCONCEPTO DEL ADOLESCENTE CON Y SIN
CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. ISRAEL CONTRERAS CAMACHO

ASESORES:

DRA. MARÍA DEL CARMEN LUNA DOMÍNGUEZ

DR. RAÚL T. ARRIETA PÉREZ



MÉXICO, D.F.

JULIO 2008



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.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN No. 02 NOROESTE DEL DISTRITO FEDERAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 94

**AUTO-CONCEPTO DEL ADOLESCENTE
CON Y SIN CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A:

ISRAEL CONTRERAS CAMACHO

Médico residente de 3º. Grado del Curso de
Especialización en Medicina Familiar.

Tel. 56 76 92 13

israstuart@yahoo.com.mx

Matricula: 99364415

ASESORES:

DRA. MA. DEL CARMEN LUNA DOMÍNGUEZ

Médico Familiar.

Tel.57 67 25 99 Ext., 250

Email: lumca_@hot mail.

Matricula: 8433038

DR. RAÚL T. ARRIETA PÉREZ

Prof. Adjunto de la Residencia de Medicina Familiar.

Matricula: 8320616 E-mail: drarrieta@hotmail.com



SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

MÉXICO, D.F. JULIO 2008

AUTORIZACIONES

Dra. Agustina Elena Vilchis Guizar
Coordinador Delegacional de Investigación en Salud

Dra. M^a Guadalupe Garfias Garnica
Coordinador Delegacional de Educación en Salud

Dr. Marco Antonio Pagola Martínez
Director de la UMF 94

Dra. Patricia Ocampo Barrio
Coordinador de Educación e Investigación en Salud UMF 94

Dr. Raúl Tomas Arrieta Pérez
Profesor Adjunto del curso de Especialización en Medicina Familiar UMF 94
Asesor de tesis

Dra. Lidia Bautista Samperio
Profesor Titular del curso de Especialización en Medicina Familiar UMF 94
Asesor de tesis

Dra. Ma. Del Carmen Luna Domínguez
Médico Familiar
Asesor de Investigación.

DEDICATORIAS

A Dios

Por estar presente siempre a mi lado, porque me ha permitido gozar de buena salud y por darme una familia que siempre me apoya.

A mis Padres

Por haberme proporcionado todos los medios necesarios para que pudiera terminar mis estudios, además de su cariño incondicional e incomparable que me han demostrado.

A la Universidad

Por haberme dado los conocimientos, que son los cimientos sólidos de toda formación profesional y que gracias a ellos, se tienen las herramientas necesarias para poder contribuir en el desarrollo del país, ya que ésta nuestra máxima casa de estudios, forma profesionistas en diversas áreas.

A mi esposa e hijos

Gracias Katherine, por cumplir tu comprensión y apoyo incondicional. A Ismael e Isael por ser tan alegres y cariñosos conmigo, y porque a pesar de su corta edad, me transmiten esa energía y ganas de vivir día con día, para ser mejor.

AGRADECIMIENTOS

A mis Profesores

Drs. Bautista, Ocampo y Arrieta, que me brindaron su tiempo en esta valiosa etapa de superación académica y por lo que han significado en el desarrollo de mí vida profesional.

A mis Asesores

Dra. Luna y Dr. Arrieta. Por brindarme su apoyo y tiempo en la realización de la presente Tesis.

A todos los Médicos

De la U.M.F No. 94, H.G.Z No. 29, 27, 25, 23, GOyT, GAM, por colaborar con su enseñanza clínica y personal. Eternamente agradecido.

ÍNDICE

• Resumen	6
• Marco Teórico y Antecedentes científicos	7
• Planteamiento del Problema	18
• Hipótesis	19
• Objetivos del estudio	19
• Diseño de Estudio	19
• Identificación de variables	19
• Universo de Trabajo	20
• Población y muestra de Estudio	20
• Determinación del tamaño de la muestra	20
• Procedimiento para la obtención de la muestra	20
• Criterios de Inclusión, y no inclusión	20
• Descripción del Programa de Trabajo	21
• Descripción y Validación del Instrumento	22
• Difusión de Resultados.	23
• Consideraciones Éticas del Estudio	23
• Resultados	25
• Análisis de Resultados	26
• Conclusiones	27
• Sugerencias	27
• Anexos	28
• Bibliografía	39

AUTOCONCEPTO DEL ADOLESCENTE CON Y SIN CONSUMO DE TABACO Y/O ALCOHOL.

Dr. Israel Contreras Camacho.* Dra. Ma. del Carmen Luna Domínguez.** Dr. Raúl Arrieta Pérez.***

Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 94 Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

RESUMEN.

Introducción:

- El adolescente transita por una etapa de vida, donde no es considerado niño ni adulto, situación que en la búsqueda de una identidad propia, lo lleva a experimentar una gama de emociones, sentimientos, necesidades e incertidumbres, que lo hacen más proclive a la adquisición de adicciones.

-Objetivo: Comparar el nivel del auto-concepto entre adolescentes con y sin consumo de alcohol y tabaco.

-Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, analítico, transversal y ambilectivo, en 46 adolescentes usuarios, del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) adscritos a la unidad medico familiar No. 94. Para determinar el nivel de auto-concepto mediante la escala "Self Description Questionnaire II" (SDQ-II). Los participantes fueron separados en dos grupos de acuerdo al consumo o no de tabaco y/o alcohol. Se realizó estadística descriptiva mediante el uso de media y desviación estándar o porcentajes de acuerdo al tipo de variable descrita, para analizar la significancia estadística de las diferencias encontradas entre los grupo se empleo la prueba de Chi cuadrada y probabilidad exacta de Fihser según el caso. Se estableció un nivel de confianza de 0.05.

-Resultados; la muestra se distribuyo en 2 grupos de 23 para cada uno de ellos. Para los adolescentes con consumo de alcohol y/o tabaco un 65.2% presentaron bajo auto concepto. Mientras que para el grupo de adolescentes sin consumo de alcohol y tabaco un 95.6% mostraron un alto auto concepto ($p=0.001$).

-Conclusiones: Los resultados obtenidos permiten afirmar que en la población estudiada el nivel de auto-concepto, es menor, en quienes consumen alcohol y/o tabaco, en comparación con los que no presentan estos consumos.

-Palabras clave: Auto concepto, adolescente, consumo de alcohol y tabaco, y SDQ II.

* Médico residente del 3º. año de la residencia de medicina familiar UMF No. 94

** Médico familiar de la UMF. NO. 94. Profesor Clínico de la Unidad.

***Profesor Adjunto del Curso de Especialización Medicina Familiar UMF No. 94 IMSS

MARCO TEÓRICO Y ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

Desde el punto de vista cronológico la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como la etapa de la vida comprendida entre los 10 y 19 años de edad.

⁽¹⁾ Socialmente es la etapa de transición entre la niñez dependiente y la edad adulta independiente, hasta alcanzar las características físicas, mentales, emocionales y sociales del adulto. Es importante señalar que la adolescencia es más corta en sociedades primitivas que en las desarrolladas y se presenta más precozmente en mujeres que en varones. ⁽²⁾ Culturalmente tiene características propias de acuerdo a la región en que se desenvuelve el individuo, existiendo amplia variabilidad, incluso dentro de un mismo país. ⁽¹⁾ En esta etapa el adolescente debe realizar importantes modificaciones, como aceptar los cambios somáticos, adoptar conducta sexual adecuada, disminuir la dependencia emocional de sus padres, elegir un proyecto de vida, etc. ⁽³⁾

A lo largo de la historia la dificultad para describir y explicar a la Adolescencia ha sido patente, este término se deriva de la palabra latina “adolecere” que significa crecer, es un término amplio que implica aspectos bio-psico-sociales; al adolescente se le ha descrito como una persona intensamente emocional, muy voluble, egocéntrico, idealista, divorciado de la realidad y con tendencia a establecer profundos lazos afectivos. El adolescente asume respuestas estereotipadas, tiende a formar grupos, presenta baja tolerancia a la frustración y se enfrasca en una búsqueda permanente de un concepto estable de sí mismo. En todo caso, la adolescencia es considerada una fase del desarrollo humano importante y crítica. ⁽⁴⁾

Desde el punto de vista del desarrollo del pensamiento Piaget señala que la adolescencia representa la etapa de transición del pensamiento de operaciones concretas que caracterizó al niño a la etapa de pensamiento de operaciones formales y abstractas que caracteriza al adolescente. Es por ello que el adolescente presta atención tanto a la forma como al contenido de un argumento, de una proposición, en otras palabras, el adolescente puede razonar acerca de su propio razonamiento, puede deducir leyes partiendo de operaciones o formular hipótesis y someterlas a prueba poniendo de manifiesto su pensamiento lógico. ⁽⁴⁾

La modificación en los patrones de crecimiento y desarrollo, son otros de los cambios impactantes que sufre el adolescente. El acelerado crecimiento somático de esta etapa

contrasta de manera impactante con el crecimiento relativamente pausado que sucede en la niñez. Este crecimiento corporal se refleja en el incremento de talla, peso y superficie corporal, además ocurren variaciones en la morfología somática, que se advierten en los diámetros, perímetros y relación de segmentos corporales. Se presenta también crecimiento y desarrollo de gónadas a un ritmo uniformemente rápido, acompañado de la aparición de los caracteres sexuales secundarios, hasta llegar a la capacitación para la función sexual reproductora. ⁽⁴⁾

Paralelo a este crecimiento corporal se suceden los cambios emocionales, la adolescencia es la etapa de la vida que permite a los seres humanos conquistar la independencia, madurar el carácter y forma el propio esquema de valores y creencias. Según la teoría de Freud, durante la adolescencia reaparecen los impulsos sexuales, marcando el inicio de la etapa genital. Mientras que el objetivo de la forma infantil de sexualidad era buscar el placer a través de la estimulación oral, anal y genital durante la pubertad surge otro objetivo sexual: la reproducción. ⁽⁵⁾ A partir de los cambios emocionales la adolescencia se divide en tres etapas: **1) adolescencia inicial (10-13 años)**, esta representada por la pubertad ⁽⁶⁾, la mayor parte de la energía física y emocional del joven está centrada sobre los cambios físicos y sus consecuencias, **2) adolescencia media (14-17 años)**, los cambios emocionales son más evidentes, la tarea se centra en la separación de los padres y en la consolidación de la identidad. Para ello el adolescente necesita sentirse dentro de un grupo de pares, lo que explica su preferencia por permanecer el mayor parte del tiempo con los amigos y la evitación que hace de los padres, necesita reconocer sus propias fuerzas y las debilidades por lo que en grupo realiza actividades temerarias a los ojos de los adultos ⁽⁶⁾, condición que lo hace susceptible de presentar problemas de tipo familiar y social, **3) adolescencia tardía (18-19 años)** supuestamente, en este período la turbulencia de los procesos de identidad, independencia y adaptación a la cultura y al grupo, se habrán superado, hombres y mujeres poseen un concepto propio que les permiten iniciar la ruta de las realizaciones biológicas, psíquicas y sociales propias del adulto. ⁽⁶⁾

Juan Eric ⁽⁷⁾ señala que el auto-concepto, auto-respeto y auto-conocimiento son elementos indispensables para alcanzar una autoestima funcional. Debido a que la autoestima, afecta a todo el comportamiento humano y recibe múltiples influencias determinantes desde el momento mismo del nacimiento hasta el último momento de la

vida; se hace indispensable identificar sus componentes, para así, elaborar estrategias que nos lleven a fortalecerla y mantenerla funcional. ⁽⁸⁾

El término auto-concepto hace alusión a la opinión o impresión que los individuos tienen de sí mismos, es su "identidad hipotétizada", la cual se desarrolla a lo largo de la vida. Podemos definir como auto-concepto al conjunto de percepciones cognitivas y actitudes que los individuos poseen acerca de sí mismos. El auto concepto es multidimensional y cada una de sus dimensiones se basa en los diversos roles que desempeña el individuo. Una persona puede calificarse como marido o esposa, como profesional, como líder comunitario, como pariente y amigo, y así sucesivamente; esos aspectos diferentes del yo, describen la personalidad total.⁽⁸⁾ Esto quiere expresar que el auto-concepto se reconstruye constantemente, dependiendo de las circunstancias y de las relaciones confrontadas por el individuo. ⁽⁹⁾

Estudios sobre este campo han revelado que la diferenciación del yo (auto-concepto) se enriquece con las experiencias contradictorias externas e internas que se dan en las relaciones interpersonales, la etapa de latencia que sucede en la edad escolar es un momento de relativa calma interpersonal, es por ello que el inicio de la adolescencia se caracteriza por un auto-concepto débil, sin embargo durante el desarrollo de esta etapa se alcanza un punto máximo de conflicto con los otros y con uno mismo en la adolescencia intermedia para que al final de la misma empiece a declinar. Durante la adolescencia media, los jóvenes desarrollan la capacidad de comparar, pero no de resolver. Al final de la adolescencia aparece la capacidad de coordinar, resolver y normalizar los atributos contradictorios y se reduce la experiencia del conflicto sobre el tipo de persona que se quiere ser. ⁽⁹⁾

Ruth Strang (1957) ubica el auto-concepto como una dimensión básica del yo. Para ella el auto-concepto consiste en la percepción global que el individuo tiene de sus capacidades, status y desempeño de los diversos roles con el mundo externo. ⁽⁹⁾ Así mismo señala que el auto-concepto es temporal y cambiante, ya que está influido por las experiencias vivenciales del individuo; por ejemplo, el comentario crítico de un maestro, puede producir un sentimiento temporal de minusvalía. ⁽¹⁰⁾ El yo (auto-concepto) social del adolescente es extremadamente lábil, llevándolos a reaccionar de manera explosiva casi siempre con ideas negativas hacia su persona porque creen que no agradan a los demás, como decía un adolescente: "me gusta la forma en que la

gente me responde, hace que me sienta bien conmigo mismo". Una influencia importante sobre el auto concepto, es la forma en que se sienten los adolescentes en los grupos sociales. ⁽¹⁰⁾ Los adolescentes gustaría de ser el yo ideal que han formado en sus mentes, esas imágenes proyectadas pueden ser realistas o no; desafortunadamente imaginar ser lo que nunca se será, puede conducir a la frustración y al desencanto. En otras ocasiones los adolescentes proyectan una imagen idealizada y luego se esfuerzan por convertirse en esa persona. Quienes disfrutan de una mejor salud emocional, suelen ser aquellos cuyo yo real, se aproxima al yo ideal proyectado, y quienes pueden aceptarse como son. ⁽⁹⁾

El auto-concepto esta formado por observaciones registradas a nivel cognitivo-intelectual, nivel emocional-afectivo y nivel conductual. El nivel cognitivo-intelectual, constituye el procesamiento que el individuo realiza de la información recibida del exterior y que se manifiesta a través de las ideas, opiniones, creencias y percepciones; el auto-concepto se basa en experiencias y creencias pasadas que originan un convencimiento sobre lo que es la persona. El nivel emocional-afectivo, es un juicio de valor que el individuo emite sobre sus cualidades personales; implica un sentimiento continuo que va de lo agradable a lo desagradable que se ve en uno mismo. El nivel conductual, representa la decisión de actuar o llevar a la práctica las ideas y sentimientos construidos en los niveles antes mencionados. Lo que nos lleva ha adoptar determinado esquema corporal y aptitudinal. Entendiendo como esquema corporal a la manifestación no verbal de la idea que tenemos de nosotros mismos; esta imagen está muy relacionada e influenciada por las relaciones sociales, las modas, complejos o sentimientos hacia nosotros mismos. En tanto que el esquema de aptitudes es la manifestación integral de todas las capacidades que posee una persona para realizar una tarea con satisfacción y creatividad (inteligencia, habilidades, destrezas, gozo, etc.).

(8-9)

El auto-concepto es considerado un constructo importante en la integración de la personalidad, la motivación, el desempeño y la salud mental (Oñate, 1989) y en la estructuración del self (el sí mismo). Tiene una data muy antigua en las elaboraciones psicológicas, en ese sentido William James (1890) propuso que las imágenes que otros tienen se reflejan en uno y esas imágenes se incorporan formando el auto-concepto. De ese mismo parecer (que la fuente del auto-concepto está en las reacciones de los

demás respecto de un individuo) han sido autores como Cooley, Mead (citados por Oñate, 1989). La investigación sobre el auto-concepto ha demostrado que este constructo constituye uno de los más importantes y significativos reguladores de la conducta humana (Suls 1982; Suls y Greenwald, 1983). Sin embargo, hay dificultades para establecer la naturaleza de la relación y para identificarla. De acuerdo con Markus y Wurf, (1987), la dificultad con la que nos encontramos en el momento de identificar la influencia del auto-concepto en la conducta del individuo radica además, en estimar qué otros factores influyen en la conducta, además del auto-concepto. ⁽¹⁰⁾

Con el propósito de identificar el auto-concepto en adolescentes de entre 12 y 18 años, H. Marsh construyó el instrumento llamado Self Description Questionnaire II (SDQ-II), para su elaboración se extrajeron ítems de Tennessee Self-Concept Scale, desarrollada por Firt (1965) y de la escala EAA 89 desarrollada por Musitu (1989). ⁽¹⁰⁾

El instrumento Self Description Questionnaire II (SDQ-II) corresponde a una escala tipo Likert consta de 150 preguntas, con modalidad de respuesta: Si/siempre (puntaje:1), y No/nunca (puntaje:0); una evaluación final de 01 a 99 puntos, clasificando el auto-concepto como bajo, y auto-concepto alto (100 a 150 puntos). Los contenidos del cuestionario son: auto-concepto académico, auto-concepto social, auto-concepto físico, auto-concepto emocional y auto-concepto familiar. ⁽¹⁰⁾ De los instrumentos disponibles para la evaluación del auto-concepto, en diversas culturas, el SDQ-II es el instrumento de evaluación más validado para su uso con población adolescente incluyendo la latina. ⁽¹⁰⁾

El adolescente por vivir un periodo de transición, donde no es niño ni adulto, presenta una variedad de emociones, sentimientos, necesidades e inquietudes debido a que se encuentra en una búsqueda continua de identidad en la cual experimenta una serie de cambios físicos que pueden afectar positiva o negativamente su autoestima, autoconcepto y autoaceptación las cuales son la base para el desarrollo biopsicosocial integral ⁽¹¹⁻¹²⁻¹³⁾. Es en esta etapa cuando los adolescentes empiezan a adquirir hábitos que no son saludables como el consumo de alcohol y tabaco. ⁽¹⁴⁻¹⁵⁾ Es por eso que desde esta edad se debe contribuir para que el adolescente adquiera estilos de vida saludables. La dependencia psicológica se da cuando la persona empieza a tener una baja autoestima y cuando se dan conflictos en sus relaciones personales. ⁽¹⁰⁾ La adolescencia es una etapa de la vida que por naturaleza se caracteriza por conflictos

conductuales. Los adolescentes en su transición a la vida adulta y en la búsqueda de una identidad propia, son con frecuencia vulnerables a situaciones estresantes, lo que les provoca inestabilidad emocional. Los trastornos del desarrollo psicosocial son frecuentes en esta etapa y se reflejan en la alta incidencia de problemas de salud mental, tales como depresión, angustia, abuso de sustancias adictivas, trastornos de la alimentación y suicidios entre otros. El adolescente que desarrolla un patrón de comportamiento que se siente atraído por una cierta trasgresión, patrón absolutamente normal e incluso positivo en determinadas etapas de la adolescencia y, por tanto, de la formación de su personalidad madura, verá más atractivo el consumo de alcohol si no comprende realmente el por qué de su prohibición. ⁽¹⁵⁾ En un momento de la edad de los/as jóvenes en el que están pasando de la heteronimia moral (dependencia moral de los padres) a su autonomía moral como individuos, una simple prohibición que no venga acompañada de un refuerzo informativo no influirá sobre sus hábitos de comportamiento. Por otra parte, el consumo de sustancias adictivas y la mayoría de los hábitos nocivos para la salud, suelen adquirirse en esta etapa, pero no se traducen en morbilidad o mortalidad durante el período de la adolescencia misma, sino más tarde en la vida y sus repercusiones comprometen una transición saludable en la vida adulta. En la adolescencia se pasa por un período de transición, que llevan a vivir nuevas experiencias y en ocasiones a adquirir hábitos no saludables como el consumo de alcohol. ⁽¹⁵⁾ El auto-concepto es una variable asociada con el consumo de tabaco y alcohol en los adolescentes que tienen una autoestima baja y una auto imagen más bajas, son más vulnerables a la imagen de fumar y beber, diferentes autores (Liceaga, Molina y Arboles) describieron que el autoestima en el hogar, en la escuela y entre los amigos, están inversamente relacionadas con los hábitos de fumar y beber alcohol en la adolescencia. ⁽¹⁴⁻¹⁶⁾ El alcohol es aceptado socialmente por nuestra cultura, ya que es un medio para celebrar cualquier evento y siempre hay un motivo para consumirlo. Esto hace que todas las personas estén involucradas: ancianos, adultos, jóvenes e incluso niños, los cuales desde pequeños ven el alcohol como un modelo de vida de los mayores, por lo que años posteriores quieren adquirirlo. Generalmente, "beben" más los hombres que las mujeres pero actualmente el porcentaje se ha ido igualando. ⁽¹⁶⁾ El adolescente por todos los cambios que esta experimentando en su vida muchas veces se vuelve rebelde creyendo que todo lo que hace esta bien y que a los jóvenes no les

pasa nada malo, manifestando todo esto en el consumo de drogas y alcohol, las cuales le proporcionan una agradable sensación de placer y bienestar. El consumo de bebidas alcohólicas en los jóvenes resulta un problema mas grave que en el caso de las personas de más edad; se trata de problemas nuevos que van de mal en peor; y dado que los jóvenes representan el futuro y que las pautas de comportamiento se establecen en las primeras etapas de la vida, hay que tomar medidas. ⁽¹⁶⁾ De lo contrario, esos problemas contribuirán a un deterioro general de las normas de comportamiento entre los adultos del mañana. Los problemas de los jóvenes con el alcohol guardan proporción con los miembros adultos de la sociedad. Las personas con antecedentes familiares de alcoholismo tienen mayor probabilidad de empezar a beber antes de la edad de 19 años y de volverse alcohólicas. Cualquier persona que empieza a beber en la adolescencia está en mayor riesgo, ya que iniciar la "bebida" desde edades tempranas refuerza el riesgo para iniciar también el consumo de drogas. Los casos comienzan en casa, no cabe duda. El aprendizaje de un niño se inicia generalmente por medio de la "imitación". En su gran mayoría, los hijos son el reflejo de sus padres, por lo que se ha demostrado que el hábito de la bebida en los jóvenes, es producto del de sus padres y el de la comunidad en que viven. ⁽¹⁵⁻¹⁶⁾

Las estadísticas que nos muestran que las causas principales de defunción en la población adolescente mexicana, son externas e incluyen homicidios, suicidios, accidentes y traumatismos; seguidos de adicciones, enfermedades infecciosas tumores malignos y complicaciones del embarazo como principales causas de morbimortalidad. En todos los casos los porcentajes de consumo aumenta con la edad. Por lo que se refiere al tabaco las proporciones son similares en los dos sexos, mientras que para las bebidas alcohólicas existen en los varones unos porcentajes más elevados ⁽¹⁶⁾.El número de cigarrillos diarios consumidos aumenta con la edad, sin diferencias entre los dos sexos; si las hay entre los grupos de edad de 12 a 15 con 16 a 19 años. ⁽¹⁶⁻¹⁷⁾ Los varones consumen, de forma significativa, mayor cantidad de vino que las mujeres. En estas, no se aprecian diferencias en las distintas edades, en cambio en los varones la ingesta media aumenta con la edad. Por lo referente a la cerveza y los licores se ve un aumento significativo del consumo al avanzar la edad, siendo mayores las cantidades ingeridas por los varones. La cerveza es con mucho la bebida alcohólica de preferencia entre nuestros adolescentes, tanto varones como mujeres. ⁽¹⁶⁾ La alta frecuencia de

consumo de sustancias tóxicas, que numerosos estudios refieren se ha incrementado en México en la última década. 32% de la población estudiada reconoce más de una hábito tóxico, siendo el género masculino más asiduo al consumo de alcohol y drogas y el género femenino al tabaquismo. ⁽¹⁷⁾ Valdés y Hernández señalan la necesidad de incorporar una línea de investigación por género, para cambiar esta tendencia ⁽¹⁷⁾. Desde 1990 se observa en los países en desarrollo un incremento notable en el consumo de sustancias adictivas en la población joven adolescente. Durante la adolescencia suele iniciarse el consumo de tabaco y alcohol, considerados como puertas de entrada al consumo de otras drogas. Se debe tener en cuenta que las toxicomanías eran hábitos de predominio masculino y están pasando a ser femeninos. ⁽¹⁸⁾ Las encuestas nacionales de adicciones nos muestran que en una década, el consumo de sustancias adictivas en los adolescentes se ha incrementado notablemente. En un estudio que se realizó a grupo de adolescentes mexicanos, se observó que en el 45.7% la edad de comienzo del consumo de alcohol, en ambos sexos fue a los 15 ± 1 año y el 19,4% fue a los 14 ± 1 año ⁽¹⁹⁾. El 92.1% refirió beber en grupos y los lugares donde se lleva a cabo este consumo son en la gran mayoría en fiestas (53%). El tipo de bebida que mayormente consumen son: cerveza 53.9% y sidra 47% y solo el 14% manifestaron haber llegado a la ebriedad al menos una vez. A su vez el 83.1% refirieron conocer los efectos nocivos que el alcohol genera en el organismo y dentro de estos las mujeres más que los hombres ⁽¹⁸⁻¹⁹⁾. Cuando se analizó la relación entre el tabaco y el alcohol se observó que solo el 24% de los jóvenes que consumían alcohol también tenían el hábito de fumar, con un mayor consumo por parte del sexo masculino. ⁽¹⁸⁻¹⁹⁾ Con quien fuman los varones, observamos que; son mayoría los que consumen en compañía de amigos el 55%. Indistintamente el 30.32 %. Con la familia el 2.19 % y solos el 15%. Las mujeres fuman: principalmente con los amigos el 52 %, seguido de indistintamente el 27.30 %, un pequeño porcentaje con la familia el 6.13 % y solas el 15.33%. ⁽¹⁸⁻¹⁹⁾ A la hora de analizar los jóvenes que fuman con amigos se aprecian diferencias en cuanto a los grupos de edad, no ocurre así entre varones y mujeres. Destaca claramente el aumento entre los grupos de 12 a 15 años y 16-18, donde observamos que casi se duplica este consumo. No existen diferencias de sexo a la hora de fumar indistintamente ⁽¹⁸⁻¹⁹⁾. Un porcentaje significativo de adolescentes (casi el 50%) inició el hábito de fumar y beber entre los 12 y 13 años. Los factores de riesgo más

importantes fueron: baja autoestima, falta de actividad deportiva, alta concurrencia a fiestas, tener amigos que fumen y en especial su mejor amigo, como también padres y/o familiares fumadores que viven permanentemente con ellos. Entre los factores protectores se destacan: la participación en deportes, buena apreciación de sí mismos, compartir con amigos que no fumen, en especial su mejor amigo, tener padres que no consuman cigarrillos y poseer un buen conocimiento del daño que provoca el tabaco y el alcohol para la salud. ⁽¹⁸⁾ Según la evaluación realizada por la O.M.S. del año 1999, el consumo del tabaco y alcohol entre los varones de los países industrializados es de un 30-40%, cifra que está en descenso; en cambio en la mujer es de 20 a 40%, particularmente entre las más jóvenes, donde el consumo está en aumento. Según esta misma fuente, en el decenio 1990-1999, ha muerto anualmente en el mundo un total de 3 millones de personas por enfermedades inducidas por el tabaco y el alcohol, de ellos dos millones se produjeron en los países en desarrollo. Se ha observado en estos últimos países un aumento importante en el consumo de cigarrillo por habitante (el 70% en los últimos 25 años). En las poblaciones más consumidoras de cigarrillos, desde hace varios decenios son atribuibles al tabaco el 90-95% del cáncer pulmonar, el 80-85% de la bronquitis crónica y el enfisema pulmonar y el 20-25% de las defunciones por cardiopatías y accidentes cerebrovascular (O.M.S., 1998). En la adolescencia hay un porcentaje importante de hombres y mujeres que fuman habitualmente. Según estudio hecho en Santiago de Chile, se inicia el consumo entre los 13 y 14 años, aumentando los fumadores a mayor edad escolar y existiendo una mayor prevalencia en la mujer (40% en un universo de 2,967 escolares de educación básica y media). Se considera factor de riesgo al fumar de un cigarrillo hasta menos de 5 cigarrillos al día, ya que después de este número se considera hábito nocivo. El consumo de cigarrillos en los adolescentes es alto, ya que casi el 50% son fumadores, en una población de edades con rangos entre 14 y 18 años. ⁽¹⁸⁾ La proporción de fumadores que iniciaron el consumo de tabaco antes de los 18 años muestra una tendencia ascendente, según los datos de las diferentes encuestas (52.2% en 1988, 56.8% en 1993 y 61.4% en 1998). ⁽¹⁸⁾ Según Kuri considera a adolescentes con consumo de tabaco al que manifestaron haber consumido cigarrillos durante 30 días previos a la encuesta (ETJ), no fumadores, a los que no fumaron en el mes previo a la aplicación. ⁽¹⁸⁾ Casi un millón de adolescentes de 12 a 17 años en el área urbana son fumadores (10.1%), con una mayor

prevalencia en los hombres (15.4%) respecto a las mujeres (4.8%). En el área rural, la prevalencia de fumadores menores de edad es menos (6.1%); se observa el mismo patrón de consumo en varones (11.3% en hombres contra 1% en mujeres). En cuanto a la edad de inicio casi la mitad de los adolescentes (47.6%) comenzó a fumar entre los 15 y 17 años, y en el área rural esta cifra es aún mayor (50.5%). Además en ambas áreas se advierte que 10% de los hombres comenzó el hábito antes de los 11 años, ninguna mujer inició el hábito a esta edad. La mayoría de los adolescentes solo fuma 1-5 cigarrillos (86.5%); la prevalencia de un mayor número de cigarrillos es menor.⁽¹⁸⁾ Los adolescentes de 10 a 19 años presentan una prevalencia de 11% en consumo de alcohol, la cual se modifica con la edad, desde los 15 años, el 10% de los jóvenes consumen alcohol y a los 19 la prevalencia asciende a 40%.

Por cada 10 hombres hay cinco mujeres que lo toman en cantidades excesivas. Se considera factor de riesgo a la ingesta de menos de 30 mg por 100ml en sangre. La misma frecuencia de consumidores de alcohol es la de fumar, ya que van ligados ambos.⁽¹⁹⁾

Los estudios sobre hábitos de vida que pueden constituir factores de riesgo para determinadas enfermedades se suelen realizar habitualmente en poblaciones adultas. Sin embargo, puede ser más importante estudiar los determinantes de dichos hábitos, y sus posibles asociaciones con conductas de riesgo coadyuvantes para el desarrollo de enfermedades concretas, en la población adolescente, puesto que es en estas edades donde se conforman los rasgos principales del aprendizaje y el comportamiento.⁽²⁰⁾

Con respecto a este tema se definen los siguientes conceptos según la OMS:

--Estilo de vida, al conjunto de patrones de comportamiento que define e identifica a una persona o un grupo, a través de lo que hace y expresa, y que se genera en la familia, la escuela y otros sitios de convivencia mediante la socialización, proceso diario en el que se interactúa con los padres, las autoridades y la comunidad.⁽²¹⁾

--Factores protectores, a los rasgos individuales, familiares y elementos socioculturales, que eliminan, disminuyen o neutralizan el riesgo de que un individuo inicie o continúe un proceso adictivo.⁽²¹⁾

--Factor de riesgo, al atributo o exposición de una persona o población, que están asociados a una probabilidad mayor del uso y abuso de sustancias psicoactivas⁽²¹⁾

Balaguer y Pastor realizaron un estudio en la comunidad Valenciana, con 1038

estudiantes de enseñanza secundaria, con una media de edad de 16.31 años, y se encontró auto concepto bajo en adolescentes en cuanto conducta moral, amistad íntima y apariencia física. (desviación estándar de menos de 2.5), en los chicos fue superior a 2.5 Concluyendo que cuanto mayor era el auto concepto, los jóvenes debían presentar un estilo de vida más saludable. ⁽²⁴⁾ Para determinar el consumo, la frecuencia y la cantidad, la valoración se realiza por medio de un cuestionario de 3 preguntas, referentes a cantidad y frecuencia, para valorar el consumo de alcohol llamado: IESCA (Interrogatorio sistematizado de consumo de alcohol), con sensibilidad de 81% y una especificidad del 99%, aplicado en la población general, incluyendo a la adolescente, en cuanto a el número de copas o medidas, se valorará por UBE (unidades de bebidas estándar). ⁽²⁶⁾ Se aplicará otro cuestionario de 3 preguntas para el consumo de tabaco en el adolescente llamado: ETJ (Encuesta sobre Tabaquismo en Jóvenes), referentes a la cantidad y frecuencia; con sensibilidad de 85% y una especificidad del 95%. ⁽²⁷⁾ Ambos cuestionarios cuentan con respuesta dicotómica y una con opción múltiple para determinar la cantidad.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El desarrollo físico, cognitivo y psicológico que sucede durante el período de adolescencia, aunado a las expectativas sociales y familiares ambivalentes y cambiantes imperantes en nuestros tiempos, colocan al adolescente en una condición que le obliga a adoptar conductas que pueden ser de riesgo y/o protección para su calidad de vida presente y futura. En la delegación norte del DF del IMSS, la población de adolescentes es de 190,728 y en la Unidad de Medicina Familiar número 94 se cuenta con una población adscrita de 14,755(13.3%). En nuestra sociedad existen condiciones que favorecen la adquisición y consumo de tabaco y alcohol; y de conductas de riesgo (actividad sexual insegura y accidentes). Los estudios realizados sobre este campo coinciden al señalar que casi el 50% de los adolescentes inician el hábito de fumar y beber entre los 12 y 13 años. Los factores de riesgo asociados a esta conducta fueron: baja autoestima, falta de actividad deportiva, alta concurrencia a fiestas, tener amigos que fumen y en especial padres y/o familiares fumadores. ⁽²⁰⁾ La prevalencia del consumo de alcohol en adolescentes de nuestro país es de 40% y el 25% en el consumo de tabaco. El adolescente transita por una etapa de vida, donde no es considerado niño ni adulto, situación que en la búsqueda de una identidad propia, lo lleva a experimentar una gama de emociones, sentimientos, necesidades e incertidumbres, que lo hacen más proclive a la adquisición de adicciones. Afortunadamente existen condiciones que brindan protección al adolescente ante esta situación, entre estas se destacan: la participación en actividades deportivas, convivencia con familiares y amigos sin adicciones, poseer un buen conocimiento del daño que provocan las drogas y poseer una autoestima funcional. ⁽²⁰⁾ Es así como los términos auto-concepto, auto-respecto y auto-conocimiento como elementos fundamentales de la autoestima toman un rol protagónico. El auto-concepto del adolescente es extremadamente lábil, lo que lo lleva a tomar decisiones que ponen en riesgo su salud e integridad física y moral. El enfoque preventivo de las enfermedades en que se forma al médico familiar, lo obliga a conocer al paciente en sus diferentes etapas de desarrollo y a considerarlo de forma holística integrando los factores de riesgo a nivel biológico, psicológico y social. Por lo que resulta importante analizar si el auto-concepto entre adolescentes con y sin consumo de alcohol y tabaco, es diferente.

En la unidad de medicina familiar 94 del IMSS se cuenta con los recursos necesarios para la realización del estudio sin comprometer la atención médica prestada al paciente y con absoluto respeto a las normas éticas que rigen la institución por lo que planteamos la siguiente pregunta de investigación:

- **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Difiere el nivel de auto-concepto entre adolescentes con y sin consumo de alcohol y /o tabaco?

- **HIPÓTESIS DE TRABAJO**

Los adolescentes con consumo de alcohol y/o tabaco, presentan un nivel menor de auto-concepto, en comparación a los adolescentes sin estos consumos.

- **OBJETIVOS**

GENERAL:

Analizar las diferencias en el auto-concepto entre adolescentes con y sin consumo del alcohol y/o tabaco.

ESPECÍFICOS:

- 1.- Determinar el nivel de auto-concepto en adolescentes con y sin consumo de alcohol y/o tabaco.
- 2.- Comparar el auto-concepto entre los adolescentes con y sin consumo de alcohol y/o tabaco.

- **DISEÑO DEL ESTUDIO**

Observacional, Analítico, Transversal, Ambilectivo.

- **IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES**

Variable independiente: Auto-concepto.

Variables dependientes: Consumo de alcohol y Consumo de tabaco.

Variables sociodemográficas: Edad, sexo, escolaridad, estado civil.

- **UNIVERSO DE TRABAJO**

Adolescentes del IMSS, de la UMF 94.

- **POBLACIÓN**

Adolescentes, del IMSS, usuarios de la UMF 94.

- **MUESTRA**

Adolescentes usuarios de la U.M.F. No. 94 del IMSS, que aceptaron participar en el estudio.

- **DETERMINACIÓN ESTADÍSTICA DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA**

Con la utilización del programa EPI- Info V 6.0 se realizó el cálculo del tamaño de la muestra, para una encuesta poblacional con un nivel de confianza de 95%, con una población de 14,755 adolescentes reportados de 10 a 19 años de edad cumplidos. Y una frecuencia de consumo de tabaco y alcohol del 40% de acuerdo a los datos de la OMS. En donde se encuentra con un peor esperado de 20%, dando un total de 23 adolescentes con consumo de alcohol y tabaco, y 23 adolescentes sin consumo de alcohol y tabaco.

- **CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN DE LA MUESTRA**

- De Inclusión:

- 1.-Adolescentes de 12 a 18 años de edad
- 2.-Sexo: Mujeres y Hombres.
- 3.-Escolaridad: Primaria, Secundaria, Bachillerato y otros.
- 4.-Estado civil: Soltero, casado, divorciado y unión libre.
- 5.-Usuarios a la UMF 94, de turno matutino y vespertino.
- 6.-Que acepte participar en el estudio
- 7.-Con respuesta del 100% de las preguntas del instrumento

- De exclusión:

No aplica.

- **TIPO DE MUESTREO**

Muestreo no probabilístico por conveniencia.

- **PROCEDIMIENTO PARA INTEGRAR LA MUESTRA**

El investigador responsable invito, en forma personalizada, a adolescentes usuarios de la U.M.F. No. 94, que se encontraron en la sala de espera de la unidad como pacientes o acompañantes, explicándoles el objetivo del estudio y la importancia de su participación, se solicito su consentimiento bajo información, inmediatamente después se les aplicaron tres cuestionarios, uno para saber el nivel de auto-concepto (SDQ II), otro para conocer el consumo de tabaco (ETJ) y uno más para el consumo de alcohol (IESCA) del adolescente.

- **DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA DE TRABAJO**

Una vez aceptado el protocolo de investigación, por el Comité Local de Investigación No. 3515 se informo a las autoridades de la unidad médica familiar No.94, sobre el inicio de la recolección de los datos por el investigador. Se procedió a integrar la muestra para lo cual, el investigador responsable, se dio a la tarea de abordar a los posibles participantes entre quienes se encontraban en la sala de espera de la consulta externa de la unidad informándoles sobre los objetivos del estudio, una vez aceptada la participación se les solicito la confirmación mediante firma de consentimiento bajo información. Inmediatamente después se aplicaron: el instrumento de Self Description Questionnaire II (SDQ-II), un cuestionario referente a cantidad y frecuencia, para el consumo de alcohol llamado: IESCA (Interrogatorio sistematizado de consumo de alcohol) y un último cuestionario de 3 preguntas para el consumo de tabaco en el adolescente llamado: ETJ (Encuesta sobre Tabaquismo en Jóvenes). Una vez obtenidos los resultados se clasifico a los jóvenes de acuerdo con su consumo o no de tabaco y/o alcohol, para después analizar el resultado de la medición de su nivel de autoconcepto. Independientemente del resultado obtenido, se invito a los adolescentes a integrarse a grupos de trabajo social, organizados para la prevención de adicciones y el seguimiento de su salud.

Los datos obtenidos fueron vaciados en una hoja diseñada en el paquete estadístico SPSS V. 14 mismo que fue utilizado para la realización del análisis estadístico

- **DESCRIPCIÓN Y VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO**

El instrumento de Self Description Questionnaire II (SDQ-II) es el instrumento de evaluación más validado para su uso con población adolescente; este instrumento desarrollado por Marsh, en Chile en el año 1989 informa de su utilización con población adolescente latinoamericana. Los resultados de la aplicación del cuestionario de Auto descripción SDQ-II, a distintas muestras de estudiantes chilenos de 1^{os} y 2^{os} años de Enseñanza Media, proveen soporte para sostener que se trata de un instrumento altamente fiable. Con una sensibilidad 80% y especificidad 95 %. Compuesto por 150 preguntas con modalidad de respuesta: Si/siempre (puntaje:1), y No/nunca (puntaje:0); una evaluación final de 01 a 99 puntos, clasificando el auto-concepto como bajo, y auto-concepto alto (100 a 150 puntos); las preguntas están intercaladas, con 47 para aspectos educativos, 11 para familiares y 92 para aspectos sociales.⁽¹⁰⁾

Educativos:1,2,7,10,12,13,18,21,24,27,32,34,35,40,43,45,51,54,56,57,62,65,67,68,70,73,76,78,84,87,89, 90,95,98,100,106,109,115,120,122,133,137,141,142,146,147,149.

Familiares: 5,16,23,27,38,49,60,71,82,93,104.

Aspectos sociales: 3,4,6,8,9,11,14,15,16,19,20,22,25,26,28,30,31,33,36,37,39,41,42,44,46,47, 48,50,52,53,55,58,59,61,63,64,66,69,72,74,75,77,79,80,81,85,86,88,91,92,94,96,97,99,101,102,103,105, 107,108,110,112,113,114,116,117,118,119,120,124,125,126,127,128,129,130,131,132,134,135,136,138, 139,140,143,144,145,148,150).

Se aplicará otro cuestionario, referentes a cantidad y frecuencia, para valorar el consumo de alcohol llamado: IESCA (Interrogatorio sistematizado de consumo de alcohol), quien fue elaborado por Gual, en Barcelona-España en 2001, considerando consumo de alcohol a más de 4 copas o “medidas” y que una “medida” equivale a 10g UBE (unidades de bebidas estándar), en una ocasión por semana y menos de 6 meses; con una sensibilidad de 81% y una especificidad del 99%, aplicado en la población general, incluyendo a la adolescente.⁽²⁵⁾ Y se aplicará otro cuestionario de 3 preguntas para el consumo de tabaco en el adolescente llamado: ETJ (Encuesta sobre Tabaquismo en Jóvenes), quien fue aplicado por Valdés en México en 2006, referentes a la cantidad y frecuencia, con una sensibilidad de 85% y una especificidad del 95%.⁽²⁶⁾

Estos dos últimos cuestionarios cuentan con respuesta dicotómica y una con opción múltiple para determinar la cantidad.

- **RECURSOS DEL ESTUDIO**

FISICOS: Área de consulta de la unidad de medicina familiar No. 94

MATERIALES: Copias de encuesta: self description questionnaire II (SDQ-II), lápiz, y hojas de papel bond,

TECNOLOGICOS: Centro de cómputo, programa word, excell, epi.info y spss

FINANCIEROS: Los propios del investigador.

HUMANOS. Investigador

- **ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA INFORMACIÓN**

El ordenamiento y descripción de los datos se realizó utilizando determinación porcentual en las variables cualitativas, media y desviación estándar, en las cuantitativas representando los datos en cuadros y figuras.

Debido se trato de un estudio comparativo con dos grupos, uno con consumo de alcohol y tabaco y el otro sin consumo de estos, en los que se realizó la comparación de una variable de tipo nominal (nivel de auto concepto), se utilizó la prueba X², como prueba de hipótesis. Estableciendo una $p < 0.05$ y nivel de confianza del 95%.

- **DIFUSIÓN DE RESULTADOS**

Con el fin de dar a conocer los resultados obtenidos del presente estudio se planea su envío para publicación a una revista relacionada con la especialidad en medicina familiar. Así mismo se pretende su presentación al público en general en sesión general de la unidad.

- **CONSIDERACIONES ÉTICAS DEL ESTUDIO**

Esta investigación es considerada una investigación sin riesgo ya que únicamente se basa en la aplicación de cuestionarios para la obtención de la información requerida, sin embargo, atendiendo a los principios en materia de bioética se ha decidido obtener el consentimiento expreso del participante mediante la firma de carta de consentimiento

bajo información en la que se destacan el principio de respeto por las personas asegurando a los participantes la no identificación personal mediante el uso de iniciales para proteger sus nombres, la posibilidad de retirarse del estudio en el momento en que ellos lo decidan así como de no contestar las preguntas que a su juicio resulten impertinentes por afectar sus creencias y valores. Considerando así los aspectos éticos establecidos en la Declaración de Helsinki, en su última modificación en la 48ª. Asamblea Médica Mundial de Escocia en el año 2000. Y los aspectos de normatividad de la Ley general de Salud en sus capítulos I, II y III y los Estatutos del IMSS que en material de investigación en salud establecen.⁽²²⁾ Considerándose así en el Artículo 17 (De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, Capítulo I), como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este Reglamento, las investigaciones se clasifican en categorías y las que nos compete es la investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.⁽²³⁾

Se informara en forma oral a los participantes sobre la conservación de su derecho a ser atendido en la unidad aún cuando decidan no participar o retirarse del estudio.⁽²³⁾

RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio un total de 46 adolescentes. Estos fueron separados en dos grupos (23 en cada uno de ellos) de acuerdo con el consumo o no de tabaco y/o alcohol. Las características sociodemográficas medidas se muestran en el cuadro 1, de ellas destacan las siguientes:

En el grupo de adolescentes con consumo de alcohol y/o tabaco; la edad promedio fue de 15.22, con una desviación estándar de 1.56; predominando el sexo femenino con el 52.2% (12 casos), el estado civil soltero en el 95.7% (22 casos) y la escolaridad secundaria con 60.9% (14 casos).

Para el grupo de adolescentes sin consumo de alcohol y tabaco; la edad promedio fue de 15.17, con una desviación estándar de 1.33; predominando el sexo femenino con el 60.9% (14 casos), el estado civil soltero en el 100% (23 casos) y la escolaridad de secundaria con el 69.6% (16 casos).

El nivel de autoconcepto de acuerdo con el sexo no mostró diferencias significativas ($p=0.978$).

Los resultados con relación a la variable de estudio fueron los siguientes (figura 1): Para los adolescentes con consumo de alcohol y/o tabaco un 65.2% (15 adolescentes) presentaron bajo auto concepto, mientras que para el grupo de adolescentes sin consumo de alcohol y tabaco un 4.4% (1 adolescente) presento bajo auto concepto ($p=0.001$).

Por otra parte se analizo el tipo y número de consumos (uno solo o ambos) comparándolo con el nivel de autoconcepto encontrándose los siguientes datos:

Del total de 23 consumidores el 13% (3 casos) refirió solo consumir tabaco, el 8.7% (2 casos) solo consume alcohol y 78.3% (18 casos) refirieron ambos consumos.

Con relación al nivel de autoconcepto entre quienes refirieron un solo consumo el 80% presento un nivel de autoconcepto alto (4 casos) mientras que en los que refirieron ambos consumos el 22% (4 casos) presento un nivel alto de autoconcepto. ($p=0.033$)

Figura 2.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

En los resultados obtenidos observamos que el promedio de edad de la muestra estudiada coincidió con la edad reportada para el inicio del consumo de alcohol y tabaco en adolescentes mexicanos por Arboles y cols. (16)

En ambos grupos predominó el sexo femenino posiblemente debido a que este género acude más frecuentemente a la consulta de la unidad, por otra parte este dato concuerda con lo descrito por el INEGI en las estadísticas demográficas del año 2000 en las cuales se muestra un ligero predominio del sexo femenino. (27)

Siendo la edad temprana en donde se presenta el mayor consumo de alcohol y tabaco, es lógico encontrar que en la escolaridad de secundaria, es en donde se observó el más alto índice de consumo en nuestro estudio al igual que en el estudio realizado, en población de adolescentes mexicanos, por Kuri, ya que esta etapa es donde empiezan a decaer las actividades físicas que mantienen ocupados a los adolescentes. (18).

A diferencia de lo reportado en la literatura nosotros no encontramos influencia del sexo en el nivel de autoconcepto cuando comparamos este en el total de la muestra, posiblemente debido a que el tamaño de la muestra fue pequeño.

Con relación a la variable estudiada nosotros encontramos una diferencia significativa en el nivel de autoconcepto entre consumidores y no consumidores de tabaco y/o alcohol a favor de estos últimos lo que concuerda con lo reportado por Arboles, Sánchez y Camacho (16). Esto caracteriza al nivel de autoconcepto bajo, como un factor de riesgo para el consumo de estas sustancias.

Otro hallazgo en el presente estudio se encontró que los adolescentes que refirieron un solo consumo, su autoconcepto es alto en un 80 %; mientras para los que presentaron ambos consumos se presentó un nivel bajo de autoconcepto, mismos resultados encontrados por Kuri. (28). Fig. 2.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos permiten afirmar que el nivel de auto-concepto en los adolescentes, usuarios de la UMF 94, es menor en quienes consumen alcohol y tabaco, en comparación con quienes no presentan estos consumos. Lo que caracteriza al nivel bajo de autoconcepto como un factor de riesgo para el desarrollo de estos consumos.

El sexo no resulto ser un factor influyente en el nivel de auto-concepto en el total de la muestra, sin embargo encontramos que este si influye en el nivel de autoconcepto de quienes presentan algún consumo, lo que sitúa a las mujeres en un nivel más vulnerable en comparación con el adolescente masculino.

Finalmente observamos que quienes presentaron un nivel más bajo de autoconcepto, presentaron también un mayor numero de consumos por lo que podríamos pensar que son estos individuos quienes tiene mayor riesgo para el consumo de otras sustancias adictivas.

SUGERENCIAS

De la UMF 94, se recomienda que se integren programas de salud dirigidos a los adolescentes, en donde incluyan actividades físicas o de recreación, para aumentar su nivel de auto-concepto y favoreciendo el no consumo de alcohol y tabaco. Se sugieren actividades culturales como salas de lectura y escuela para padres de familia, para orientación de sus hijos sobre el consumo de alcohol y tabaco y otras sustancias toxicas.

De investigación: aumento de la muestra para estatificar, las demás variables escolaridad, ocupación, estado civil. (Ya que arroja valores "0").

Realizar estudios que incluyan el auto-concepto de los padres como repercusión del auto-concepto de los adolescentes sobre el consumo de alcohol y tabaco en los adolescentes.

ANEXOS 1.

CUADRO DE VARIABLES (ANEXO 1)

<u>Identificación de Variables</u>	<u>Definición Conceptual</u>	<u>Definición Operacional</u>	<u>Tipo de Variables</u>	<u>Escala de medición</u>	<u>Categorización</u>
Variable independiente: AUTOCONCEPTO	Es el conjunto de percepciones cognitivas y actitudes dados a través de la vida, que los individuos poseen acerca de sí mismos.	Opinión o aceptación que el adolescente expresa por medio del instrumento SDQ-II.	Cualitativa	Nominal (dicotómica).	Bajo---(01 a 99 puntos) Alto--- (más de 100 puntos).
Variable dependiente: *Consumo de tabaco	Deseo, no compulsivo, pero continuo de consumo de tabaco y alcohol, para mejorar la sensación de bienestar.	El consumo de tabaco y alcohol referidos por el adolescente en el instrumento correspondiente a estos. En donde se considera con consumo de tabaco al adolescente que manifestó haber consumido cigarrillos durante 30 días previos a la encuesta. No fumadores, a los que no fumaron en el mes previo a la aplicación. Consumo de tabaco – de 5 cigarrillos al día. Y no más de 6 meses.	Cualitativa	Nominal	Si No
*Consumo de alcohol		Consumo de alcohol más de 4 copas o “medidas” en una ocasión por semana.	Cualitativa	Nominal	Si No

VARIABLES UNIVERSALES: SEXO	Distinción genérica de un ser humano.	Características fenotípicas observadas en el sujeto.	Cualitativa	Nominal	Masculino Femenino
ESCOLARIDAD	Nivel de estudios alcanzado de acuerdo al Currículo establecido por las instituciones educativas.	Grado máximo de estudios referidos por el adolescente.	Cualitativa	Nominal	Primaria Secundaria, Bachillerato, Otros.
EDO. CIVIL	Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles.	Aquella que refiere el adolescente en el instrumento SDQ-II.	Cualitativa	Nominal	Soltero Casado Divorciado Unión libre
EDAD	Tiempo transcurrido entre el nacimiento y el momento actual.	Tiempo de vida en años cumplidos referido por el adolescente en el instrumento SDQ-II.	Cuantitativa	Continua	De 10 a 19 años de edad cumplidos.

ANEXO 2.

CONCENTRADO DE DATOS

Identificación									Variable independiente		Variable dependiente	
No	Nombre	Filiación	Turno M/V	Sexo F/M	Esc.	Edo Civil	Edad: años.	Ocupación	Auto-concepto: Alto	Auto-concepto: Bajo	Sin consumo de alcohol y tabaco.	Con consumo de alcohol y tabaco.
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
25												
26												
27												
28												
29												
30												
31												
32												
33												
34												
35												
36												
37												

ANEXO 3.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION I Y II DEL DF.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 94
JEFATURA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN.

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

*AUTOCONCEPTO EN EL ADOLESCENTE
CON Y SIN CONSUMO DE TABACO Y ALCOHOL.*

Objetivo: Analizar la diferencia del auto-concepto en la presencia del consumo de alcohol y tabaco en el adolescente.

Riesgos: **Ninguna**

Inconvenientes: Inversión de tiempo para responder el cuestionario que me entregara el investigador.

Beneficios: Se me canalizará a grupos de apoyo de trabajo social.

Se me ha informado que mi participación consistirá en responder unas preguntas y un formato para identificar los datos buscados.

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

El investigador solo valorará los datos registrados y no intervendrá en ningún momento en mi atención la cual es responsabilidad de mi Médico Familiar, se ha comprometido a darme información sobre los datos que estén relacionados con este estudio, así como responder a cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaron a cabo.

Entiendo que conservo el derecho de la confidencialidad de los datos y me comprometo a decir verdad sobre lo que se me pregunta, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el instituto.

El investigador me ha dado seguridades de que no se me identificarán en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

Así mismo se me ha explicado que de manera libre e incondicional tendré el derecho de no contestar aquellas preguntas que considere inadecuadas y de retirarme del estudio cuando yo lo decida sin perjuicio de mi atención en la unidad.

Dr. Israel Contreras Camacho R2MF

Matricula: 99364415

Paciente: _____ -

México, D. F. a de del 2006.

**ANEXO 4. UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 94
INSTRUMENTO (STQ II) DE MEDICION DE AUTOCONCEPTO EN EL ADOLESCENTE.**

Nombre: _____ Sexo: _____ Edad: _____
Escolaridad: _____ Estado Civil: _____

Marca con una "x" la respuesta correcta: Si ó No. El siguiente cuestionario tiene como finalidad explorar opinión o impresión que los adolescentes tienen de sí mismos.

1. Considero que el español es una de mis mejores materias.	SI	NO
2. Me gustan los deportes.	SI	NO
3. Los chicos(as), me encuentran con ánimo.	SI	NO
4. Los demás pueden confiar en mí, pues me esfuerzo por actuar siempre de manera correcta.	SI	NO
5. Siento que mis padres me comprenden	SI	NO
6. Cuando yo hago un trabajo, lo hago bien.	SI	NO
7. Me encantan las clases de matemáticas.	SI	NO
8. Encuentro facilidad para hallar chavos (as) que me gusten.	SI	NO
9. Soy feliz la mayor parte del tiempo.	SI	NO
10. Esforzándome puedo estar entre los mejores estudiantes del curso.	SI	NO
11. Supongo que las otras personas piensan que soy muy obediente.	SI	NO
12. En mi forma de hablar tengo un rico vocabulario.	SI	NO
13. Disfruto de actividades tales como el baile.	SI	NO
14. Soy muy cariñoso(a) con los demás.	SI	NO
15. Siempre me esfuerzo por decir la verdad.	SI	NO
16. Mis padres me tratan de una manera justa (son justos conmigo).	SI	NO
17. Soy muy eficiente en todo.	SI	NO
18. Me gustan las materias escolares.	SI	NO
19. Están contentos mis amigos conmigo.	SI	NO
20. Frecuentemente me fijo más en el lado bueno de los acontecimientos, que en el lado malo.	SI	NO
21. En la mayoría de las materias soy un buen estudiante.	SI	NO
22. Los rasgos de mi cara, me gustan.	SI	NO
23. Las actividades de las clases y las tareas son fáciles para mí.	SI	NO
24. Soy formidable para todos los deportes.	SI	NO
25. Les soy simpático(a), a los otros chavos de mi edad.	SI	NO
26. Me gusta tomar de objetos que son ajenos.	SI	NO
27. Mis padres me quieren.	SI	NO
28. Lo que yo hago me sale bien.	SI	NO
29. Realizó bien las pruebas de mis asignaturas.	SI	NO
30. A los chicos(as) les parece simpática mi forma de ser.	SI	NO
31. Frecuentemente me encuentro alegre y animado(a).	SI	NO
32. La mayoría de las asignaturas son fáciles para mí.	SI	NO
33. Soy atractivo(a) físicamente.	SI	NO
34. Me agradan mis materias.	SI	NO
35. Intento asistir a las clases de educación física todas cuando puedo.	SI	NO

36. Los chicos de mi edad me consideran un buen amigo(a).	SI	NO
37. Me gusta mentir con demasiada frecuencia.	SI	NO
38. Mis padres no me castigan más de lo que merezco.	SI	NO
39. Me quiero a mi mismo(a).	SI	NO
40. Con frecuencia no necesito ayuda en mis materias.	SI	NO
41. La mayoría de los chicos(as) intenta estar conmigo.	SI	NO
42. Soy una persona tranquila	SI	NO
43. Aprendo rápidamente las materias en la mayoría de las materias.	SI	NO
44. Me gusta todo de mi aspecto físico.	SI	NO
45. Obtengo buenos resultados en mis materias.	SI	NO
46. Conservo el apetito aun con problemas cotidianos.	SI	NO
47. Es fácil encontrar chicos(as), que me caigan bien.	SI	NO
48. La honestidad es muy importante para mí.	SI	NO
49. Cuando sea Madre o Padre, me gustaría educar a mis hijos de la manera como mis padres me educaron a mí.	SI	NO
50. Soy una buena persona.	SI	NO
51. Las matemáticas son una de mi materia favorita.	SI	NO
52. A muy pocos chavos (as) les caigo bien.	SI	NO
53. Me siento alegre, y bien desorientado(a).	SI	NO
54. Disfruto estudiando en la mayoría de las materias.	SI	NO
55. En el aspecto físico me siento guapo y muy atractivo(a).	SI	NO
56. Imagino que aprendí a leer antes que los demás de mi edad.	SI	NO
57. Soy bueno(a) en actividades físicas: bailar o practicar deporte.	SI	NO
58. Tengo montones de amistades del sexo opuesto al mío.	SI	NO
59. Algunas veces necesito decir mentiras para salir de problemas	SI	NO
60. Me entiendo bien con mis padres.	SI	NO
61. En general soy un exitoso(a).	SI	NO
62. Desearía no tener el ramo de matemáticas.	SI	NO
63. Me entiendo muy bien con los chavos (as).	SI	NO
64. Me siento preocupado(a) por muchos problemas	SI	NO
65. Hago bien las pruebas en la mayoría de las materias.	SI	NO
66. Me siento satisfecho(a) y me gusta como me veo físicamente.	SI	NO
67. Me gusta la lectura.	SI	NO
68. Soy excelente en actividades como el baile.	SI	NO
69. Creo que atraigo mucho la atención de personas del sexo opuesto.	SI	NO
70. Pienso que está bien copiar en un examen, y que no repruebes.	SI	NO
71. Me contento con mis padres.	SI	NO
72. Soy una persona muy atenta y servicial con los demás.	SI	NO
73. Realizo bien las pruebas de matemáticas.	SI	NO
74. Tengo facilidad para hacer amistad con chavos (as).	SI	NO
75. Soy una persona muy segura.	SI	NO
76. Soy bueno(a) en la mayoría de las materias.	SI	NO

77. La mayoría de mis amigos(as) son más atractivos que yo.	SI	NO
78. Soy entusiasta con respecto a mis materias.	SI	NO
79. Soy mejor que la mayoría de mis amistades en actividades deportivas o físicas	SI	NO
80. Le caigo bien a los jóvenes del sexo opuesto.	SI	NO
81. Cuando yo hago una promesa, me esfuerzo por cumplirla.	SI	NO
82. Tengo buena comunicación con mis padres.	SI	NO
83. Tengo razones para sentirme orgulloso(a) de mí.	SI	NO
84. Soy bueno(a) para las exposiciones en clase.	SI	NO
85. Tengo muchos intereses y gustos en común con los chavos (as) que conozco	SI	NO
86. Frecuentemente me siento tranquilo(a), sin sentimiento de culpa.	SI	NO
87. Estoy interesado(a) en todas de las materias.	SI	NO
88. Soy más atractivo(a) que la mayoría de mis amigos(as).	SI	NO
89. Frecuentemente, leo sólo una vez un párrafo para poder comprenderlo	SI	NO
90. Puedo correr una larga distancia sin cansarme.	SI	NO
91. La mayoría de los chavos de mi edad, intentan convivir conmigo.	SI	NO
92. Siempre soy sincero con la gente.	SI	NO
93. Siempre, mis padres están contentos con lo que yo hago.	SI	NO
94. Me gusta ser de la forma que soy.	SI	NO
95. Tengo facilidad para comprender cualquier asunto que tenga que ver con las matemáticas.	SI	NO
96. Tengo más amistades de mi sexo, que la mayoría de los otros jóvenes.	SI	NO
97. Con frecuencia estoy relajado(a).	SI	NO
98. En la mayoría de las asignaturas mis compañeras acuden a mí para que les ayude.	SI	NO
99. Los demás piensan que yo soy simpático.	SI	NO
100. Aprendo rápidamente las clases de mis materias.	SI	NO
101. Me entusiasmo, cuando me toca realizar ejercicio físico.	SI	NO
102. Tengo muchos intereses en común con los amigos(as) que conozco.	SI	NO
103. Soy sincero.	SI	NO
104. Me resulta fácil mantener una conversación con mis padres	SI	NO
105. Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría de los demás	SI	NO
106. Disfruto estudiando mis materias.	SI	NO
107. Los chicos de mi edad me encuentran con mucho ímpetu.	SI	NO
108. Me siento con ánimo la mayor parte del tiempo.	SI	NO
109. Soy demasiado listo en estudios, como para llegar a la universidad.	SI	NO
10. Tengo un físico atractivo.	SI	NO
111. Al escribir alguna idea no tengo problemas para redactarla bien.	SI	NO
112. Hago amistades fácilmente con los chavos de mi propio sexo.	SI	NO
113. Me encuentro a gusto con los chavos de mi propio sexo.	SI	NO
114. He comprobado que cuando realmente lo intento, puedo lograr lo que me propongo.	SI	NO
115. Soy muy bueno para leer libros.	SI	NO
116. Tengo muchas cosas de las que estar orgulloso(a).	SI	NO
117. Estoy alegre casi todo el tiempo.	SI	NO

118. Disfruto compartiendo el tiempo con amistades de mi sexo.	SI	NO
119. Siento que mi vida es valiosa.	SI	NO
120. Tengo problemas con la mayoría de las materias.	SI	NO
121. Tengo pocas amistades de mi mismo sexo	SI	NO
122. Hago bien las pruebas que necesitan muchas habilidades de lectura.	SI	NO
123. Soy una persona feliz.	SI	NO
124. Todos mis amigos(as) me caen bien.	SI	NO
125. La mayoría de las cosas que hago, las hago bien.	SI	NO
126. Tengo buenas amistades de mi propio sexo.	SI	NO
127. Logro que todas las cosas me resulten bien.	SI	NO
128. Le caigo bien a gente de mi propio sexo.	SI	NO
129. Muchos chavos (as) quieren que yo sea amigo(a) de ellos	SI	NO
130. Con facilidad me animo.	SI	NO
131. Lo que yo hago me sale siempre bien.	SI	NO
132. Están contentos mis amigos conmigo	SI	NO
133. Obtengo buenos resultados en la mayoría de las materias.	SI	NO
134. Me agrada compartir mucho tiempo con personas de mi propio sexo.	SI	NO
135. Me preocupo por los problemas, según su importancia.	SI	NO
136. Hago amistad fácilmente con los chavos (as).	SI	NO
137. Me expreso muy bien cuando escribo alguna cosa.	SI	NO
138. Las otras personas me animan.	SI	NO
139. Me simpatiza la mayoría de los chavos (as).	SI	NO
140. Me resulta fácil hacer amistades de mi propio sexo.	SI	NO
141. Estoy seguro(a) de tener buena capacidad intelectual para continuar con estudios superiores.	SI	NO
142. Para mí es importante ser bueno(a), en actividades como deportes o educación física.	SI	NO
143. Para mí es importante tener una buena apariencia.	SI	NO
144. Es importante para mí tener muchas amistades de mi propio sexo.	SI	NO
145. Para mí es importante caerle bien a las personas del sexo opuesto.	SI	NO
146. Es importante para mí el éxito en los estudios.	SI	NO
147. Para mí es importante tener éxito en las clases escolares	SI	NO
148. Es importante tener éxito en las relaciones interpersonales	SI	NO
149. Tengo buenas capacidades para estudiar en la universidad	SI	NO
150. Para mí es muy importante que los chavos (as) me encuentren simpático(a)	SI	NO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 94
INSTRUMENTOS SOBRE EL CONSUMO DE TABACO Y ALCOHOL.

Nombre: _____ **Sexo:** _____
Edad: _____ **Escolaridad:** _____ **Estado Civil:** _____

El siguiente cuestionario tiene como finalidad explorar el consumo de tabaco y alcohol en los adolescentes. Se te pide contestar de la manera más sincera posible. Agradecemos tu participación en el presente estudio.

Marca con una "x" la respuesta correcta según tus costumbres y experiencias con el alcohol:

1. ¿Has consumido alguna vez bebidas alcohólicas?

SI	NO
----	----

2. Sí en alguna ocasión has consumido bebidas alcohólicas (vino, cerveza, etc.).
¿Cuántas copas o “medidas” consumes el día que bebes?

Una	Dos	Tres	Cuatro	Cinco o más
-----	-----	------	--------	-------------

3. ¿Con que frecuencia lo haces?

Por menos de una semana.	Por más de una semana.
--------------------------	------------------------

Marca con una "x" la respuesta correcta según tus costumbres y experiencias con el tabaco:

4. ¿Has consumido alguna vez cigarrillos?

SI	NO
----	----

5. ¿Si actualmente consumes cigarrillos, cuantos cigarros al día?

Una	Dos	Tres	Cuatro	Cinco o más
-----	-----	------	--------	-------------

6. ¿Por qué tiempo lo has hecho?

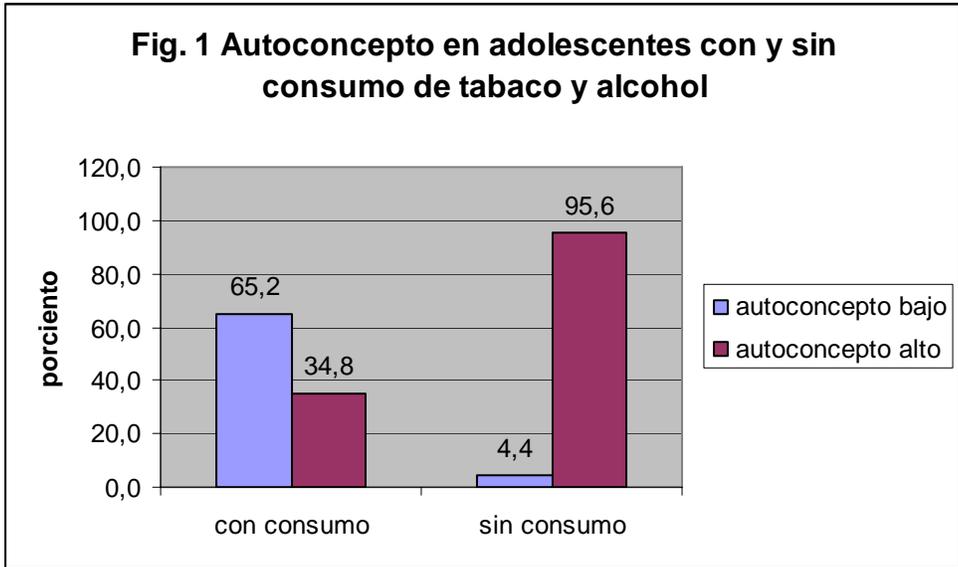
Por menos de 6 meses.	Por más de 6 meses.
-----------------------	---------------------

ANEXO 5.
CUADROS Y FIGURAS.

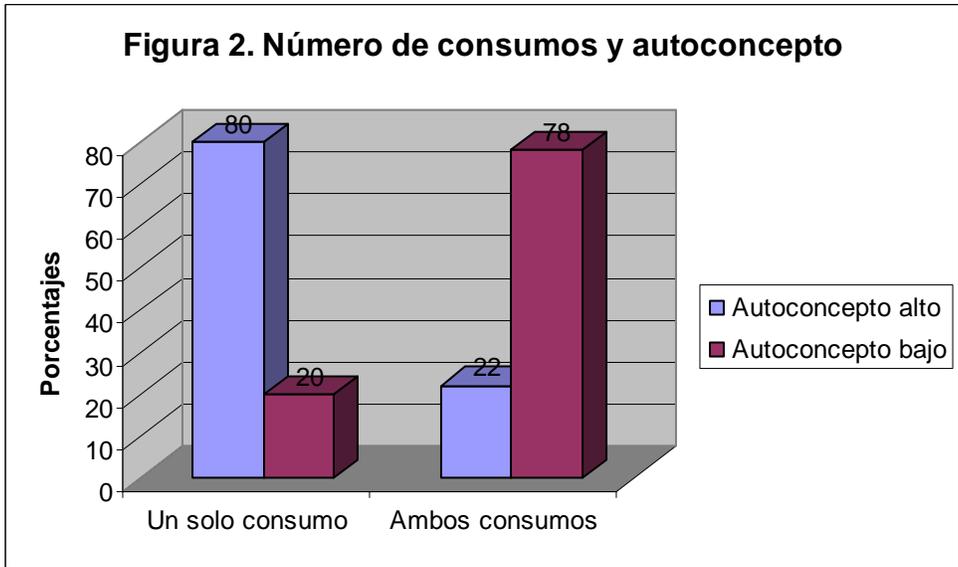
Cuadro 1. VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS

Variable	CON CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO.		SIN CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO.	
EDAD	X =15.22 DE=1.56		X =15.17 DE=1.33	
	Numero de casos	porcentaje	Numero de casos	Porcentaje
SEXO				
Masculino.	11	47.8	9	39.1
Femenino	12	52.2	14	60.9
ESTADO CIVIL				
Soltero	22	95.7	23	100
Casado	1	4.3	0	
ESCOLARIDAD				
Primaria.	0	0	1	4.3
Secundaria	14	60.9	16	69.6
Bachillerato	9	39.1	6	26.1

Fuente: propia estudio de autoconcepto en el adolescente con y sin consumo de tabaco y alcohol



Fuente: propia estudio de auto concepto en el adolescente con y sin consumo de tabaco y alcohol $p=0.001$



Fuente: propia estudio de auto concepto en el adolescente con y sin consumo de tabaco y alcohol $p=0.033$

BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez R A, Vázquez EJ. La salud del niño y del adolescente. 7ª. ed. Salvat edt.México 1983: II: 1490-1501
2. Alonso R J, Cedillo N R, Moreno A L. Atención primaria en pediatría. 4ª.ed.Harcourt Mosby edt. México 2001:1:715-717.
3. Muñoz F M, Gómez FJ. Pediatría fundamental. 4ª.ed. Panamericana edt. Caracas 2000:22-25.
4. Nelson E J, Enrique E H, Ramirez C C. Tratado de pediatría. 14a. ed. Mac Graw-Hill Interamericana edt. México 1992:1:57-60.
5. Cassidy J. Theoretical and methodological considerations in the study of attachment. Chicago: Edit. Greenberg MT –Cumming, 1990:111-114.
6. Rodríguez J A, Zarate V L. Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente. 2ª.ed.Biblioteca Nueva edt. Madrid 1999:84-89.
7. Ponce A L, Hernández B O, Marqués P I. Psicología del adolescente. 5ª.ed. Trillas edt. México 1988:96-101
8. Moreno A J, Chávez A V, Estrada P C. El mundo del adolescente. 8ª.ed. Panama edt. Buenos Aires 2004:112-116.
9. Paz M A, Rueda N E, Peña G R. Deficit del autoestima evacuación, tratamiento y prevención en la infancia y la adolescencia.3ª.ed. Pirámide edt. Madrid 2002:74-79.
10. Jiménez C M, Emilio P E. Instrumentos que miden la autoestima en adolescentes. 1ª.ed. Depto. Salud mental edt. México 2003:26:(4):22-32.
11. Mercado P R, Ramírez S M, Cortes P M. Misterios de salud, estudios ancora.4ª.ed. Manual educativo edt. México 1991: 40.
12. Pelham W. From self-conceptions to self-worth. On the sources and structure of global self-esteem. México:1989:31-33.
13. Linares L D. El autoconcepto y las propiedades personales del valor. Revista Publicaciones de la Universidad de Murcia 2001:17(46):189-200
14. Liceaga. E P, Perez R C, Estrada Q F, Sanchez T V. Tabaco-tabacomania-tabaquismo. 1ª.ed. México:Secretaría de Fomento a la Salud 2002:3-15.
15. Molina V G, Perales R D. El alcoholismo en México.5ª.ed. Fundación de Investigaciones sociales edt. México 2001:48-52.

16. Arboles J S, Sanchez P A, Camacho V L. Sociología y causas de consumo de alcohol. 3ª. ed. Bellatera edt. México 1999:33-39.
17. Moreno A. Programa de estrategias para dejar de fumar y beber. Madrid: Centro de prevención de alcoholismo y tabaquismo,2003:98.
18. Kuri P A. Epidemiología del tabaquismo en México. Revista Salud Publica de México, 2006:48(1):91-97.
19. Sanchez R O, Tellez S A, Peralta G R. Consumo de alcohol juvenil: prevención y tratamiento. 6ª.ed. Pirámide edt. México 1999:78-82.
20. Gutierrez S. Valores sociales y deporte, actividad física y deporte como transferencia de los valores sociales y personales. Gymper edt. Madrid 2001:84-87.
21. Arreaga A M, León P A, Fernandez A L. Ética nicomaquea. 3ª.ed. Porrúa edt. México 1992:96-114.
22. Collazo E I. Consentimiento informado en al práctica medica. Revista Fundamentos bioéticos y aspectos prácticos. Panamá edt. España 2002: Vol.71 (6): 319-324.
23. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. [Internet]. Boletín Oficial del Estado, 15 de noviembre de 2002. [Acceso 7/07/2004]. Disponible en: http://www.medynet.com/elmedico/derecho/ley41_2002.htm
24. Balaguer R O, Arteaga G J, Corrales V D. Relación entre el auto concepto y los estilos de vida en la adolescencia. Revista Española 1999:17:15-19.
25. Gual M A, Monserrat C O, Segura L P, Ribas A. El IESCA (Interrogatorio sistematizado de consumos alcohólicos): nuevo instrumento para la identificación prematura de bebedores. Med Clin Barcelona, 2001:117:685-689.
26. Valdéz R A. Diagnóstico a partir de la encuesta sobre tabaquismo en jóvenes. Revista de Salud Pública de México, 2006:48(1):5-15.
27. INEGI: Dirección General de Estadística; Dirección de estadística Demográficas y Sociales. Cuaderno No.13 Estadísticas demográficas INEGI, ed. 2001. Recopilación y adaptación por Coord. Est. Joel Fonseca León.
28. Kuri P A. El consumo inmoderado de alcohol como factor predictor de la persistencia de consumo de tabaco en los adolescentes. Revista Salud Pública de México, 2006:48(1):41-47.