

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)

Facultad de Medicina de San Fernando

E.A.P. Medicina Humana



Tesis para optar el título de Médico – Cirujano

***Factores de riesgo para el consumo
de tabaco en una población de
adolescentes escolarizados***

AUTOR: Angel Orlando Rabines Juárez

ASESOR: Dr. Miguel Angel Vera Flores

***Docente Auxiliar del Departamento de Salud Pública y
Medicina Preventiva***

Marzo del 2002

INDICE

RESUMEN

CAPÍTULO I: INTRODUCCION

Marco Teórico

Definición Conceptual

Objetivos

Finalidad

CAPITULO II: METODOLOGÍA

Tipo de Estudio

Universo y Muestra

Variables

Metodos, Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

Tabulacion y analisis de Datos

CAPITULO III: RESULTADOS

CAPITULO IV: DISCUSIONES

CAPITULO V: CONCLUSIONES

CAPITULO VI: RECOMENDACIONES

BIBLIOGRAFIA

ANEXO

LUGAR DE REALIZACIÓN DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio fue realizado en tres centros educativos ubicados en distritos urbanomarginales de Lima Metropolitana. Estos fueron el centro educativo Túpac Amaru ubicado en Villa María del Triunfo, el centro educativo La Alborada Francesa ubicado en Comas y el centro educativo Los Educadores ubicado en San Luis.

Tales centros educativos son de administración pública, poseen alumnos de ambos sexos en los cinco años de educación secundaria distribuidos en secciones de aproximadamente 35 alumnos cada una.

En ellos no existía cuando se inició el presente estudio un programa preventivo elaborado y destinado a la reducción del consumo de tabaco u otras drogas.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la presencia de entorno tabáquico y/o disfunción familiar como factores de riesgo para el consumo de tabaco en una población de adolescentes escolarizados de centros educativos nacionales de zonas urbano-marginales en Lima Metropolitana.

Diseño: Estudio cuantitativo, descriptivo transversal.

Sujetos: El grupo de casos estuvo formado por 603 adolescentes que admitieron el consumo de tabaco. El grupo control estuvo formado por 826 adolescentes pertenecientes a uno de los tres centros educativos de donde fueron obtenidos los casos.

La muestra fue obtenida por método no probabilístico por conveniencia en la primera fase y por el método probabilístico por conglomerados en la segunda.

Métodos: Instrumento: Cuestionario autoelaborado, autoadministrado, semiestructurado y anónimo.

Resultados: La percepción de tabaquismo en mejor amigo OR: 2.75 (1.9-3.97), hermano OR:2.14 (1.54-2.97) y en compañeros OR: 1.91 (1.48-2.49) fueron los factores de riesgo independientemente más importantes en el entorno alrededor del adolescente. La desintegración familiar es un factor de riesgo importante OR 1.66 (1.31-2.11) sólo cuando los dos padres están ausentes. La existencia agresión física entre padres OR 1.44 (1.10-1.89) y agresión física al adolescente son los factores de riesgo independientemente relacionados al consumo de tabaco en los adolescentes.

Conclusiones: En los adolescentes existen múltiples factores asociados al consumo de tabaco, que de manera independiente no tienen asociaciones fuertes. Esto sugiere que la elaboración de las medidas de prevención deben abarcar más de un aspecto que incluye el entorno fumador y la violencia intrafamiliar.

Palabras claves: tabaquismo, adolescentes, entorno tabáquico, disfunción familiar

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

I. MARCO TEÓRICO

El consumo de tabaco o tabaquismo representa uno de los problemas de salud pública más importantes a nivel de los países desarrollados y de manera emergente en los países en desarrollo⁽¹⁾. Involucra los diversos niveles de atención en salud, además de comprometer otros ámbitos de la sociedad.

Es un problema de salud pública, porque constituye la principal causa previsible de enfermedad^(2,3) y muerte prematura^(4,5,10). Las enfermedades atribuibles al tabaco abarcan un amplio espectro: el cáncer de pulmón, enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas⁽⁶⁾, etc. tanto en fumadores y no fumadores (o llamados también fumadores activos y pasivos, respectivamente). Es ahora reconocido el riesgo al que están expuestos éstos últimos^(7,8). Además podemos considerar que el feto es un fumador pasivo⁽⁹⁾, consecuentemente se observa un incremento de la morbimortalidad en las periodos prenatales, neonatales, niñez e infancia, cuestión que llevará acaso a la presencia de enfermedades cronicodegenerativas en poblaciones cada vez más jóvenes y que demanden recursos humanos y logísticos de mayor costo.

Las muertes atribuibles al tabaco en los países desarrollados se estiman cercanas al 15%⁽¹⁰⁾ mientras que en los países en desarrollo los estimados llegan al 3.7%. Sin embargo, en América Latina no existen sistemas de registro adecuados que nos permitan valorar su verdadera magnitud, aunque debemos considerar que el 30% de su población adulta es

fumadora⁽¹⁾. En el Perú, a mediados de los 90, en la población entre los 12 y 50 años existía un 31.7 % de fumadores⁽¹¹⁾.

La cantidad de información respecto a las repercusiones en la salud de los fumadores activos y pasivos ha hecho que la Organización Mundial de la Salud califique al tabaquismo como una pandemia^(12,13,14,15), también recomienda que la lucha antitabáquica esté dentro de las políticas de intervención de los diferentes programas de salud y en las legislaciones de los países⁽¹³⁾. En el Perú la lucha antitabáquica se encuentra enmarcada dentro de los programas de salud mental, en la que intervienen el Estado a través del Ministerio de Salud, el Ministerio de Educación y organizaciones no gubernamentales. En los diferentes países, especialmente en los desarrollados, se han elaborado políticas destinadas a reducir el consumo: incremento de tasas impositivas, restricción de su venta, restricciones en la publicidad^(16,17,18,19,20,21). Sin embargo, la lucha antitabáquica encuentra algunos óbices tales como los intereses de la industria tabacalera. Las empresas tabacaleras, basadas en la identificación de poblaciones en riesgo de consumo, han elaborado diversas estrategias, éstas incluyen el patrocinio de eventos sociales, culturales y deportivos^(22,23); campañas de desinformación ante las evidencias científicas del daño producido por el tabaco⁽²⁴⁾; a pesar de que algunas empresas tabacaleras conocían ya desde hace mucho tiempo la capacidad adictiva de la nicotina⁽²⁵⁾. Existe evidencia que los recursos empleados superan significativamente el presupuesto de los programas de lucha contra el tabaco⁽²⁴⁾.

La población adolescente es el blanco de todas las estrategias de la industria tabacalera^(22,23), porque ella constituye la etapa más vulnerable para iniciar el consumo de

sustancias tóxicas⁽²⁶⁾; por ejemplo, en los Estados Unidos el 80% de las personas que consumen tabaco lo hicieron por primera vez antes de los 18 años⁽¹⁶⁾, en el Perú el 76.9% de los varones y el 57% de las mujeres lo hicieron entre los 12 y 18 años⁽¹¹⁾. La prevalencia de tabaquismo entre la población adolescente está entre el 40% y 49% en países como España^(27,28); 34.5% en Estados Unidos^(25,30) y 36.3% en el Perú⁽¹¹⁾, observándose una fuerte tendencia a la homogeneización entre ambos sexos y a una disminución en la edad de inicio.^(11,27,28,30)

Estas tendencias globales pueden ser resultado de la fuerte campaña que realizan las empresas tabacaleras para hacer que los adolescentes fumen, por lo tanto, es posible suponer que las medidas preventivas existentes aún son ineficientes.

Haciendo un análisis más meticuloso del problema es necesario considerar que el consumo de tabaco en la adolescencia es el resultado de múltiples factores, los cuales no necesariamente han sido determinados como causales. Se han identificado diferentes factores de riesgo: biológicos⁽³¹⁾, psicológicos⁽³²⁻³⁹⁾, familiares^(30,38,40-43), sociales⁽⁴⁴⁻⁴⁵⁾. Entre ellos destacan la presencia de los psicopatológicos (los más frecuentes son los trastornos afectivos⁽³⁵⁾) el entorno de amigos o padres fumadores⁽⁴⁶⁻⁵²⁾, y la existencia de disfunción familiar^(40,52). Muchos de estos factores asociados han sido obtenidos por estudios descriptivos transversales, mas en los últimos años se han incrementado los esfuerzos para la realización de estudios longitudinales, que si bien precisan de mejor manera, todavía no son suficientes para elaborar medidas de prevención efectivas.

Es obvio que si se reconocen los factores de riesgo podrán elaborarse políticas adecuadas, siempre y cuando sean dirigidas a la modificación de aquello que pueda ser modificable.

Las medidas incluyen fundamentalmente la identificación de patología psiquiátrica, la mejora de las relaciones entre padres e hijos y el fortalecimiento personal ante la presión del entorno.

La prevención del consumo de tabaco y otras drogas es obligación del Estado y de la sociedad en general. En la sociedad, los llamados a dirigir tales acciones son los entes decisorios, incluyendo a instituciones públicas y privadas, de manera principal las instituciones educativas⁽⁴⁴⁾ ¿Qué se conseguirá? : una disminución en las tasas de mortalidad en la población joven⁽⁴⁾, reducción de los años potencialmente perdidos^(5,10) y una reducción de las consultas ambulatorias e ingresos hospitalarios^(2-6,10).

II. DEFINICIÓN CONCEPTUAL

- 1. Características sociodemográficas: Son el conjunto de características biológicas, socioeconomicoculturales que están presentes en la población sujeta a estudio, tomando aquellas que puedan ser medibles.*
- 2. Entorno tabáquico: Presencia de un fumador o fumadores de cualquier modalidad en los diversos medios donde se desenvuelva el sujeto.*
- 3. Hogares disfuncionales: Es aquella familia que posee un conjunto de características que alteran el desarrollo biológico, psicológico y social normales de un sujeto.*
- 4. Consumo de tabaco o tabaquismo: Acto consistente en el haber fumado por lo menos alguna vez un cigarrillo o una fracción de él.*

III. OBJETIVOS

1. General

- *Establecer si la existencia de los factores estudiados representan un factor de riesgo para el consumo de tabaco.*

2. Específicos

- *Determinar la existencia de consumo de tabaco y algunas de sus características.*
- *Determinar las características sociodemográficas de los sujetos bajo estudio.*
- *Determinar la existencia de entorno tabáquico alrededor del sujeto de investigación.*
- *Determinar la presencia de hogares disfuncionales en los sujetos investigados.*

IV. FINALIDAD

Es sabido que el tabaquismo es uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial, que involucra los diversos niveles de atención en salud y posee repercusiones en otras áreas del desarrollo humano. También es conocido que el hábito suele adoptarse antes y durante la adolescencia, su inicio precoz precede de manera significativa al uso de otras drogas ilegales, además, el tabaquismo posee un efecto facilitador sobre el desarrollo de otras adicciones. Asimismo el tabaquismo es uno de los factores de riesgo mejor reconocido en un amplio espectro de enfermedades que afectan

tanto al consumidor como al que lo rodea. Si bien existen tentativas por reducir la morbimortalidad de dichas afecciones, el consumo de tabaco es cada vez más creciente y precoz, siendo posible que en los próximos años enfrentemos un perfil epidemiológico que los sistemas de atención en salud no sean capaces de satisfacer. Pese a esto, la información disponible acerca de los factores de riesgo y su influencia para el consumo de tabaco es escasa y no muy precisa en nuestro país. Es perentoria la identificación e influencia de tales factores, esto permitirá la elaboración de medidas de prevención eficaces, efectivas y eficientes. Con tal intención se ha diseñado el presente estudio.

CAPÍTULO II: METODOLOGÍA

I. TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo,, transversal.

II. UNIVERSO Y MUESTRA

1. Universo: La población adolescente escolarizada que cursa los años primero, segundo y tercero de educación secundaria pertenecientes a centros educativos de administración pública en zonas urbanomarginales de Lima Metropolitana durante el año académico 2001.

2. Muestra

2.1 Unidad de muestreo: Los centros educativos

2.2 Tipo de muestreo:

Primera fase: Muestreo no probabilístico por conveniencia.

Segunda fase: Método probabilístico por conglomerados, luego por estratos proporcionales. Se considerará como estrato el centro educativo, asignándose la muestra de manera proporcional al número de secciones por año de estudios (unidad de muestreo: año de estudios). Para cada estrato se procederá a la elección de la muestra usando el azar simple.

2.3 Unidad de observación: Los adolescentes escolarizados inscritos y que cursen el primero, segundo y tercer año de educación secundaria en tres centros

educativos de Lima Metropolitana durante el año académico 2001 al inicio del estudio.

2.4 Tamaño total de la muestra: Al aplicarse las técnicas de muestreo se obtuvieron 611 sujetos en el grupo caso (consumo de tabaco positivo) y 828 sujetos en el grupo control elegibles; después de aplicar los criterios de inclusión y exclusión se obtuvo para el análisis 603 en el grupo caso y 826 en el grupo control.

3. Criterios de inclusión

3.1. Sujetos inscritos en los centros educativos seleccionados que cursen el primero, segundo y tercer año de educación secundaria cuyas edades estén comprendidas entre 11 y 18 años al inicio del estudio.

3.2. Aquéllos que de manera voluntaria acepten llenar el instrumento.

3.3. Aquéllos que estén presentes en todas las observaciones realizadas.

3.4. Aquéllos que de manera correcta y sin omisiones completen el instrumento.

4. Criterios de exclusión

4.1 Aquéllos que muestren respuestas contradictorias o discordantes entre las preguntas planteadas en el instrumento.

4.2 Aquéllos cuyos instrumentos presenten discordancias en las diferentes etapas de observación y supervisión.

III. VARIABLES

1. Intervinientes:

1.1 Factores o características sociodemográficas

- a) ***Biológicos***
- b) ***Edad: Tiempo en años cumplidos al momento de la encuesta según la propia referencia del sujeto.***
- c) ***Sexo: El referido por el sujeto en el instrumento de evaluación. Se distingue entre femenino y masculino.***

1.2 Factores socioeconomicoculturales

- a) ***Número de miembros que viven con el sujeto: Número de personas que residen habitualmente en el domicilio según referencia del propio sujeto.***
- b) ***Grado de instrucción de los jefes de familia: Instrucción máxima alcanzada al momento del inicio del estudio según lo referido por el propio sujeto. Se hace la distinción entre sin educación, primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta, secundaria completa en primer grupo, y en otro los que poseen educación superior: técnica y universitaria.***
- c) ***Ocupación del jefe de hogar: Se precisa si el jefe de hogar, en el momento del estudio, es desempleado o no.***
- d) ***Existencia de servicios básicos completos.***

2. Independientes

2.1 Entorno tabáquico:

Naturaleza: cualitativa

Escala: nominal

Dimensiones: existencia en padre, madre, hermanos, mejor amigo, compañeros o profesores.

Valores: sí, no

Indicador: identificación de la existencia por parte del sujeto

Fuente: declaración propia del sujeto investigado

Definición operacional: Se expresará en afirmativo o negativo en cada dimensión según la declaración del sujeto investigado.

2.2 Hogares disfuncionales

Naturaleza: cualitativa

Escala: nominal

Dimensiones: hogares desintegrados (ausencia paterna, ausencia materna o de ambos), estado civil de los padres, violencia intrafamiliar (discusiones entre padres, agresión física entre padres, agresión física al menor por parte de los padres).

Valores: sí, no

Indicador: identificación de su existencia por parte de sujeto

Fuente: declaración propia del sujeto investigado

Definición operacional: Se expresará en afirmativo o negativo en cada dimensión según la declaración del sujeto investigado.

3. Dependientes

3.1 Consumo de tabaco:

Naturaleza: cualitativa

Escala: nominal

Dimensiones: existencia

Valores: sí, no

Indicador: identificación de la existencia por parte del sujeto

Fuente: declaración propia del sujeto investigado.

Definición operacional: Se expresará en afirmativo (por tal motivo el sujeto se denominará caso) o negativo (por tal motivo el sujeto se denominará control), según la declaración del sujeto investigado.

IV. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El método de recolección empleado fue la encuesta. Se realizó a través de un cuestionario estructurado y elaborado en base a instrumentos validados para la identificación de casos^(27,49-51,54), destinado a la obtención de respuestas sobre el problema en estudio y características del investigado a partir del propio sujeto en cuestión.(Ver anexo 1)

Procedimiento de recolección de datos: Los cuestionarios fueron autoadministrados a los sujetos investigados para su llenado de manera conjunta y simultánea en las diferentes secciones, en los ambientes donde desarrollan sus actividades académicas con

presencia de los profesores (mas sin su participación activa). Esto se desarrolló previo consentimiento de las autoridades educativas e investigadores.

El recojo de datos fue llevado a cabo por personal previamente seleccionado y capacitado. Esta capacitación incluyó algunos aspectos de recolección de datos, abordaje de los investigadores, codificación del instrumento (según manual de codificación), conocimiento y familiarización con el instrumento, identificación de posibles errores, problemas o dificultades en la elaboración y aplicación del instrumento y realización de una prueba piloto realizada en un centro educativo diferente de similares características a los que fueron seleccionados en el estudio. Esta capacitación estuvo coordinada exclusivamente por el investigador.

El proceso de recolección se efectuó en dos fases:

La primera fase destinada a elegir la muestra en la población general y determinar sus características sociodemográficas (variables que fueron controladas).

La segunda fase, a la identificación de casos (fumadores) y no fumadores (controles) a partir de la muestra recogida. Ver anexo 1.

Como mecanismos de control de calidad inmediato, los encuestadores realizaron

1° Las aclaraciones pertinentes y la verificación del llenado íntegro y legibilidad del instrumento.

2° La supervisión de los encuestadores por parte del investigador.

Como mecanismos de control de calidad y confiabilidad mediatos (responsabilidad del equipo investigador) se procedió a:

1º Depuración de aquellos instrumentos con información discordante, con omisiones o ilegibilidad..

2º Verificación de datos y respuestas en una submuestra elegida al azar.

V. TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

1. Tabulación

2. Una vez recogidos y depurados los datos, la información fue volcada en una base de datos realizada en EPI info 6.0. Para su procesamiento se empleo el paquete estadístico SPSS 9.00

Las variables fueron categorizadas de manera estratificada (por existencia de consumo) en:

- a) Características sociodemográficas de la población*
- b) Entorno tabáquico*
- c) Existencia de hogares disfuncionales.*

2. Análisis de datos

En la primera fase de, el análisis fue descriptivo: se usó distribución de frecuencias, porcentajes, promedios, desviación estándar y prevalencia para la determinación de la magnitud y características de las variables en estudio.

Una vez obtenido los grupos casos y controles (por la existencia de consumo de tabaco: fumadores y no fumadores, respectivamente) se empleó como prueba de significación estadística al chi cuadrado para determinar si ambas eran estadísticamente comparables en

las variables sociodemográficas. Todas aquellas variables que fueron estadísticamente significativas pasaron a formar parte de uno de los modelos elaborados para el ajuste final. En la fase final se creó dos modelos de regresión logística múltiple cuya variable dependiente era el consumo de tabaco en los adolescentes. Como variables independientes en el primer modelo se tomó la identificación de fumadores y, se incluyó a la edad, sexo y existencia de servicios básicos para el ajuste final de los odds ratio de cada una de las variables estudiadas.. En el segundo modelo las variables independientes fueron algunas características del entorno familiar que fueron agrupadas según se obtuviera una bondad de ajuste adecuada, aquí se incluyó también a la edad, sexo y existencia de servicios básicos para el ajuste final. Se consideró como valor estadísticamente significativo $p < 0.05$ con un intervalo de confianza de 95% obtenidos en el modelo por la prueba de X^2 Wald; para las asociaciones entre las variables independientes y consumo de tabaco se determinó el odds ratio con intervalos de confianza al 95% para establecer el poder de relación expresándose también los valores ajustados de acuerdo a los modelos creados.

ASPECTOS ÉTICOS

Toda la información obtenida procede de aquellos sujetos que expresamente dieron su consentimiento oral tras la exposición de los objetivos del estudio.

Toda la información recogida es estrictamente confidencial y de exclusivo manejo por parte del grupo investigador. Los resultados son expresados de manera estratificada o global sin distinción de personas e instituciones.

CAPÍTULO III: RESULTADOS

Características sociodemográficas de los casos y controles

Un total de 603 personas fueron categorizadas como fumadores (según nuestra definición CASOS) , pertenecientes a cada uno de los tres centros educativos participantes. Un total de 826 personas fueron categorizadas como no fumadores (según nuestra definición CONTROLES), pertenecientes a los mismos centros educativos de donde fueron incluidos los casos. El lugar de nacimiento, el número de personas que habitan en la vivienda, grado de instrucción del jefe de hogar y la ocupación del jefe de hogar no tuvieron diferencias estadísticamente significativas. Por el contrario, otras características como la edad ($p<0.001$), sexo ($p<0.001$) y existencia de servicio básicos completos ($p=0.001$) fueron estadísticamente significativas por lo que fueron incluidas en el modelo. La tabla 1 muestra en detalle las características sociodemográficas entre ambos grupos.

Entorno tabáquico

De los 603 sujetos pertenecientes al grupo de casos, en orden descendente de frecuencia identificaron como fumadores al padre (30.34%), compañeros (30.34%), hermano (17.74%), mejor amigo (17.08%), madre (13.10%) y profesores (12.43%) encontrándose diferencias estadísticamente significativas comparando cada variable con el grupo control ($n=826$), a excepción de la identificación de profesor fumador ($p=0.6969$).

Haciendo el ajuste del odds ratio, acorde al análisis de regresión logística, se obtuvo en orden de importancia, que la percepción de tabaquismo en el mejor amigo, hermano o

compañeros fueron de manera independiente los factores asociados con un incremento del riesgo de consumo de tabaco. Ver la tabla n°2 para mayor detalle de la influencia del entorno tabáquico.

Disfunción familiar

En aquellas familias desintegradas, la ausencia materna o paterna de manera independiente no tuvieron diferencias estadísticamente significativa entre ambos grupos. La conjunción de ambas variables estuvo asociada con una mayor probabilidad de consumo OR: 1.66 (1.31-2.11).

Además un estado civil en los padres diferente a ser casado o conviviente estuvo asociado con un incremento en la probabilidad de consumo de tabaco en sus hijos adolescentes, OR 1.45 (1.13-1.87). Ver tabla n°3.

El 52.73% de los casos refirieron la existencia de discusiones entre aquellas personas que se desempeñan como jefes de hogar que comparado al 40.31% de los pertenecientes al grupo control dio como resultado una diferencia estadísticamente significativa ($p=0.0036$). Encontrándose a su vez que en un 32% de los casos y 19.49% de los controles se refiere la existencia de violencia física entre padres, diferencia estadísticamente significativa ($p=0.0073$).

La declaración de haber sido agredido físicamente por los progenitores o quienes desempeñen el papel de jefe de hogar fue expresada en el 63.01% de los casos mientras que

47.94% de los controles realizaron tal afirmación. Esta diferencia también fue estadísticamente significativa entre ambos grupos ($p=0.0004$).

Tras la realización del ajuste del odds ratio, en orden de importancia, los factores que estuvieron asociados con un riesgo mayor de consumo de tabaco fueron la agresión física al menor y la agresión física entre los jefes de hogar. Los detalles son mostrados en la tabla n°3.

Tabla N°1: Características sociodemográficas

<i>VARIABLE</i>	<i>CASOS (n=603)</i>	<i>CONTROLES (n=826)</i>	<i>ñ</i>
<i>Edad (años)^a</i>	<i>13.9 ± 1.34</i>	<i>13.2 ± 1.22</i>	<i><0.001</i>
<i>Sexo</i>			
<i>masculino</i>	<i>364 (60.36)</i>	<i>374 (45.27)</i>	<i><0.001</i>
<i>femenino</i>	<i>239 (39.63)</i>	<i>452 (54.72)</i>	
<i>Lugar de nacimiento</i>			
<i>Lima</i>	<i>518 (85.90)</i>	<i>722 (87.4)</i>	<i>0.407</i>
<i>Provincias</i>	<i>85 (14.09)</i>	<i>104 (12.59)</i>	
<i>Número de personas en casa</i>	<i>6.85 ± 3.35</i>	<i>6.73 ± 3.46</i>	<i>0.429</i>
<i>Servicios básicos</i>			<i>0.009</i>
<i>Completos</i>	<i>541 (89.71)</i>	<i>702 (84.98)</i>	
<i>Incompletos</i>	<i>62 (10.28)</i>	<i>124 (15.01)</i>	
<i>Grado de instrucción del jefe del hogar</i>			<i>0.106</i>
<i>Educación básica</i>	<i>343 (56.88)</i>	<i>505 (61.13)</i>	
<i>Educación superior</i>	<i>260 (43.11)</i>	<i>321 (38.86)</i>	
<i>Ocupación del jefe del hogar</i>			<i>0.236</i>
<i>Desempleado</i>	<i>63 (10.44)</i>	<i>71 (8.59)</i>	
<i>Empleado</i>	<i>540 (89.58)</i>	<i>755 (91.40)</i>	

a. Los valores expresan la media ± desviación estándar.

Los demás valores expresan las frecuencias colocándose entre paréntesis los porcentajes.

Tabla N°2: Percepción de entorno tabáquico

VARIABLE	CASOS (n=603)	CONTROLES (n=826)	ODDS RATIO NO AJUSTADO	ODDS RATIO AJUSTADO ^a	\tilde{n} ^b
Padre	183 (30.34)	193 (23.36)	1.43 (1.13 - 1.81)	1.35 (1.05 - 1.75)	0.0188
Madre	79 (13.10)	68 (8.23)	1.68 (1.19 - 2.37)	1.52 (1.06 - 2.18)	0.0246
Hermano	107 (17.74)	74 (8.95)	2.19 (1.6 - 3.01)	2.14 (1.54 - 2.97)	<0.001
Mejor amigo	103 (17.08)	50 (6.05)	3.2 (2.24 - 4.56)	2.75 (1.9 - 3.97)	<0.001
Compañeros	183 (30.34)	152 (18.4)	1.98 (1.55 - 2.53)	1.91 (1.48 - 2.49)	<0.001
Profesores	75 (10.43)	71 (8.59)	1.51 (1.07 - 2.13)	1.08 (0.74 - 1.56)	0.6969

Los valores expresan las frecuencias y los incluidos entre paréntesis los porcentajes.

Los valores de odds ratio son expresados con un intervalo de confianza al 95% (IC 95%).

a: Valores ajustados acorde al análisis de regresión logística. La variable dependiente en el modelo es el consumo de tabaco. Otras variables incluidas fueron la edad ($\tilde{n} < 0.001$), sexo ($\tilde{n} < 0.001$) y existencia de servicios básicos ($\tilde{n}=0.009$). Como variables independientes la percepción en padre, madre, hermano, mejor amigo, compañeros y profesores.

b: a partir de X^2 Wald.

Los demás valores expresan las frecuencias colocándose entre paréntesis los porcentajes.

TABLA N°3: Disfunción familiar

VARIABLE	CASOS (n=603)	CONTROLES (n=826)	ODDS RATIO NO AJUSTADO	ODDS RATIO AJUSTADO ^a	\tilde{n} ^b
<i>Familia desintegrada</i>					
Ausencia paterna	131 (21.72)	197 (23.84)	0.87(0.69 - 1.14)	1.12 (0.84 - 1.51)	0.4151
Ausencia materna	40 (6.63)	93 (11.25)	0.56 (0.38 - 0.82)	0.87 (0.46 -1.66)	0.6806
Ausencia ambos padres	191 (31.67)	80 (21.79)	1.66 (1.31 - 2.11)	0.47 (0.2 - 1.89)	0.0782
<i>Estado civil</i>					
Soltero/separado/divorciado/viudo	173 (28.68)	171 (20.70)	1.54 (1.21 - 1.97)	1.45 (1.13 - 1.87)	0.0036
<i>Violencia intrafamiliar</i>					
Discusiones entre padres o jefes del hogar	318 (52.73)	333 (40.31)	1.65 (1.37 - 2.04)	1.35 (1.07 - 1.71)	0.0120
Agresión física entre padres o jefes de hogar	193 (32.00)	161 (19.49)	1.94 (1.53 - 2.48)	1.44 (1.10 - 1.89)	0.0073
Agresión al adolescente	380 (63.01)	396 (47.94)	1.85 (1.49 - 2.29)	1.52 (1.21 - 1.92)	0.0004

Los valores expresan las frecuencias y los incluidos entre paréntesis los porcentajes.

Los valores de odds ratio son expresados con un intervalo de confianza al 95% (IC 95%).

a: Valores ajustados acorde al análisis de regresión logística. La variable dependiente en el modelo es el consumo de tabaco. Otras variables incluidas fueron la edad ($\tilde{n} < 0.001$), sexo ($\tilde{n} < 0.001$) y existencia de servicios básicos ($\tilde{n} = 0.009$). Como variables independientes la percepción en padre, madre, hermano, mejor amigo, compañeros y profesores.

b: a partir de χ^2 Wald.

Los demás valores expresan las frecuencias colocándose entre paréntesis los porcentajes.

CAPÍTULO IV: DISCUSIONES

La validez externa del estudio puede estar afectada por la técnica de muestreo empleada, ya que esta no es una muestra representativa de la población adolescente escolarizada. Empero, es una muestra relativamente grande y seleccionada al azar entre tres centros educativos de administración pública localizados en distritos urbanomarginales de Lima Metropolitana. Además, a juicio del investigador los procesos entre los factores subyacentes estudiados en los sujetos son comunes a otros individuos en la población en general.

La autodeclaración del consumo de tabaco es reconocida también como una posible limitación que se intento minimizar a través del anonimato de las encuestas y la confidencialidad en los procesos de administración. A pesar de lo precitado múltiples estudios demuestran la validez y fiabilidad de la técnica empleada^(17,49-51,53)

La validez interna del presente estudio es una característica importante que puede haberse conseguido con el control de variables.

La vida del adolescente se desenvuelve en una vorágine de cambios biopsicosociales que lo llevan a experimentar múltiples situaciones que comportan riesgo, entre ellas el uso de tabaco.

La existencia de un entorno tabáquico es una factor de riesgo reconocido⁽⁴⁶⁻⁵²⁾. El reconocimiento de tabaquismo en el entorno familiar: padre, madre o hermanos per se, se relaciona significativamente con el tabaquismo en los adolescentes, resultados congruentes con otros estudios prospectivos⁽⁵⁰⁾; sin embargo, a excepción de la

identificación de un hermano fumador, estas asociaciones no son muy fuertes. Pero debemos considerar que son los padres las personas que deberían tener la responsabilidad de educar a sus hijos de los deletéreos efectos del tabaquismo.

La existencia de un hermano fumador fue un factor de riesgo significativo congruente con observaciones previas halladas en múltiples estudios descriptivos ^(48, 50, 51).

Un factor que de manera independiente se encontró asociado significativamente, es la percepción de consumo en el mejor amigo y en los compañeros, hecho observado en numerosos estudios, ^(29,49-51, 53) explicado según algunos autores por la influencia que ejerce en grupo en las etapas iniciales de la adolescencia y que se diluye conforme el adolescente madura y que en el presente fueron factores de riesgo con mayor poder. Cabe resaltar que gran parte de la muestra se encuentra en la fase de adolescencia temprana.

Por el contrario, un factor que no se encontró asociado de manera significativa es la percepción de tabaquismo en los profesores, resultado contrario a lo descrito por Villalbi⁽⁴⁹⁾ y Barruecos⁽⁵⁸⁾. Sin embargo, se considera relevante su percepción por los adolescentes, ya que son los profesores instrumentos potenciales de las estrategias dirigidas a la prevención de tabaquismo.

En el modelo multivariado de regresión logística, las variables estudiadas relacionadas al entorno (a excepción de la percepción de profesores fumadores), aportan de manera significativa al modelo. Un entorno familiar (padre madre o hermano), entorno social (mejor amigo o compañeros) sí se encuentran asociados significativamente como lo describen Pinella⁽⁵³⁾, Ashley⁽⁵⁶⁾ y Kurtz.⁽⁵⁷⁾

Es ampliamente reconocida la importancia de la dinámica familiar como elemento base en el desarrollo integral del individuo. Aquellas condiciones disímiles a los patrones subjetivos de “normalidad” han sido reconocidos como factores predictores de psicopatología en la población adolescente⁽³²⁻³⁹⁾ . Tales condiciones reconocidas en múltiples estudios fueron analizadas de manera independiente e incluidas en un modelo cuya variable dependiente era el consumo de tabaco.

La integridad familiar fue el primer factor considerado. Se catalogó como factor de riesgo a la familia desintegrada, situación que se dio cuando el padre o la madre estuvieron ausentes. Este factor común en las zonas urbanomarginales de las grandes ciudades no tuvo una asociación significativa con el consumo de tabaco en esta muestra de manera independiente. Una cuestión interesante a considerar es que si existe conjunción de ausencia paterna y materna el riesgo sí es significativo. Investigaciones futuras deberían estar dirigidas a precisar el porqué de la desintegración (embarazos precoces, edad de los padres, migración, abandono, muerte, etc), que a priori serían otros factores intervinientes en el desarrollo de tabaquismo.

Un factor que va de la mano a la integridad familiar es el estado civil de los padres; la existencia de un relación que involucra algún tipo de compromiso entre los progenitores parece disminuir la probabilidad de aparición de consumo de tabaco. La separación o el divorcio de los padres han sido descritos como fenómenos que anteceden a conductas violentas en los adolescentes, éstas incluyen entre otras al consumo de sustancias tóxicas (tabaco, por ejemplo). Sin embargo estas variables per se en este estudio no se encontraron

asociados significativamente, debido tal vez a que su influencia se relaciona más al proceso que con el fenómeno^(59-61,63-64,66).

La violencia intrafamiliar posee tal vez los más perniciosos efectos en el desarrollo del individuo⁽⁶³⁻⁶⁸⁾. Múltiples estudios la han relacionado ciertos patrones de conducta como delincuencia juvenil, criminalidad, promiscuidad y abuso de sustancias tóxicas^(45,65-67).

En el presente estudio, algunos aspectos relacionados a violencia intrafamiliar identificados, en orden de importancia, fueron: la agresión física al adolescente por parte de los jefes de hogar, agresión entre los jefes de hogar, estuvieron fuertemente relacionados al consumo de tabaco en los adolescentes.

Tales variables representan en los modelos elaborados, los factores de riesgo con mayor poder de asociación. Empero, tales factores poseen múltiples características que no fueron determinadas en este estudio como son el inicio y tiempo de exposición, intensidad, etc.

Finalmente, los diversos factores de riesgo identificados per se, no poseen un poder de asociación muy alto. Deben reconocerse como parte de un complejo sistema con múltiples interacciones bidireccionales entre sus componentes y que el presente estudio no ha abordado en su totalidad. Aun cuando el problema tiene un fondo biológico bien reconocido⁽³¹⁾, los factores identificados son potencialmente abordables de una manera simple, pudiendo su modificación o reforzamiento frente a éstos repercutir de manera positiva en este sistema.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES

- 1. El entorno tabáquico familiar es un factor de riesgo para el consumo de tabaco en los adolescentes.*
- 2. La presencia en el entorno de un hermano o mejor amigo fumador representan los factores de riesgo más importantes para el consumo de tabaco en los adolescentes.*
- 3. La violencia física intrafamiliar, ya sea entre padres o de padres a hijos, es dentro de las características familiares, el factor de riesgo más importante para el consumo de tabaco.*
- 4. La gran parte de los factores de riesgo reconocidos incrementan la posibilidad de consumo de tabaco sólo cuando están presentes de manera conjunta.*
- 5. El consumo de tabaco constituye un problema presente en algunas de nuestras poblaciones adolescentes y es el resultado de múltiples factores.*

CAPÍTULO VI: RECOMENDACIONES

- 1. Desarrollar proyectos de investigación que profundicen cada uno de los aspectos relacionados al problema, elaborando simultáneamente los programas de intervención en base a resultados obtenidos y que deben tener una aplicación periódica.*
- 2. La ejecución de tales medidas deben tener como escenario la comunidad, siendo los centros educativos el lugar ideal para su ejecución, pues se hace uso de recursos ya existentes.*
- 3. Los programas a desarrollarse deben dirigirse tanto a estudiantes como a padres e incluir el reconocimiento de la magnitud del tabaquismo, sus repercusiones, el fortalecimiento a la presión del entorno, disminución de un entorno tabáquico, mejoramiento de las relaciones intrafamiliares.*
- 4. Hacer partícipes de los programas desarrollados a padres, escolares, educadores y otros profesionales de la salud, resaltando el papel que desempeña cada uno en el problema*

BIBLIOGRAFÍA

1. *Novotny T., Nicholls E., Restrep H. Tobacco or health: Staus in the Americas, 1992. Bull Pan Amer Health Org; 26(2). 1992*
2. *Barendregt J.,Bonneux L., Van der Maas P. The health care costs of smoking. N Engl J Med 1997; 337: 1052-7*
3. *Wagner EH., Curry S., Grothaus L., Saundres K., McBrideC. The impact of smoking and quitting on health care use. Arch Inter Med 1995; 85: 48-54*
4. *Montella N., Borrell C., Brugal M., Plasencia A.Evolución de la mortalidad de los jóvenes de la ciudad de Barcelona: 1983-1993. Med Clin (Barc) 1997; 108:241-7*
5. *Rodríguez R., Bueno A., Pueyos A., Espigares M., Martínez M., Gálvez R. Morbilidad, mortalidad y años perdidos atribuibles al tabaco. Med Clin (Barc) 1997; 108: 121-7*
6. *González J., Villar F., Banegas J., Rodríguez F., Martín J. Tendencia de la mortalidad atribuible al tabaquismo en España, 1978-1992: 600000 muertes en 15 años. Med Clin (Barc) 1997; 109:577-82*
7. *Jarvis MJ., Goddard E., Higgins V. Feyerabend C., Bryant A., Cook D. Children´s exposure to passive smoking in England since the 1980s: cotinine evidence from population surveys. BMJ 2000; 321: 343-5*
8. *Nogué S. Niños frente al humo: un combate desigual. Med Clin (Barc) 1997; 108:16-18.*
9. *Kutteh WH. Recurrent pregnancy loss: an update. Curr Opin Obstet Gynecol 1999 Oct; 11(5): 435-9*

10. *Centers for Disease Control (CDC). Smoking-attributable mortality and years of potential life lost- United States 1984. MMWR 1997; 46: 444-51.*
11. *Rojas M y Castro De la Matta R. Epidemiología de drogas en población urbana peruana-1995. Trabajos monográficos CEDRO 1997.*
12. *Organización Mundial de la Salud. Declaración de Yakarta “Sobre la Promoción de la salud en el siglo XXI” Adoptado en la Cuarta Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, Julio 21-25, 1997. Yakarta- Indonesia.*
13. *Organización Panamericana de la Salud. El ambiente legislativo y de políticas relacionado con la salud del adolescente en América Latina y el Caribe. Junio de 1999 Washington DC,USA*
14. *Organización Mundial d la Salud. Convenio Marco de la Lucha Antitabáquica . 24 de mayo de 1999.*
15. *Toma T. WHO holds hearings on tobacco control treaty. BMJ 2000; 321: 980*
16. *Centers for Disease Control (CDC). Addition of prevalence of cigarette smoking as a Nationally Notifiable Condition- June 1996. JAMA, Jul 17, 1996; 276(3): 184*
17. *Rigotti N., Difranza J., Chang Y., Tisdale T., Kemp B., Singer D. The effect of enforcing tobacco-sales laws on adolescents´ acces to tobacco and smoking behavior. N Engl J Med 1997; 337: 1044-51.*
18. *Kessler D., Barnett P., Witt A., Zeller M, Mande J., Shultz W. The legal and scientific basis for FDA´s assertion of jurisdiction over cigarettes and smokeless tobacco. JAMA. 1997; 277: 405-9*

19. *Gostin L. FDA regulation of tobacco advertising and youth smoking. JAMA. 1997; 277: 410-8*
20. *Forster J, Wolfson M. Youth acces to tobacco. Policies and Politics. Annu Rev Public Health 1998. 19: 203-35*
21. *Chaloupka FJ. Macrosocial influences: the effects of prices and tobacco-control policies on the demand for tobacco products. Nicotine Tob Res 1999; 1 Suppl 1: S105-9.*
22. *Feighery E., et al. Seeing, wanting, owning: the relationship between receptivity to tobacco marketing and smoking susceptibility in young people. Tob Control 1998 Summer; 7(2): 123-8.*
23. *MacFayden L., Hasting G., MacKintosh. Cross sectional study of young people´s awareness of and involvement with tobacco marketing. BMJ 2000; 322: 513-7*
24. *King J and Yamey G. Why lournals should not publish articles funded by the tobacco industry. BMJ 2000; 321:1074-6*
25. *Report of the Committe of Experts on Tobacco Industry Documents. “Tobacco Company strategies to undermine tobacco control activities at the World Health Organizations”. July 2000.*
26. *Oliveros Calvo, S. La adolescencia: un terreno abonado para las toxicomanías. Med Clin (Barc) 1995; 104: 777-9*
27. *Villalbi JR., Nebot M., Ballestín M. Los adolescentes ante las sustancias adictivas: tabaco, alcohol y drogas no institucionalizadas. Med Clin (Barc) 1995; 104: 784-8.*
28. *Mendoza R. El consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en los adolescentes escolarizados españoles. Gac Sanit 1998; 12: 263-271*

29. *Centers for Disease Control (CDC). Youth tobacco surveillance - United States, 2000. MMWR 2001; 50: SS4.*
30. *Hansen MA., et al. Youth risk behavior survey: the Alaskan perspective. Int J Circumpolar Health 1998; 57 Suppl 1: 642-7*
31. *Staling MC., et al. A twin study of drinking and smoking onset and latencies from first use to regular use. Behav Genet 1999 Nov; 29 (6): 409-21.*
32. *Black DW., Zimmerman M, Coryell WH. Cigarette smoking and psychiatric disorder in a community sample. Am Clin Psychiatric 1999 Sep; 11 (3): 129-36*
33. *Kelly C., MacCreadie RG. Smoking habits, current symptoms, and premorbid characteristics of schizophrenic patients in Nithsdale, Scotland. Am J Psychiatry 1999 Nov; 156(11): 1751-7*
34. *Hudziak JJ., Boffeli TJ., Bataglia MM., Stanger C., Guze SB., Kriesman JJ. Clinical study of relation of borderline personality disorder to Briquet's syndrome (hysteria), somatization disorder, antisocial personality disorder, and substance abuse disorder. Am J Psychiatry 1996 Dec; 153(12): 1589-60*
35. *Sonntag H., et al. Are social fears and DSM-IV social anxiety disorder associated with smoking and nicotine dependence in adolescents and young adults? Eur Psychiatry 2000 Feb; 15(1): 67-74*
36. *Comín E., Torrubia R., Mor J. Relación entre personalidad, actitudes y consumo de alcohol, tabaco y ejercicios en escolares. Gac Sanit 1998; 12:255-62*

37. *Lynskey MT., Fergusson DM. Childhood conduct problems, attention deficit behaviors, and adolescent alcohol, tobacco, and illicit drug use. J Abnorm Child Psychol 1995 Jun; 23(3): 281-302*
38. *Miller P. Family structure, personality, drinking and illicit drug use: a study of UK teenagers. Drug Alcohol Depend 1997 Apr 14; 45 (1-2): 121-9*
39. *Escobedo LG; Reddy M; Du Rant RH. Relation between cigarette smoking and health risk and problem behaviors among adolescents. Arch Pediatr Adolesc Med 1997 Jan; 151(1): 66-71*
40. *Challier B.,Chau N., Predine R., Choquet M., Legras B. Associations of family environment and individual factors with tobacco, alcohol, and illicit drug use in adolescents. Eur J Epidemiol 2000 Jan; 16(1): 33-42*
41. *Davis RD. Improving the treatment of tobacco dependence. BMJ 2000; 321: 311-2*
42. *Wakefield MA., Chaloupka F., Kauffman N., Orleans C., Barker D. Effect of restrictions on smoking at home, at school, and public places on teenage smoking: cross sectional study. BMJ 2000; 321: 333-7*
43. *Wolfinger NH. The effects of parental divorce on adult tobacco and alcohol consumption. J Health Soc Behav 1998 Sep; 39(3): 254-69*
44. *Karlsen S.,Rogers A., Mac Carthy M. Social environment and substance misuse: a study of ethnics variation among inner London adolescents. Ethn Health 1998 Nov; 3(4); 265-73*
45. *Anda RF., et a. Adverse childhood experiences and smoking during adolescence and adulthood. JAMA 1999 Nov 3; 282 (17): 1652-8*

46. *Menares J.,Thiriote E.,Aguilera-Torres N. Factor related to the potential risk of trying an illicit drug among high school students in Paris. Eur J Epidemiol 1997 Oct 13(7): 787-93*
47. *Hawthorne G. Preteenage drug use in Australia: the key predictors and school-based drug education. J Adolesc Health 1997 May; 20 (5); 384-95*
48. *Alvarez FJ.; Vellisco A.; Calderon E.; Sánchez J.; Del Castillo D.; et al. Tabaquismo escolar en la provincia de Sevilla. Epidemiología e influencia del entorno personal y social (campana de prevención del tabaquismo 1998-1999). Arch Bronconeumol 2000 Mar; 36(3): 118-23*
49. *Villalbi JR., Vices R., Nebot M., Díez E., Ballestín M. El tabaco y los escolares: contexto, opiniones y comportamiento. Med Clin (Barc) 1998; 110: 579-81*
50. *Díez E. El inicio del consumo de tabaco en escolares: estudio transversal y longitudinal de los factores predictivos. Med Clin (Barc) 1998; 110:334-9*
51. *Pérula L., Ruiz R.,Lora N., Mengual P., Rodríguez F., Espejo J. Consumo de tabaco entre la población escolar. Factores relacionados. Gac Sanit 1998; 12:249-253*
52. *Londoño JL. Factores relacionados al consumo de tabaco de cigarrillos en escolares adolescentes de la ciudad de Medellín. Bol of Sanit Panam 111(2), 1992.*
53. *Pinilla J., et a. Smoking un young adolescents: an approach with discrete choice models. J Epid and Com Health 2002; 56: 227-32.*
54. *Comín E., Torrubia R. Mor J., Villalbí JR., Nebot M. Fiabilidad de un cuestionario autoadministrado para investigar el nivel de ejercicio, y el consumo de tabaco y alcohol entre escolares. Med Clin (Barc) 1997; 108: 293-98.*

55. *Grizenko N. Review of studies of risk and protective factors for psychopatology in children. Can J Psychiatry 1992; 37: 711-21.*
56. *Ashley M., Cohen J., Ferrence R., Bull S., Bondy S., et al. Smoking in the home: changing attitudes and current paractices. Am J Public Health 1998 May; 88(5): 797 - 800.*
57. *Kurtz M., Kurtz J., Johnson S., Beverly E. Exposure to enviromental tobacco smoke- perceptions of African American children and adolescents. Prev Med 1996 May-Jun; 25(3): 286-92.*
58. *Barruecos M., Hernández-Mezquita MA., Jiménez Ruiz C; Torrecilla M., Vega MT., Vega MT., Garrido E. Allergol Inmunopathol (Madrid) 2000 Jul; 28(4): 219-24*
59. *Rodgers B., Black DW, Zimmerman M, Coryell WH . Parental divorce and adult psychological distress: evidence from a national birth cohort: a research note. J Child Psychol Psychiatry 1997 Oct;38(7):867-72.*
60. *Wolfinger NH. The effects of parental divorce on adult tobacco and alcohol consumption. J Health Soc Behav 1998 Sep;39(3):254-69.*
61. *Ledoux S., et a. Family structure, parent-child relationships, and alcohol and other drug use among teenagers in France and the United Kingdom. Alcohol Alcohol 2002 Jan-Feb;37(1):52-60.*
62. *Berenson AB., et a. Exposure to violence and associated health-risk behaviors among adolescent girls. Arch Pediatr Adolesc Med 2001 Nov;155(11):1238-42.*
63. *Tucker JS., et a. Parental divorce: effects on individual behavior and longevity. J Pers Soc Psychol 1997 Aug;73(2):381-91.*

64. *Robert S Weiss. Coping with loss: Separation and other problems that threaten relationships. BMJ 1998;316:1011-1013.*
65. *Bradley F., et a. Reported frequency of domestic violence: cross sectional survey of women attending general practice. BMJ 2002;324:1-6.*
66. *Vostanis P., et a. Mental health problems of homeless children and families: longitudinal study. BMJ 1998;316:899-902.*
67. *Perales A., Sogi C., Conductas violentas en los adolescentes. Trabajo monográfico Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi"-Lima. 1995*

La siguiente es una encuesta destinada a conocer algunos aspectos del adolescente. Para ello necesitamos de tu valioso aporte a través del llenado completo del siguiente cuestionario.

Toda la información que nos proporciones será manejada de una manera estrictamente confidencial. Si tuvieras alguna duda solicita la ayuda de las personas que entregaron el documento.

Gracias

1. Edad:

____ años

2. Sexo:

() femenino

() masculino

3. Lugar de nacimiento: _____

4. Tu casa posee:

() luz

() agua

() desagüe

() teléfono

() otros: _____

7. ¿Cuántas personas viven en casa?

____ personas

8. ¿Con quiénes vives?

() padre

() madre

() hermanos _____

() abuelos

() otros: _____

9. ¿Cuál es el grado de instrucción de tus padres o quién sea el jefe del hogar?

() analfabetismo

() primaria

() secundaria incompleta

() secundaria completa

() técnico: _____

() profesional: _____

10. ¿Cuál es la ocupación de tus padres o quién sea el jefe del hogar?

¿quién?

() desempleado _____

() obrero _____

() empleado _____

() profesional _____

() otro _____

11. Tus padres son:

() solteros

() convivientes

() casados

() separados

() divorciados

() otro: _____

() con otro compromiso

12. ¿En casa existe discusiones entre tus padres, en el caso que no sean ellos, entre quienes se desempeñen como jefes de hogar?

() no

() sí:

a diario ()

semanalmente ()

quincenalmente ()

mensual o más ()

¿Por qué razón?: _____

13. ¿Alguna vez han llegado a los golpes?

() no

() sí:

a veces ()

frecuentemente () siempre

()

14. ¿En casa te han golpeado alguna vez?

() no

() sí:

a veces ()

frecuentemente () siempre ()

¿por quién? _____

¿por qué? _____

16. ¿Las siguientes personas fuman?

() padre

() madre

() hermanos

() mejor amigo

() compañeros

() profesores

() otros: _____

18. ¿Alguna vez has fumado alguna vez en tu vida, por lo menos una "piteadita"?

() no

- ()sí
19. ¿Has fumado alguna vez en los últimos 12 meses?
()no
()sí
20. ¿Has fumado alguna vez en el último mes?
()no
()sí
21. ¿A qué edad fumaste por primera vez?
_____años
22. ¿Cuántas veces acostumbras fumar?
()a diario
()varias veces a la semana
()una vez a la semana
()menos de una vez al mes
()nunca
23. ¿Cuántos cigarrillos fumas en cada ocasión?
_____cigarrillos
24. ¿Por qué crees que se fuma?
()curiosidad
()hace sentir bien
()es divertido
()ayuda a hacer amigos
()los amigos lo piden
()todos lo hacen
()está de moda

ENTREVISTADOR:
SUPERVISOR:

- ()te hace importante
()no es tan malo
()otra razón: _____
25. ¿Con quién o quiénes fumas más frecuentemente?
()sólo
()padre/madre /jefe de hogar
()hermano
()amigos
()otros: _____
26. ¿Has tenido problemas por fumar?
()no
()sí
27. ¿Dejarías de fumar?
()no
()sí
por qué? _____

FECHA:
RETEST:

CÓDIGO: