



Instituto Mexicano del Seguro Social.
Delegación Veracruz Sur.
Coordinación de Educación e Investigación en Salud



Universidad Veracruzana
Residencia de Medicina Familiar

Sede: Unidad de Medicina Familiar Número 61 de Córdoba.

PARA OBTENER EL GRADO:

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

TITULO:

**RELACIÓN ENTRE MOTIVOS PARA FUMAR Y GRADO DE ADICCIÓN AL
TABACO EN ADOLESCENTES FUMADORES.**

SUBTITULO:

De la UMF Núm.61 de Córdoba, Veracruz.

Autores

*Dr. Edgar Carlos Francisco.

**Dra. Verónica Medel Ibañez

***Leo. María Dolores López Galán.

**** C.D. María Elena Garrido Amieva.

* Residente de Medicina Familiar 1. Sede Unidad de Medicina Familiar No. 61 Calle 25 Av. 6 y 4 S/N Colonia Miguel Hidalgo Córdoba, Ver. Teléfono: 71 44133 ext.412 ragde_cf@hotmail.com

**Profesor adjunto de Medicina Familiar. Calle 25 Av. 6 y 4 S/N Colonia Miguel Hidalgo Córdoba, Ver. Teléfono: 71 44133 ext.412 veronica.medel@imss.gob.mx

***Enfermera especialista en oncología. Profesor ayudante de los pasantes de enfermería en la UMF Núm.61 Calle 25 Av. 6 y 4 S/N Colonia Miguel Hidalgo Córdoba, Ver. Teléfono: 71 44133 ext.412 dolores_logan@hotmail.com .

****C.D. Profesor Titular de los pasantes de estomatología en la UMF Núm. 61. Calle 25 Av. 6 y 4 S/N Colonia Miguel Hidalgo Córdoba, Ver. Teléfono: 71 44133. Cel. 0442711331238. teruco1996@hotmail.com

INDICE

I PORTADA.....	1
II ÍNDICE.....	2
1. ANTECEDENTES.....	3
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	15
2.1 HIPOTESIS GENERAL.....	18
2.2 OBJETIVO GENERAL.....	18
2.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18
3. MATERIAL Y MÉTODOS.....	19
4. POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO.....	19
5. MUESTRA.....	19
6. CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LAS UNIDADES DE MUESTREO.....	20
7. VARIABLES: TIPO Y ESCALA DE MEDICIÓN.....	22
8. CONSIDERACIONES ETICAS DEL ESTUDIO.....	31
9. RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS DEL ESTUDIO.....	32
10. BIBLIOGRAFIA.....	33

1. ANTECEDENTES

La adolescencia es un periodo de cambios, tanto físicos como psicológicos, donde se afianzan como personas y establecen sus relaciones con los demás y con su familia. Es un periodo muy crítico donde el adolescente puede tomar diferentes caminos en función de la educación que reciba. La organización Mundial de la Salud (OMS) define: "la adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 10 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años". Por su parte investigadores como: H. L. Bee y S. K Mitchell establecen como límite de la adolescencia el periodo comprendido entre los 12 y 18 años y la juventud de los 18 a 22 años o más, en función del logro de la independencia y la culminación de los estudios^{1,2}.

La planta Tabaco cuyo nombre científico es "Nicotina Tabacum" y sus sucedáneos, en su forma natural o modificada, en las diferentes presentaciones que se utilizan para fumar, masticar o aspirar y cuya sustancia activa es la nicotina, así mismo se define tabaquismo a la dependencia o adicción al tabaco y constituye la primera causa de mortalidad evitable, uno de los problemas más importantes que ponen en riesgo no solo la salud del individuo fumador, sino también la de las personas que conviven cotidianamente con fumadores denominados fumadores pasivos, se entiende por adicción o dependencia al conjunto de fenómenos del comportamiento, cognoscitivos y fisiológicos, que se desarrollan luego del consumo repetido de una sustancia psicoactiva, mientras que adicto, es la persona con dependencia a una o más sustancias psicoactivas

3,4

La acción de la nicotina condiciona el abuso de su consumo, pues dicha sustancia como tal no es cancerígena pero sí es adictiva. El tabaco es una solanácea típica de América que posteriormente fue llevada a Europa. Los nativos de América inhalaban o masticaban la planta con nicotina para estimular el sistema nervioso central. Cuando una persona inhala el humo del cigarrillo, la nicotina que se encuentra en él, se absorbe rápidamente en el torrente sanguíneo a través de los pulmones y la mucosa oral y alcanza el cerebro en siete segundos. Una vez en el cerebro, la nicotina produce una sensación placentera que lleva al reforzamiento y a través del tiempo, a la adicción. La nicotina aumenta el estado de alerta del usuario e intensifica el desempeño mental, la frecuencia cardíaca y la presión arterial, y disminuye el flujo sanguíneo al miocardio. Esta sustancia también estimula la liberación de epinefrina, que a su vez incita al sistema nervioso central y libera beta endorfinas que pueden inhibir el dolor. El humo del cigarrillo entra al organismo por la boca y sale por ésta y por la nariz; la circulación del humo es una microagresión continua que afecta los dientes, cavidad oral, faringe, laringe, senos paranasales y parte superior del esófago, además de bronquios y pulmones. Por lo general, el humo es inhalado hacia los pulmones, donde se absorbe gran parte de la nicotina; también se absorbe, en menor medida, a través de la mucosa oral, plexos sublinguales (4 a 40 %) y de la piel, en cuyo caso la absorción es variable, dependiendo de varios factores como: la temperatura, el pH cutáneo, el grado de humedad, la higiene personal, entre otros. Además de la nicotina, el cigarrillo contiene más de 4000 sustancias que pueden causar cáncer o daños permanentes en el pulmón. El consumo de cigarrillos es la principal causa de cáncer pulmonar y también se ha asociado a neoplasias de laringe, esófago, riñón,

páncreas, estómago y cervix. Así mismo, es la principal causa de bronquitis crónica y enfisema, que constituyen la enfermedad pulmonar obstructiva crónica⁵,
6, 7.

La sociedad y la familia son parte importante del desarrollo social del adolescente, sin embargo la familia es el ámbito natural de socialización primaria de la persona, en ella se desarrollan los comportamientos, valores y creencias, modalidades afectivas y cognitivas que modularán la conducta presente de los adolescentes y futura de los jóvenes, se desarrollan actitudes y valores básicos que el individuo perfeccionará a lo largo de su existencia, por lo que se convierte en un elemento clave en el desarrollo o la prevención de factores de riesgo que influyan en la vulnerabilidad del individuo, aunque la familia juega un papel importante en el desarrollo de las conductas de los adolescentes, también las amistades y los medios de comunicación tienen influencia sobre éstos, en ocasiones superior a la de la familia⁸.

Sin embargo la familia seguirá siendo el ámbito en dónde se lleva a cabo el primer contacto con la sociedad y el lugar donde se adquieren los valores primordiales, por lo que de acuerdo a la teoría general de sistemas, la familia es un sistema dinámico sometido a un continuo establecimiento de reglas o principios, que ordenadamente relacionadas contribuyen a un fin determinado que es; reproducción, pero para alcanzar esta finalidad debe cumplir con una serie de objetivos intermedios como: Dar a todos y cada uno de sus miembros seguridad afectiva, seguridad económica, enseñar respuestas adaptativas a sus miembros para la interacción social mediante reglas, dentro de las cuales se mencionan: reglas conocidas, que son las que se han establecido explícitamente y de manera

directa y abierta al iniciarse la relación que origina la familia. Las Reglas implícitas facilitan funcionamientos “sobrentendidos” sobre los que la familia no tiene la necesidad de hablar de modo explícito^{9, 10, 11}.

A nivel de esta importante estructura social llamada familia, se origina un problema de salud pública mundial como lo es el consumo de tabaco, según la OMS, el tabaquismo representa la segunda causa principal de muerte en el mundo. En ocasiones la permisibilidad del consumo de sustancias que causan adicción en el hogar ha causado que el consumo de tabaco entre los adolescentes se haya incrementado aceleradamente, la brecha de género se está estrechando, ya que el porcentaje es ya muy similar entre ambos géneros, con el agravante de que las mujeres son más vulnerables a la adicción al tabaco y su consumo tiene serias consecuencias para su salud y la de sus futuros hijos. La magnitud del daño inducido por el tabaquismo está relacionada con el grado de adicción por el tabaquismo. En México, el 21.35% de la población son adolescentes y en el área urbana el 10.1% entre los 12 y 17 años son fumadores^{12, 13}.

La adolescencia es una etapa crítica para la salud. En esta edad las conductas de riesgo, en particular el tabaquismo, pueden minar la salud. La iniciación del tabaquismo y la experimentación temprana con el tabaco ocurren a través de una compleja combinación de variables sociales, familiares, personales y cognitivas. Entre los factores de riesgo que han mostrado fuertes relaciones con el comportamiento tabáquico se encuentran la presencia de amigos fumadores, la permisividad de consumo de tabaco en el hogar y la creencia en los beneficios de fumar. En cambio, la supervisión que ejercen los padres sobre las actividades de sus hijos, así como la creencia que tienen los jóvenes respecto de la adicción del

tabaco parecen actuar como factores protectores. Se ha reportado consistentemente que las influencias sociales son determinantes en la adicción del tabaco. En la publicación de la psicóloga Cristina Masiel Nava Flores, titulada Factores que influyen en la adicción adolescente, de marzo de 2010 cita: La probabilidad de que los adolescentes, en cuya red social inmediata se acostumbra fumar, lleguen a ser fumadores es significativamente alta, lo cual es tomado de una investigación realizada por Botvin, Baker, Goldberg, Dusenbury y Botvin, en el año de 1992. La influencia de los amigos y compañeros para que los adolescentes fumen es comúnmente la más directa y efectiva; aquellos que tienen amigos que fuman, muy probablemente lo harán también, según lo afirma la investigación realizada por Kaufman, Castrucci, Mowery, Gerlach, Emont y Orleans, en el año de 2002. En el estudio realizado con escolares por Soria-Esojo, Velasco-Garrido, Hidalgo-Sanjuán, De Luiz-Martínez, Fernández-Aguirre y Rosales-Jaldo en el año 2005, se observó que 90% de los adolescentes fumadores tenía amigos que, a su vez, fumaban.^{14, 15}

La familia en la que un niño crece contribuye significativamente a conformar su comportamiento tabáquico. Numerosas investigaciones muestran que los padres poseen algunas de las claves básicas que conducen a sus hijos a tomar la decisión de fumar. En la revista médica del Hospital General de México se publica un artículo titulado: Impacto de las características familiares sobre el consumo de tabaco en los adolescentes, publicada en el mes de febrero del 2012, donde se hace mención de una investigación con alumnos de sexto grado hecha por Griffin, Botvin, Scheier, Diaz, y Miller en el año 2000, encontraron que el monitoreo

paterno fue un factor protector para los adolescentes con respecto al consumo de tabaco. En el estudio del National Center on Addiction and Substance Abuse del 2003, se observó que los adolescentes cuyos padres estaban muy involucrados en su educación (que verificaban sus tareas, establecían horas de llegada, controlaban sus amistades, etc.) y que les proporcionaban retroalimentación positiva (por ejemplo, decirles que estaban orgullosos de ellos), tenían significativamente menos probabilidades de fumar. La interpretación que el chico hace de las sensaciones que experimenta cuando fuma sus primeros cigarrillos tiene su origen en sus esquemas cognitivos, de tal manera que sus creencias y actitudes acerca de las consecuencias del tabaco son buenos predictores de su comportamiento tabáquico. Es más probable que quienes ya fuman tengan creencias positivas acerca de fumar y menos probable que crean en los efectos negativos del cigarrillo. Creer que el cigarrillo contiene sustancias que propician la adicción disminuye el riesgo de que los chicos inicien el consumo de tabaco. Valdés-Salgado, Thrasher, Sánchez-Zamorano, Lazcano-Ponce, Reynales-Shigematsu, Meneses-González. En el 2006, al analizar los resultados de la Encuesta sobre Tabaquismo en Jóvenes efectuada en México de 2003 a 2005, encontraron que los adolescentes que pensaban que es seguro fumar por uno o dos años y que después podrían dejarlo, tuvieron casi 80% más probabilidades de resultar fumadores. Otro factor clave de riesgo tabáquico, es la tendencia a la rebeldía, la toma de riesgos y la búsqueda de sensaciones. Según Burt, Dinh, Peterson y Sarason en el año 2000 encontraron, en su estudio con alumnos del quinto grado, que la probabilidad de fumar para los niños(as) que exhibían altos

niveles de conducta de toma de riesgos era dos veces mayor que para quienes reportaban niveles bajos^{14,16,17}.

Entre los factores asociados al uso y motivo de fumar tabaco, se encuentra la existencia de leyes y normas sociales favorables al uso de drogas y disponibilidad de esas sustancias. También, diferentes factores psicosociales, como ansiedad, depresión, pobre desarrollo de las habilidades sociales, fracaso escolar, rechazo de las amistades, tendencia a la búsqueda de sensaciones nuevas e intensas, así como actitudes familiares ambiguas frente al consumo de sustancias legales e ilegales, prácticas de manejo familiar pobres e inconsistentes, conflictos familiares, bajo apego a la familia, falta de comunicación real entre padres e hijos, actitudes de sobreprotección o rígidas^{18, 19}.

Hoy se sabe que las medidas de mayor impacto para la reducción de las prevalencias de tabaquismo, particularmente en los adolescentes, son las políticas dirigidas al incremento de los precios del cigarrillo y al control de su publicidad. Si bien estas medidas son altamente costo-efectivas desde la perspectiva poblacional, no brindan herramientas en la práctica clínica para orientar la acción preventiva frente a adolescentes que se encuentren en riesgo o que cuenta con los suficientes motivos para iniciar el hábito de fumar. El desarrollo de tabaquismo en los adolescentes supone el contacto inicial con los productos que contienen nicotina, los cuales, a su vez, ejercen efectos farmacodinámicos responsables en parte de la futura adicción. Desde esta perspectiva, es posible diferenciar los factores que predisponen al uso experimental (contacto inicial), de aquellos que favorecen la adicción una vez que ocurre el contacto. Flay identificó una secuencia de cinco etapas en el proceso en el que los jóvenes se convierten en fumadores y

que a su vez incrementen su grado de adicción, así pues durante la primera etapa, o de preparación, el adolescente que nunca ha fumado desarrolla conocimientos, creencias y suposiciones sobre el hábito de fumar y lo que puede proporcionarle en el ámbito personal. El siguiente paso es probar por primera vez el tabaco, lo cual generalmente ocurre en presencia de amigos; los efectos fisiológicos (mareo, tos, sabor) y psicosociales (comentarios de amigos y reacción de los adultos) condicionan un motivo importante para el uso futuro de tabaco. El tercer estadio es la experimentación y supone el uso repetido, pero irregular, en ciertas situaciones, como fiestas o reuniones con amigos condicionando así el incremento del riesgo de iniciar con el grado de adicción, al iniciar con la sensación de “necesidad de fumar”. En el cuarto estadio el joven comienza a usar el tabaco de forma habitual, aunque no necesariamente a diario, y el último paso es el desarrollo de dependencia y adicción. De la misma manera, Flay en 1999, planteó la teoría de la influencia triádica; en ésta postula la existencia de tres grandes áreas relacionadas tanto con la decisión como con la intención final de fumar: el área biológica y de la personalidad, el entorno social y la cultura o medio ambiente. El área biológica y de la personalidad considera factores del individuo que favorecen o desfavorecen la autodeterminación o autocontrol para la toma de decisiones al asumir un comportamiento específico. El entorno social incluye la influencia de la familia y amigos, lo que en realidad se limita al ámbito cercano. El área de la cultura-ambiente involucra aspectos como patrones culturales, creencias religiosas e información y conocimiento acerca de situaciones que llevan al individuo a comportarse de manera específica, lo que para este artículo se entiende más como el entorno social.^{20, 21, 22,}

Sabiendo que la nicotina es una sustancia reconocida como adictiva por las organizaciones médicas internacionales, la adicción a la nicotina se establece con rapidez, muchos fumadores jóvenes subestiman el riesgo así pues existen factores propios del individuo como: Los factores genéticos están principalmente relacionados con el desarrollo de adicción al tabaco; sin embargo, no todas las personas genéticamente predispuestas llegarán a ser adictas a la sustancia, los patrones de inhalación (profundidad, duración, exhalación, movimientos respiratorios) modifican el tiempo de retención de la sustancia en el pulmón y, con esto, la exposición total a la nicotina. La edad también es un factor determinante en generar el grado de adicción. Es poco probable que las personas que se abstienen del tabaquismo en la adolescencia o los primeros años de vida adulta lleguen a ser fumadores. La inmensa mayoría de los fumadores empiezan a serlo antes de los 25 años, y, a menudo, en la niñez o la adolescencia, por este motivo, las intervenciones preventivas se deben iniciar antes de la adolescencia. Algunos factores asociados con la edad son el conocimiento restringido sobre los efectos nocivos y el carácter adictivo de la sustancia. Adicionalmente, fumar puede llevar implícito el cumplimiento de expectativas sociales creadas por grupos o por la publicidad: “hacer lo que otros hacen, expresar rebeldía, autonomía y libertad, tranquilizarse, estimularse, sentir placer, disipar la sensación de aburrimiento o soledad”. En niños y adolescentes, la relación entre déficit de atención, trastornos de hiperactividad y tabaco es lineal, pues haber tenido estas condiciones en la infancia incrementa la probabilidad de ser fumador regular en la vida adulta. También existe evidencia consistente sobre el efecto de la restricción de la

publicidad en la reducción de la probabilidad de inicio de tabaquismo y en el promedio de cigarrillos consumidos en la población joven^{18, 23, 24}.

En México, según la encuesta nacional de adicciones, 25% de los estudiantes que nunca han fumado son susceptibles de empezar a fumar el siguiente año, por lo que se trata de una población que está en riesgo potencial de experimentar con tabaco. Una revisión sobre las variables que han sido ampliamente asociadas a intento o motivaciones, experimentación, consumo regular y consumo actual de tabaco en adolescentes a nivel familiar muestra que son las siguientes: número de miembros fumadores en la familia, percepción de los adolescentes de que los padres tienen actitudes permisivas hacia el fumar y aprobación parental de fumar^{25, 26, 27}.

La detección de personas con tabaquismo o exposición al humo de tabaco ajeno debe realizarse en la población usuaria de los servicios de salud, con solo indagar si fuma, esto debe ir seguido de una valoración médica completa para conocer su historial de tabaquismo, su motivación, detección de complicaciones. Actualmente en el Sistema de Salud no existe un instrumento metodológico, basado en evidencias científicas de las mejores prácticas, nacionales e internacionales, que guíe el que hacer del profesional de la salud para llevar a cabo acciones de prevención y tratamiento del consumo de tabaco en especial en la población adolescente de los servicios de salud, que contribuya a contener este problema de salud pública. Se han utilizado encuestas para la recopilación de datos, por ejemplo la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) que tiene como objetivo principal generar información epidemiológica que facilite el estudio del consumo de tabaco, entre otras drogas y permita conocer la magnitud del problema entre la

población de 12 a 65 años. La ENA tiene como antecedentes la Encuesta sobre adicciones realizada en el años de 1974 por el Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia (CEMEF). Además, la Secretaría de Salud ha realizado encuestas similares quinquenalmente desde 1988. En 1980, un estudio sobre 3 408 estudiantes de 89 escuelas en el Distrito Federal mostró que 23 por ciento consumía tabaco habitualmente y 46 por ciento en forma eventual.^{28,29}

El cuestionario de Tolerancia de Fagerström fue desarrollado por Fagerström en 1978, con el objetivo de conocer el grado de dependencia a la nicotina de los sujetos fumadores. En México este instrumento fue validado por E. Becoña y F.L. Vázquez en 1998. Villarreal-González en 2009 realizó una adaptación en la codificación del instrumento ya que la versión original está dirigida exclusivamente a fumadores y no a población abierta por lo que se agregó a todos los ítems una opción de 0 para diferenciar a los sujetos consumidores de los no consumidores. La versión original, Fagerström Tolerance Questionnaire (FTQ 1978) contenía 8 ítems. Posteriormente en 1991, Heatherton. Propusieron la supresión de 2 ítems (cantidad de nicotina que contiene sus cigarrillos y si el paciente se traga o no el humo). De este modo, surgió el Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND), cuestionario de 6 ítems que analiza la cantidad de cigarrillos consumidos por el paciente, la compulsión por fumar y la dependencia nicotínica. Los ítems se contestan de dos modos diferentes: 4 de ellos son de respuesta dicotómica (si o no) y los otros 2 se responden según una escala tipo Likert de 4 puntos (0 a 3 puntos). La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones obtenidas en cada ítem y oscila de 0 a 10 puntos. Se considera dependencia baja si la calificación es de 4 puntos o menos: dependencia moderada si es de 5 ó 6 puntos

y dependencia alta si es de 7 puntos o más. Su aplicación puede ser: Individual o colectiva, con un tiempo estimado de aplicación de 7 minutos. Está dirigido a población de 11 a 20 años. El cuestionario de “motivo para fumar” incluido en la Guía de Práctica Clínica: Prevención, diagnóstico y tratamiento del consumo del tabaco y humo ajeno en el primer nivel de atención, que tiene como población blanco adolescentes de 13-18 años, adulto, adulto mayor. El cuestionario consta de 28 preguntas asignadas con las letras del alfabeto, con tres opciones de respuesta cada pregunta: Muy frecuentemente con 3 puntos, ocasionalmente 2 puntos y nunca 1 punto. La puntuación de 0-5: no es motivo, de 11-15 es motivo importante y de 6-10 es motivo muy importante ^{30, 31}.

Como se ha hecho ver en renglones anteriores, el tabaquismo es una enfermedad adictiva crónica, una “pandemia” que afecta a todos los grupos étnicos y no tiene fronteras ni límites de género, edad, estrato sociocultural o religión. En la actualidad, el consumo de tabaco es uno de los principales problemas de salud pública no sólo por su magnitud en número de sujetos afectados. ³²

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

El consumo de tabaco en la actualidad se presenta como un fenómeno creciente con una gran diversidad de factores que intervienen en su aparición y desarrollo. Cuando se trata de explicar los motivos por los cuales los adolescentes consumen el tabaco, se observa una gran cantidad de factores que contribuyen a conformar un cuadro favorable para el curso de conductas desviadas como el consumo de cigarrillo. Así existen factores inherentes al tabaquismo y grado de consumo del mismo: individuo, familia, comunidad y sociedad en general. Ninguno por separado podría explicarse por sí mismo.

Es de suma importancia el conocimiento de este fenómeno en la actualidad, ya que se ha convertido en un problema de salud pública por los estragos que ha ocasionado, entre otras, por lo que se plantea la necesidad de buscar alternativas efectivas para identificar y prevenir, no sólo concentrarse en las estadísticas de prevalencia. A su vez las políticas públicas y los programas diseñados por entes oficiales tienden a ser inefectivos e inocuos, ya que no actúan decididamente sobre los orígenes, como sería el sistema familiar como núcleo y primer contacto con la sociedad. En la medida que se identifiquen las raíces del consumo de tabaco se podrán desarrollar acciones orientadas a atacar sus causas.

Esta investigación surge con la finalidad de describir el grado de adicción al tabaquismo, los factores asociados su consumo proporcionándonos información referente al sistema familiar, relaciones sociales, así como la importancia que estos tienen en la predisposición al consumo y grado de tabaquismo, esta investigación busca promover el desarrollo de actividades y de una metodología que ayude a construir un modelo de “política” orientado a la mejoría y/o solución

del consumo de tabaco en la población adolescente del COBAEV Plantel 12 adscritos a la Unidad de Medicina Familiar Núm. 61. Por lo anterior nos hacemos la siguiente pregunta de investigación.

PREGUNTA DEL PROBLEMA

¿Cuál es relación entre los motivos para fumar y el grado de adicción al tabaco en adolescentes fumadores de la Unidad de Medicina Familiar Núm. 61?

2.1 HIPOTESIS GENERAL:

Existe una relación directa entre motivos para fumar y grado de adicción al consumo de tabaco en adolescentes fumadores de la Unidad de Medicina Familiar Núm. 61

2.2 OBJETIVO GENERAL:

Determinar cuál es la relación entre los motivos para fumar y el grado de adicción al consumo de tabaco en adolescentes fumadores de la Unidad de Medicina Familiar Núm. 61

2.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1- Identificar al adolescente consumidor de tabaco de la Unidad de Medicina Familiar Núm. 61
- 2- Identificar el grado de motivos para fumar en adolescentes fumadores de la Unidad de Medicina Familiar Núm. 61
- 3- Identificar el grado de adicción al consumo de tabaco en adolescentes fumadores de la Unidad de Medicina Familiar Núm. 61
- 4- Identificar si el género influye en la relación entre los motivos para fumar y el grado de adicción al consumo de tabaco en adolescentes fumadores de la Unidad de Medicina Familiar Núm. 61
- 5- Identificar si la edad influye en la relación entre los motivos para fumar y el grado de adicción al consumo de tabaco en adolescentes fumadores de la Unidad de Medicina Familiar Núm. 61

3. MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO DEL ESTUDIO: Descriptivo, analítico, transversal.

4. POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO

POBLACIÓN: Todo alumno que esté inscrito en el Colegio de bachilleres del Estado de Veracruz (COBAEV) Plantel 12 de Córdoba, Ver.

LUGAR DEL ESTUDIO: Colegio de bachilleres del Estado de Veracruz (COBAEV) Plantel 12 de Córdoba, Ver.

TIEMPO: Enero a Diciembre del 2013

5. MUESTRA:

El muestreo se realizara por conveniencia, ya que se ingresaran al estudio todos los alumnos inscritos en el Colegio de Bachilleres del Estado de Veracruz (COBAEV) Plantel 12 de Córdoba, Ver. Turno Matutino. Aplicando la Encuesta Nacional de Adicciones 2002, para identificar al adolescente fumador y posteriormente aplicar el cuestionario Fagerström y el cuestionario de Motivo de tabaquismo para la obtención de los resultados.

6. CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LAS UNIDADES DE MUESTREO

CRITERIOS DE INCLUSION:

Adolescentes fumadores de 15 a 19 años de edad.

Adolescentes fumadores de 15 a 19 años de edad, inscritos en el Colegio de Bachilleres del Estado de Veracruz Plantel 12 de Córdoba, Ver.

Adolescentes de 15 a 19 años de edad, que cuenten con consentimiento informado autorizado por parte del padre o tutor.

Adolescentes fumadores de 15 a 19 años de edad, que acepten participar en el proceso de investigación.

CRITERIOS DE NO INCLUSION:

Adolescentes que estén fuera del rango de edad de 15 a 19 años.

Adolescentes que no acepten participar en el estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Encuestas que no estén contestadas al 100%.

Adolescentes fumadores de 15 a 19 años de edad, que no se encuentren al momento de la aplicación de los instrumentos de medición.

Adolescentes de 15 a 19 años de edad, que no cuenten con carta de consentimiento informado firmada por parte del padre o tutor en los menores de 18 años de edad.

Adolescentes fumadores de 15 a 19 años de edad que a pesar de contar con la autorización del padre o tutor para participar en el estudio, el alumno se niegue a realizar la encuesta.

7. VARIABLES: TIPO Y ESCALA DE MEDICIÓN.

VARIABLE1

Grado de adicción al consumo de tabaco en el adolescente fumador

TIPO DE VARIABLE: Cualitativa

DEFINICIÓN CONCEPTUAL:

Se entiende por adicción o dependencia al conjunto de fenómenos del comportamiento, cognoscitivos y fisiológicos, que se desarrollan luego del consumo repetido de una sustancia psicoactiva, mientras que adicto es la persona con dependencia a una o más sustancias psicoactivas, en individuos en rango de edad de 10 a 19 años, que a decir de la OMS corresponde a la adolescencia, se entiende por fumador a aquella persona que tiene el hábito de fumar.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Para fines de este estudio se tomarán en cuenta los resultados que se obtengan al aplicar el Test de Fagerström modificado (para detectar la dependencia a la Nicotina) el cual fue desarrollado por Fagerström en 1978, validado en México por E. Becoña y F.L. Vázquez en 1998, adaptado a población abierta por Villareal-González en 2009. El cuestionario consta de 6 ítems que analizan la cantidad de cigarrillos consumidos por el paciente, la compulsión por fumar y la dependencia nicotínica. Los ítems se contestan de dos modos diferentes: 4 de ellos son de respuesta dicotómica (si o no) y los otros 2 se responden según una escala tipo Likert de 4 puntos (0 a 3 puntos). La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones obtenidas en cada ítem y oscila de 0 a

10 puntos. Se considera dependencia baja si la calificación es de 4 puntos o menos: dependencia moderada si es de 5 ó 6 puntos y dependencia alta si es de 7 puntos o más. Test dirigido a población de 11 a 20 años.

TIPO DE ESCALA: Ordinal

INDICADORES:

Se considera dependencia baja si la calificación es de 4 puntos o menos:

Dependencia moderada si es de 5 o 6 puntos

Dependencia alta si es de 7 puntos o más.

VARIABLE 2

Motivos para fumar en el adolescente fumador.

Definición conceptual: La palabra motivo deriva del latín *motivus*, que significa causa del movimiento, por lo que entendemos por motivo al señalamiento o énfasis que se descubre en una persona hacia un determinado medio de satisfacer una necesidad, creando o aumentando con ello el impulso necesario para que ponga en obra dicha acción. En individuos en rango de edad de 10 a 19 años, que a decir de la OMS corresponde a la adolescencia, se entiende por fumador a aquella persona que tiene el hábito de fumar.

DEFINICIÓN OPERACIONAL:

Para fines de este estudio se tomará en cuenta los resultados que se obtengan al aplicar el "cuestionario de motivo" tomado de la Guía de Práctica Clínica

Prevención, diagnóstico y tratamiento del consumo del tabaco y humo ajeno en el primer nivel de atención²⁸.

TIPO DE VARIABLE: Cualitativa

TIPO DE ESCALA: Ordinal

INDICADORES:

Se considera No motivo a un puntaje de 0-5

Motivo muy importante de 6-10

Motivo importante 11-15

VARIABLE 3

Edad:

Definición conceptual: Se define como tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.

DEFINICIÓN OPERACIONAL:

Periodo referido en años por el adolescente al momento del registro.

TIPO DE VARIABLE: Cuantitativa

TIPO DE ESCALA: Razón

INDICADORES:

15 a 16 años de vida

VARIABLE 4

Sexo:

Constitución orgánica que hace la diferencia del femenino con el masculino..

DEFINICIÓN OPERACIONAL:

Para fines de este estudio el sexo se tomara en cuenta para evidenciar la prevalencia que existe en ambos.

TIPO DE VARIABLE: Cualitativa

TIPO DE ESCALA: Razón

INDICADORES:

Masculino

Femenino

PROCEDIMIENTO:

Previa autorización del comité local de investigación y autoridades correspondientes, se someterá a revisión el protocolo de estudio; una vez aceptado se solicitará las facilidades para la realización del mismo.

Se acudirá al Colegio de Bachilleres del Estado de Veracruz No. 12 de Córdoba, Veracruz en el turno matutino, una vez notificado a las autoridades escolares correspondientes, la muestra se seleccionará de la siguiente manera: Se les explicará a los alumnos en qué consistirá el estudio y previo consentimiento informado del padre o tutor en caso de ser menor de edad, en mayores de edad sólo se solicitará su autorización, el investigador procederá a la aplicación de la Encuesta Nacional de Adicciones 2002 (ENA) para la identificación de los adolescentes fumadores. Posteriormente la aplicación de la encuesta de motivo y del test de Fagerström modificado.

Los resultados obtenidos se capturarán en una base de datos del programa SPSS versión 18 donde se incluirán los datos obtenidos para su análisis.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los resultados serán expresados de acuerdo al tipo de variable, en porcentajes y proporciones, realizando un análisis estadístico descriptivo e inferencial.

8. CONSIDERACIONES ETICAS:

En las investigaciones en que participen seres humanos es indispensable su consentimiento informado por escrito. Es importante indicar si los procedimientos propuestos están de acuerdo con las normas éticas, el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud y con declaración de Helsinki enmendada en 1989 y códigos y normas internacionales vigentes de las buenas prácticas de investigación clínica.

Todos los procedimientos están de acuerdo con lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Título Segundo, Capítulo I, Artículo 17, Fracción II. ³³

9. RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS DEL ESTUDIO

RECURSOS HUMANOS

1 médico residente

2 médicos especialistas en medicina familiar

RECURSOS MATERIALES

500 hojas

1 computadora

1 impresora

5 sacapuntas

5 lápices

5 lapiceros

Artículos factuales

RECURSOS FINANCIEROS

Recursos propios del investigador.

10. BIBLIOGRAFIA

1. Álvarez JJ. Características del desarrollo psicológico de los adolescentes. Revista Digital Enovación y experiencias educativas. 2010; 28(1)
2. Domínguez GL. La adolescencia y la juventud como etapas del desarrollo de la personalidad. Boletín Electrónico de investigación de la Asociación Oaxaqueña de Psicología. 2008; 4(1):69-76.
3. Suarez N, Campos PE. Prevalencia y percepción del riesgo del tabaquismo en el área de salud del policlínico "Dr. Jorge Ruiz Ramírez". Revista cubana de salud pública. 2010; 36(2):125-131.
4. Buja A, Guarnier E, Forza G, Tognazzo F, Sandona P, Zampieron A. Socio-demographic factors and processes associated with stages of change for smoking cessation in pregnant versus non-pregnant women. 2011;11(3)
5. García MN, Rivera MG, García FJ, Parra, Lira H. Tabaquismo y cáncer bucal: una revisión teórica: artículo de revisión. Rev. Med UV. 2010.
6. Reardon JZ, Environmental Tabacco smoke: respiratory and other health effects. Clin Chest Med. 2007; 28(1):559-573.
7. Fantin B, García HD, Factores familiares, su influencia en el consumo de sustancias adictivas. Ajayu. 2011;9(2):193-214
8. García RR, Varona PP, Hernández SM, Chang RM, Bonet GM, García PR. Influencia Familiar en el tabaquismo de los adolescentes. Vigilancia en Salud. 2008;1(1)
9. Gonzales GJM. La Familia Como sistema. Revista Papeña de Medicina Familiar 2007;4(6):111-114.

10. Cintrón BF, Walters P, Serrano GI, Cambios ¿Cómo influyen en los y las Adolescentes de familias Reconstruidas?, Revista Interamericana de Psicología 2008; 42(1):91-100.
11. Calleja N, Pick S, Reidl L, González F. Programa de prevención de tabaquismo para mujeres adolescentes. Salud mental. 2010; 33(1):419-227.
12. Herrera LL, Ruíz GJ, Gómez A, Rodríguez OA. Prevalencia de tabaquismo y grado de adicción a la nicotina en adolescentes de una escuela preuniversitaria urbana de Morelia. Revista Cubana de Pediatría 2008;80(4)
13. Calleja N, Aguilar J. Porque fuman las adolescentes: Un modelo estructural de la intención de fumar. Adicciones. 2008; 20(4):387-394.
14. Buja A, Guarnieri E, Forza G, Sandona P, Zampieron A. Socio-demographic factors and processes associated with stages of change smoking cessation in pregnant versus non-pregnant women. Women's Health; 2011; 11(3).
15. Flores N, Factores que influyen en la adicción adolescente, en contribución a las Ciencias Sociales. Marzo 2010. Disponible en: <http://www.eumed.net/rev/ccss/07/cmnf.htm>
16. Ando M, Asakura T, Ando S, Simons B. Psychosocial factors associated with smoking and drink among Japanese early adolescent boys and girls: Cross-sectional study. 2007;1(13): 1-10.
17. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Quick Reference Guide for Clinicians, MD: US. Department of Health and human Services. Public health Service. April 2009. Disponible en <http://www.surgeongeneral.gov/tobacco>

18. Lavielle SP, Sánchez PP, Pineda AV, Amancio CO. Impacto de las características familiares sobre el consumo de tabaco en los adolescentes. *Revista Médica del Hospital General de México*; 2012;75(2): 84-89.
19. Pérez M A, Martínez F, Rendón OM, Álvarez NC, Jiménez PI, Mesa GI. Motivaciones para el consumo de tabaco entre los adolescentes de un instituto urbano. *Gaceta Sanitaria* 2012;26(1):51-57
20. Alba HL. Factores de riesgo para iniciar el consumo de tabaco. *Revista Colombiana de Cancerología*; 2007; 11(4): 250-257.
21. Pérez-Milena A, Leal FJ, Jiménez I. Evolución del consumo de sustancias tóxicas entre los adolescentes de una zona urbana (1997-2001). *Aten primaria*. 2007; 39(1):299-304.
22. Ghafouri N, Hirsch JD, Heydari G, Morello C M, Kuo G M, Sing R F. Waterrpipe smoking among health sciences university student in Iran: perceptions, practices and patterns of use. *Biomedcentral*. 2011;1(4):1-7.
23. Lando HA, Hipple BJ, Muramoto M. El tabaco es un problema que afecta a los niños en el mundo entero. *Boletín de la organización Mundial de la Salud*. 2010;88:2
24. Arillo SE, Thrasher J, Rodríguez BR, Chávez AR, Ruiz VS, Lazcano PE. Susceptibilidad al consumo de tabaco en estudiantes no fumadores de 10 ciudades mexicanos. *Salud Pública de México*; 2007; 49(2):S170-S181.
25. Horn K, Dino G, Branstetter SA, Zhang J, Kelly G, Noerachmanto N, Tworek C. A. A profile of teen smokers who volunteered to participate in school-based smoking intervention. *Biomed Central*. 2008; 4(6)

26. Guzmán FR, Ramos LS, Alonso CM, Almanza SE, López GK, Ibarra GCP. Depression and psychoactive substances consumption in Mexican college undergraduates. Invest Educ Enferm. 2011; 29(3): 442-450.
27. Días M, Jiménez R, Recomendaciones de Buena Práctica Clínica- SEMERGEN 2009.35(1):29-38
28. Prevención, diagnóstico y tratamiento del consumo de tabaco y humo ajeno, en el primer nivel de atención. México: Secretaría de Salud; 2009.
29. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e informática. Encuesta Nacional de Adicciones ENA-2002. Disponible en <http://www.inegi.gob.mx>
30. Guías clínicas Sociodrogalcohol basadas en evidencias. Tabaquismo 2007. Disponible en: http://www.sociodrogalcohol.psiquiatria.com/psimgdb/archivo_doc9618.pdf
31. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid. Guía de Actuación para el abordaje del Tabaquismo en Atención Primaria del Área 3. Disponible en: <http://madrid.org/sanidad>
32. Ponciano-Rodríguez G, Morales-Ruiz A. Evaluación del Programa de tratamiento de la Cesación del Tabaquismo en la clínica de la Facultad de Medicina de la UNAM. Salud pública de México 2007;49(2): S247-S256.
33. The International Response to Helsinki; VI The WAR, Declaration of Helsinki, on Ethical-Principles for medical Research Involving Human Subjects as adopted by the 52 WMA General Assembly, Edeimburg, October 2000.