

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS
COORDINACIÓN DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL



**“ASOCIACIÓN DE LA COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD EN LA DEPENDENCIA
AL TABACO EN ADOLESCENTES DE LA UMF92 EN EL PERIODO 2019”**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 92

“TESIS”
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

M.C. MANRIQUE LIZALDE LUIS ANTONIO

DIRECTOR DE TESIS:

E en MF. MAURICIO PANIAGUA CORTEZ

REVISORES

Ph. D. MARIO ENRIQUE ARCEO GUZMAN
E. en M.F. JAVIER CONTRERAS DUARTE
E. en M.F. MARIA EMILIANA AVILES SANCHEZ
E. en M.F. EDUARDO FLORES GONZALEZ

TOLUCA ESTADO DE MÉXICO; 2021.

**ASOCIACIÓN DE LA COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD EN LA DEPENDENCIA
AL TABACO EN ADOLESCENTES DE LA UMF92 EN EL PERIODO 2019**

ÍNDICE

I. MARCO TEÓRICO	1
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	32
II.1 Argumentación.	32
II.2 Pregunta de investigación	33
II. JUSTIFICACIONES:.....	34
III.1 Académica.....	34
III.2 Científica.	34
III.3 Social.....	35
III.4 Económica.....	35
III.4 Epidemiológica.	35
IV. HIPÓTESIS	36
IV.1 Unidad de observación.....	36
IV.2 Variables	36
IV.3 Relación lógica de variables	36
IV.4 Dimensión espacio temporal	36
V. OBJETIVOS	37
V.1 General	37
V.2 Específicos.....	37
VI. MÉTODO.....	38
VI.1 Tipo de estudio.....	38
VI.2 Diseño del estudio.....	38
VI.3 Operacionalización de variables.....	40
VI.4 Universo de trabajo y muestra.....	41
VI.4.1 Criterios de inclusión	41
VI.4.2 Criterios de exclusión	41
VI.4.3 Criterios de eliminación	41
VI.5 Instrumentos de investigación	42
VI.5.1 Cuestionario FACES III modificado versión en español para México(anexo)	42
VI.5.2 Escala cuestionario C-4 para tabaquismo (anexo)	42
VI.6 Desarrollo del proyecto	44
VI.7 Límite de espacio y tiempo.....	44
VI.8 Diseño de análisis	44

VI.8.1 Revisión y corrección de la información	44
VI.8.2 Clasificación y tabulación de datos.....	44
VI.8.3 Estadísticos descriptivos	45
VI.8 Diseño del análisis	45
VII. IMPLICACIONES ÉTICAS.....	47
VIII. ORGANIZACIÓN	52
IX. CRÉDITOS	53
X. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO	54
XI. RESULTADOS	55
XII. DISCUSIÓN.....	60
XIII. CONCLUSIONES.....	62
XIV. RECOMENDACIONES.....	63
XV. BIBLIOGRAFIA.....	65
XII. ANEXOS Y CEDULA DE IDENTIFICACION.....	69

RESUMEN

Título: Asociación de la cohesión y adaptabilidad en la dependencia al tabaco en adolescentes de la UMF92 en el periodo 2019

Manrique LA* Paniagua CM.**

***Médico residente medicina familiar** Especialista en medicina familiar**

Antecedentes. La evidencia del consumo del tabaco en México se remonta a la civilización maya. La planta *Nicotiana tabacum* es quizás uno de los vegetales más conflictivos del planeta, según la OMS, el tabaquismo es un factor de riesgo 80% de las defunciones y de 77% de las muertes prematuras, él consumo entre jóvenes es muy elevado y la incorporación a este hábito se produce en mayor porcentaje entre los 14 y los 15 años. La cohesión y la adaptabilidad familiar aun en el ámbito de las adicciones y en especial en el tabaquismo ha sido poco estudiada. La intervención planificada en etapas avanzadas de la adicción limita las posibilidades de éxito, tal y como lo vemos en la adicción al tabaco, **Objetivo.** Asociar la cohesión y adaptabilidad con relación a la dependencia de tabaco en los adolescentes de la UMF 92 en el periodo 2019. **Metodología.** Se realizó un estudio de tipo observacional, prospectivo, transversal, analítico y abierto a una muestra de 240 sujetos de investigación seleccionados por muestreo simple aleatorio se aplicó FACES III para conocer la cohesión y la adaptabilidad familiar, así como el cuestionario C4 para conocer la dependencia al tabaco. La información fue procesada en una base de datos en el programa SPSS 22 para su interpretación posterior descriptiva inferencial. **Resultados:** se encontró que hay más adolescentes de 16 años con un 33%, 65% son femeninos y 34% masculinos de la población total, se encontró la mayor parte de adolescentes cursan bachillerato, el mayor número de fumadores son mujeres, un 9% de adolescentes inicia con dependencia al tabaco.

Conclusiones: La cohesión familiar si es asociada y relacionada con la dependencia de tabaco presentando una relación estadísticamente significativa. Se acepta la hipótesis de trabajo, se cumple el objetivo de identificar los adolescentes dependientes y su relación con la adaptabilidad.

Palabras clave. Cohesión, Adaptabilidad, Adolescentes, Tabaquismo

SUMMARY

Title: Association of cohesion and adaptability in tobacco dependence in adolescents of the UMF92 in the period 2019

Manrique LA * Paniagua CM. **

* Family medicine resident physician ** Family medicine specialist

Background. The evidence of tobacco use in Mexico dates back to the Mayan civilization. The *Nicotiana tabacum* plant is perhaps one of the most conflictive plants on the planet, according to the WHO, they are responsible for 80% of deaths and 77 % of premature deaths, the consumption among young people is very high and the incorporation into this habit occurs in a greater percentage between 14 and 15 years. Family cohesion and adaptability, which lead to family dysfunction, in the field of addictions and especially in smoking has been little studied. The planned intervention in advanced stages of addiction limits the chances of success, as we see it in tobacco addiction, **Objective.** Associate cohesion and adaptability in

relation to tobacco dependence in UMF 92 adolescents in the 2019 period.

Methodology. An observational, prospective, cross-sectional, analytical and open-ended study was carried out on a sample of 240 research subjects selected by simple random sampling. FACES III was applied to determine family cohesion and adaptability, as well as the C4 questionnaire to determine dependence. To tobacco the information was processed in a database in the SPSS 22 program for subsequent inferential descriptive interpretation. **Results:** it was found that there are more adolescents of 16 years with 33%, 65% are female and 34% male of the total population, the majority of adolescents are enrolled in high school, the largest number of smokers are women, 9% teenagers start tobacco dependence.

Conclusions: Family cohesion if it is associated and related to tobacco dependence presenting a statistically significant relationship. The working hypothesis is accepted, the objective of identifying dependent adolescents and their relationship with adaptability is met.

Keywords. Cohesion, Adaptability, Adolescents, Smoking.

I. MARCO TEÓRICO

El diario del primer viaje de Cristóbal Colón a tierras americanas muestra, en fecha 15 de octubre de 1492 i.e. a los 3 días del desembarco en la isla de Guanahaní, la nota siguiente: «Fallé un hombre solo en una almadía y traía un poco de su pan, que sería tanto como un puno, y una calabaza de agua, y un pedazo de tierra bermeja, hecha en polvo y después amasada, y unas hojas secas, lo que debe ser cosa muy apreciada entre ellos, porque ya me trujeron en San Salvador dellos en presente. . .». Cabe mencionar que, según la tradición, el primer europeo que fumó era un español: ~ Rodrigo de Jerez. Hacia fines de 1839, la Sra. Calderón de la Barca, esposa del primer representante diplomático español ~ ante el gobierno de la República Mexicana, escribió a propósito de una función teatral a la que le tocó asistir: «Fumaba todo el patio, fumaban todas las galerías, fumaban los palcos y fumaba el apuntador de cuya concha salía una rizada espiral de humo, que daba a sus profecías un viso de oráculo délfico. La fuerza de la costumbre de fumar no podía ir más lejos». Y, al relatar los acontecimientos de una tarde en el paseo de Bucareli, se expresó así: «Suelen salir, a veces, espirales de humo principalmente de los carruajes, hay que advertirlo, más anticuados y de los de alquiler. El fumar va pasando de moda entre las señoras de la aristocracia. Y rara vez fuman en público, excepto las personas ancianas y las casadas. Es cierto que, entre la clase media, jóvenes y viejas tragan el humo de sus cigarrillos sin inmutarse; pero cuando una costumbre comienza a considerarse como vulgar es difícil que subsista en la próxima generación¹

La evidencia del consumo de tabaco ha sido rastreada hasta la civilización maya en México (600 A.D). esta droga de la planta *Nicotiana tabacum* es quizás uno de los vegetales más conflictivos del planeta, y su historia está llena de contrastes entre sus defensores y detractores. Fumar cigarrillos fue visto más como un mal hábito que dependencia, y no fue hasta 1974 que un comité de expertos de la OMS declaró el tabaco como una droga productora de dependencia, actualmente según la OMS, el tabaquismo representa la segunda causa principal de muerte en el mundo; esto supone casi cinco millones de muertes cada año, esta dependencia calculan que

para el año 2020 causara el doble de defunciones. Desde hace ya 50 años se sabe que las personas que fuman tienen mayores probabilidades de padecer enfermedades y morir a causa de ellas, el empezar a fumar a más temprana edad aumenta la probabilidad de generar dependencia a la nicotina, con ello merma las potenciales de desarrollo y una vida activa, sana y productiva, como lo ha demostrado los diferentes estudios donde se ha demostrado por la exposición a humos el consumo de tabaco -como de cualquier otra droga- plantea un problema ético. Por un lado, están los efectos nocivos sobre la salud, así como la afectación a terceras personas, a las y los no fumadores, y el otro lado son los daños ocasionados a la economía en general. Mas de 50 diferentes padecimientos mortales están asociados al consumo de tabaco, y sus afectaciones se hacen presentes en la mayoría de los sistemas y órganos del cuerpo humano. Además, está documentado que no solo el consumo directo de tabaco representa un riesgo para la salud, sino también la exposición al humo de segunda mano es causa de morbilidad, discapacidad y mortalidad.²

El tabaco mata a la mitad de sus consumidores. Cada año, más de 8 millones de personas fallecen a causa del tabaco. Más de 7 millones de estas defunciones se deben al consumo directo y alrededor de 1,2 millones, consecuencia de la exposición involuntaria al humo del tabaco. Cerca del 80% de los mil cien millones de fumadores que hay en el mundo viven en países de ingresos medianos o bajos. La epidemia de tabaquismo es una de las mayores amenazas para la salud pública que ha tenido que afrontar el mundo. Mata a más de 8 millones de personas al año, de las cuales más de 7 millones son consumidores directos y alrededor de 1,2 millones son no fumadores expuestos al humo ajeno. Casi el 80% de los mil cien millones de fumadores viven en países de ingresos medianos o bajos, donde la carga de morbimortalidad asociada a este producto es más alta. El tabaquismo aumenta la pobreza porque los hogares gastan en él un dinero que podrían dedicar a necesidades básicas como la alimentación y la vivienda. La fuerte dependencia que causa este producto dificulta que se puedan corregir ese gasto. El consumo de tabaco tiene un costo económico enorme que incluye los elevados costos sanitarios

de tratar las enfermedades que causa y la pérdida de capital humano debido a su morbilidad. En algunos países, los niños de los hogares pobres trabajan en el cultivo de tabaco para aumentar los ingresos familiares. A esa edad, son especialmente vulnerables a la enfermedad del tabaco verde causada por la nicotina absorbida por la piel al manipular hojas de tabaco húmedas.³

El tabaquismo es una epidemia que afecta la salud de una parte importante en México, ya que la adicción al tabaco se considera un problema de salud pública y causa determinante de morbilidad prematura prevenible, algunos expertos afirman que la política antitabaco señalada por la OMS pudo haber sido más estricta o apearse más a las recomendaciones mundiales, sin embargo, el tabaquismo se pudo contener mas no para reducir su consumo.

La prevalencia de tabaquismo en México que refiere al porcentaje de fumadores activos que han fumado durante el último año, la encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017, (ENCODAT) 17.6 millones de personas de entre 12 y 65 años, son fumadores activos, lo que equivale a un 20.8%. Es decir, uno de cada cinco mexicanos mayores de 12 años fuma en México.⁴

El consumo de tabaco es un factor de riesgo para seis de las ocho principales causas de muerte en el mundo, así como para las cuatro ENT (enfermedades no transmisibles) más prevalentes, responsables de casi dos tercios de las muertes a nivel mundial. En las Américas, son responsables de 80% de las defunciones y de 77% de las muertes prematuras (muertes en personas de 30 a 70 años).

La OMS estima que la mortalidad atribuible al tabaco en la Región es de 14% en adultos de 30 años o más (15% en hombres y 14% en mujeres). De las defunciones asociadas con las ENT, el tabaco es responsable de 16% de las muertes por enfermedades cardiovasculares, 25% de las muertes por cáncer y 52% de las muertes por enfermedades crónicas respiratorias

Existen más de 1.000 millones de fumadores en el mundo, de los cuales 127 millones (11,4%) viven en la Región de las Américas. La prevalencia de consumo actual de tabaco fumado en adultos en el mundo es de 21,2% y es mayor en los hombres (35,8%).

La información obtenida en adolescentes indica que esta prevalencia puede variar en la región entre 12,6% en la República Dominicana y menos de 1% en Canadá. En los jóvenes, el Caribe es la subregión con mayor prevalencia de consumo de tabaco sin humo. En general, los hombres jóvenes usan más tabaco sin humo que las mujeres jóvenes, aunque en algunos países el consumo es similar en hombres y mujeres, como en Belice, Bolivia, Jamaica, Perú y Panamá.⁵

Se define una dependencia aquel trastorno de la conducta que se caracteriza por que está disminuido el control sobre el consumo de una determinada sustancia. Los esfuerzos que se realizan por reducir o eliminar la ingesta de esa sustancia fracasan reiteradamente, percibiéndose en circunstancias precisas una especie de necesidad o compulsión hacia su toma periódica o continuada, lo propiamente diagnóstico y característico de toda dependencia es la percepción de dificultad en el control intencionado del consumo, lo propio es la existencia de recaídas, de vueltas, en todo trastorno adictivo pueden presentarse tres constantes:

- 1.- Existe un producto psicoactivo cuyos efectos alteran alguna función del sistema nervioso central, así como produciendo cambios perceptibles en el humor, la cognición o la conducta.
- 2.- Se instaura un condicionamiento instrumental u operante en el que el fármaco actúa como elemento reforzador. La conducta y administración queda así condicionada por sus consecuencias y tiende a perpetuarse.
- 3.- Diversos estímulos, que se presentan simultáneamente a la administración de la sustancia, pueden quedar asociados a ella o a sus efectos mediante un condicionamiento clásico o *pavloviano*.

La intensidad de la dependencia se comporta como una variable continua que muestra una graduación. Para que un consumo pueda ser considerado como manifestación de la existencia de una dependencia, de un trastorno adictivo debe reunir una serie de características:

Es necesario:

- 1.- Consumo regular
- 2.- Por encima del deseado o con dificultad para controlarlo
- 3.- Deseo o compulsión de consumir precipitado o desencadenando estímulos, internos o externos, previamente condicionados al consumo.

Frecuentemente puede observarse:

- 1.- Mecanismos de habituación o repetición
- 2.- Valor instrumental o funcionalidad de las sustancias o de la conducta
- 3.- Sintomatología de retirada (de abstinencia)

El consumo de una sustancia adictiva no implica que sea manifestación de una dependencia por ello hay que hacer la distinción entre consumidores regulares y consumidores dependientes. Los consumidores regulares (no dependientes) son quienes no reúnen los criterios de dependencia establecidos. Son aquellas personas que no encuentran muchas dificultades en restringir su consumo cuando desean hacerlo o se ven obligados a ello, la nicotina es la sustancia responsable de la dependencia, de la adicción al tabaco. La CIE 10 utiliza la expresión dependencia del tabaco. DMS-IV, describiendo el mismo trastorno utiliza la expresión dependencia de la nicotina.⁶

La nicotina es una sustancia psicoactiva con alto poder adictivo. Una vez que el fumador inhala el humo de tabaco, éste llega rápidamente al cerebro y se une a los receptores nicotínicos acetilcolinérgicos, que se encuentran en el circuito de recompensa, lo que induce la liberación de dopamina y produce una sensación de placer (reforzador positivo), determinante para el establecimiento de la dependencia física a la nicotina. La administración crónica de nicotina conduce a un aumento sustancial en el número de receptores nicotínicos, lo que representa una respuesta

adaptativa a la desensibilización prolongada del receptor que interviene en el síndrome de abstinencia (reforzamiento negativo). Actualmente, se reconoce que la dependencia al tabaco es un fenómeno conductual multidimensional que involucra componentes psicológicos y sociales, además de físicos,^{14,15} cuya caracterización en el fumador resulta relevante para el diagnóstico clínico y el abordaje del tratamiento. de consumo. En México, las guías de práctica clínica (GPC) para prevención, diagnóstico y tratamiento del tabaquismo consideran el algoritmo de tratamiento (psicológico-conductual o farmacológico) de acuerdo con la motivación, historia tabáquica y etapas de cambio, la mayor parte de los fumadores mexicanos son fumadores ocasionales (62%) y existe poca evidencia sobre la efectividad de los tratamientos de acuerdo al patrón de consumo.⁷

La nicotina que contienen los cigarros de tabaco es la segunda sustancia psicoactiva que más consume la población mexicana. La prevalencia de consumo de tabaco en población de 12 a 65 años registrada en 2011 es de 21.7%, lo que equivale a 17.3 millones de personas, de los cuales 12 millones son hombres y 5.2 millones son mujeres, la edad promedio del inicio del consumo de tabaco en esta es de 20.4 años, y el consumo activo es de 6.5 cigarros per día; 11.4% de los fumadores (1.5 millones de personas), ya presentan dependencia al tabaco (1.2 millones son hombres y 300 mil son mujeres), 12.5 millones de mexicanos, principalmente adolescentes, que se encuentran expuestos al humo de tabaco ambiental, condición que se ha incrementado desde 2008 a pesar de que la normativa establece, la prohibición de la venta de cigarros a menores de edad, en 2011 se registró una prevalencia de menores fumadores de 12.3%, lo que equivale a 1.7 millones de personas entre 12 y 17 años que fuman (1.1 millones son hombres y 539 mil son mujeres). La mayoría fuma en forma ocasional y solo el 2% lo hace diariamente, 21 millones de mexicanos han dejado de fumar, o bien, no han fumado en el último año, siendo “la conciencia sobre los daños a la salud que provoca el consumo de tabaco” la principal razón que reportan para hacerlo. Seis de cada diez fumadores han intentado alguna vez dejar de fumar, la mayoría lo intenta dejando de fumar súbitamente, dos de cada diez personas abandonan el tabaco dejando de

fumar progresivamente y una pequeña proporción tan sólo deja de comprar cigarrillos para lograr dejar de fumar.⁸

La encuesta Nacional e Consumo de Drogas, Alcohol y tabaco (ENCODAT) 2016 antes encuesta nacional de Adicciones permite conocer las tendencias de consumo de tabaco en nuestro país, así como sus consecuencias. Para los y las adolescentes de 12 a 17 años, se entiende que:

- 4.9% fuman actualmente, la prevalencia por sexo es de 6.7% en hombres y 3.0% en mujeres mientras que 2.8% de ellas y 5% de ellos fuman ocasionalmente, la proporción de quienes fuman diariamente es de 0.2% y de 0.8% respectivamente.
- La prevalencia de consumo de tabaco en el último año es de 10% en hombres y de 5.5% en mujeres
- 4% de los adolescentes y 3.7% de los adolescentes de 12 a 17 años que actualmente fuman enciende su primer cigarrillo en los primeros 30 minutos después de levantarse
- 14.3 años es el promedio en que las y los fumadores adolescentes fuman diario inician su consumo, siendo similar para mujeres y hombres
- 5.8 cigarrillos al día es el consumo promedio de fumadores adolescentes diarios. Por sexo en las mujeres es de 6.3 mientras que en los hombres es de 5.4 cigarrillos cada día
- 81.4% de las adolescentes y 73% de los adolescentes nunca ha fumado.
- 24.8% de las y los adolescentes que no fuman están expuestos al humo de tabaco en restaurante en transporte público en el hogar y en lugares de trabajo.⁹

En 2015 de acuerdo con un estudio: el tabaquismo en México, 310.059 personas fueron diagnosticadas con alguna enfermedad relacionada con el consumo de tabaco, principalmente por patologías como la EPOC, enfermedades cardíacas neumopatías. Se estima que el costo del tabaquismo fue de aproximadamente

75.569 mdp, lo cual representó el 0.42% del PIB y el 6.62% del gasto anual en salud, de todas las enfermedades, las cardiacas seguidas del EPOC son los que generan más costos, por otro lado, las enfermedades derivadas de los fumadores pasivos representan el tercer lugar en términos de costos para la salud. De acuerdo con el documento titulado costos de atención médica atribuibles al consumo de tabaco en México. Estimaciones 2010, el total de costos en este año 93.7% correspondieron al IMSS, 4.4% a la secretaría de salud, 1.1% al ISSSTE y 0.8% al Hospital central militar, cabe destacar que estos datos no incorporan los costos médicos que asumen los individuos en el sector privado por el tratamiento de estas enfermedades, por lo que el costo de salud del tabaquismo es mayor. En este sentido un ejemplo claro son los padecimientos cardiacos ligados al consumo de tabaco, los cuales tienen un costo que oscila en promedio entre 194 mil y 347 mil pesos anuales. Lo que solo puede ser cubierto por familias las cuales rondan su gasto anual de 192 mil pesos, de esta manera se pone en evidencia la vulnerabilidad a la que se enfrenta los fumadores de tabaco en México, es importante que a la fecha no existen estudios concretos acerca de estos costos, lo que dificulta a extender conclusiones al respecto.¹⁰

Dado que el mayor porcentaje de tabaquismo se inicia en la niñez y en la adolescencia, este grupo etario se ha convertido en la población objetivo de la industria que gasta billones de dólares al año en el marketing para sus productos, transmitiendo mensajes que hacen atractivo y común el uso del tabaco entre los jóvenes. Dado que la nicotina hace que el humo sea áspero y difícil de fumar otra estrategia utilizada ha sido el uso de aditivos químicos que mejoran el sabor y dan suavidad. Uno de ellos es el mentol, que refresca y adormece la garganta para reducir su irritación y hacer que el humo se sienta más suave. A parte del uso de aditivos, se ha aumentado el poder adictivo de los cigarrillos mediante el incremento de los niveles de nicotina. Otros factores muy importantes para iniciar el consumo de tabaco son: la influencia de los pares mal rendimiento escolar y el menor nivel de recursos económicos. Se sabe que el uso temprano del tabaco trae inmediatamente serias consecuencias para la salud tales como adicción a la

nicotina, efectos deletéreos en el aparato respiratorio y cardiovascular, siendo además un factor predisponente para el uso de drogas ilícitas.¹¹

El tabaco contiene miles de sustancias, donde la nicotina es la más frecuente que se asocia con la dependencia porque es el componente psicoactivo que causa efectos observables sobre el comportamiento, como cambios en el estado de ánimo, reducción del estrés y mejoras en el rendimiento. Los aspectos conductuales asociados con la nicotina, reducidos al fumar influyen estimulación, mayor atención y concentración, aumento de la memoria, reducción de la ansiedad y supresión del apetito. La vida media de la nicotina es de aproximadamente dos horas.¹²

El humo del tabaco contiene alrededor de 3500 componentes y 500 gases. Entre los primeros se han identificado cuando menos 55 agentes cancerígenos y diversos metales pesados, así como elementos radioactivos. Uno de los gases es el monóxido de carbono, que puede reducir la oxigenación de la sangre de un 25 a un 50%. La concentración de este gas en el humo del tabaco es inclusive mayor que en las emisiones de los automóviles; esto hace que el humo del tabaco sea uno de los contaminantes más peligrosos que existe, es la causa del 60% de los aneurismas de la aorta, y en menores de 65 años responsable de más de la 4 parte de los infartos al corazón. Los mecanismos más importantes son el daño a las arterias, producto de un efecto directo sobre la pared de los vasos sanguíneos, la menor oxigenación de la sangre y la mayor agregación de las plaquetas, que las hace más susceptibles a formar trombos o coágulos. Lo anterior causa isquemia, en prácticamente todos los tejidos del cuerpo, con graves consecuencias, principalmente a nivel cardiaco y cerebral, retraso en la cicatrización y la infección de las heridas quirúrgicas, el cáncer que más frecuente se da como consecuencias del tabaquismo son, de pulmón y de vías aerodigestivas superiores, éste se produce por el efecto directo del humo a los múltiples órganos que se da a través de la circulación sanguínea, factores como historia familiar de cáncer, consumo de alcohol, presencia de ciertos virus (Virus de hepatitis C para cáncer de hígado y Virus de papiloma humano para cáncer cervicouterino). Los carcinógenos de humo

alteran el ADN a través de la formación de alteraciones en su estructura química. Estas son más frecuentes mientras menor sea la edad de la persona que se expone al humo del tabaco, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica representa el prototipo de daño pulmonar debido al tabaquismo quien ha sido fumador desde la adolescencia tiene, a los 52 años, una capacidad respiratoria equivalente a la de una persona de 75 años, estos padecimientos pueden presentarse antes y con mayor frecuencia, lo que explica la reducción de la esperanza de vida de hasta 20 años. El envejecimiento precoz es evidente en las arrugas faciales características del fumador.¹³

El tabaco mata prematuramente. Los consumidores de tabaco pierden en promedio de 15 años de vida. Cerca de la mitad de los fumadores fallecerán por causas relacionadas con este producto. El tabaco es causante del 12% de las muertes en adultos en el mundo. El 14% de las muertes por enfermedades no transmisibles incluidas las cardiopatías el cáncer, la diabetes y las neumopatías.¹⁴

Las consecuencias para la salud del fumador activo y pasivo son diversas, primeramente, la adicción a la nicotina tiene un papel primordial para la iniciación del tabaquismo, así como la dificultad para dejar de fumar, además la nicotina es un agente farmacológicamente activo. El cáncer de pulmón es actualmente la causa más frecuente de muerte por cáncer en la nación entre hombres y mujeres. La literatura científica que muestra asociaciones a múltiples enfermedades del aparato respiratorio es vasta, al igual que la evidencia que avala la viabilidad biológica del tabaquismo como causa de esas asociaciones.¹⁵

Los cigarrillos se encuentran entre los productos más mortíferos y adictivos que la humanidad haya producido nunca. Cuando se utilizan según lo previsto por sus fabricantes, matan aproximadamente a la mitad de sus usuarios. Hay varios aspectos del cigarrillo y su evolución que tienen un gran impacto en la extensión del daño que causa en términos de salud pública. Una comprensión de estos aspectos sirve de base para entender la toxicidad de otros productos y los desafíos que su

regulación plantea. El cigarrillo moderno evolucionó desde una variante del cigarro del siglo XVI, que servía para fumar trozos de hoja de tabaco enrollándolos en un pequeño tubo de papel. Los cigarrillos comenzaron después a ser fabricados con tabaco curado de tal manera que el contenido del cigarrillo y el humo de su combustión eran ácidos. El humo ácido debe ser inhalado para que la absorción de la nicotina sea eficaz, siendo el humo ácido de los cigarrillos más fácil de inhalar que el humo moderadamente alcalino típico de los cigarros.

Muchos de los productos de tabaco de hoy han evolucionado durante décadas y siglos. Los cigarrillos modernos de producción industrial multiplican el número de víctimas mortales y ocultan su toxicidad con un humo más suave, menos visible y oloroso, que los hace más atractivos y fáciles de usar. Por lo que a los ingredientes se refiere, el problema básico para la salud comienza con el propio tabaco, que contiene muchos productos químicos que producen cáncer. A pesar de que algunas empresas de cigarrillos publican listas parciales de ingredientes en sus sitios Web, no enumeran los numerosos ingredientes del cigarrillo final que podrían disuadir a muchas personas de fumarlo: pesticidas residuales, herbicidas, fertilizantes, metales pesados, arsénico, cianuro y otros tóxicos aumentan la peligrosidad. Las ayudas tecnológicas utilizadas para tratar el tabaco, como los compuestos amoniacales, pueden o no ser enumerados. Las sustancias utilizadas en la fabricación del tabaco reconstituido no son necesariamente enumeradas, incluida la verdadera naturaleza del «extracto de tabaco» que se atomiza sobre el material de tabaco reconstituido. Los fabricantes no enumeran las numerosas sustancias que componen el papel, la goma y los filtros, así como tampoco los tintes decorativos y las tintas del cigarrillo y el filtro de papel.

Los cigarrillos electrónicos (CE) hacen parte de los sistemas electrónicos de administración de nicotina (SEAN). Estos se introdujeron en el mercado en 2003, y cuatro años después ya se había registrado y patentado su diseño comercial en múltiples países. Son dispositivos que producen aerosol a partir del calentamiento de líquidos (líquido E) que contienen solventes (glicerina vegetal, propilenglicol o

una mezcla de estos), uno o más saborizantes y nicotina, aunque esta última es opcional. La evaporación del líquido E en la porción del dispositivo que es calentado es seguida rápidamente por un enfriamiento. Este proceso genera el aerosol que será inhalado (o vapeado como suele referirse a la inhalación al usar CE) por el usuario. Cada dispositivo se conforma a partir de una batería que calienta el líquido, un reservorio donde se contiene este último, un atomizador que se encarga de generar calor y una cámara de vaporización. En condiciones típicas, la exposición a las potenciales toxinas de sus componentes es menor, comparado con los cigarrillos de combustión; sin embargo, el uso inadecuado de sus componentes puede igualar o aumentar el riesgo. Adicionalmente, la inclusión de una variedad de sabores en los CE incita a más personas a consumir estos productos, sobre todo a quienes se encuentran en etapa contemplativa para el cese de consumo de tabaco. Por esta variedad de sabores y su uso en algunas terapias antitabaco, los CE son percibidos como menos dañinos, menos adictivos y más aceptados socialmente, por lo que generan una falsa sensación de seguridad. No obstante, la evidencia de los mecanismos fisiopatológicos, en cuanto a sintomatología, desenlaces y efectos de los CE, sugieren un efecto nocivo en los humanos. Además, análisis químicos de los dispositivos comercialmente disponibles han encontrado nicotina en productos etiquetados como libres de esta sustancia, así como la presencia de sustancias tóxicas como dietilenglicol y formaldehído. Esta exposición a la nicotina lleva a adicción y alterar el desarrollo cerebral, al producir alteraciones en el aprendizaje, la memoria y la atención.

Cuando se utilizan CE, la concentración máxima de nicotina en la sangre se suele alcanzar en un periodo más extenso. En la primera generación de CE, las concentraciones máximas eran más bajas que los cigarrillos de combustión; sin embargo, a medida que se han desarrollado nuevas generaciones, ha aumentado la concentración máxima. Esta puede, incluso, superar las concentraciones alcanzadas con el consumo de cigarrillos de combustión. Las concentraciones máximas son de 43,6 ng/ml y 18 ng/ml para los CE y los tradicionales, respectivamente. Al aumentar la concentración de la nicotina en el líquido E,

aumenta la concentración máxima en la sangre bajo una relación lineal. Y aunque estos se suelen tener menor cantidad de sustancias tóxicas, persiste un número importante de carcinógenos susceptibles de ser inhalados. Esto último es ambiguo, y no hay consenso acerca de los efectos de los CE en los pacientes con cáncer.

La exposición a nicotina durante la adolescencia y la adultez temprana está asociada con un aumento del uso de otras sustancias, que tienen efectos a largo plazo en el desarrollo cerebral. El gran uso de este tipo de dispositivos en los adolescentes amenaza los logros de la salud pública, en cuanto al control del consumo de cigarrillo. En la fase de la adolescencia hay una serie de importantes cambios neurobiológicos, pues se da la última poda neuronal. Dado esto, en los adolescentes se ve una disminución en el volumen en la sustancia gris cerebral, que se compensa con un aumento en la sustancia blanca. Esto indica un mayor y mejor proceso de mielinización. En adolescentes que consumen alcohol se ha encontrado una disminución en este proceso, especialmente en el lóbulo frontal, lo que genera alteraciones en la capacidad de procesamiento y funciones visoespaciales, junto con alteraciones en la motivación. Sin embargo, el proceso de mielinización no es homogéneo, por lo que se presentan cambios comportamentales típicos del periodo de la adolescencia. Estos se encuentran dados por la búsqueda de estímulos novedosos y toma de conductas de riesgo, en especial lo referido a conductas sociales. También hay una maduración tardía de la inervación de la dopamina, particularmente en la corteza prefrontal anterior. Los niveles máximos de dopamina extracelular se observan durante la adolescencia tardía en el núcleo accumbens, una de las estructuras involucradas en el circuito de recompensa. Durante la adolescencia, también hay cambios funcionales importantes en el sistema dopaminérgico que produce cambios paralelos en la regulación emocional y la función cognitiva. La estimulación del receptor de dopamina D2 de las interneuronas de rápida aceleración en la corteza prefrontal no aparece hasta la adolescencia tardía con el reclutamiento y la maduración de la actividad local del ácido gamma-aminobutírico. Además, durante este tiempo aún se están desarrollando importantes interacciones del receptor D1-NMDA en las

neuronas piramidales corticales que son necesarias para el procesamiento cognitivo y de atención del adulto. La activación de los receptores nicotínicos en el circuito de recompensa regula la neurotransmisión dependiente de monoaminas, en especial la dopaminérgica, que está fuertemente ligada con este circuito y al refuerzo de fármacos. La nicotina aumenta la actividad neuronal, medida por la expresión del ARN mensajero, con más fuerza en adolescentes que en adultos en varias regiones relacionadas con la recompensa, incluida la cáscara del núcleo accumbens, la amígdala basolateral y el área ventral tegmental. Las neuronas dopaminérgicas del área tegmental ventral en adolescentes son más sensibles a la potenciación a largo plazo inducida por la nicotina, asociada con la plasticidad de la función del receptor de glutamato. La exposición inicial a la nicotina induce efectos únicos en la adolescencia en el sistema reticular ascendente (serotoninérgico), llevando a la presencia de síntomas similares a los depresivos en adultos expuestos a nicotina durante la adolescencia, en comparación con los no expuestos, los cuales resuelven al manejo con antidepresivos o a la reexposición de nicotina. Estos cambios están dados por una alteración de la función del receptor de serotonina, con una disminución en la unión del receptor 5-HT₂ en las regiones terminales y un cambio en la señalización de los receptores 5-HT_{1A}, desde la estimulación hasta la inhibición de la actividad de la adenilciclase. Sumado a lo anterior, una serie de estudios mostraron el efecto “de entrada al consumo de sustancias psicoactivas” de la nicotina, al encontrar que la exposición prolongada a la nicotina sensibiliza las respuestas de comportamiento de la cocaína y la potenciación a largo plazo en el núcleo accumbens, la amígdala y el hipocampo. Además, se ha descrito una mayor proporción de trastornos mentales relacionados con la impulsividad y la compulsividad en los usuarios de CE, así como una mayor probabilidad de estrés, depresión o uso de sustancias en individuos con diagnóstico de algún trastorno mental. Es importante mencionar que los estudios realizados en aras de evaluar esta relación son todos asociativos y no existen estudios rigurosos que puedan develar causalidad entre estos fenómenos. La evidencia más fuerte se ha encontrado por estudios longitudinales que evalúan la asociación entre el uso de CE y el uso de cigarrillo convencional.¹⁶

El síndrome de abstinencia es una característica básica de la adicción, y es un conjunto de síntomas y signos de naturaleza física y psíquica que aparecen como consecuencia de la interrupción, o reducción o abandono del consumo del tabaco. Este se produce como consecuencia de varios factores: disminución de los niveles de cortisol plasmáticos, disminución de los niveles de noradrenalina en el LC y, principalmente disminución de los niveles de dopamina en el NAc. Las principales manifestaciones clínicas del síndrome de abstinencia son: ansiedad, disforia, dificultad de concentración, irritabilidad, impaciencia, insomnio e inquietud, que suele durar entre 8 a 12 semanas y es muy intenso el primer mes. Se define craving como el deseo irrefrenable de volver a consumir cigarrillos que padece un alto número de fumadores después de 8 a 12 h sin fumar, este síntoma aparece con mucha frecuencia y es una de las más frecuentes causas de recaída. El craving se produce como consecuencia de la falta de liberación de dopamina en el Nac, su producción está muy relacionada con la exposición a factores externos que actúan como estimuladores de su génesis. Los siguientes parámetros deben ser investigados en el análisis clínico del craving: intensidad, duración, ciclo de aparición y relación con los factores externos. El tratamiento del craving y del síndrome de abstinencia es doble: psicológico y farmacológico, el terapeuta debe preparar al paciente que deja de fumar en relación con la sintomatología que va a presentar y su cronología. Los medicamentos van a ayudar a controlar los síntomas, de acción rápida (chicles de nicotina) pueden utilizarse como terapia de emergencia.¹⁷

Que algún miembro del equipo de salud le pregunte al paciente si consume tabaco, es una medida sencilla que triplica la posibilidad de que dicho paciente acepte un tratamiento para dejar de fumar. El abandono del consumo del tabaco no debe considerarse como un hecho puntual en la vida del fumador, sino como un proceso que pasa por una serie de etapas definidas por Prochaska y Di clemente. Estas fases indican también si el paciente se encuentra o no motivado para intentar la abstinencia.

Fase de precontemplación: el fumador no tiene intención de dejar de fumar en los próximos seis meses.

Fase de contemplación: la persona empieza a ser consciente de que existe un problema y participa activamente buscando información y se plantea seriamente dejar de fumar en los próximos seis meses.

Fase de preparación: el sujeto se ha planteado abandonar el consumo de tabaco) en los próximos treinta días

Fase de acción: los individuos han iniciado conductas para el abandono del tabaco, llegando a lograrlo con éxito (pero llevan sin fumar menos de seis meses).

Fase de mantenimiento: el individuo lleva sin fumar un periodo de seis meses a dos años

Fase de finalización: Si después de la fase de mantenimiento (dos años) no se produce una recaída.¹⁸

Aunque un alto porcentaje de fumadores hacen intentos para dejar de fumar, se ha comprobado que sin apoyo profesional sólo el 3-5% de ellos lo consigue.¹⁹

Todos los profesionales sanitarios debemos estar implicados en las intervenciones en tabaquismo, adaptando las mismas a los distintos niveles de actuación y a las características de cada fumador. En este sentido el papel de Atención Primaria, tanto médicos como enfermeras, es fundamental en la documentación del tabaquismo como patología, la motivación para el abandono de este y el soporte del paciente durante el proceso de deshabituación. Además, debe existir un sistema de derivación del paciente con mayor complejidad que requiera asistencia en consultas especializadas.

Se calcula que hasta el 70% de los fumadores desean dejar de fumar, un 60% de ellos estaría dispuesto a hacerlo en los siguientes 6 meses y hasta un 27% lo harían en el próximo mes. Sin embargo, existen pacientes no motivados para el abandono del tabaco, en los que también debemos intervenir con distintas herramientas.

Es una entrevista que trata de desarrollar las propias habilidades del paciente para replantearse su conducta como fumador. Se basa en cuatro pilares fundamentales: empatía, desarrollo de discrepancia en el fumador, vencer su resistencia hacia el abandono y apoyar su autoeficacia, siempre evitando la discusión con el paciente. Esta herramienta ha demostrado aumentar las tasas de abandono en pacientes no motivados en un 30%⁵. Los contenidos de la entrevista motivacional se definen por las llamadas 5" R".

- Relevancia: animar al fumador a poner de manifiesto que el abandono del tabaco es importante para él y su salud.
- Riesgo: hacer que el fumador entienda por sí mismo que el tabaco tiene riesgos para su salud.
- Recompensa: hacer que el fumador identifique los beneficios que obtendría con el abandono del tabaco.
- Resistencia: hacer que el fumador identifique las barreras que le dificultan el abandono del tabaco.
- Repetición: la eficacia de la intervención aumenta si se repite cada vez que el fumador acude al profesional sanitario.

La mayor parte de los ensayos de tratamiento farmacológico en pacientes que no quieren dejar de fumar se han realizado con TSN, aunque también existen algunos ensayos con vareniclina que evidencian una tendencia, aunque no significativa, hacia el mayor éxito de abandono. A todos los fumadores que deseen hacer un intento serio de abandono de tabaco, se les debe ofrecer una intervención multicomponente con asesoramiento psicológico y tratamiento farmacológico. Las intervenciones psicológicas pueden tener distintos formatos en función de la disponibilidad de recursos y el nivel asistencial en el que nos encontremos, sin diferencias en la eficacia entre las terapias individuales y grupales. En primer lugar, debemos analizar la conducta del fumador mediante su patrón de consumo y los factores personales, sociales y familiares que hacen que la persona fume, así como los obstáculos que el paciente puede encontrar durante el proceso de abandono. En este sentido es útil que el fumador realice sus autorregistros de consumo.

En cuanto al tratamiento farmacológico. *Terapia sustitutiva con nicotina (TSN)* Primer tratamiento aprobado para la cesación tabáquica y con el que disponemos de mayor experiencia. El objetivo de este tratamiento es suministrar nicotina en dosis decrecientes y por vía distinta al consumo de tabaco, con dosis suficientes para contrarrestar el síndrome de abstinencia, sin crear dependencia. Es una terapia habitualmente bien tolerada y segura, que aumenta las tasas de abandono entre 3 veces respecto al placebo.

En nuestro país, disponemos de tratamiento de acción rápida con distintas dosis (chicles, comprimidos y spray bucal) o de acción sostenida (parches de 16 o 24 horas). La TSN puede utilizarse como forma única o de forma combinada, siendo las tasas de abstinencia mayores cuando se utiliza el tratamiento combinado con parches, que mantienen niveles de nicotina estables para el control de la abstinencia, más una forma de liberación rápida para el control del craving en momentos puntuales, para conseguir la máxima eficacia y evitar efectos secundarios en el tratamiento con TSN, es fundamental contemplar dos aspectos: explicar al fumador el uso correcto de las distintas formas de TSN y evitar la infradosificación, tanto por el personal sanitario al calcular las dosis de sustitución de nicotina necesaria como en la autoadministración por parte del fumador, sigue considerándose un fármaco de primera línea para la deshabituación tabáquica, su uso se ha visto limitado por el riesgo de interacciones con múltiples fármacos por su metabolismo hepático a través del citocromo P450 y por el riesgo de efectos secundarios importantes en ciertos grupos de pacientes. Duplica las tasas de abstinencia respecto a placebo, aunque su eficacia es menor que la de vareniclina y TSN combinada¹², pero puede mejorar en combinación con TSN. Una posible ventaja de este tratamiento es la evidencia en algunos estudios de una menor ganancia de peso de forma mantenida frente a otros tratamientos. *Vareniclina*. Ha sido el primer fármaco diseñado específicamente para el tratamiento del tabaquismo. Es un agonista parcial de los receptores nicotínicos $\alpha 4\beta 2$. Por su acción agonista produce estimulación de los receptores, con lo que mejora el

síndrome de abstinencia y el *craving*. Por otra parte, su papel antagonista produce un bloqueo del receptor, disminuyendo la recompensa asociada al consumo de nicotina. Tiene un alto perfil de seguridad debido a la ausencia de metabolismo hepático y de efecto sobre las proteínas transportadoras renales, por lo que además no presenta interacciones con otros fármacos. Sólo precisa reducción de dosis en insuficiencia renal severa. Sus efectos secundarios en general son leves y van remitiendo con el tiempo, aunque en ocasiones puede ser preciso reducir la dosis.

En monoterapia es el tratamiento más eficaz para el abandono del tabaco. Prácticamente triplica la eficacia frente a placebo, siendo mayor que con bupropión y TSN en monoterapia, y similar a TSN combinada. Su presentación es en comprimidos de 0,5 y 1 mg, con incremento progresivo de la dosis los primeros días para facilitar la tolerancia. La duración recomendada del tratamiento es de 12 semanas, aunque en fumadores severos puede ser necesario prolongar el tratamiento, existiendo evidencia de aumento de eficacia y seguridad en estudios a 6 y 12 meses.²⁰

Se ha demostrado que el tabaco es uno de los productos más nocivos para la salud, por lo que el combate a su consumo se ha convertido en una prioridad para los sistemas sanitarios, lo que además está relacionado con el hecho de que el tabaco es una de las principales causas prevenibles de enfermedad y muerte.²¹

La mayoría de las personas comienza a fumar antes de los 18 años. Cuanto menor es la edad de inicio del consumo del tabaco, aumenta la probabilidad de que se transformen en consumidores habituales y el abandono del hábito resulta más difícil. Estudios revisados muestran que el 74,8 % de los fumadores comenzó a fumar antes de los 20 años.¹⁵

El consumo entre jóvenes es muy elevado y la incorporación a este hábito se produce en mayor porcentaje entre los 12 y los 14 años. Es interesante observar que mientras disminuye la prevalencia de fumadores entre los adultos, en jóvenes

se mantiene en iguales o superiores niveles. Es por ello por lo que es lento el proceso de decrecimiento de esta adicción, pues la disminución de la prevalencia en el país ha sido fundamentalmente por la cesación del hábito.²²

El consumo de tabaco es un problema de salud pública en la población adolescente, por el inicio de consumo a menor edad. En el mundo tres de cada cinco jóvenes que prueban el tabaco se volverán fumadores adictos en la adultez, en ese sentido es un periodo de vulnerabilidad social para la adopción de conductas de riesgos, han propuesto varias teorías y explicar que influencia tiene el contexto social muy ambiental para el inicio del consumo de tabaco. Varios estudios documentan factores psicosociales que influyen sobre el comportamiento para el consumo del tabaco. Hay factores personales como la edad, baja autoestima, percepción del riesgo factores familiares como el padre o madre fumador, estilos en la educación, actitud de los padres hacia el tabaco, factores sociales como grupos de iguales, entorno escolar hablar sobre efectos y permisividad social, otros estudios muestran a la familia y la influencia de pares con mayor asociación para el inicio del consumo. Se realizó un estudio mixto de tipo cuantitativo y cualitativo a población de entre 13 y 15 años de edad de escuelas de educación básica y preparatoria donde se encontró que las razones que llevan a los jóvenes al inicio y mantenimiento en el consumo de tabaco son multifactoriales, los factores familiares y sociales favorecen el inicio del consumo, más aun en contextos escolares permisivos con muy poco control sobre la disponibilidad del tabaco; en la legislación se prohíbe la venta de cigarros a menores de edad, sin embargo casi más de la mitad ha comprado cigarros en tiendas y no se les negó a pesar de su edad, aunque éste prohibido. Se observó la influencia que existe por parte del grupo de amigos fumadores, ya que la mayoría de las veces el consumo se hace con el grupo de pares como un acto social y como una forma de compartir en grupo.

La evaluación familiar por parte de los médicos de familia comprende actividades de carácter clínico que se vinculan con una visión integradora de elementos biológicos, psicológicos y sociales que interactúan para dar como resultado uno o

varios daños a la salud. Los elementos biológicos han sido los más ampliamente estudiados, desde el nivel molecular hasta el epidemiológico; sin embargo, por su gran importancia, los aspectos psicológicos y sociales son motivo de una exploración que requiere de la aplicación de diversas metodologías científicas, las cuales el profesional de la salud debe conocer en grado suficiente para evaluar en su justa dimensión, el efecto de estos elementos sobre el proceso salud-enfermedad.

La evaluación de la dinámica familiar requiere del entendimiento conceptual de diversos componentes que intervienen en la relación de los integrantes de las familias y que determinan su composición, características, estructura y funcionalidad. De esta manera, el entendimiento de las diversas teorías que han surgido para evaluar a las familias permite identificar también la necesidad de desarrollar instrumentos que contribuyan a la medición de los elementos o constructos que integran los diversos modelos teóricos. La creación de instrumentos para la evaluación psicosocial de la familia se ha efectuado al menos bajo dos objetivos, que incluyen la verificación de una teoría y la evaluación del efecto de algún tratamiento psicoterapéutico. La metodología que han seguido los investigadores para la creación y prueba de los instrumentos ha sido muy diversa, así como el grado de desarrollo del proceso de validación el cual, con frecuencia, no es evidenciable en el análisis de la literatura científica a la cual se tenga acceso.

Es común que en la búsqueda de instrumentos que permitan la evaluación familiar se carezca de información completa, que permita identificar el objetivo para el cual fue creado (para qué) y el elemento que sustancialmente es medido (el qué) el cual, a su vez, está directamente relacionado con el constructo teórico que le da sustento; esto da como consecuencia la identificación de la verdadera utilidad del instrumento encontrado y que se pretende aplicar, así como sus alcances y limitaciones. El estudio de la teoría de la medición de elementos psicosociales de la familia a través de instrumentos ya sea observacional o de auto aplicación, nos ha permitido elaborar una propuesta metodológica para analizarlos y tomar la decisión para su

adecuada aplicación, calificación e interpretación. Junto con el desarrollo de esta propuesta, se han hecho esfuerzos para adaptar los instrumentos existentes que han sido probados, cuyos resultados en diversas publicaciones científicas permiten identificar un aceptable desarrollo del proceso de validación.

Es indispensable que los profesionales de la salud tengan una plena certeza de que el instrumento que van a usar mida lo que se espera medir, y que este proceso sea congruente con las expectativas, ya sean clínicas o de investigación que busca quien lo va a aplicar.

COHESION.

Cohesión Familiar Según Olson (1999), se define como la vinculación emocional que los miembros de la familia tienen unos hacia otros. Dentro del modelo circumflejo, algunos conceptos específicos o variables que pueden ser usados para medir la cohesión familiar son: vinculación emocional, límites, coaliciones, tiempo, espacio, amigos toma de decisiones, intereses y recreación.

ADAPTABILIDAD.

Adaptabilidad Familiar Según Olson (1999), la adaptabilidad familiar se define como la magnitud de cambio en liderazgo, roles, reglas y relaciones dentro del sistema familiar. Los conceptos específicos que componen esta variable incluyen: liderazgo, control, disciplina, estilos de negociación, roles, reglas. El foco de la flexibilidad está en cómo los sistemas estables hacen frente al cambio. c) Modelo circumflejo de Olson A fines de los años setenta en la Universidad de Minesota los estudios sobre el funcionamiento familiar cobraron especial importancia, surgiendo de estas investigaciones el Modelo Circumplejo del funcionamiento Familiar desarrollado por Olson, Russell y Sprenkle (1979), el cual se trata de un modelo circular que determina tipos familiares, identificándose tres dimensiones de la dinámica familiar expresadas en las variables: Cohesión, Adaptabilidad y Comunicación Familiar. A

partir de este modelo estos autores proponen una escala destinada a evaluar la percepción del funcionamiento familiar en las variables de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III), evaluando implícitamente la variable Comunicación, pues proponen que entre mayor adaptabilidad y cohesión exista en una familia, mejor serán sus procesos de comunicación. Asimismo, Olson, Potner, y Lavee (1985) describen la existencia de 4 tipos de cohesión familiar y 4 tipos de adaptabilidad familiar, que serán descritos a continuación:

Tipos de Cohesión Familiar:

a) No relacionada: Ausencia de unión afectiva entre los miembros de la familia, poca lealtad a la familia, se da muy poco involucramiento o interacción entre sus miembros, hay falta de cercanía parento-filial, alta independencia personal, rara vez pasan el tiempo juntos, 27 necesidad y preferencia por espacios separados, se toman las decisiones independientemente, el interés se focaliza fuera de la familia, los amigos personales son vistos a solas, existen intereses desiguales, recreación individual.

b) Semirelacionada: Se aprecia una moderada unión afectiva entre los miembros de la familia, cierta lealtad e interdependencia entre ellos, aunque con una cierta tendencia hacia la independencia. Hay separación emocional, la lealtad familiar es ocasional, el involucramiento se acepta prefiriéndose la distancia personal, los límites parento-filiales son claros, con cierta cercanía entre padres e hijos, se alienta cierta separación personal, el tiempo individual es importante pero pasan parte del tiempo juntos, se prefieren los espacios separados, compartiendo el espacio familiar, las decisiones se toman individualmente siendo posibles las decisiones conjuntas, el interés se focaliza fuera de la familia, los amigos personales raramente son compartidos con la familia, los intereses son distintos, la recreación se lleva a cabo más separada que en forma compartida.

c) Relacionada: Hay cercanía emocional, la lealtad emocional es esperada, se enfatiza el involucramiento pero se permite la distancia personal, las interacciones afectivas son alentadas y preferidas, los límites entre los subsistemas son claros, con cercanía parento-filial, la necesidad de separación es respetada pero poco

valorada, el tiempo que pasan juntos es importante, el espacio privado es respetado, se prefieren las decisiones conjuntas, el interés se focaliza dentro de la familia, los amigos individuales se comparten con la familia, se prefieren los intereses comunes, se prefiere la recreación compartida más que la individual. Son familias donde se observa una considerable unión afectiva, fidelidad e interdependencia entre los miembros de la familia, aunque con una tendencia hacia la dependencia.

d) Aglutinada: cercanía emocional extrema, se demanda fidelidad y lealtad hacia la familia, el involucramiento es altamente simbiótico, junto a un alto grado de dependencia respecto de las decisiones tomadas en común, se expresa la dependencia afectiva, hay extrema reactividad emocional, se dan coaliciones parento-filiales, hay falta de límites generacionales, falta de separación personal, la mayor parte del tiempo lo pasan juntos, se permite poco tiempo y espacio privado, las decisiones están sujetas al deseo del grupo, el interés se focaliza dentro de la familia, se prefieren los amigos de la familia más que los personales, los intereses conjuntos se dan por mandato.

El modelo circumplejo de Olson postula que los tipos de cohesión separada y conectada facilitan el funcionamiento familiar, mientras que los extremos, desligada y aglutinada, resultan problemáticos para las familias.

Tipos de Adaptabilidad Familiar:

a) Caótica: se refiere a ausencia de liderazgo, cambios aleatorios de roles, disciplina irregular y cambios frecuentes. Las decisiones parentales son impulsivas, hay falta de claridad en las funciones y existe alternancia e inversión en los mismos, frecuentes cambios en las reglas, que se hacen cumplir inconsistentemente.

b) Flexible: se da un liderazgo y roles compartidos, disciplina algo severa, y democrática negociándose sus consecuencias, El liderazgo es igualitario, permite cambios, usualmente es democrática, hay acuerdo en las decisiones, se comparten los roles o funciones, las reglas se hacen cumplir con flexibilidad, algunas reglas cambian.

c) Estructurada: el liderazgo es autoritario, siendo algunas veces igualitario, así como los roles en ocasiones son compartidos, donde existe cierto grado de disciplina democrática y los cambios ocurren cuando se solicitan. La disciplina rara vez es severa, siendo predecibles sus consecuencias, los padres toman las decisiones, las funciones son estables, pero pueden compartirse, las reglas se hacen cumplir firmemente, pocas son las que cambian.

d) Rígida: hay liderazgo autoritario, roles fijos, disciplina estricta y ausencia de cambios. Existe fuerte control parental, y su aplicación es severa, es autocrática, los padres imponen las decisiones, los roles están estrictamente definidos, las reglas se hacen cumplir estrictamente, no existiendo la posibilidad de cambio. El modelo circunplejo de Olson postula que los tipos de adaptabilidad estructurada y flexible, facilitan el funcionamiento conyugal y familiar, mientras que los extremos, rígida y caótica, resultan problemáticos para las familias (Quintana y Sotil, 2000).

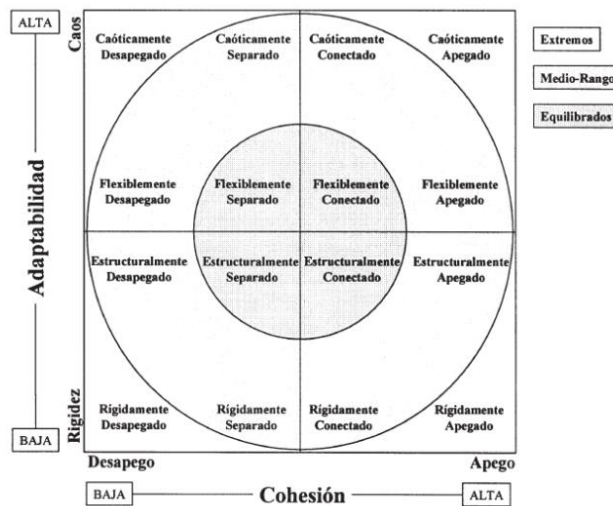


Figura 1: Modelo Circunplejo de Funcionamiento Familiar (Olson, 1989). Tomado de Martínez, Iraurgi y Sanz (2011)

FACES III (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales) es un instrumento creado por Olson y cols, que cuenta con el respaldo de 25 años de investigación y más de 700 publicaciones científicas que han permitido afinar tanto al Modelo Circunplejo de los Sistemas Familiares y Conyugales (que es el modelo teórico que

lo sustenta) como los 11 instrumentos que forman el Circumplex Assessment Package del cual forma parte FACES III. Aunque recientes publicaciones han dado a conocer FACES IV y sus seis escalas (dos balanceadas y cuatro no balanceadas) es necesario considerar que el proceso de traducción, transculturación, aplicación a muestras heterogéneas de familias, evaluación de consistencia interna de cada escala, así como la evaluación de su validez de constructo no se han efectuado todavía en español.²³

Instrumento cuyos alcances y limitaciones, así como su proceso de validación en español se han evaluado en nuestro medio, con el rigor metodológico que confiere, a los que deseen aplicarlo clínicamente o con fines de investigación, un aceptable acercamiento a la evaluación de la manera en que se encuentran la cohesión y adaptabilidad (flexibilidad) familiar en el momento de aplicar el instrumento.²⁴

Este instrumento no mide la funcionalidad de las familias, sino solamente el grado de dos de las dimensiones señaladas en el modelo (cohesión y adaptabilidad); la comunicación es la tercera dimensión del modelo y se evalúa mediante otro instrumento llamado ENRICH. Los puntajes obtenidos han propiciado la clasificación de las familias al considerar tres categorías: balanceadas, en rango medio y extremas. Se ha establecido la hipótesis de que las familias extremas presentan mayor riesgo de disfunción, lo cual ha sido corroborado en la experiencia clínica de diversos investigadores.²⁵

Es necesario considerar que la funcionalidad familiar no debe ser entendida como un elemento “estático” de las familias, sino por el contrario, debe ser evaluada al tomar en cuenta su gran dinamismo. Es un grave error calificar a una familia como funcional o disfuncional, como si se tratara de un diagnóstico definitivo, etiquetándola bajo la idea de que así ha permanecido o permanecerá por tiempo indefinido. En realidad, la familia se enfrenta en forma constante a múltiples factores que producen estrés, tanto a nivel individual como familiar y echa mano de los

recursos con que cuenta para tratar de seguir cumpliendo con sus funciones fundamentales y disminuir el estrés a niveles más tolerables.

La disfunción se presenta cuando la familia no es capaz de manejar adecuadamente el estrés y favorece un grado todavía mayor del mismo. A los médicos familiares nos interesa la evaluación de la funcionalidad familiar en la medida que nos permite comprender cómo los daños a la salud (entendidos como factores de estrés individual y familiar) son manejados por las familias. El afrontar estos factores de estrés depende, entre otros elementos, de su grado de cohesión, adaptabilidad y de la calidad de la comunicación que haya entre los miembros de la familia. La evaluación de la funcionalidad familiar y del riesgo de disfunción propicia la posible participación de los profesionales de la salud en el apoyo que requieran las familias con mayor riesgo de disfunción, permite establecer una serie de tareas de carácter clínico dirigidas a un manejo médico más integral de los daños a la salud, así como la previsión de intervenciones de otros miembros del equipo de salud. De esta manera, la evaluación de la funcionalidad familiar favorece el cumplimiento de las premisas de la práctica de la Medicina Familiar: continuidad de la atención, evaluación integral del proceso salud-enfermedad en los individuos y sus familias, y anticipación a los daños a la salud mediante un enfoque de riesgo.²⁶

En el caso de México se ha documentado la relación entre el consumo de drogas ilícitas por parte de los jóvenes y algunos factores, como ser varón y tener una baja percepción del riesgo de consumir drogas. También se ha señalado que la probabilidad de consumir estas sustancias es mayor cuando hay antecedentes de su consumo, actitudes de tolerancia y permisividad en la familia o entre los pares, y cuando son mayores el acceso a las drogas y las oportunidades de consumo. En la actualidad no hay evidencia científica que respalde la asociación entre la cohesión y adaptabilidad familiar en relación con el consumo de tabaco o alguna otra sustancia adictiva (mariguana, cocaína, crack, heroína) ni hay evidencia sobre estudios realizados en México sobre este tema, dada la importancia del tabaquismo,

ya que si se detecta a tiempo se pueden realizar acciones encaminadas a favorecer la salud de las personas y así evitar llegar a una adicción.²⁷

Es indispensable que los profesionales de la salud interesados en aplicar FACES III se documenten suficientemente acerca de los elementos teóricos que sustentan al Modelo Circunflejo, sus dimensiones, características, condiciones para su aplicación (adultos que sepan leer y escribir, cuyas familias estén compuestas por padre, madre e hijos) y la forma de calificación indicada por los autores del instrumento de tal forma que los resultados obtenidos sean interpretados adecuadamente. La clasificación de familias mediante este instrumento permite señalar que, ante una evaluación extrema, se considere elemento suficiente para explorarlas con mayor profundidad y con el auxilio tanto de otros profesionales de la salud, como de otros instrumentos. La manera en que los factores de estrés afectan a estas familias, así como las diversas formas en que éstas afrontan los daños a la salud, pueden favorecer el riesgo de disfunción. Tanto el manejo adecuado de la disfunción, así como de los problemas de salud relacionados requerirán de una intervención terapéutica multidisciplinaria.²⁸

Existe un amplio número de instrumentos en idioma inglés y realmente pocos de ellos están disponibles en español, en algunos casos sus versiones no han sido validadas de forma sistemática o solo evalúan un aspecto del problema. Una de ellas es la escala Fagerstrom, dirigida específicamente a detectar señales de dependencia a la nicotina, aunque la mayoría de los fumadores no llegan a este nivel de consumo entre otras limitaciones ya conocidas de este instrumento se deficiencias psicométricas, específicamente en nivel de consistencia interna y la dificultad que se reporta para interpretar los resultados que arroja.²⁹

También está la Encuesta Mundial de Consumo en Jóvenes, que evalúa aspectos asociados al consumo en jóvenes escolarizados como actitudes hacia el consumo, prevalencia, papel de los medios, acceso, planes escolares, exposición al humo ambiental e intentos por dejar de fumar (OMS, 2010); aunque es una escala

completa que aborda temas clave no permite establecer claramente el nivel de consumo con indicadores complejos, como lo hace el C4.²⁴

Es necesario contar con herramientas de evaluación robustas, disponibles en diversos idiomas y validadas en distintas poblaciones, que permitan detectar de forma eficiente el consumo y caracterizar a los fumadores, con el fin de brindarles atención efectiva oportunamente. Existe un amplio número de instrumentos en idioma inglés y realmente pocos de ellos están disponibles en español, en algunos casos sus versiones no han sido validadas de forma sistemática o solo evalúan un aspecto del problema. Una de ellas es la escala Fagerstrom, dirigida específicamente a detectar señales de dependencia a la nicotina, entre otras limitaciones ya conocidas de este instrumento de deficiencias psicométricas, específicamente en nivel de consistencia interna y la dificultad que se reporta para interpretar los resultados que arroja. También está la Encuesta Mundial de Consumo en Jóvenes, que evalúa aspectos asociados al consumo en jóvenes escolarizados como actitudes hacia el consumo, prevalencia, papel de los medios, acceso, planes escolares, exposición al humo ambiental e intentos por dejar de fumar; aunque es una escala completa que aborda temas clave no permite establecer claramente el nivel de consumo con indicadores complejos, como lo hace el C4.

La mayor parte de los fumadores son clasificados erróneamente como dependientes debido a que no se cuenta con una escala que reconozca los diferentes tipos de fumadores, hecho que tiene impacto negativo tanto en los fumadores que se perciben dependientes de la nicotina aun cuando su dependencia sea más de corte psicológico que fisiológico, como en el sistema de salud que prescribe terapia farmacológica sin distinción de los tipos de consumo y en la pobre descripción epidemiológica del fenómeno de consumo disponible. Hay instrumentos disponibles en la red como por ejemplo el Formulario de Evaluación de Consumo de Tabaco y la Lista de Preguntas para Evaluar el consumo, sin que haya sido

posible ubicar evidencia científica acerca de su diseño y condiciones psicométricas de las mismas.³⁰

También, existe el Wisconsin Inventory of Smoking Dependence Motives (WIDSM) usado para describir factores psicológicos asociados al consumo, como los motivos de la dependencia y los factores sociales asociados a la misma, sin que se haya avanzado lo suficiente en la descripción de tales aspectos en fumadores no adictos a la nicotina; salvo en algunos estudios realizados por Lujic, Reuter y Netter, (2005) sobre motivos del consumo, y los adelantados en población colombiana en los que se analizan las creencias en torno al consumo de tabaco, las motivaciones para consumir y la identidad de consumo, en los que se ha usado el Cuestionario de Clasificación de Consumidores de Cigarrillos C4 desarrollado por Londoño, Rodríguez y Gantiva (2011), para determinar el nivel de consumo de los fumadores a partir de elementos complejos como la frecuencia, intensidad, problemas asociados al consumo de tabaco y forma de consumo (grado de inhalación), aspectos clave en el proceso de cesación que otras escalas no abordan.³¹

La clasificación propuesta desde el cuestionario define categorías como, fumadores en proceso de cesación y fumadores actuales; los fumadores actuales pueden estar divididos a su vez en consumo ocasional, consumo moderado de riesgo, consumo fuerte y dependiente de la nicotina; cuyas características de consumo fueron ratificadas por expertos de Cuba, Chile y Colombia. Tanto los estudios previos acerca de la adecuación psicométrica del C4 como las investigaciones realizadas acerca de los factores asociados al consumo indican que el instrumento es una valiosa herramienta para los profesionales sanitarios que trabajan en el tema. Por ello es pertinente determinar si este cuestionario puede ser usado para determinar el nivel de consumo de tabaco en población fumadora proveniente de distintos países de América Latina, de tal modo que se aporte en la definición de los cursos de acción de las intervenciones en materia de salud pública. Entonces el objetivo del presente estudio era validar el Cuestionario de Clasificación de Consumidores de Cigarrillos (C4) en América Latina.³²

El *Cuestionario Clasificación de Consumidores de Cigarrillos (C4)* mide el nivel de consumo de cigarrillos en estudiantes y clasifica 1-5 Puntos como consumo bajo 6-17 puntos, consumo moderado; 18 a 19 puntos, inicio dependencia 30 a 50 puntos, dependiente. El instrumento se sometió a proceso de validación y obtuvo un alpha de 0.90 en población entre 18 y 35 años y reconfirmada para esa población con análisis hechos desde la Teoría de Respuesta al ítem.³³

Se diseñó un formato de adaptación del lenguaje para luego llevar a cabo la adaptación de lenguaje del cuestionario por medio de jueces expertos en cada país (Cuba, Costa Rica, Ecuador, México, Argentina, Perú). Para ello se realizó un taller virtual de validación del C4 con la participación de representantes de los países participantes; bajo la metodología ANGOFF modificada y Mendeley una calificación, y discusión remota. Posteriormente, se diseñó un aplicativo electrónico del Cuestionario de Clasificación de Consumidores de Cigarrillos (C4); no obstante, fue necesario realizar aplicaciones de lápiz y papel teniendo en cuenta la limitación de acceso de algunos países a internet; se diseñó y diligenció la base de datos para luego hacer entrega de resultados a cada país y se hizo un panorama preliminar del perfil de consumo de tabaco en los seis países de América Latina.³⁴

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

II.1 Argumentación.

En la familia sana la funcionalidad es equilibrada, dicha característica influye en una adecuada interacción entre los subsistemas familiares y su funcionalidad. Esta matriz propia, produce que cada familia sea diferente una de la otra. La cohesión y la adaptabilidad son considerados elementos fundamentales en este núcleo, ya que pueden ser elementos perpetuadores de estrés, que nos pueden llevar a la disfunción familiar en el ámbito de las adicciones y en especial en el tabaquismo ya que el tema ha sido poco estudiado y necesitamos intervención ya que una intervención en etapas avanzadas de la adicción limita las posibilidades de éxito.³⁸

El entorno sociocultural es un importante factor implicado en el inicio del tabaquismo durante la adolescencia. Casi ocurre exclusivamente en esta etapa, el fumar es un factor de riesgo para enfermedades crónicas severas y es una de las principales causas de mortalidad evitable en países en desarrollo.³⁹

El inicio de consumo de tabaco cada vez resulta a edades más tempranas pero la adolescencia al ser una etapa de cambios y rebeldías tanto físicas como emocionales los hace más susceptibles, la edad promedio de inicio en el consumo del tabaco o alguna otra sustancia es entre los 14 y 15 años, en México más del 20% de los adolescentes fuma, esto por la presencia de elementos como leyes y normas sociales a favor del consumo de estas sustancias, estudios revelan que el principal factor de riesgo asociado al inicio del tabaquismo es la familia, aunado a ansiedad, depresión, rechazo de los iguales, éstos son factores con un gran peso para esta adicción pero el entendimiento de la cohesión y adaptabilidad familiar puede proveer elementos no contemplados en el tratamiento de esta adicción.

II.2 Pregunta de investigación

¿Cuál es la asociación entre la cohesión y la adaptabilidad con la dependencia al tabaco en los adolescentes de la UMF 92 en el periodo 2019?

II. JUSTIFICACIONES:

III.1 Académica: La presente investigación se trata de asociar la cohesión y la adaptabilidad en la dependencia al tabaco en los adolescentes, de las diferentes etapas de la vida la adolescencia se considera vulnerable, se encuentra en la disyuntiva de acatar las normas y las reglas, los medios de comunicación juegan un papel importante que condiciona a los hábitos saludables, en cuestión las empresas del tabaco defienden sus intereses y promueven a través de vender una idea ficticia de bienestar al consumir dicha sustancia con la única finalidad de mercadotecnia. La dependencia a la nicotina en los adolescentes es multifactorial, está relacionada principalmente con cuestiones de estatus y la cuestión emotiva como lo muestran las cifras. Actualmente los adolescentes son bombardeados por el incremento en la publicidad encaminada al hábito del tabaquismo, por lo tanto, se considera un grupo vulnerable.

III.2 Científica: Aun cuando la dependencia al tabaco o la nicotina es sumamente estudiada y existen múltiples estrategias para disminuir el consumo de tabaco, y al hablar y sensibilizar a los consumidores sobre los efectos nocivos en la salud y en la imagen corporal no se ha logrado una disminución significativa con respecto al indicador del consumo de tabaco por lo que no se está encaminando nuestros esfuerzos. La cohesión y la adaptabilidad familiar forman un pilar importante sobre los adolescentes, si logramos tener bases y apoyo adecuadas, podremos influir de forma adecuada en la reducción de ese indicador, por lo que a la larga tendremos una repercusión importante en las enfermedades que se relacionan al tabaquismo. Es importante detectar y prevenir el tabaquismo en adolescentes ya que de ello depende evitar enfermedades crónicas tales como EPOC, cáncer de pulmón, así como también el impacto que tiene en la salud el tabaco, y reducir costos al sistema nacional de salud, ya que si comenzamos a prevenir a edades tempranas que es cuando comienzan los adolescentes a tener toxicomanías, es como se va a ver reflejado en nuestro futuro e impactara al sistema de salud.

III.3 Social: La más reciente Encuesta Nacional de adicciones (ENA 2011) en el ámbito nacional, reporta una prevalencia de consumo activo de tabaco de 21.7% para la población de 12 a 65 años. La ENSANUT (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012-2018) y la ETJ (encuesta de tabaquismo en jóvenes 2011) confirma que la epidemia de tabaquismo en México continúa siendo un grave problema de salud pública con una tendencia al incremento en adolescentes, adultos jóvenes y mujeres, tanto en las áreas rurales como urbanas. En la población estudiada hay una prevalencia del consumo activo de tabaco de 8% en los jóvenes de 14-18 años, siendo la prevalencia más alta a la edad de 18 años en adelante.

III.4 Económica: Dado que el mayor porcentaje de tabaquismo se inicia en la niñez y en la adolescencia, este grupo etario se ha convertido en la población objetivo de la industria que gasta billones de dólares al año en el marketing para sus productos, transmitiendo mensajes que hacen atractivo y común el uso del tabaco entre los jóvenes. Dado que la nicotina hace que el humo sea áspero y difícil de fumar otra estrategia utilizada ha sido el uso de aditivos químicos que mejoran el sabor y dan suavidad. Uno de ellos es el mentol, que refresca y adormece la garganta para reducir su irritación y hacer que el humo se sienta más suave. A parte del uso de aditivos, se ha aumentado el poder adictivo de los cigarrillos mediante el incremento de los niveles de nicotina.

III.5 Epidemiológica: El tabaco mata prematuramente. Los consumidores de tabaco pierden en promedio de 15 años de vida. Cerca de la mitad de los fumadores fallecerán por causas relacionadas con este producto. El tabaco es causante del 12% de las muertes en adultos en el mundo. El 14% de las muertes por enfermedades no transmisibles incluidas las cardiopatías el cáncer, la diabetes y las neumopatías

IV. HIPÓTESIS

Hipótesis de trabajo

Si el adolescente pertenece a una familia no relacionada o aglutinada, rígida o caótica, entonces habrá mayor dependencia al tabaco.

.

Hipótesis alterna

Si el adolescente pertenece a una familiar no relacionada o aglutinada, rígida o caótica, no se relaciona mayor dependencia al tabaco.

IV.1 Unidad de observación

Sujetos de estudio de 14 a 18 años pertenecientes a la UMF 92.

IV.2 Variables

IV.2.1 Dependiente: tabaquismo.

IV.2.2 Independiente: cohesión y adaptabilidad.

IV.3 Relación lógica de variables

Se asociará, si hay.

IV.4 Dimensión espacio temporal

En la Unidad de Medicina Familiar No 92, durante el año 2019.

V. OBJETIVOS

V.1 General

- Asociar la cohesión y adaptabilidad en relación con la dependencia de tabaco en adolescentes de la UMF 92 en el periodo 2019.

V.2 Específicos

- Evaluar la cohesión y adaptabilidad familiar mediante la aplicación del instrumento FACES III en los adolescentes de la UMF 92
- Conocer si existe dependencia a la nicotina en los adolescentes de la UMF 92
- Identificar las variables socio demográficas (sexo, edad, escolaridad) más frecuentes en los adolescentes dependientes al tabaco, pertenecientes a la UMF 92

VI. MÉTODO

VI.1 Tipo de estudio

Se realizó un estudio de tipo **observacional** porque no se modificaron las variables de estudio. **Prospectivo o prolectivo** porque se recolectaron los datos, al tiempo que se realizaron las encuestas, diseñados para cohesión y adaptabilidad, así como el cuestionario C-4 para el consumo de tabaquismo en los sujetos de estudio. **Transversal** porque se realizó un solo estudio en los sujetos de investigación. **Analítico** porque se realizó asociación entre las variables de estudio. **Abierto** porque tanto el investigador como los sujetos de investigación tenían el conocimiento del estudio.

VI.2 Diseño del estudio

Se realizó a una muestra de 240 sujetos de investigación seleccionados por muestreo simple aleatorio utilizando la base de datos de ARIMAC, a los cuales se les asignarán folios y en base a éstos, fueron seleccionados mediante una tómbola tomando números con los folios de manera aleatoria, posteriormente se contactó con los sujetos de investigación con el apoyo de trabajo social, hasta completar la muestra, se les informó los objetivos del estudio, los posibles riesgos y beneficios, los cuales se encuentran plasmados en la carta de consentimiento informado, que una vez explicado y entendido tanto los padres y los sujetos de investigación deberán firmar y la carta de asentimiento informado respectivamente.

Con respecto a la consideración ética referente con el grado de dependencia al tabaco del sujeto de investigación se deberá informar a los padres que no estén enterados que su hijo consume tabaco; la estrategia dirigida a los padres será motivar la vigilancia más estrecha a sus hijos, se les dará una plática sobre los riesgos que corre la salud al consumir tabaco, con la finalidad de tener un apego a la realidad que pueden presentar las adicciones, se tendrá una charla con ellos con

la identificación de aspectos negativos del tabaco y se sensibilizara acerca de todos los beneficios que podrán obtener al dejar el consumo de tabaco.

Se les aplicará el cuestionario FACES III para conocer la cohesión y la adaptabilidad familiar, de acuerdo con el puntaje para cohesión: rígida 10-19, estructurada 20-24 flexible 25-28, caótica 29-50, y para el caso de la cohesión: No relacionada 10- 34 Semirelacionada 35-40, relacionada 41-45, aglutinada 46-50 de acuerdo al puntaje obtenido, será directamente relacionado con la dependencia al tabaco de acuerdo al cuestionario C4 el cual se acuerdo a los resultados, **1-5 Puntos**. Consumo Bajo **6-17 puntos**. Consumo moderado **18 a 19 puntos**. Inicio dependencia **30 a 50 puntos**. Dependiente La información derivada de las encuestas será procesada en una base de datos en Excel para su posterior manejo para graficas en el programa SPSS 22 para su interpretación descriptiva inferencial. El tiempo aproximado para contestar el cuestionario es de 20 minutos, 10 minutos para cada cuestionario, se recabarán todos los cuestionarios aplicados, eliminando aquellos que estén incompletos; se procederá a calificar cada una de las encuestas, vaciando los datos obtenidos en una base de datos para llevar a cabo el análisis estadístico con el paquete SPSS 22, de requerirlo el paciente será canalizado al servicio de trabajo social, para ser enviado al centro de adicciones donde se le proporcionará de manera integral el tratamiento farmacológico o psicológico según sea el caso.

VI.3 Operacionalización de variables

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN TEÓRICA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	NIVEL DE MEDICIÓN	INDICADOR	ITEM
Variables sociodemográficas						
Edad	Tiempo que ha vivido una persona a partir de su fecha de nacimiento	Edad del sujeto de investigación al momento actual referida al momento del estudio	Cuantitativa	Discreta	a) 14 b) 15 c) 16 d) 17 e) 18	1 2 3 4 5
Sexo	conjunto de características biológicas, físicas, fisiológicas y anatómicas que definen a los seres humanos como hombre y mujer	Se le preguntara a los sujetos de investigación mediante una encuesta su sexo	Cualitativa	Nominal	A) Mujer B) Hombre	6 7
Escolaridad	Periodo de tiempo en que una persona asiste a la escuela con el fin de obtener un titulo	Grado escolar del sujeto de investigacion referido al momento de la encuesta	Cualitativa	Ordinal	B) Secundaria C) Preparatoria	8 9
VARIABLES						
Variable dependiente Tabaquismo	Enfermedad adictiva crónica que evoluciona con recaídas. La nicotina es la sustancia responsable de la adicción, actuando a nivel del sistema nervioso central.	Se medirá mediante el cuestionario C4 que habla sobre la dependencia a la nicotina Cuestionario de 15 items,	Cualitativa	Ordinal	Consumo Bajo 1-5 Puntos. Consumo moderado 6-17 puntos. Inicio dependencia 18 a 19 puntos Dependiente 30 a 50 puntos.	10 11 12 13
Variable independiente Adaptabilidad	Posibilidad de cambio en el liderazgo, relación de roles, y normalización de la relación entre los miembros de una familia	Se aplicará por medio de la escala de FACES III	Cualitativa	Nominal	Rígida 10-19 Estructurada 20-24 Flexible 25-28 Caótica 29-50	14 15 16 17
Variable independiente Cohesión	Unión emocional que tienen los miembros de una familia.	Se aplicará por medio de la escala de FACES III	Cualitativa	nominal	No relacionada 10- 34 Semirelacionada 35-40 Relacionada 41-45 Aglutinada 46-50	18 19 20 21

VI.4 Universo de trabajo y muestra

Para conocer el tamaño mínimo de muestra se aplicó fórmula para población finita a una proporción considerando N= 8000 adolescentes adscritos a la UMF 92 con edad de 14-18 años, y mediante muestreo probabilístico simple se obtuvo una muestra de 240.

VI.4.1 Criterios de inclusión

- Sujetos de estudio de 14 a 18 años con tabaquismo positivo
- Carta bajo consentimiento informado firmada por los padres de los sujetos de estudio que participen en la investigación.
- Sujetos de estudio que acepten participar en el estudio y firmen el asentimiento informado.

VI.4.2 Criterios de exclusión

- Sujetos de estudio que consuman otras drogas. (cocaína, marihuana, crack, éxtasis, etc.)
- Sujetos de estudio que tengan diagnóstico de: ansiedad, depresión o enfermedades metabólicas.

VI.4.3 Criterios de eliminación

- Sujetos de investigación que llenen de forma incorrecta los cuestionarios
- Encuestas incompletas

VI.5 Instrumentos de investigación

Ficha de identificación (anexo)

VI.5.1 Cuestionario FACES III modificado versión en español para México(anexo)

Este instrumento fue desarrollado por Olson en 1982, donde Su corrección implica la suma de los ítems impares para la dimensión de cohesión y los pares para la adaptabilidad En estudios previos se ha descrito el proceso de traducción y adaptación transcultural de FACES III en población mexicana y su fiabilidad en su versión en el español que se habla en México. Se obtuvo un coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach de 0,70 y se concluyó como un valor alto y adecuado comparado con la versión anglosajona, desarrollada por Olson et al, que observaron una fiabilidad media en sus trabajos de 0,80. El instrumento consta de 20 preguntas que pueden ser contestadas a partir de los 12 años estas respuestas tuvieron un valor de puntuación de 1 a 5 (nunca, 1; casi nunca, 2; algunas veces, 3; casi siempre, 4, y siempre, 5) y se contestó en un promedio de 5 min. Por lo que los resultados arrojados son para la cohesión: No relacionada 10- 34 Semirelacionada 35-40 Relacionada 41-45 Aglutinada 46-50 y para la adaptabilidad: Rígida 10-19 Estructurada 20-24 Flexible 25-28 Caótica 29-50.

VI.5.2 Escala cuestionario C-4 para tabaquismo (anexo)

El *Cuestionario Clasificación de Consumidores de Cigarrillos (C4)* es un instrumento que inicialmente se utilizó en las escuelas medias superiores, la versión en español consta de las características siguientes y puede ser aplicada desde los 13 años en adelante, *este instrumento* mide el nivel de consumo de cigarrillos en estudiantes y clasifica 1-5 Puntos como consumo bajo 6-17 puntos, consumo moderado; 18 a 19 puntos, inicio dependencia 30 a 50 puntos, dependiente. El instrumento se sometió a proceso de validación y obtuvo un alpha de 0.90.^{35,36}

Se realizó la presentación y aceptación del comité 1401 el día 28 de noviembre de 2019 con número de registro R-2019-1401-095. Se procedió a la captación de pacientes adolescentes por medio de la asignación de folios y con la cooperación conjunta con el servicio de trabajo social de la Unidad de Medicina Familiar No 92, los datos de los pacientes fueron captados mediante instrumentos validados, se incluyeron aquellos que cumplieron con los criterios de inclusión, tomando en cuenta que pertenecieran al grupo de edad correspondiente entre los 14 y 18 años respectivamente, en los cuales se incluyeron sujetos de investigación tanto fumadores como no fumadores, después de obtener el consentimiento de los padres y la firma del asentimiento se solicitó el llenado de la ficha de identificación y se procedió al llenado de ambas escalas; la escala FACES III adaptada para la población mexicana así como la escala C-4 para medir el tabaquismo, una vez obtenida la información necesaria se procedió al análisis de datos.

Se realizó la aplicación de los cuestionarios con pleno consentimiento de los encuestados que cumplieron con los criterios de inclusión.

VI.6 Desarrollo del proyecto

Una vez aprobado por el comité local de investigación con número de registro R-2018-1401-017, se procedió a la captación de los pacientes adultos mayores los cuales acudieron a consulta en la Unidad de Medicina Familiar No 92, se incluyeron aquellos que cumplieron con los criterios de inclusión, tomando en cuenta que pertenecieran al grupo de edad entre los 65 a 85 años obteniéndose un total de 380 pacientes. Después de obtener el consentimiento firmado por los participantes se procedió a la aplicación de los instrumentos con una duración de llenado de 15 a 20 minutos se aplicaron dos encuestas, la Escala de Satisfacción Familiar por Adjetivos, es una valoración del estado de ánimo que le despierta la familia, basado en el número de experiencias positivas y negativas vividas en ella. Y la Escala de Bienestar Psicosocial, el cual evalúa los objetivos o proyectos de vida. Una vez obtenida la información se concentró en una base de datos en el programa Microsoft Excel 2010 y se procedió a la evaluación procesamiento y tabulación mediante el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences versión 23.0. (SPSS), para la realización del análisis estadístico.

VI.7 Límite de espacio y tiempo

El presente estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar No 92 de lunes a viernes, en ambos turnos, se realizó durante el año 2019.

VI.8 Diseño de análisis

VI.8.1 Revisión y corrección de la información

Se realizó una revisión sistémica de los instrumentos de recolección de datos aplicados, evaluando que las pacientes cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión, posterior a ellos se procedió a la aplicación de las escalas de evaluación.

VI.8.2 Clasificación y tabulación de datos

Los datos se recolectaron y se vaciaron en el programa Microsoft Excel 2016 y se procedió a la evaluación procesamiento y tabulación mediante el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences versión 22.0. (SPSS), para la realización del análisis estadístico, haciendo una clasificación de variables, de acuerdo a un código asignado a cada ítem, para realizar las evaluaciones correspondientes de la variable dependiente y las independientes, así como las sociodemográficas.

VI.8.3 Estadísticos descriptivos

Respecto al análisis estadístico descriptivo, las variables de estudio se les realizó para ver su distribución normal las pruebas estadísticas: media, moda, mediana, moda y distribución estándar con paquete estadístico SPSS 22.0.

VI.8 Diseño del análisis

La información del instrumento de recolección se ordenó, clasifíco y agruparon los resultados, se registró en una base de datos del programa estadístico SPSS 22.0, se ordenó la información la información por variables cualitativas y cuantitativas, las variables cualitativas se describieron mediante distribución de frecuencias y porcentajes, mientras que para las variables cuantitativas se emplearon medidas de tendencia central (media). Las variables de edad, sexo, escolaridad, se analizaron mediante estadística indiferencial (X^2) buscando la asociación entre ellas como prueba de hipótesis. Los resultados obtenidos se desarrollaron en tablas y graficas ilustrativas y finalmente se elaboraron las conclusiones.

TIPO DE VARIABLE	ANALISIS ESTADISTICO
Variables cualitativas	Porcentajes y frecuencias

Escolaridad Sexo	Graficas de pastel y de barras
Variables cuantitativas Edad	Medidas de tendencia central Media, moda y mediana
Comparación de variables de tipo independiente Cohesión Adaptabilidad Dependencia al tabaco	Pearson para correlación de variables

VII. IMPLICACIONES ÉTICAS.

El presente estudio se apega a los lineamientos de la declaración de Helsinki, en el e presente estudio hay bienestar para los sujetos de investigación, así como el consentimiento informado escrito para los padres o tutores, donde se les indica los beneficios del presente estudio. Y donde se desarrolló de acuerdo a los artículos 16 y 17 una cuidadosa evaluación de los riesgos y los beneficios para los sujetos de estudio.

El código de Núremberg en el presente estudio se usará el consentimiento informado para los padres o tutores, de los adolescentes, así como se les explica la naturaleza de la investigación el propósito de este, así como el método inconvenientes y riesgos que pueden presentarse, además de que, si en cualquier momento la investigación llegase a causar daño al sujeto de investigación, de forma inmediata se interrumpiría su aplicación.

El código de Belmont, en este estudio se aplican los principios de ética básicos, el respeto, el beneficio y la justicia en los sujetos de investigación, aplicado mediante el consentimiento informado para los padres o tutores de los adolescentes, así como los posibles riesgos y beneficios para los sujetos de investigación.

La ley General de Salud título segundo, capítulo I, de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos. El artículo 13 donde se nos habla del respeto a la dignidad y la protección de los derechos y bienestar de los sujetos de investigación acerca, artículo 18 se deberá suspender si se advierte algún riesgo o daño a la salud del sujeto a quien se realice la investigación. Capítulo III de la investigación en menores de edad o incapaces. Artículo 35. Se realiza bajo consentimiento informado del padre o tutor del menor. Artículo 39 el presente estudio como lo marca el artículo tiene altas probabilidades de obtener conocimientos generalizables sobre el tema a tratar en esta investigación.

Riesgo de la investigación: de acuerdo con lo establecido en el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud y conforme a los aspectos éticos de las investigación en seres humanos, título II, capítulo I, artículo 17; el estudio considera con riesgo mínimo ya que al recabar información con el

cuestionario FACES III, se pueden herir susceptibilidades a la hora de las presuntas del cuestionario ya sea en los apartados, 4. Donde se trata el tema de la opinión hecha por los hijos en cuanto a la disciplina, el apartado 10. Donde se habla acerca de los padres e hijos se ponen de acuerdo en la relación de los castigos, en el apartado 18, que habla sobre la autoridad dentro del círculo familiar. Y en el apartado 20 donde habla acerca de las labores en el hogar.

Así mismo se usará el instrumento de evaluación del tabaquismo con el cuestionario c4 el cual considera el apartado 3 donde se pregunta cuánto tiempo hace que comenzó a fumar. El apartado 6 donde considera como fuma los cigarrillos, el apartado 9. Donde se consideran los riesgos a la salud en el hábito tabáquico, en la pregunta 13 donde considera el fumar en espacio públicos, la pregunta número 15, donde considera el hecho de poder renunciar al hábito de fumar.

Posibles beneficios: los sujetos de investigación obtendrán el beneficio al estudiar la cohesión y adaptabilidad en su familia, lo que conlleva a conocer la comunicación dentro de su círculo, así como canalizar al servicio de trabajo social para implementar estrategias de ayuda con los pacientes con adicción al tabaquismo con el objetivo de mejorar sus condiciones generales. Se considera de igual manera este estudio como el pilar para generar nuevos estudios y para dar seguimiento a los pacientes en un futuro.

Posibles inconvenientes: no existe algún inconveniente para los sujetos de investigación.

Balance riesgo-beneficio: El beneficio directo para los participantes en dicho estudio, es el adquirir conocimiento sobre el tema, además de las medidas preventivas que tomará el sujeto de estudio en contra de la adicción al tabaco. Adicionalmente se dará una plática a los padres para que tomen las medidas pertinentes para la adicción al tabaco.

Confidencialidad: Todos los datos personales obtenidos durante el estudio que pudieran ayudar para la identificación de los pacientes se mantendrán como confidenciales. A cada paciente se le identificará solamente con número de folio y todos los datos personales que ayuden a la identificación serán resguardados por el investigador principal en documentos aparte.

Consentimiento Informado: Se trata de una investigación, que involucra la aplicación de una encuesta que incluye preguntas confidenciales, por lo que se solicita la plena autorización de los padres de los sujetos de investigación para su participación, mediante la firma de la carta de consentimiento informado. Además de la firma, se explicará de forma verbal y de manera escrita la dinámica y condiciones del estudio, y posteriormente se solicita la firma con puño y letra de un consentimiento informado personalizado. Se tomaron en consideración las cuestiones éticas en relación a si el sujeto de estudio tiene una dependencia a la nicotina, aunque sea mínima, la cual será informado el padre o tutor, ya que el beneficio es mayor que el riesgo, por lo tanto, tendrá mejoras a su salud, así como sensibilización sobre el hábito del tabaco.

Asentimiento informado: La tradición de la ética ha entregado sistemas de referencia moral en forma concluyente como: la regla de oro, el derecho humano fundamental y la ley moral aportada por el imperativo categórico kantiano. Sin embargo, cuando queremos aplicar estos sistemas de referencia a lo cotidiano, es decir las acciones humanas que guían moralmente las elecciones en la vida material de todos los días nuestro quehacer se cruza con el ámbito psicológico, sociológico, político económico. La discusión bioética refuerza la idea de que los niños, niñas y adolescentes tienen derechos y deben ser respetados como tales. Constituye un acto de enorme trascendencia la actitud del adulto que tiene como principio el incluir al menor en la actividad que se comparten o ejercen sobre él. La invitación al hacer juntos y fomentar la inclusión constituye el núcleo del desarrollo moral comunitario, por ello es también necesario hacer participar como deber moral. Por ello se solicitará de igual manera se firme el asentimiento informado por parte de los adolescentes previo consentimiento de padres.³⁶

ETICA CIOMS

En base a las pautas manejadas en la CIOMS (Consejo de organizaciones Internacionales de las ciencias médicas) para la investigación en seres humanos, las siguientes pautas se consideran al realizar la presente investigación.

La **pauta 1** donde se justifica la investigación en seres humanos por su valor social y científico. Para generar conocimiento todos tenemos un método, en el presente estudio al investigar el impacto que se genera en la familia y en especial en los

adolescentes, agrega un problema que impacta socialmente a las familias y en especial al grupo de estudio que es vulnerable. En cuanto a la investigación científica, nos encontramos en un panorama en de influencia directa en patología de los futuros adultos, con un alto impacto en lo económico y el proceso de salud enfermedad individual y familiar.

La **pauta 3** nos menciona la distribución equitativa de los beneficios, y cargas de selección de los individuos y grupos durante una investigación, al realizar un muestreo simple para las encuestas se utiliza una metodología y se garantiza la equidad. Además, en la investigación se precisan los riesgos y los beneficios y los derechos que tienen los participantes que decidan participar en este proyecto y sin dejar de mencionar que la presente investigación se considera como riesgo mínimo (**pauta 4, 6, CIOMS**)

En lo referente a **la pauta 9** (personas que tiene capacidad de dar consentimiento informado) se otorgara la información pertinente a los padres de los adolescentes para que ellos den su autorización para que los pacientes participen de forma directa en este proyecto, no sin dejar de mencionar que se le informara de forma clara concisa y entendible la información a todos los participantes.

La **pauta 17** referente en investigación en niños y adolescentes sabemos que los adolescentes son un grupo vulnerable, por lo que en el entendido de las cosas se les proporcionara un asentimiento informado a todos los que deseen participar en la investigación, tomando en consideración los aspectos mencionados en este proyecto en lo referente a criterios de inclusión y de exclusión, por lo que debidamente serán informados y previamente sus padres autorizaran su participación en la investigación .

También, **la pauta 12** es considerada, ya que como investigador me comprometo a manejar la protección de datos personales de acuerdo a las leyes estipuladas en el territorio nacional.

El presente estudio no presenta conflicto de interés (**pauta 25**).³⁷

DECLARACION UNIVERSAL SOBRE BIOETICA Y DERECHOS HUMANOS

De acuerdo con la declaración universal sobre bioética y derechos humanos, no se viola ningún principio de la declaración.

De acuerdo con la ley de protección de datos personales, no se violan los principios de licitud, consentimiento, información, calidad, finalidad, lealtad, proporcionalidad y responsabilidad, previstos en la Ley, ya que no se da mal uso de la información contenida en esta investigación y el único que tendrá acceso a información personal y las encuestas son las personas estipuladas en el consentimiento informado.

De acuerdo con la NOM-012-SSA3-2012 donde se establecen los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos, en la presente investigación se establecen los lineamientos de la Normatividad vigente, así mismo como lo establece la norma oficial los sujetos de investigación serán considerados como expedientes clínicos y se dará protección a los datos personales como ya se mencionó anteriormente. Además de tomar en consideración que en la norma se establece que el sujeto de investigación padres o tutores podrán retirarse de la investigación en el momento que ellos lo deseen. Y no sin dejar de recordar que toda la información manejada en la investigación y como lo puntualiza la NOM será tratada en todo momento como confidencial.³⁸

Se considero en la presente investigación la NOM-028-SSA2-2009 para la prevención, tratamiento y control de las adicciones donde se establecen las definiciones sobre tabaquismo y los lineamientos que se deben de seguir en el caso de la adicción al tabaco, así como el tratamiento y el seguimiento que se debe realizar en todos los pacientes.³⁹

VIII. ORGANIZACIÓN

Tesista: M.C. Luis Antonio Manrique Lizalde

Director de Tesis: E. en MF. Mauricio Paniagua Cortez

IX.CRÉDITOS

- M.C. Luis Antonio Manrique Lizalde
- E. en MF. Mauricio Paniagua Cortez

X. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

El estudio conto con los siguientes recursos

X.1 Recursos humanos.

Se conto con un investigador el cual llevo a cabo las tareas de investigar, encuestar y analizar los resultados obtenidos, se encuesto a 240 adolescentes los cuales, con previa autorización de sus padres y firma de consentimiento informado, y de asentamiento informado, se contó con el M.E en MF. Mauricio Paniagua Cortez como asesor temático y metodológico

X.2 Recursos físicos.

Los recursos físicos fueron proporcionados por el Instituto Mexicano del Seguro Social en el cual se contó con las áreas específicas para el desarrollo de las actividades como aplicación de las encuestas dentro de la Unidad de Medicina Familiar No 92 para la obtención de la información requerida, así como una computadora con los programas Microsoft Excel 2016 y programa estadístico SPSS 22.0

X.3 Recursos financieros.

Los recursos financieros fueron proporcionados por la beca asignada por el Instituto Mexicano del Seguro Social.

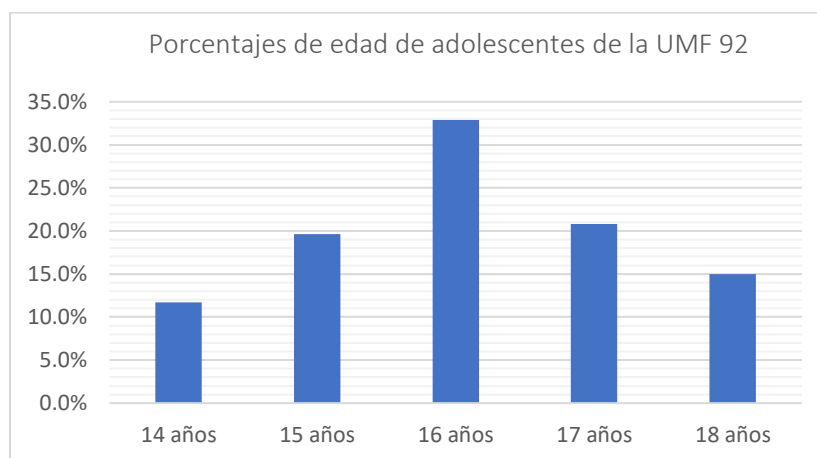
XI. RESULTADOS

Se realizó un estudio de tipo observacional, prospectivo, transversal, analítico y abierto, con un tamaño de muestra de 240 sujetos de investigación en un grupo de edad de entre 14 y 18 años, de estos el grupo donde se concentra la mayor cantidad de la población encuestada corresponde a 16 años de edad con 32.9% (n=79) representa la edad media y la moda de la muestra, seguido por 17 años de edad con el 20.8% (n=50), en tercer lugar 15 años de edad con el 19.6% (n=47), continuando con el grupo de 18 años con un 15% (n=36) y por último 14 años que corresponde al 11.7% (n=28). (Tabla 1)

Tabla 1. Porcentajes de edad en adolescentes de la UMF 92

EDAD		Frecuencia	Porcentaje
Perdidos	14	28	11.7
	15	47	19.6
	16	79	32.9
	17	50	20.8
	18	36	15.0
	Total	240	100.0

Fuente: hoja de recolección de datos aplicada a adolescentes de la UMF 92 en 2019.



Fuente: hoja de recolección de datos aplicada a adolescentes de la UMF 92 en 2019.

En cuanto al sexo se obtuvo un 65% (n=158) femenino y con un 34% (n=82) masculino. (Tabla 2)

Tabla 2. Porcentajes de sexo en adolescentes de la UMF 92

SEXO		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	MASCULINO	82	34.2	34.2	34.2
	FEMENINO	158	65.8	65.8	100.0
	Total	240	100.0	100.0	

Fuente: hoja de recolección de datos aplicada a adolescentes de la UMF 92 en 2019.

Por lo que respecta a escolaridad se obtuvo un 94.6% (n=227) los cuales se encuentran cursando el bachillerato y solo el 5.4% (n=13) se encuentran en secundaria. (Tabla 3)

Tabla 3. Porcentaje de escolaridad en adolescentes de la UMF 92
ESCOLARIDAD

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	BACHILLERATO	227	94.6	94.6	94.6
	SECUNDARIA	13	5.4	5.4	100.0
	Total	240	100.0	100.0	

Fuente: hoja de recolección de datos aplicada a adolescentes de la UMF 92 en 2019.

En cuanto a la tabla anterior se encontró que el mayor consumo se realiza en femeninos mientras que el consumo es menor en masculinos, sin embargo, los que no consumen son los femeninos. (Tabla 4)

TABLA. 4 NUMERO DE DEPENDENCIA AL TABACO POR SEXO EN ADOLESCENTES DE UMF 92

Recuento

		DEPENDENCIA				Total
		NO	CONSUMO BAJO	CONSUMO MODERADO	INICIO DE DEPENDENCIA	
SEXO	MASCULINO	40	9	24	9	82
	FEMENINO	93	21	38	6	158
	Total	133	30	62	15	240

Fuente: hoja de recolección de datos aplicada a adolescentes de la UMF 92 en 2019.

En cuestión del habito del tabaquismo se encontró que no consumen (n=133) en un porcentaje de 54% y se encontró una población de (n=15) en los cuales inician la dependencia al tabaco. En un 6.3%, en cuanto al consumo bajo se encuentra un 12.5 % (n=30) un consumo moderado (n=62) con un 25%. Lo anterior nos hace concluir que si hay consumo entre los adolescentes (Tabla5)

TABLA.5 DEPENDENCIA AL TABACO DE ACUERDO CON EL CONSUMO ADOLESCENTES UMF92

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	133	55.4	89.9	89.9
	INICIO DE DEPENDENCIA	15	6.3	10.1	100.0
	Total	148	61.7	100.0	
Perdidos	CONSUMO BAJO	30	12.5		
	CONSUMO MODERADO	62	25.8		
	Total	92	38.3		
Total		240	100.0		

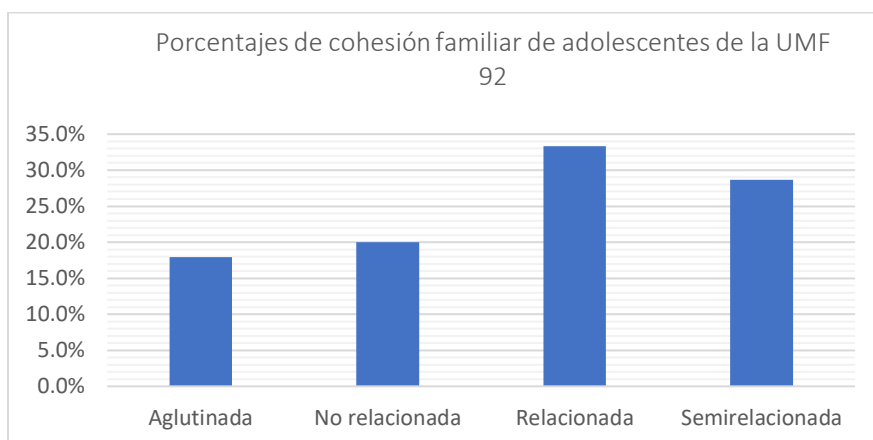
Fuente: hoja de recolección de datos aplicada a adolescentes de la UMF 92 en 2019.

Se aplicó la escala faces III el cual es un instrumento que permite evaluar la cohesión y adaptabilidad familiar, de acuerdo específicamente a la cohesión la moda se presenta con la familia relacionada la cual obtuvo un 33.3% (n=80), seguida por un 28.7% (n=69) la familia semirelacionada, con un 20% (n=48) se encuentran las familias no relacionadas, finalmente con un 17.9% (n=43) se representan las familias aglutinadas. (Tabla 6)

Tabla 6. Porcentajes de Cohesión en Adolescentes UMF 92

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	AGLUTINADA	43	17.9	17.9	17.9
	NO RELACIONADA	48	20.0	20.0	37.9
	RELACIONADA	80	33.3	33.3	71.3
	SEMIRELACIONADA	69	28.7	28.7	100.0
	Total	240	100.0	100.0	

Fuente: hoja de recolección de datos aplicada a adolescentes de la UMF 92 en 2019.



Fuente: hoja de recolección de datos aplicada a adolescentes de la UMF 92 en 2019.

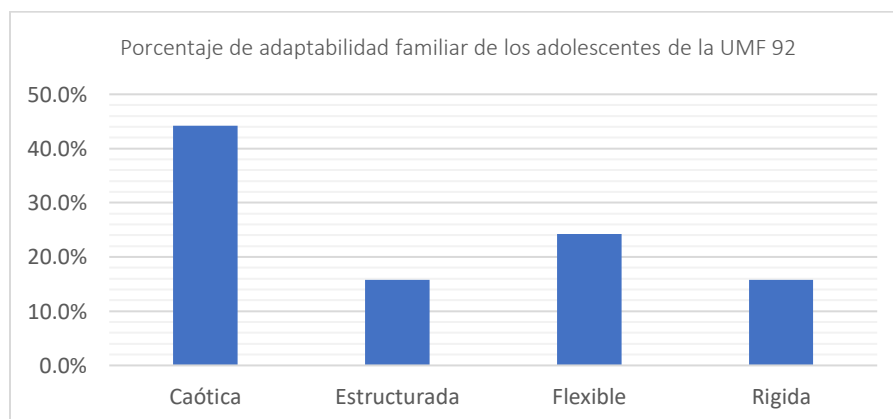
Según la escala antes descrita en cuanto a adaptabilidad familiar se obtuvo una moda con un 44.2% (n=106) familia caótica, seguida por un 24.2% (n=58) con familias flexibles y por último con un 15.8% (n=38) se encuentran las familias estructuradas y rígidas. (Tabla 7)

Tabla 7. Porcentaje de adaptabilidad familiar en adolescentes de la UMF 92

ADAPTABILIDAD

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido CAOTICA	106	44.2	44.2	44.2
ESTRUCTURADA	38	15.8	15.8	60.0
FLEXIBLE	58	24.2	24.2	84.2
RIGIDA	38	15.8	15.8	100.0
Total	240	100.0	100.0	

Fuente: hoja de recolección de datos aplicada a adolescentes de la UMF 92 en 2019.



Fuente: hoja de recolección de datos aplicada a adolescentes de la UMF 92 en 2019.

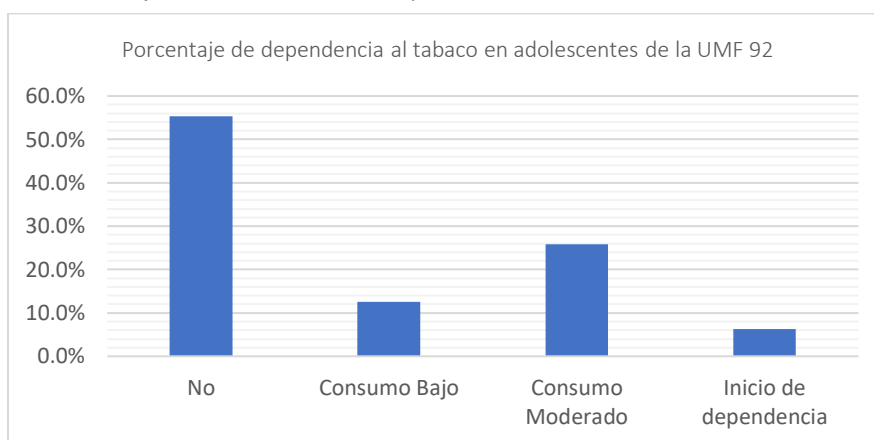
Fue aplicado el Cuestionario para la clasificación de consumidores de cigarrillo (C4) para jóvenes para catalogar el nivel de dependencia encontrando entre los adolescentes el 55.4% de la muestra (n=133) no presentan consumo de tabaco,

teniendo el 25.8% (n=62) un consumo moderado, un 12.5% (n=30) con consumo bajo y el 6.3% (n=15) los cuales presentaron inicio en el consumo. (Tabla 8)

Tabla 8. Porcentaje de dependencia al tabaco en adolescentes de la UMF 92

		DEPENDENCIA			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	133	55.4	55.4	55.4
	CONSUMO BAJO	30	12.5	12.5	67.9
	CONSUMO MODERADO	62	25.8	25.8	93.8
	INICIO DE DEPENDENCIA	15	6.3	6.3	100.0
	Total	240	100.0	100.0	

Fuente: hoja de recolección de datos aplicada a adolescentes de la UMF 92 en 2019.



Fuente: hoja de recolección de datos aplicada a adolescentes de la UMF 92 en 2019.

Correlaciones

		SEXO	DEPENDENCIA
SEXO	Correlación de Pearson	1	-.138 [*]
	Sig. (bilateral)		.032
	N	240	240
DEPENDENCIA	Correlación de Pearson	-.138 [*]	1
	Sig. (bilateral)	.032	
	N	240	240

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

Se realizó el análisis en base a Rho de Spearman para correlacionar las variables de cohesión y adaptabilidad con la variable de dependencia, se encontró una relación lineal estadísticamente significativa entre cohesión familiar y dependencia al consumo de tabaco. Con respecto a la correlación entre cohesión y adaptabilidad es de 0.77 con un p estimada de 0.13 y con respecto a la dependencia y adaptabilidad de 0.13 y una p estimada de .00 por lo cual se acepta la hipótesis de trabajo. (Tabla9)

Tabla 9. Correlación entre variables entre cohesión, adaptabilidad dependencia

Correlaciones

			COHESION	ADAPTABILIDAD	DEPENDENCIA
Rho de Spearman	COHESION	Coefficiente de correlación	1.000	.019	-.160*
		Sig. (bilateral)	.	.773	.013
		N	240	240	240
	ADAPTABILIDAD	Coefficiente de correlación	.019	1.000	.243**
		Sig. (bilateral)	.773	.	.000
		N	240	240	240
	DEPENDENCIA	Coefficiente de correlación	-.160*	.243**	1.000
		Sig. (bilateral)	.013	.000	.
		N	240	240	240

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

**.. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

Fuente: hoja de recolección de datos aplicada a adolescentes de la UMF 92 en 2019

XII. DISCUSIÓN.

La encuesta Nacional del Consumo de Drogas, Alcohol y tabaco (ENCODAT) 2016 antes encuesta nacional de Adicciones permite conocer las tendencias de consumo de tabaco en nuestro país, así como sus consecuencias en el caso de los adolescentes de 12 a 17 años 4.9% fuman actualmente, la prevalencia por sexo es de 6.7% en hombres y 3.0% en mujeres.

En las encuestas aplicadas se observo que la población e la UMF 92 la mayoría son mujeres en un 65%.³

Se encontró que 3.0% en mujeres mientras que 2.8% de ella y 5% de ellos fuman ocasionalmente, la proporción de quienes fuman diariamente es de 0.2% y de 0.8% respectivamente, en el estudio se encontró que el mayor porcentaje se encuentra en la población femenina con un 11%.⁴

De acuerdo a estudios nuestra población en México la edad de inicio del consumo de tabaco es a los 14 años, en nuestro estudio se encontró un 10% de consumo de tabaco a esa edad.

En cuanto al grado de estudios donde se encuentran los adolescentes se incluye dentro de diversos estudios la educación secundaria como inició del consumo, así

como el primer año del curso del bachillerato, en el estudio se encontró que la mayor población de sujetos de investigación se encuentra cursando bachillerato.⁵

Existe en la literatura evidencia empírica de que el funcionamiento familiar impacta en el uso de tabaco y otras drogas en la población adolescente. Se ha puesto de manifiesto que la cohesión familiar guarda una estrecha relación con el uso de drogas y su severidad (Costantini, Wermuth, Sorenses y Lyons, 1992) Así como el que existe una mayor probabilidad de que los jóvenes desarrollen dependencia cuando sus familias presentan pautas disfuncionales de cohesión y adaptabilidad, sobre todo cuando las pautas de control y la autoridad son rígidas y no existen vínculos familiares de apoyo y afectivos (Díaz-Negrete, Arellanez Hernández y Wagner, 2008). Del mismo modo, Lavielle Sotomayor, Sánchez-Pérez, Pineda-Aquino y Amancio Chassin (2012) plantean que la demostración de afecto, la comunicación adecuada y la cohesión familiar disminuye la probabilidad del consumo de tabaco en los adolescentes.³⁹

En un estudio se encontró que se relaciona la cohesión y la adaptabilidad en la población adolescente, de igual manera, en nuestro estudio se encuentra relación entre la cohesión y la adaptabilidad en adolescentes de la UMF 92, por lo tanto, la hipótesis de trabajo es aceptada.

XIII. CONCLUSIONES.

El objetivo de la presente tesis fue asociar la cohesión y adaptabilidad familiar en relación con la dependencia del tabaco en adolescentes.

De acuerdo con los resultados obtenidos en los adolescentes de la UMF 92 la cohesión familiar si es asociada y relacionada con la dependencia de tabaco presentando una relación estadísticamente significativa. Por lo tanto, se acepta la hipótesis de trabajo y se rechaza la hipótesis nula

El mayor porcentaje de adolescentes que fuman son del sexo femenino, debido a que la pirámide poblacional ha cambiado en los últimos años, por lo que en el trabajo se encontró el mayor porcentaje de mujeres que inician el consumo de tabaco, así como el mayor porcentaje de mujeres que fuman.

En cuestión de escolaridad, la mayoría de las encuestas realizadas se encontraron en el rango de bachillerato, por lo que se corrobora la estadística nacional la cual nos menciona que los adolescentes inician el consumo del tabaco a esta edad.

La población estudiada el rango de edad más frecuente fue de 16 años, lo que nos hace pensar que teniendo una intervención adecuada a esta edad, podremos enfocar acciones para erradicar el consumo del tabaco en los adolescentes

El nivel de Bachillerato donde se encontró la mayor parte de la población estudiada, refleja que dado que es una etapa de cambios en los adolescentes además de haber mayor influencia social, y menor apego familiar si afecta el presente estudio.

La cohesión y la adaptabilidad si influyen en el inicio del consumo del tabaco en los adolescentes, por lo que es importante tener una adecuada dinámica familiar, ya que en las familias encuestadas si se relaciona una con otra, de esta manera puede servir en estudios futuros.

XIV. RECOMENDACIONES.

- Mi primera recomendación se enfoca en el consumo del tabaquismo en adolescentes, para disminuirlo siempre se comienza por tener un autocuidado orientando adecuadamente sobre los riesgos, las complicaciones y la afectación del desarrollo tanto neurológico como físico a todos los adolescentes que inician a temprana edad el consumo.
- Si es necesario hay que implementar grupos de autoayuda, para evitar el consumo del tabaco dentro de las unidades de medicina familiar, fomentar el autocuidado y sobre todo ayudar a los adolescentes que inicien de forma precoz el consumo del tabaco, sin dejar de lado la salud mental y la salud familiar en los casos que se identifiquen
- Fomentar el ejercicio en edades tempranas, y evitar el sedentarismo para que sea un estímulo sobre los adolescentes, y así no prefieran las drogas el alcohol o el consumo del tabaco, ya que en algunas ocasiones se correlacionan indirectamente.
- El presente estudio puede ser un punto de referencia para que en un futuro cercano se le dé el seguimiento y se hagan mas extenuantes las recomendaciones y las restricciones sobre el tabaquismo en México, y por lo tanto se realicen estudios no solo comparativos, si no de igual forma estudios clínicos, o donde se les de seguimiento a los adolescentes.
- En el caso de los sujetos de investigación identificados en el estudio se canalizarán al servicio de trabajo social para que mediante las clínicas de tabaquismo que cuenta el instituto se logre su rehabilitación y su completa

recuperación ya que como lo dice la bibliografía, la adicción al tabaco a temprana edad, puede generar una adicción fuerte en la edad adulta.

XV. BIBLIOGRAFIA.

1. Micheli de A. El tabaco a la luz de la historia y la medicina. Archivos de cardiología de México. 2016: 85 (4): 318-322
2. Gómez P, Solís EA, Menses AJ et al, El derecho a la salud y el consumo de tabaco. Dfensor 2015 XIII (11).
3. Informe de la OMS sobre la epidemia mundial del tabaco 2019
4. El tabaquismo en México, disponible en https://www.iecs.org.ar/wp-content/uploads/Flyer_tabaquismo_MEXICO.pdf
5. Blanco A, Sandoval R, Caixeta R, et al. Informe sobre el Control del Tabaco en la Región de las Américas. A 10 años del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco. OPS, 2016
6. Rodríguez M Veiga S Ayesta FJ. El consumo de tabaco como trastorno adictivo, Manual de tabaquismo para estudiantes de ciencias de la salud. Junta de Extremadura CSD-SES, Montijo; 2008
7. Corvalan M. El tabaquismo una adicción. Rev. Chil Enferm Respi 2017;33:186-189.
8. Programa de acción específico. Prevención y atención integral de las adicciones. Secretaria de salud.
9. SS-INPS 2017. Encuesta nacional de consumo de drogas, alcohol y tabaco 2016. Consumo de tabaco, exposición al humo de tabaco de segunda mano y estrategias de control en México.
10. Herrera AM, Corvalan MP. Tabaquismo en el adolescente. Rev Chil Enferm Respir 2017; 33: 226-238.
11. Bautista F, Gómez V E, Aguilar AS, Herrador MF, Alfaro AV. Estudio de prevalencia del consumo de tabaco en estudiantes universitarios. Ed UEES. 2016.
12. Zinser JW. Tabaquismo. Rev Ciencia, 2014.
13. Día Mundial Sin Tabaco 2017. El tabaco es una amenaza para todos: protejamos la salud, reduzcamos la pobreza y promovamos el desarrollo.

- Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2017 (WHO/NMH/PND/17.2) [Internet]. Disponible en www.who.int/tobacco/wntd/es/
14. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Las Consecuencias del Tabaquismo en la Salud: 50 años de Progreso; Informe de la Dirección General de Servicios de Salud de los EE. UU. Atlanta, GA: Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud, Oficina de Tabaquismo y Salud, 2014.
 15. CENETEC Guía de Práctica clínica Prevención, diagnóstico y tratamiento del consumo del tabaco y humo ajeno en el primer nivel de atención.
 16. Botero F, Marroquin A, Leal A, et al. Sistemas electrónicos de administración de nicotina.
 17. Paz WC, Araniago N, Gutierrez E, et al. Evaluación de la dependencia física y psicológica al tabaco en fumadores mexicanos adultos. Encodat 2016.
 18. Ranney L, Melvin C, Lux L, McClain E, Lohr KN. Systematic review: Smoking cessation intervention strategies for adults and adults in special populations. *Ann Intern Med.* 2016; 145(11):845–56
 19. Higes M, Belén, Perera L Lidia. Manejo diagnóstico y tratamiento del tabaquismo en la práctica clínica diaria. *Sociedad Española de Neumología y cirugía Torácica.* 2015 30-38
 20. Halvorsen JG. Self-report family assessment. *Fam Pract Res J* 1991;11(1):21-55
 21. Gómez-Clavelina FJ, Irigoyen-Coria AE, Ponce-Rosas ER. Selección y análisis de instrumentos para la evaluación familiar. *Arch Med Fam* 1999;1(2):45-57.
 22. Gómez-Clavelina FJ, Terán Trillo M, Ponce-Rosas ER. Conceptos, Paradigmas y Práctica de la Medicina Familiar. II Coloquio Nacional de Profesores-Investigadores en Medicina Familiar. Academia Mexicana de Profesores de Medicina Familiar AC (AMPMF) Documentos de trabajo CNPI/002. México. 2002;22-24

23. Olson DH, Gorall DM. Circumplex Model of Marital and Family Systems. Normal Family Processes: Growing Diversity and Complexity. Edited by Froma Walsh. New York. 2003;514-547
24. Ponce Rosas ER, Gómez- Clavelina FJ, Terán Trillo M, et al. Validez de Constructo del cuestionario FACES III en español (México). Aten Primaria. 2002; 30(10): 624-630.
25. Ponce-Rosas ER, Gómez-Clavelina FJ, Irigoyen-Coria AE, Terán-Trillo M, Landgrave-Ibañez S, Hernández-Gómez A, Montesinos-Guerrero MR, Hernández-Soto MC. Análisis de la Confiabilidad de FACES III versión en español. Aten Primaria 1999; 23(8):479-484.
26. Thomas V, Olson DH. Problem families and the Circumplex Model: observational assessment using the Clinical Rating Scale. Jour Mar Fam Ther 1993;19:159-175.
27. Olson DH. Circumplex Model of marital and family systems. Jour Fam Ther 2000;22(2):144-167.
28. Díaz NB, García Aurrecochea R. Factores psicosociales de riesgo de consumo de drogas ilícitas en una muestra de estudiantes mexicanos de educación media. Rev. Panam Salud Pública. 2008; 24(4): 223-32.
29. Fagerström, K. O. y Schneider, N. G. Measuring nicotine dependence: A review of the Fagerström Tolerance Questionnaire. Journal of Behavioral Medicine. 12; 159-181.
30. Organización Mundial de la Salud (2010). Encuesta Mundial de Consumo en Jóvenes. [Internet] http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1748%3A2009-global-youth-tobacco-survey-gyts&Itemidcatid=1278%3Asurveillance-research&Itemid=2034&lang=es
31. Londoño C. Velasco M Gantiva C. Diseño y validación de un sistema de clasificación de fumadores a partir del C4. Informe avance proyecto institucional. Universidad Católica de Colombia. 2016
32. Camí, J. y Farre, M (2003). Mechanisms of disease drug addiction. The New England Journal of Medicine, 975-986. Doi: 10.1056/NEJM200312113492422

33. Londoño, C., Rodríguez, I., Velasco, M. y Gómez, L. Cuestionario de Creencias acerca del Consumo de Cigarrillo. No publicado.2016
34. Londoño C, Rodríguez I, Gantiva C. Cuestionario para la clasificación de consumidores de cigarrillo (C4) para jóvenes. Diversitas: Perspectivas en Psicología. 7;(2) 281-291.
35. Londoño C, Velasco M, Gantiva C. Diseño y validación de un sistema de clasificación de fumadores a partir del C4. Informe avance proyecto institucional. Universidad Católica de Colombia. 2016
36. Delgado-Quiñones E. y Martín V. Relación entre percepción de funcionalidad familiar y dependencia a la nicotina en jóvenes fumadores de 15 a 24 años. Revista Médica 6 (4), 253- 257.
37. Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos. 2017 organización Panamericana de la salud (OPS) y Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS)
38. Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.
39. Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.
40. LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES Nueva Ley DOF 05-07-2010
41. Declaración universal sobre bioética y derechos humanos tomado de http://portal.unesco.org/es/ev.php.URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html
42. Orozco M, Gomez P, Salud Mental, investigaciones y reflexiones sobre el ejercicio profesional. Vol II, Universidad de Guadalajara 2017, 188-189
43. Villarreal-Zegarra, D., & Paz-Jesús, A. Cohesión, adaptabilidad y composición familiar en adolescentes del Callao, Perú Propósitos y Representaciones, 2017 5(2), 21 - 64.
44. Yañez Ania, Leiva Alfonso, Gorreto Lucia, Et al. El Instituto la familia y el tabaquismo en adolescentes. Adicciones, 2013 25;3 253-259

XII. ANEXOS Y CEDULA DE IDENTIFICACION



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación
(padres o representantes legales de niños o personas con discapacidad)**

Asociación de la cohesión y adaptabilidad en la dependencia al tabaco en adolescentes de la umf92 en el periodo 2019.

Nombre del estudio:	Asociación de la cohesión y adaptabilidad en la dependencia al tabaco en adolescentes de la umf92 en el periodo 2019.
Patrocinador externo (si aplica) *:	No aplica
Lugar y fecha:	Ecatepec Estado de México.
Número de registro institucional:	R-2019-1401-095
Justificación y objetivo del estudio:	Estamos invitando a su hijo a participar en un protocolo de investigación que consiste en asociar la cohesión (refiere a la unión o relación estrecha entre personas) y la adaptabilidad dentro del círculo familiar, así como el hábito tabáquico en su hijo adolescente si es que existiera el mismo.
Procedimientos:	Se le entregara dos cuestionarios a su hijo, el primero de ellos relacionado a preguntas sobre el círculo familiar y el segundo relacionado con el hábito de fumar.
Posibles riesgos y molestias:	Riesgo mínimo, relacionado a incomodidad con algunos reactivos al preguntar sobre cuestiones familiares acerca de la comunicación, y el hábito tabáquico en su hijo
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	El beneficio es el adquirir conocimiento sobre el tema, tomar medidas preventivas en contra de la adicción al tabaco. Se dará una plática a los padres, así como el envío oportuno con su médico familiar, la integración a un grupo de apoyo, y se ampliarán las redes de apoyo tanto dentro de la familia como dentro de la clínica. En caso necesario se enviara incluso a trabajo social.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se le dará a conocer los resultados en forma individual y privada. Si su hijo sale, aunque sea con poca dependencia al tabaco para que sean orientados los esfuerzos a una disminución del hábito del tabaco lo que causara mayor beneficio a la salud.
Participación o retiro:	Usted es libre de decidir si su familiar participa en este estudio y podrá retirarse del mismo en el momento que lo desee sin que esto afecte la atención que recibe del Instituto.
Privacidad y confidencialidad:	Los datos personales serán codificados y protegidos de tal manera que solo pueden ser identificados por los Investigadores de este estudio o, en su caso, de estudios futuros. Garantizando el resguardo de la información.

Declaración de consentimiento:

Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

No acepto que mi familiar o representado participe en el estudio.

Si acepto que mi familiar o representado participe y que se tome la muestra solo para este estudio.

Si acepto que mi familiar o representado participe y que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros, conservando su sangre hasta por ____ años tras lo cual se destruirá la misma.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigadora o Investigador Responsable: Antonio Manrique Lizalde residente de Medicina Familiar residentevil_r@hotmail.com cel. 5529467103
 Colaboradores: DR. Mauricio Paniagua Cortez. Especialista en Medicina Familiar iegm25@hotmail.com Tel. 5545116106

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité de Ética de Investigación en Salud del CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores, México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, correo electrónico: comité.eticainv@imss.gob.mx. O al comité de ética local con la Dra. Ana Laura Guerrero, tel 5524225428.

Si durante su participación en el estudio, identifica o percibe alguna sensación molesta, dolor, irritación, alteración en la piel o evento que suceda como consecuencia de la toma o aplicación del tratamiento, podrá dirigirse a: Área de Farmacovigilancia, al teléfono (55) 56276900, ext. 21222, correo electrónico: iris.contreras@imss.gob.mx

 ombre y firma de ambos padres o tutores o representante legal

 Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

 Nombre, dirección, relación y firma

 Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

Clave: 2810-009-014



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

Carta de asentimiento en menores de edad (8 a 17 años)

Nombre del estudio: **ASOCIACIÓN DE LA COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD EN LA DEPENDENCIA AL TABACO EN ADOLESCENTES DE LA UMF92 EN EL PERIODO 2019**

Número de registro institucional R-2019-1401-095

Objetivo del estudio y procedimientos Te estamos invitando a participar en un protocolo de investigación que consiste en: Asociar la cohesión y adaptabilidad relacionado a la dependencia de tabaquismo. Realizaras un cuestionario sobre algunos datos que le tomaran 10 a 20 minutos de tu tiempo.

Hola, mi nombre es Luis Antonio Manrique Lizalde y trabajo en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Actualmente estamos realizando un estudio para conocer acerca de Cohesión y adaptabilidad relacionada a la dependencia de tabaquismo y para ello queremos pedirte que nos apoyes.

Tu participación en el estudio consistiría en contestar 2 cuestionarios para recabar información para el análisis de los datos.

Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando tus papá o mamá hayan dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas que, si en un momento dado ya no quieres continuar en el estudio, no habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema.

Esta información será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas o resultados sin que tú lo autorices, solo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio. (Si se proporcionará información a los padres, favor de mencionarlo en la carta)

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una **(x)** en el cuadrado de abajo que dice "Sí quiero participar" y escribe tu nombre. Si **no** quieres participar, déjalo en blanco.

Sí quiero participar

Nombre: _____

Nombre y firma de la persona que obtiene el asentimiento: Luis Antonio Manrique Lizalde. Residente de Medicina Familiar residentevil_r@hotmail.com cel: 5529467103 Asesor: Mauricio Paniagua Cortez ME en Medicina Familiar

Fecha: _____

Clave: 2810-009-014

Ficha de identificación		
N° de seguro Social:		Folio
Genero:		Escolaridad:
Edad:		
No. Integrantes en la familia		

FACES III (D.H OLSON, J. PORTNER E Y. LAVEE) VERSIÓN EN ESPAÑOL (MÉXICO): C. GÓMEZ Y C. IRIGOYEN

Instrucciones: Escriba en el espacio correspondiente a cada pregunta la respuesta que usted elija según el número indicado.

N°	DESCRIBA A SU FAMILIA	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1	Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí					
2	En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas.					
3	Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.					
4	Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina.					
5	Nos gusta convivir solamente con los familiares más 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 nuestra 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 con los castigos.					
11	Nos sentimos muy unidos.					
12	Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente					
13	Cuando nuestra familia se reúne para hacer algo no falta nadie					
14	En nuestra familia las reglas cambian.					
15	Con facilidad podemos planear actividades en la familia.					
16	Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.					
17	Consultamos unos con otros para tomar decisiones.					
18	En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad.					
19	La unión familiar es muy importante.					
20	Es difícil decir quien hace las labores del hogar.					

Calificación: según cohesión: 10 a 34 no relacionada, 35 a 40 semirrelacionada, 41 a 45 relacionada y 46 a 50 aglutinada. Según adaptabilidad: 10-19 rígida, 20-24 estructurada, 25-28 flexible, 29-50 caótica.

CUESTIONARIO C4

1. ¿Actualmente fuma? Sí (1) NO (0)
2. ¿Ha fumado por más de seis meses alguna vez en su vida? Sí (1) NO (0)
3. ¿Hace cuánto tiempo empezó a fumar?
- | | |
|------------------------|-------------------------|
| a. Menos de un año (1) | d. Entre 3 y 5 años (4) |
| b. Un año (2) | e. Más de 5 años (5) |
| c. Más de un año (3) | f. Más de 10 años (6) |
4. ¿Cuántos cigarrillos fuma en un día normal de consumo?
- | | |
|----------------------------|----------------------------|
| a. 10 o menos (1) | c. 21 a 30 cigarrillos (3) |
| b. 11 a 20 cigarrillos (2) | d. 31 o más (4) |
5. ¿Cuánto tarda, después de despertarse en fumar su primer cigarrillo?
- | | |
|-----------------------------|----------------------------------|
| a. Menos de 5 minutos (4) | c. Entre 31 minutos y 1 hora (2) |
| b. Entre 6 y 10 minutos (3) | d. Más de una hora (1) |
6. ¿Cómo fuma los cigarrillos?
- | |
|---------------------------------|
| a. Traga el humo (4) |
| b. Tiene el humo en la boca (2) |
7. ¿Desearía dejar de fumar? Sí NO
8. ¿Ha intentado dejar de fumar? Sí NO ¿Cuántas veces?
9. ¿Fumar le ha acarreado problemas de salud? Sí (4) NO (0)
10. Cuando deja de fumar un cigarrillo habitual, experimenta: (puede marcar el número de opciones que crea necesario)
- | | | |
|---------------------------------|-----------------------|------------------------------|
| a. Irritabilidad o ira | d. Dolor de cabeza | g. Ninguna de las anteriores |
| b. Impaciencia | e. Tensión o ansiedad | |
| c. Dificultad para concentrarse | f. Somnolencia | |
11. ¿Alguien de su familia le ha pedido que deje de fumar? Sí NO
12. ¿Algún profesional de la salud le ha sugerido que deje de fumar? Sí NO
13. ¿Encuentra difícil dejar de fumar en sitios donde está prohibido? Sí NO
14. ¿Encuentra difícil dejar de fumar aun cuando está enfermo? Sí NO
15. ¿A qué cigarrillo odiaría más renunciar?
- | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|
| a. Al primero de la mañana (4) | d. Al de después del almuerzo (2) |
| b. Al que acompaña un trago (1) | e. Al último de la noche (3) |
| c. Al de antes de un parcial (3) | |

Puntaje máximo obtenido 30
dependiente de la nicotina

Puntaje mínimo 0
no fuma y nunca lo ha probado

1-5 Puntos. Consumo Bajo
6-17 puntos. Consumo moderado
18 a 19 puntos. Inicio dependencia
30 a 50 puntos. Dependiente

Objetivo específico	Contenido temático	Estrategias y Técnica	Medios
- Conocimiento	- Introducción Conceptos y estadísticas (10 minutos)	Exposición	- Laptop
Consecuencias del consumo de tabaco en el mundo	- Impacto en la salud individual y familiar(30 minutos) -	Exposición con preguntas dirigidas	Proyector
Importancia de evitar el tabaco	Consejos básicos para cuidar la salud individual y familiar (30 minutos)	- Exposición y participación de los padres	
Impacto en la economía individual y familiar	Estadísticas sobre costos. Priorizar Sensibilización al no consumo de tabaco.	-Exposición y participación	
Cambio de hábitos y vida saludable	Beneficios de dejar el habito de fumar, así como posibles riesgos a la salud-	Exposición y participación grupal	



Toluca, México a 17 de Febrero de 2020

CONSTANCIA

Registro de Protocolo de Trabajo Terminal

Número de Registro. ESMEFA-01-0220

Nombre del Programa Académico: Especialidad en Medicina Familiar



Tema de Trabajo terminal de grado: Asociación de la cohesión y adaptabilidad en la dependencia al tabaco en adolescentes de la UMF 92 en el período 2019.

Nombre del Alumno: Manrique Lizalde Luis Antonio

No. de cuenta: 1730777

Comité de Tutores

Director: E. en M.F. Mauricio Paniagua Cortéz



DIRECCION DE
ESTUDIOS AVANZADOS

M. en A. Alfredo Mercado Velasco
Director de Estudios Avanzados

SIEA



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 1401.
H GRAL REGIONAL 196 Fidel Velázquez Sánchez

Registro COFEPRIS 17 CI 15 033 046
Registro CONBIOÉTICA CONBIOETICA 15 CEI 001 2017022

FECHA Jueves, 28 de noviembre de 2019

Dr. Mauricio Panlagua Cortes

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **ASOCIACIÓN DE LA COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD EN LA DEPENDENCIA AL TABACO EN ADOLESCENTES DE LA UMF92 EN EL PERIODO 2019** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional
R-2019-1401-095

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Dr. GENARO ÁNGEL CUAZOCHPA DELGADILLO
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1401

[Imprimir](#)

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL