



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

PREVALENCIA DE TABAQUISMO Y SÍNTOMAS
REFORZADORES ASOCIADOS EN LOS ESTUDIANTES DE
LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNAM
DURANTE 2008

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N O D E N T I S T A

P R E S E N T A:

MIGUEL ANGEL LÓPEZ BRAMBILA

TUTORA: MTRA. MARIA DEL CARMEN VILLANUEVA VILCHIS

ASESORES: LIC. JORGE AMETH VILLATORO VELÁZQUEZ

MTRA. ERIKA HEREDIA PONCE

Agradecimientos

Agradezco a la Universidad Nacional Autónoma de México, la Secretaría de Desarrollo Institucional, el Programa Transdisciplinario en Investigación y Desarrollo para Facultades y Escuelas, a través del Macroproyecto Desarrollo de Nuevos Modelos para la Prevención y el Tratamiento de Conductas Adictivas especialmente al proyecto MP6-7 “El consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en la UNAM”. También quiero agradecer al Lic. Jorge A. Villatoro V. y al Instituto Nacional de Psiquiatría, División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales. Por su apoyo en el desarrollo de la presente Tesis.

Dedicatorias y Agradecimientos

A Dios por ser mi guía.

A Miguel y Guadalupe, mis padres, por darme el privilegio de ser su hijo, por darme la vida, y por su paciencia, sus consejos y apoyo incondicional, por sus desvelos, sus abrazos y por su amor... gracias a ustedes que siempre luchan por brindarme lo mejor, por enseñarme a no darme por vencido y siempre seguir adelante. Este trabajo es para ustedes.

Lore, Héctor, Angie y Brenda, mis hermanas y mi hermano, gracias por su cariño, por crecer a mi lado y compartir risas, travesuras, enojos y berrinches, y enseñarme que la vida es un juego de niños.

Mis queridos sobrinos Manheg y Kalid, gracias por sus sonrisas y su gran alegría.

Gracias a mi familia, mis abuelos, tíos, tías, y a mis primos por su cariño y apoyo.

Mimi, gracias por llegar a mi vida y quedarte a mi lado, por motivarme y darme tu cariño.

Carmen, gracias por tu invaluable amistad, por impulsarme a iniciar este proyecto, por tu paciencia y dedicación a horas y horas de revisiones, por enseñarme que la odontología es más que sólo la clínica.

Jorge, gracias por tu valiosa amistad, por tu confianza, por enseñarme que la probabilidad de crecer y aprender es significativamente mayor cuando se toman los retos.

Dra Erika por tener confianza en mi y apoyarme en este proyecto.

A mis amigos, por las experiencias que vivimos juntos.

A mis Profesores por su dedicación y sus conocimientos.

A todos y cada uno de ustedes mil gracias.

Miguel

ÍNDICE

Resumen	2
Introducción	3
Antecedentes	4
Consumo de Tabaco en el Mundo	4
Consumo de Tabaco en México	4
Consumo de Tabaco en el Área de la Salud	5
Consumo de Tabaco en Estudiantes	6
Consumo de Tabaco en Estudiantes de Áreas de la Salud y Profesores	7
Factores Relacionados	8
Problemas de la salud por tabaquismo	9
Alteraciones bucales asociadas al tabaquismo	12
Bases teóricas que apoyan el papel como modelo de los profesionales de la salud	12
Participación de los profesionales de la salud en el cese y prevención del consumo de tabaco	16
Planteamiento del problema	18
Justificación	19
Objetivos	20
Materiales y Método	21
Tipo de estudio	21
Universo de estudio	21
Tamaño de muestra	21
Método de selección de la muestra	22
Criterios de selección	22

Variables	23
Métodos de Recolección de Información	25
Instrumento	26
Método de registro de la información	26
Análisis estadístico	26
Consideraciones éticas	27
Recursos humanos y materiales	27
Resultados	28
Discusión	60
Conclusiones	62
Referencias	63
Anexos	67

La inteligencia consiste no sólo en el conocimiento,
sino también en la destreza de aplicar los conocimientos en la práctica.

(Aristóteles)

Resumen

La extensión del consumo del tabaco es un problema de salud pública a nivel mundial, como lo señala la Organización Mundial de la Salud, provoca una de cada 10 defunciones en adultos. No obstante, es la principal causa de muerte evitable, teniendo una relación con enfermedades cardíacas, de vías respiratorias y alteraciones bucales, entre otras, las cuales desencadenan complicaciones fatales. Además, se ha encontrado un relación del consumo de tabaco con factores emocionales, entre ellos la ansiedad, el estrés y la depresión.

El problema de consumo de tabaco no es exclusivo de un sector de la población, éste, puede afectar tanto población adulta, adolescentes, estudiantes y profesionistas, por lo que es importante conocer cuál es el comportamiento de éste fenómeno durante los años de preparación de futuros profesionales de la salud ya que una vez acabada su formación, tendrán un papel importante como ejemplo y consejeros para combatir el tabaquismo.

Bajo este contexto, el presente estudio retoma tres factores emocionales: ansiedad, estrés y depresión como síntomas reforzadores para analizar su relación con el consumo de tabaco en estudiantes de la Facultad de Odontología.

Los resultados obtenidos, mostraron que dos tercios de los estudiantes de la Facultad de Odontología (68.9%) han consumido tabaco alguna vez, y que la dependencia al tabaco, fue mayor en los hombres que en las mujeres.

En cuanto a la relación del estrés y la ansiedad con el consumo de tabaco, no se encontraron diferencias significativas, en al igual que la depresión no se relaciona de manera clara con dicho consumo, lo que difiere de los reportes de diversas investigaciones. En la facultad de odontología los hombres tienen mayor probabilidad de ser fumadores ocasionales y de ser fumadores actuales, en comparación con las mujeres. Además, la presencia de estrés incrementa la probabilidad de fumar ocasionalmente y de ser fumador dependiente.

Es importante seguir evaluando como es el comportamiento de este fenómeno para poder implementar programas integrales de prevención y que tengan un impacto de manera directa en factores los factores que refuerzan el consumo.

Introducción

El tabaquismo es un problema de salud pública en México. Junto con otras adicciones el consumo del tabaco es una forma lenta y silenciosa de ir deteriorando la calidad de vida de las personas, además de afectar seriamente la salud.

Los fumadores no son los únicos afectados, pues el humo del tabaco también representa un riesgo para la salud de las personas que no fuman. Algunos estudios señalan que la exposición al humo de tabaco causa al menos 200 mil muertes anuales en el mundo (*Organización Panamericana de Salud, OPS*).

Los efectos del uso de tabaco se reflejan físicamente generando manifestaciones que van de corto a largo plazo, en la mayoría de las ocasiones son daños irreversibles a la salud.

Para disminuir el consumo del tabaco, la gente debe ser consciente de los riesgos a la salud asociados al hábito de fumar, de tal forma que mantener una vida sana es decisión personal. Así pues, la tarea de los profesionales de la salud es proporcionar y facilitar el acceso a la información acerca de los riesgos que conlleva fumar tabaco.

Desafortunadamente, el problema del tabaquismo no excluye a los profesionales de la salud, y a pesar de saber el daño que genera el consumo, en muchas ocasiones éstos, son consumidores habituales.

En el anterior contexto, el propósito del presente estudio fue conocer la prevalencia de consumo de tabaco, y su posible relación con la presencia de síntomas reforzadores en los estudiantes de la Facultad de Odontología de la UNAM durante el ciclo escolar 2007-2008.

Antecedentes

Consumo de Tabaco en el Mundo

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el tabaquismo es la segunda causa de mortalidad en el mundo¹ y la principal causa de muerte evitable. Actualmente provoca una de cada 10 defunciones en adultos (unos 5 millones de defunciones por año). El consumo de ésta sustancia representa un factor de riesgo para seis de las ocho principales causas de defunción en el mundo². Entre los factores de riesgo de enfermedad más comunes, el tabaco ocupa el cuarto lugar, considerándose a sus consumidores como personas menos productivas durante su vida debido a una vulnerabilidad a enfermedades como cáncer de pulmón, y diversas cardiopatías.

Desde un punto de vista sociocultural, la mayoría de los jóvenes que inician su vida como fumadores, lo hacen por conducta imitativa y experimental. Sin embargo, con el tiempo esto se hace menos importante, apareciendo la adicción a esta droga, lo que aumenta el número de fumadores en los adultos jóvenes³. Además, se pueden presentar situaciones que sirven como reforzadores para el consumo de tabaco, incrementando el consumo y la probabilidad de progresión a la dependencia, constituyendo como obstáculos para afrontar el cese de éste hábito.

Consumo de Tabaco en México

En México el consumo de tabaco es un problema documentado en diversas investigaciones, La Encuesta Nacional de Adicciones (ENA), es un estudio que se ha realizado a lo largo de varios años en nuestro país, y en la que se reporta la prevalencia de consumo de distintas sustancias. En el estudio realizado en 1988, se reportó que la prevalencia de fumadores en la población general fue de 25.8%; para 1993 ésta prevalencia fue de 25.0%, y para 1998, aumentó a 27.7%. La encuesta realizada en 2002 muestra que el porcentaje de consumo fue de 26.4% en población total, según el sexo el 39.1% de los hombres y el 16.1% de las mujeres habían consumido tabaco. El 12% de los adolescentes de entre 12 y 17 años son fumadores de tabaco (el 16% de los hombres y el 7% de las mujeres de este grupo de edad). En la ENA 2008 se encontró que el 35.6% (cerca de 27 millones de mexicanos), entre 12 y 65 años, había probado alguna vez en su vida el cigarrillo, el 48.8% de los hombres y el 23.4% de las mujeres. Por grupo de edad, el 14.9% de los adolescentes de entre 12 y 17 años y el 40.2% de los adultos de 18 a 65

años han fumado tabaco alguna vez en su vida.⁴ La media de edad del inicio en el consumo de tabaco bajó de 20.6 años a 16.6 años en cinco décadas y para el año 2008 la media de edad de inicio en la población de 12 a 65 años fue de 17.1 años, de 13.7 años para adolescentes de 12 a 17 años, y de 17.4 en adultos de 18 a 65 años.

Las mujeres presentan una pendiente de descenso mayor que la de los hombres, indicando que entre los adolescentes, el inicio del consumo de tabaco se da en edades más tempranas, principalmente las mujeres.^{5,6}

Lo anterior se confirma en un estudio en México donde la edad de inicio de consumo se ha reportado con mayor prevalencia entre los 13 y 15 años de edad con 38% y antes de los 13 años con 10.8%⁷.

Consumo de Tabaco en el Área de la Salud

Diversas investigaciones han encontrado un alto consumo de tabaco entre el personal encargado del área de la salud.

En un estudio realizado en funcionarios del Sistema Nacional de Servicios de Salud en Chile, mostró una prevalencia de consumo de 41%, lo que corresponde al 43% de los hombres y al 40% de las mujeres. La tendencia muestra un mayor consumo de tabaco en jóvenes de 20 años o menos (45%), y éste va disminuyendo con la edad (18% en aquellos de 75 años ó más).

Así mismo, el grupo de personal de la salud que reportó menor número de fumadores fueron los médicos, educadores, nutriólogos y profesionales asociados a la rehabilitación. Los médicos (30.5%) fuman significativamente menos que otros profesionales de la salud (36.1%) y que funcionarios administrativos (43.4%), Sin embargo siguen manteniendo niveles altos considerando el rol de moderadores sociales que les corresponde, sobre todo porque los médicos no fumadores han demostrado más interés en realizar actividades para aconsejar y detener el hábito de fumar, en comparación con sus colegas fumadores. En la misma encuesta se encontró que los odontólogos tienen una prevalencia de 34.9%.³

Un estudio realizado en México, en dos grupos de profesionales, el primero conformado por médicos y otros trabajadores de la salud y el segundo por profesionistas ajenos a esta área, se observó que la prevalencia fue mayor en el primer grupo (31.6%), mientras que en el segundo fue menor (23.5%). Por otra parte, la prevalencia de tabaquismo fue mayor en

los médicos (43.1%) que en las enfermeras (29.3%). Cabe señalar que la prevalencia observada en este estudio es más alta que aquella observada en otros estudios realizados en México como aquellos correspondientes a instituciones de salud del DF donde equivale a 26.9% o el IMSS de Morelos donde fue de 20.9%. La prevalencia de tabaquismo en médicos y profesionales de salud en otros países es baja ya que por ejemplo en Irlanda la prevalencia fue de 11.4%, en Estados Unidos de América es de 9% y en Brasil de 0.4%.^{8,9}

Consumo de Tabaco en Estudiantes

De acuerdo a la encuesta sobre tabaquismo en jóvenes estudiantes en México, los hombres son los que consumen más tabaco en relación a las mujeres y que son más los estudiantes del Distrito Federal quienes más han consumido tabaco por lo menos alguna vez en su vida (60.9%), comparado con los estudiantes pertenecientes a otros estados ya que por ejemplo en San Luis Potosí se reporta que el 31.3% de los estudiantes han consumido tabaco.¹⁰

En un estudio realizado de 1989 a 1998 en alumnos de nuevo ingreso a la Universidad Nacional Autónoma de México, se muestra una clara tendencia de crecimiento entre la población fumadora, además de que dicho consumo se inicia a edades más tempranas, principalmente en menores de 18 años. Por otra parte, la población femenina muestra un incremento en la prevalencia de consumo de tabaco. En un reporte de México, durante 1993, se observó que 28.4% de los estudiantes que inician la educación superior aceptan ser fumadores.¹¹

En las mujeres entre 14 y 18 años de edad, se observa un incremento en la prevalencia de consumo, de 6.4% en 1989, a 23.5% en 1996, en aquellas de 18 a 25 años la prevalencia fue de 23.2% en 1989, aumentando a 39.5% para 1996. El consumo en hombres aumentó de 28.3% en 1989 a 42.4% en 1996.

El 55.4% de los estudiantes de enseñanza media y media superior de la Ciudad de México refirió haber fumado tabaco alguna vez en su vida, mientras que el 36.3% reporta haber fumado el año anterior a la encuesta y el 21.9% fumó el mes anterior al estudio. La prevalencia total del consumo se elevó casi 9% de 1991 a 1997, mientras que el consumo de en los últimos 12 meses aumentó casi 5% de 1991 a 1997.

De acuerdo al sexo, la prevalencia del consumo de tabaco alguna vez en hombres es de 58.6%, en comparación con las mujeres que fue de 52.3%. Por su parte, el consumo durante último año fue de 37.5% para hombres y de 32.1% en mujeres; durante el último mes el 24.3% de los hombres y el 19.6% mujeres fumaron. En cuanto a los jóvenes de 17 años o más presentan mayor prevalencia de consumo, ya sea alguna vez, en el último año o en el último mes; el 40% de los jóvenes menores de 14 años dijeron haber fumado alguna vez en su vida. El inicio de consumo de tabaco antes de los 15 años es de 75% y sólo el 0.3% de los hombres y 0.8% de las mujeres empezaron a fumar después de los 18 años. Existe mayor prevalencia de fumadores en aquellos jóvenes que conviven con familiares que fuman que en aquellos que viven en un hogar en el que no se fuma. Aproximadamente el 50% de los estudiantes considera que es peligroso para la salud el consumir 5 cigarrillos o más diario.¹²

El consumo por lo menos alguna vez en universitarios pertenecientes al sistema escolarizado corresponde a casi 3 cuartas partes de la población (71%), mientras que para los que dicen que han fumado en el último año corresponde a la mitad (49%), y cerca de una tercera parte de la población (31%) ha fumado en los últimos 30 día.¹³ Estos datos son muy similares a otros estudios en población estudiantil de México, donde el consumo de tabaco alguna vez en su vida, en el último año y en el último mes, es mayor para los hombres en comparación con las mujeres.¹⁴

Consumo de Tabaco en Estudiantes de Áreas de la Salud y Profesores

Los estudiantes del área salud, una vez acabada su formación, tendrán un papel importante como ejemplo y consejeros para el consumo del tabaco. Dada la importancia de los años de preparación para enfrentarse a distintos retos para combatir el consumo de tabaco es importante conocer cuál es el comportamiento durante este periodo. Diversos estudios han reflejado estos resultados, los cuales no difieren en gran medida de la población en general. Por ejemplo, el 28.1% de los estudiantes de una Facultad de Salud en Colombia, había desarrollado alguna clase de comportamiento relacionado con el hábito de fumar, de ellos 12.5% eran fumadores activos, 4.3% eran ex-fumadores. De los estudiantes que presentaron el hábito de fumar (fumadores o ex-fumadores), 85.4% lo iniciaron antes de los 18 años El 64.6% de fumadores y ex-fumadores habían adquirido éste hábito de fumar por placer.¹⁵

En un estudio donde participaron 14 escuelas de Medicina y 13 escuelas de Odontología en México, se reportó que el 75% de los estudiantes de medicina y el 83.7% de odontología fumaron alguna vez, observándose que uno de cada 10 inicio antes de los 10 años. El 33.3% de los estudiantes de medicina y el 43.6% de los estudiantes de odontología indicaron ser fumadores actuales.

Aunque se reportan más fumadores activos al momento de la encuesta entre los estudiantes de odontología, los estudiantes de medicina presentan mayor adicción a la nicotina (7.7% y 9.4% respectivamente), la cual se define como el deseo de fumar un cigarrillo dentro de los primeros 30 minutos después de despertar, aunque la diferencia no es estadísticamente significativa. Más de la mitad de los fumadores actuales, 62% de los estudiantes de odontología quieren dejar de fumar y el 61.3% indicaron haberlo intentado. Los fumadores actuales están más expuestos al humo de segunda mano (HSM) en sus hogares que los que nunca fueron fumadores.¹⁶

En cuanto a los profesores, la prevalencia de consumo en una escuela de medicina en España, es de 35% para aquellos que fuman diario, el 10% fuman menos de un cigarrillo al día, y el 55% son no fumadores. La prevalencia de consumo en los alumnos fue de 20% para los que fuman diario, de 13% para los que fuman menos de un cigarrillo al día, y de 67% para los no fumadores. De todos los que fuman el 32% comenzó a hacerlo durante la carrera de medicina. Se observa un incremento en el porcentaje de fumadores diarios que pasa de 20% a 30% y una disminución de los fumadores esporádicos.¹⁷

Factores Relacionados

Diversos estudios¹² han reportado que la tendencia de edad de inicio de consumo va disminuyendo, que se da en edades de entre 12 y 15 años, y en un futuro el consumo de tabaco será a edades mucho más tempranas.

Un estudio realizado en niños y adolescentes de 11 a 21 años de edad señala que los individuos que nunca han fumado, muestran niveles de ansiedad menores que los que fuman actualmente. También se reporta que al pasar de ser no fumador a ser fumador, los niveles de ansiedad se incrementan al igual que con la edad. Y en comparación con las mujeres, los hombres presentan menor nivel de ansiedad.¹⁸.

Existen reportes de la relación entre trastornos de ansiedad y severidad de la dependencia del tabaco. En algunos se menciona que el fumar 20 o más cigarrillos al día durante la adolescencia es un factor de riesgo para padecer distintos trastornos de ansiedad generalizada en la edad adulta. También se ha encontrado relación entre la ansiedad y la dependencia a la nicotina, ya que el uso crónico de la nicotina genera ansiedad. Los fumadores refieren que el fumar alivia el estrés y la ansiedad. De acuerdo a lo señalado anteriormente, los fumadores presentan mayores niveles de ansiedad y estrés que los no fumadores.¹⁹

El propio consumo de tabaco puede generar estrés. El tabaquismo está asociado al estrés produciendo una adicción debido a la nicotina que se encuentra en el metabolismo del fumador. La ansiedad es mayor entre las personas que fuman y las situaciones que más los alientan a fumar son los períodos de estrés, así como emociones negativas o dificultades. En el adolescente se incrementa el nivel de estrés conforme aumenta su consumo regular de tabaco.^{20,21,22}

La asociación entre la depresión y el tabaquismo ha sido ampliamente estudiada. Los sujetos depresivos han estado más implicados con la nicotina que los que nunca tuvieron depresión; el cese del consumo del tabaco guarda una estrecha relación con la mejoría de enfermedades mentales severas.²³ El fumar está relacionado con síntomas depresivos que se presentan con mayor porcentaje en las personas que fuman en comparación con las que no fuman, y se ha encontrado que jóvenes que presentan historia previa de depresión tiene probabilidades más altas de fumar, y que en las personas que fuman y deciden dejarlo existe la posibilidad de caer en un cuadro de depresión, en otros estudios se revela que esta sintomatología desaparecía a las pocas horas de volver a consumir cigarrillos.^{20,24}

Problemas de la salud por tabaquismo

En un estudio realizado en una escuela de medicina en España, el 80% de los profesores consideran que fumar perjudica seriamente la salud, el 92% cree que el tabaco provoca adicción y el 46% lo considera drogodependencia. El 92% de los alumnos considera que fumar perjudica seriamente la salud y el 90% cree que el tabaquismo pasivo constituye un riesgo para los expuestos. Aunque el 98% considera que el tabaco produce adicción el 42% considera que produce drogodependencia.¹⁷

Se estima que el 90% de las defunciones por enfermedades de cáncer de pulmón, bronquios y tráquea se deben al tabaquismo; las estimaciones de atribución al tabaquismo para los casos de defunciones por enfisema, bronquitis crónica y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es de 84%, mientras que por enfermedad cerebrovascular 51% y por enfermedad isquémica del corazón 45%.²⁵

Bronquitis crónica

El tabaquismo produce cambios estructurales y funcionales en las vías respiratorias. La bronquitis crónica implica hipertrofia de las glándulas mucosas bronquiales y se caracteriza por la producción diaria de expectoración, en casos avanzados se pueden observar micro abscesos y deformidad de las vías respiratorias.^{26,23}

Enfisema Pulmonar

El enfisema se manifiesta como la destrucción de los tabiques alveolares, lo cual produce aumento de los espacios distales al bronquiolo terminal sin que exista fibrosis. Esta enfermedad se acompaña de disminución elástica pulmonar, lo que origina obstrucción de las vías respiratorias durante la respiración. Estudios realizados han demostrado la relación entre el número de cigarrillos y la gravedad del enfisema, de manera que el daño pulmonar es menor en quienes dejan de fumar, lo que sugiere que el abandono del hábito disminuye la progresión de la enfermedad. A diferencia de la bronquitis crónica, no hay hiperactividad bronquial, el síntoma principal del enfisema es la disnea.^{26,23}

Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)

Un sujeto que fuma durante años y comienza a presentar tos y expectoración (las características que permiten el diagnóstico de bronquitis crónica simple), al cabo del tiempo, desarrolla alteraciones graves de obstrucción de las vías respiratorias con diagnóstico final de EPOC.^{26,23}

Cáncer Broncogénico

En México, en 1995 los tumores malignos ocuparon el segundo lugar de mortalidad en general, de los cuales en primer sitio se encuentran los tumores de tráquea, bronquios y pulmón. El riesgo de presentar cáncer pulmonar es proporcional a la cantidad de cigarrillos consumidos diariamente, a los años que el individuo tiene como fumador, la edad en que se inició la adicción, la forma de inhalación y la cantidad de alquitrán de los cigarrillos

fumados. El riesgo de presentar cáncer disminuye lentamente en las personas que abandonan el tabaco aunque tardan entre 10 y 20 años en igualar el riesgo que presentan las personas que nunca han fumado.^{26,23}

Otros tipos de cáncer

Cáncer de Laringe y cáncer de cavidad bucal.

Hay una estrecha relación entre el fumar y el cáncer de laringe; de igual forma, mascar tabaco e ingerir alcohol son factores importantes en la etiología del cáncer de cavidad bucal. El fumar tabaco incrementa el riesgo de cáncer de esófago comparado con los no fumadores, además incrementa el riesgo para desarrollar cáncer de vejiga 2 a 3 veces más que en los no fumadores, y el cáncer de páncreas en una proporción de 2 a 1. El humo de cigarrillo causa cáncer de páncreas cuando es inhalado en los pulmones y el jugo de tabaco puede ser también causar cáncer pancreático cuando es ingerido o absorbido a través de la mucosa oral.^{26,23}

Enfermedades Cardiovasculares

El fumar tabaco contribuye con el desarrollo de enfermedad vascular cerebral (EVC). Los fumadores tienen un riesgo mayor que los no fumadores. Las entidades clínicas que actualmente se conocen como EVC son: insuficiencia vascular cerebral que se caracteriza por la disminución del flujo sanguíneo en el sistema nervioso central como consecuencia de la obstrucción de los vasos que irrigan al encéfalo., oclusión de los vasos cerebrales por trombosis o embolia, y hemorragia cerebral.

El tabaquismo durante el embarazo afecta adversamente la reproducción. Reduce el peso del bebé en el nacimiento, si un mujer embarazada que fuma deja de hacerlo en el tercer trimestre, puede evitar gran parte de la reducción del peso del recién nacido, el tabaquismo aumenta el riesgo de aborto espontáneo, placenta previa y mortalidad perinatal, además de que el humo del cigarro afecta la fertilidad.^{26,23}

Tabaquismo Pasivo

La exposición al humo del tabaco del ambiente (HTA), tiene efectos contraproducentes en la salud respiratoria de infantes y niños, entre los que incluye mayor riesgo de enfermedades respiratorias inferiores más severas, otitis media, síntomas respiratorios

crónicos, asma y reducción en la velocidad del crecimiento de la función pulmonar durante la niñez.²⁶

En adultos, la exposición al HTA se ha asociado causalmente con el cáncer de pulmón y con la enfermedad cardiaca isquémica, enfermedad coronaria, además de que se vincula con otros efectos adversos como el agravamiento del asma, la función pulmonar reducida y síntomas respiratorios.²⁶

También se manifiesta como un factor de riesgo de patologías oculares, como la degeneración macular, glaucoma y las cataratas. Los efectos oxidantes y tóxicos del tabaco tienen un papel en el deterioro ocular.²³

Alteraciones bucales asociadas al tabaquismo

La enfermedad periodontal constituye una patología que se produce como consecuencia del desequilibrio en la relación entre huésped y microorganismo. El hábito de fumar constituye un factor de riesgo potencial en el desarrollo de esta, las bolsas periodontales de los fumadores conforman un medio que fomenta el crecimiento de especies patógenas de la placa subgingival. El tabaco incrementa la gravedad de esta patología, fenómeno que se hace clínicamente evidente a partir del consumo de 10 cigarrillos diarios. Cada cigarrillo puede generar un incremento de la recesión gingival, la profundidad de la bolsa, los niveles de inserción y la movilidad.²³

Lo anterior puede llevar a la pérdida prematura de dientes, deterioro bucal, deterioro de la apariencia y afectar la calidad de vida. Además puede afectar terapias y el pronóstico de los tratamientos, tales como desfavorecer la osteointegración de los implantes tomando en cuenta que el uso crónico del tabaco puede provoca cáncer.

Bases teóricas que apoyan el papel como modelo de los profesionales de la salud

Como se ha mencionado anteriormente, todo profesional de salud funge como modelo activo durante su desarrollo profesional, lo cual tiene sus bases en la Teoría del Aprendizaje Social o Teoría Cognoscitiva Social, en la que se exponen los siguientes puntos:

El aprendizaje por observación con frecuencia se denomina "modelo", en el sentido de que las personas aprenden qué esperar por medio de la experiencia de otros. Esto significa que las personas pueden obtener una comprensión concreta de las consecuencias de sus

acciones observando a otros y notando si los comportamientos modelados son deseables o no. El aprendizaje por observación es muy poderoso, cuando la persona que es observada tiene poder, es respetada o se considera que es como el observador. El refuerzo es una respuesta al comportamiento de una persona que afecta la posibilidad de que el comportamiento se repita o no. Los refuerzos positivos, con frecuencia llamados recompensas, aumentan las posibilidades de que se repitan los comportamientos. Los refuerzos negativos incluyen castigo y falta de respuesta.

De acuerdo a Skinner²⁷ y el conductismo operante, el reforzamiento positivo fortalece la conducta de aproximación en tanto que el reforzamiento negativo fortalece la conducta de evitación o escape. Eliminar o prevenir una amenaza o malestar es una forma de reforzamiento negativo, el castigo se propone para debilitar la conducta, pero se ha demostrado que es ineficaz debido a que sus consecuencias son impredecibles. Por otro lado los reforzadores pueden utilizarse para promover el aprendizaje y mantener la ejecución. Un programa de reforzamiento continuo fomenta el aprendizaje, en tanto que los programas de reforzamiento intermitente se utilizan para mantener la ejecución

Los programas de promoción de la salud que proporcionan recompensas tangibles o elogios, y estimulan la autorrecompensa, alientan a las personas a establecer hábitos positivos. Deben emplearse con cautela las recompensas extrínsecas para ayudar a motivar el cambio de comportamiento, con el fin de evitar la dependencia de los refuerzos externos. Con frecuencia son útiles como motivadores para seguir participando, pero no para sostener un cambio de larga duración.^{28,29}

En la Teoría de Aprendizaje Social, el comportamiento humano se explica en términos de una teoría dinámica, recíproca y de tres vías en la cual los factores personales, las influencias ambientales y el comportamiento interactúan continuamente. Una premisa básica de esta teoría, es que las personas aprenden no solamente por medio de su propia experiencia sino también observando las acciones de otros y los resultados de dichas acciones. En los años setenta, Albert Bandura publicó un marco integral para la comprensión del comportamiento humano, basado en una formulación cognoscitiva de la teoría del aprendizaje social. Este marco, que él denominó Teoría Cognoscitiva Social, en la actualidad es la versión dominante que se emplea en el comportamiento de salud y la

promoción de la salud sin embargo, todavía, con frecuencia, se denomina Teoría del Aprendizaje Social.^{28,29}

La Teoría del aprendizaje social sintetiza conceptos y procesos a partir de comprensiones cognoscitivas, conductuales y emocionales del cambio de comportamiento. Como resultado de ello, es muy compleja e incluye muchos elementos claves. El primer concepto, determinismo recíproco, tiene que ver con la idea, de que el comportamiento y el entorno son sistemas recíprocos, y que la influencia tiene lugar en ambas direcciones. Es decir, el entorno da forma, mantiene y limita el comportamiento, pero las personas no son pasivas en el proceso, ya que pueden crear y cambiar sus entornos.^{28,29}

El concepto de capacidad de comportamiento sostiene que una persona necesita saber qué hacer y cómo hacerlo. Por lo tanto, pueden necesitarse instrucciones claras o capacitación. Las expectativas son el resultado de lo que una persona cree que ocurrirá como resultado de una acción. La autoeficacia, que Bandura considera el aspecto más importante del sentido de sí mismo que determina el esfuerzo propio para cambiar un comportamiento, es la confianza en la capacidad de uno mismo de desempeñar con éxito un tipo específico de acción.

Se emplean con todo éxito los sistemas de recompensas simbólicas y depósitos reembolsables para aumentar las tasas de participación y reducir la deserción en una variedad de programas de promoción de la salud, que comprenden sesiones múltiples, tales como programas para dejar de fumar, actividad física y control de peso.^{28,29}

Debido a que la autoeficacia se considera tan importante en el modelo de la teoría del aprendizaje social, vale la pena considerar maneras de aumentarla. Las ventajas de una mayor autoeficacia, incluyen mayor motivación ante obstáculos y mejores posibilidades de persistir a lo largo del tiempo fuera de una situación de supervisión formal.

Cuadro 1 Características del aprendizaje social

CONCEPTO	DEFINICIÓN	APLICACIÓN
DETERMINISMO RECÍPROCO	Los cambios de comportamiento son resultado de interacciones entre la persona y su entorno. El cambio es bidireccional.	Hacer participar al individuo a terceras personas importantes para éste; trabajar para cambiar el entorno, si se justifica.
CAPACIDAD CONDUCTUAL	El comienzo y las aptitudes para realizar un comportamiento influyen en las acciones.	Proporcionar información y capacitación sobre la acción.
EXPECTATIVAS	Creencia sobre los probables resultados de la acción.	Incorporar información sobre los posibles resultados de la acción que se aconseja.
AUTOEFICACIA	Confianza en la capacidad de realizar una acción y persistir en la misma.	Señalar puntos fuertes, emplear persuasión y estímulo; tratar de cambiar el comportamiento mediante pasos pequeños.
APRENDIZAJE POR OBSERVACIÓN	Creencias basadas en la observación de otros como uno mismo o de resultados visibles, materiales.	Señalar la experiencia, los cambios físicos de otros. Identificar los modelos dignos de emularse.
REFUERZO	Respuestas al comportamiento de una persona que aumentan o disminuye las posibilidades de que algo vuelva a ocurrir.	Proporcionar incentivos, recompensas, elogios; estimular la posibilidad de respuestas negativas que desanimen los cambios positivos.

Pardio J, Plazas de Creixell M. Modelos para el cambio de conducta. Cuadernos de Nutrición. 1998;21(5):58-64.

Participación de los profesionales de la salud en el cese y prevención del consumo de tabaco

Entre siete u ocho de cada diez estudiantes creen que los profesionales de la salud son modelos a imitar para sus pacientes y población en general y que tienen una función importante en el asesoramiento de los programas para ayuda para dejar de fumar.

El 92.3% de los estudiantes de odontología piensa que los profesionales de la salud, como parte de su rutina, pueden aconsejar a sus pacientes fumadores para que dejen de hacerlo. Sin embargo alrededor de 74.3% de los estudiantes de odontología opinaron que a los profesionales de la salud fumadores aconsejan en menor proporción a sus pacientes comparados con los profesionales que no fuman.

El 74% de los estudiantes de odontología creen que el consejo médico para dejar de fumar aumenta las probabilidades de que eso ocurra. El 48.4% de los estudiantes de odontología manifestaron que sus escuelas contaban con una política oficial de prohibición de fumar en las instalaciones y en las unidades médicas donde se realiza la práctica clínica. Alrededor de 55.2% de los estudiantes de odontología mencionaron que las escuelas tenían y aplicaba la prohibición oficial de fumar dentro de los espacios públicos cerrados.¹⁶

Los dentistas participan de forma importante en el proceso para dejar de fumar y métodos preventivos. Según un estudio en Carolina del Sur, el 50% de los fumadores refieren ir al dentista por lo menos una vez al año. Fumar está relacionado con enfermedad periodontal y cáncer bucal.

De acuerdo al estudio, el 87.7% de estudiantes de odontología en el sur de California están de acuerdo en que los dentistas deben ser capacitados y recibir una mejor educación para ayudar a dejar de fumar. El 55% consideran que el papel de los dentistas es de suma importancia para que los pacientes dejen de fumar. El 57.7 % consideran que no reciben una información adecuada respecto al uso del tabaco y ni cómo ayudar a detener o disminuir su consumo. Sólo el 29.9% del primer año y 29.6% del segundo año están de acuerdo o totalmente de acuerdo con que reciben un entrenamiento adecuado.³⁰ El 73% está totalmente de acuerdo en que se deberían incrementarse los conocimientos de tabaquismo en el periodo de formación del personal sanitario.¹⁷

La misión de los profesionales de la salud es aplicar sus conocimientos y habilidades, con el objetivo de favorecer la salud de los pacientes. El papel del odontólogo, además de tratar los problemas de salud bucal, es mantener la salud integral del individuo por lo que es importante que junto con otros aspectos relacionados con la salud, se enfoque a un problema de salud pública como lo es el tabaquismo, además de que el tabaquismo es un factor que puede poner en riesgo el éxito del tratamiento bucodental, está afectando seriamente la salud del paciente.

Se debe hacer énfasis, en que para lograr que la población sea consciente de los riesgos a la salud que tiene el consumo del tabaco, debe ser debidamente informada, y junto con esto debe tener un modelo a seguir, un ejemplo que debe dar, no solo el odontólogo y los médicos, sino el personal auxiliar en el área de la salud. Además de conocer los síntomas reforzadores, dar la información adecuada y la atención que se requiera y poner énfasis en los factores que sirvan de protectores para evitar el inicio y el incremento del consumo de tabaco.

Planteamiento del problema

El consumo de tabaco es uno de los factores prevenibles que está asociado a una gran cantidad de padecimientos que pueden generar la pérdida de la salud y muerte prematura sobre todo en países en desarrollo. Sin embargo, a pesar de su relación con múltiples patologías de orden general y bucodental sigue siendo una de las drogas socialmente aceptadas.

Los profesionales de la salud constituyen uno de los grupos con mayor influencia en las prácticas de la salud de la población, al tener la capacidad de intervenir en los hábitos como el consumo de tabaco. El odontólogo como cualquier profesional de la salud puede jugar un triple papel en la lucha antitabáquica, es decir puede fungir como un modelo ejemplar, un educador sanitario o bien un sensibilizador del impacto del tabaco en la comunidad. El papel ejemplar o de modelo es el que se ejerce cuando los profesionales sanitarios son "no fumadores" o "exfumadores". Por otro lado, el papel educativo se pone en práctica al informar a la población respecto a los posibles riesgos en la salud y en la sociedad propiciados por el consumo del tabaco al motivar o fomentar el abandono del hábito. Por último, el papel sensibilizador se ejerce al convertirse en líderes activos en la promoción, prohibición o limitación de las prácticas en lugares de trabajo.

Con base a este triple papel se esperaría que la prevalencia de consumo de tabaco en los estudiantes de la Facultad de Odontología fuera baja, comparada con la prevalencia de la población en general, por lo que resulta de interés el estudio de la distribución del tabaquismo en estos estudiantes. Anteriormente se llevó a cabo el Macroproyecto "Desarrollo de nuevos proyectos para la prevención y tratamiento de conductas adictivas" dentro del cual se incluyó el proyecto de investigación "Consumo de Alcohol, Tabaco y otras drogas en la UNAM" a cargo de la Facultad de Psicología y el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz³¹ cuyo objetivo fue conocer y comparar la prevalencia del consumo en las diferentes escuelas y facultades de la UNAM dentro de las que se encontraba la Facultad de Odontología. Por lo anteriormente expuesto surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la prevalencia de consumo de tabaco y su asociación con los síntomas reforzadores (depresión, estrés y ansiedad) entre los estudiantes de la Facultad de Odontología de la UNAM durante 2008?

Justificación

Un odontólogo preparado y con conocimiento de los efectos que tiene en la salud bucal el fumar tabaco, puede dar una mejor atención a los pacientes fumadores, al incluir una orientación adecuada para dejar este hábito y también a aquellos no fumadores, al advertir sobre los riesgos a la salud que el tabaquismo implica.

Además se considera importante que los futuros odontólogos como profesionales de la salud tomen un papel dinámico en la prevención y cese del consumo de tabaco al funcionar como modelo para los pacientes y para los profesionales de otras áreas de la salud. Para lograr esta meta es necesaria la planificación de programas de apoyo dirigidos a la reducción de la prevalencia del consumo de tabaco entre los mismos estudiantes así como de programas educativos preventivos enfocados a los estudiantes que tengan una mayor vulnerabilidad para adquirir el hábito. Dichos programas deben estar basados en datos estadísticos confiables que permitan establecer un diagnóstico entre los estudiantes para que estén informados y capacitados para poner al alcance de la población la información necesaria para una vida libre de tabaco proporcionando orientación a los pacientes que deseen dejar de fumar. Para lograr esto, es necesario que los profesionales de la salud en formación: como estudiantes de Medicina, de Odontología y Enfermería, reciban la información suficiente durante los años de estudio, y se actualicen día a día para brindar una atención adecuada.

Al mismo tiempo es importante resaltar que existen factores reforzadores que se asocian a un consumo mayor de tabaco, pero también, hay factores protectores en los que se deben apoyar los programas antitabaco enfocados tanto a población estudiantil como en general. Es necesario incluir en el perfil de egreso de los estudiantes la formación para que lleven a cabo una adecuada atención desde la prevención hasta el cese del consumo de tabaco, monitoreando a los pacientes para evitar recaídas.

Este estudio sirve para conocer como se presenta el consumo del tabaco en los estudiantes de odontología y algunos factores que se relacionan a éste hábito.

Objetivos

Objetivo General

Determinar la prevalencia de consumo de tabaco, y su relación con la presencia de síntomas reforzadores en los estudiantes de la Facultad de Odontología de la UNAM durante 2008.

Objetivos específicos

Determinar la prevalencia del consumo de tabaco en estudiantes de la Facultad de Odontología de la UNAM por edad y sexo.

Determinar los niveles de dependencia al tabaco de los estudiantes de la Facultad de Odontología durante 2008.

Identificar la posible relación del consumo de tabaco con la presencia de síntomas reforzadores en estudiantes de la Facultad de Odontología de la UNAM.

Materiales y Método

Tipo de estudio

Transversal y descriptivo.

Universo de estudio

Debido a que el presente estudio formó parte del Macroproyecto “Desarrollo de nuevos proyectos para la prevención y tratamiento de conductas adictivas”. El universo de estudio estuvo compuesto por aproximadamente 42,800 estudiantes de la Universidad Nacional Autónoma de México, de los cuales 1,321 estudiantes fueron de la Facultad Odontología, inscritos de primero a cuarto año de la carrera de cirujano dentista en Ciudad Universitaria.

Tamaño de muestra

Para la estimación del tamaño de la muestra se consideró la distribución del uso de drogas por sexo, grupos de edad, nivel escolar y tiempo dedicado al estudio.

Se consideró a la variable con el mayor CV (Coeficiente de Variación), de acuerdo a los estudios previos en la ciudad de México a nivel bachillerato. Con estos parámetros, se consideró una tasa de no-respuesta del 20%. El nivel de confianza de la muestra fue del 95%, con un error absoluto promedio del 0.04. La prevalencia más baja a considerar fue del 2%. Con base en estos datos se calculó una muestra aproximada de 1,600 estudiantes con representatividad según sexo, dependiendo de la proporción del mismo en cada facultad o escuela. El tamaño muestral calculado para la Facultad de Odontología fue de 1321 estudiantes. Cuadro 2

Cuadro 2. Distribución muestral de los estudiantes

	Hombres	Mujeres	Total
	N	N	n
Bachillerato	9,419	10,181	19,600
Licenciatura (varias)	8,985	12,921	21,906
- Odontología	400	921	1,321
Global	18,804	24,023	42,827

Fuente: Directa.

Método de selección de la muestra

El diseño de muestra fue estratificado y por conglomerados, la variable de estratificación fue la escuela, con posibilidad de postestratificar por sexo, en las facultades o escuelas donde los porcentajes de ambos sexos son similares. La unidad de selección fue el grupo escolar al interior de cada escuela. Se planeó por conglomerados (grupos) con la finalidad de optimizar los tiempos de los/as encuestadores/as y disminuir costos de trabajo de campo. La muestra obtenida de grupos y alumnos es ponderada por escuela, con objeto de realizar la estimación y el procesamiento de datos.

Debido a que la selección de la muestra parte de un esquema ponderado de grupos y alumnos, se estableció lo siguiente:

Se calculó una fracción de muestreo general para aplicarse en los estratos que conformaron cada escuela.

Se realizó el acumulado de grupos al interior de cada escuela.

Se seleccionaron nuevos "arranques" aleatorios al interior de cada escuela para lograr la selección independiente de los grupos escolares.

El "arranque" aleatorio se obtuvo al azar entre el número cero y el intervalo de selección calculado.

Criterios de selección

Criterios de inclusión:

- Cuestionarios resueltos por alumnos inscritos en los grupos elegidos.
- Cuestionarios resueltos por alumnos inscritos en la UNAM.

Criterios de exclusión:

- Cuestionarios con menos de cinco hojas resueltas.
- Cuestionarios resueltos de manera dudosa (por alumnos distraídos, o que no le daban seriedad al cuestionario).

-

Variables

Sexo

Características biológicas que definen al individuo como Hombre o Mujer. Tipo de variable cualitativa nominal. La información fue obtenida en forma directa a través de la pregunta número 1 del Anexo 1.

Edad

Años cumplidos hasta el día de aplicación del cuestionario. Tipo de variable cuantitativa discreta. La información fue obtenida de manera directa por medio de la pregunta número 2 del Anexo 1.

Grado escolar

Nivel máximo de estudios que alcanza la persona al momento de la entrevista. Tipo de variable cualitativa ordinal. Se obtuvo de manera directa con la pregunta número 3 del Anexo 1.

No Fumador

El no Fumador es la persona que contestó no haber fumado en la vida.

Fumador:

Es el individuo que ha fumado tabaco por lo menos alguna vez en algún momento de su vida. Tipo de variable cualitativa nominal. La información se obtuvo de manera directa con la pregunta número 13a del Anexo 2.

Fumador Ocasional

El individuo que ha consumido tabaco alguna vez en el último año. Tipo de variable cualitativa nominal. La información se obtuvo de manera directa por medio de la pregunta número 13b del Anexo 2.

Fumador Actual

Es el individuo que ha consumido tabaco por lo menos una vez en el último mes. Tipo de variable cualitativa ordinal. La información se obtuvo de manera directa por medio de la pregunta número 13c del Anexo 2.

Fumador Dependiente

La dependencia a la nicotina se manifiesta como el uso compulsivo y necesario del tabaco. Fumador dependiente es aquel que de acuerdo a la escala de Fagerström³² presenta algún nivel de dependencia. Se utilizará la escala de Fagerström modificada compuesta por las siguientes preguntas número 13d, 13f, 13h, 13j, 13g, 13i del Anexo 2, las cuáles serán sumadas, y de acuerdo al puntaje obtenido será contrastado con una escala que va de 0 a 10. Tipo de variable cuantitativa discreta. Un fumador con alta dependencia de la nicotina es aquel que tiene una puntuación de 6 o más.³³

Estrés

El estrés se define como una tensión provocada por situaciones agobiantes que originan reacciones psicósomáticas o trastornos psicológicos a veces graves o un conjunto de reacciones (biológicas psicológicas) que se desencadenan en el organismo cuando éste se enfrenta de forma brusca a un agente nocivo, cualquiera que sea su naturaleza.³⁴ Los indicadores de estrés, se midieron con la Escala de Estrés Psicosocial (EEP) diseñada por Gonzalez-Forteza y colaboradores (1991). Está compuesta por 3 reactivos que evalúan acontecimientos estresantes como prohibiciones parentales, problemas con el mejor amigo así como problemas con autoridades escolares.³⁵ Las opciones de respuesta para indicar el nivel de estrés percibido fueron: 1=nada, 2=poco, 3=regular y 4=mucho teniendo como posible respuesta de 3 a 9 puntos y a mayor puntaje, mayor presencia de estrés. Las variables que componen los síntomas de estrés son cualitativas ordinales. La información se obtuvo de manera directa con las preguntas número 48a, 48b y 48c del Anexo 3

Sintomatología Depresiva

Es un síndrome caracterizado por una tristeza profunda y por la inhibición de las funciones psíquicas, a veces con trastornos neurovegetativos³⁴. Se tomará en cuenta sólo la sintomatología depresiva para la que se utilizó la escala del Centro de Estudios Epidemiológicos (*CES-D, por sus siglas en inglés*) en su versión para adolescentes

adaptada por Roberts; consta de 19 reactivos y cubre las siguientes áreas: ánimo depresivo, sentimientos de culpa y minusvalía, sentimientos de desesperanza y desamparo, retardo psicomotor, falta de apetito y trastornos del sueño experimentados en la semana previa al estudio.³⁶ Cada uno de los reactivos, se encuentra codificado del 1 al 4, dependiendo de la respuesta y al final dichos códigos serán sumados para dar una escala que va de 0 a 21 cuando no se cumplen los criterios para diagnosticar depresión y 22 o más cuando existe depresión. La variable es de tipo cuantitativa continua. La información se obtuvo de manera directa con la pregunta: 63 con sus respectivos incisos y la 64 a y 64b. Anexo 4

Ansiedad

Se define como el estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo. Angustia que suele acompañar a muchas enfermedades, en particular a ciertas neurosis³⁴.

Para medir los síntomas de ansiedad se utilizaron nueve indicadores de la sección de ansiedad generalizada de la Entrevista Internacional Compuesta de Diagnóstico conocida como CIDI (*por sus siglas en inglés*). Esta versión breve fue adaptada y validada en encuestas anteriores³⁷ y explora síntomas de nerviosismo, dificultad en la concentración, tensión muscular, alteraciones del sueño, sudoración, temblores, miedo a perder el control y sensación de falta de aire. Los reactivos son calificados de 1 a 3 (1= nunca ha presentado el síntoma, 2= a veces ha presentado el síntoma y 3= casi siempre ha presentado el síntoma). El margen posible de respuesta es de 9 a 27 puntos y a mayor puntaje, mayor presencia de sintomatología de ansiedad generalizada. Las variables que componen la ansiedad son cualitativas ordinales. La información se obtuvo de manera directa a través de la pregunta número 66 con sus respectivos incisos del Anexo 5.

Métodos de Recolección de Información

Para hacer la aplicación, los encuestadores recibieron capacitación con una duración de 12 horas, en la que se incluyeron aspectos conceptuales y antecedentes sobre las adicciones, manejo del cuestionario e indicaciones para su aplicación, poniendo especial cuidado en la garantía y respecto a la confidencialidad y el anonimato de la información proporcionada por los alumnos.

La aplicación se dió en forma grupal (cada cuestionario se guardó junto con los demás del mismo grupo), se hace sin que profesor/a alguno/a esté presente, la identificación del grupo es sólo con un número y los datos sólo se presentan en forma de resumen y nunca individualmente.

La coordinadora fue responsable de la planeación y control del trabajo de campo. Los/as supervisores/as vigilaron el trabajo de campo en las escuelas o facultades, además ayudaron a los/as encuestadores/as a solucionar problemas como, negativas de aplicación en algunos grupos, reprogramación de aplicaciones, etc. Los/as encuestadores/as realizaron la aplicación de los cuestionarios en los grupos preseleccionados.

Instrumento

La información se obtuvo mediante un cuestionario estandarizado, donde la mayor parte de sus escalas han sido aplicadas en otros estudios y han sido previamente validadas.^{38; 36, 39; 40, 41}

Debido a la extensión del instrumento, se usaron cuatro formas que incluyen diversas secciones, de esta manera, las páginas 1-14 del cuestionario fueron iguales para todos los estudiantes; (Anexo 6) en tanto que las páginas 15 y 16 corresponden a cada forma que sólo se aplicó a una cuarta parte de la muestra descrita en el Anexo 7.

Método de registro de la información

Para la captura de la información, se elaboró una base de datos en Fox Visual Basic, la cual posteriormente fue depurada y analizada en SPSS ver. 15.0.

Análisis estadístico

Se obtuvieron medidas descriptivas (media y desviación estándar) para algunas variables sociodemográficas como edad y sexo. Se llevaron a cabo pruebas de X^2 para verificar diferencia en la prevalencia de consumo de tabaco por sexo y para verificar asociación entre el tabaquismo y los síntomas reforzadores, además se realizó un Análisis de Varianza con comparaciones posteriores de Bonferroni. Para realizar este análisis, se realizó una selección de 325 sujetos que corresponden a la forma A del cuestionario de los cuales 96 fueron hombres y 229 fueron mujeres.

Consideraciones éticas

De acuerdo al Artículo 23 de la ley General de Salud, en materia de Investigación para la Salud, la presente no constituye una investigación que implique algún riesgo por lo que únicamente se les hace saber que la información obtenida es confidencial y método empleado en el estudio aseguró el anonimato y confidencialidad del/a alumno/a. No se le pide nombre y no se identifica al grupo escolar del cual es parte. Además, el proyecto fue analizado por el comité de ética de la Facultad de Psicología y el cuál fue aprobado.

Recursos humanos y materiales

Los recursos humanos requeridos para este estudio constaron de 2 coordinadores, 5 supervisores/as y 40 encuestadores/as y capturistas.

Se imprimieron 57,000 cuestionarios

Para la codificación de sobres y de cuestionarios se utilizaron lápices, plumas de color verde, azul y roja, y marcadores permanentes de punto mediano.

Para la captura se utilizaron 10 computadoras de escritorio de la Marca Dell, con Memoria RAM de 2.00GB, las cuales estaban conectadas en red alámbrica y tenían instalado el programa de captura.

Resultados

El total de la población entrevistada en la Facultad de Odontología (F.O.), fue de 1321 alumnos, de los cuales el 69.9% fueron mujeres y el 30.1% hombres. Se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la distribución según el sexo ($\chi^2=205.5$, $p<.001$).Tabla 1

Tabla 1 Distribución según Sexo. Facultad de Odontología, 2008.

Sexo	Facultad de Odontología	
	N	%
Hombres	398	30.1
Mujeres	923	69.9
Total	1321	100

$\chi^2 = 205.481$, $p < .001$

Fuente Directa

De acuerdo a la distribución por grupo de edad se encontró un porcentaje mayor de alumnos que tienen 19 años o menos, seguidos por los que tiene 20 años, y con menor porcentaje de aquellos con una edad de 22 años. Se encontró que la diferencia entre los grupos de edad fué significativa, ($\chi^2=2749.3$, $p<.001$). Tabla 2 La media de la edad fue de 20. 5 años (DS 2.713)

Tabla 2 Distribución según Edad. Facultad de Odontología, 2008.

Edad	Facultad de Odontología	
	N	%
19 años o menos	538	40.7
20	262	19.8
21	207	15.7
22	95	7.2
23 o más	220	16.6
Total	1321	100

$\chi^2 = 2749.3$, $p < .001$

Fuente Directa

Consumo de tabaco

En cuanto al consumo de tabaco, se observó que el 68.9% de los entrevistados respondió haber probado alguna vez en su vida un cigarrillo, lo que corresponde según el sexo al 76.7% de los hombres y el 65.5% de las mujeres. Se observó diferencia estadísticamente significativa en cuanto al consumo por lo menos alguna vez en la vida ($\chi^2=15.946$, $p<.001$).
Tabla 3.

Tabla 3. Consumo de tabaco por sexo. Facultad de Odontología, 2008.

Alguna vez en la vida	Hombres		Mujeres		F.O.	
	n	%	n	%	n	%
Si	305	76.7	605	65.5	910	68.9
No	93	23.3	318	34.5	411	31.1
Total	398	100	923	100	1321	100

$\chi^2=15.946$, $p<.001$

Fuente Directa

De acuerdo a la edad, el 81.0% de los estudiantes de 22 años reportaron haber consumido tabaco alguna vez en su vida, al igual que el 78.5% de los que tienen 23 años o más de edad, se observaron diferencias estadísticamente significativas por grupo de edad. ($\chi^2=31.382$, $p<.001$). Tabla 4

Tabla 4. Consumo de tabaco por edad. Facultad de Odontología, 2008.

Alguna vez en la vida	Edad (años)				
	19 o menos	20	21	22	23 o más
	%	%	%	%	%
Si	61.3	71.6	69.6	81.0	78.5
No	38.7	28.4	30.4	19.0	21.5

$\chi^2=31.382$, $p<.001$

Fuente Directa

El 37.6% de los hombres y el 33.3% de las mujeres inició el consumo de tabaco entre los 15 y los 16 años de edad, mientras que el 24.9% de los hombres y el 34.5% de las mujeres iniciaron el consumo entre los 17 y 18 años ($\chi^2=25.332$, $p<.001$).

La media de edad de inicio de consumo de tabaco fué a los 15.1 años para los hombres (DS=2.9) y a los 15.9 años para las mujeres (DS=2.4). Dichas medias son diferentes significativamente ($t=-4.403$, $p<.001$) Tabla 5

Tabla 5. Edad de inicio de consumo de Tabaco según sexo. Facultad de Odontología,

2008				
Edad de inicio	Hombres		Mujeres	
	%		%	
10 o -	6.5		1.8	
11-12	5.6		5.9	
13-14	20.1		15.4	
15-16	37.6		33.3	
17-18	24.9		34.5	
19-20	3.7		7.0	
21 o +	1.6		2.1	
Total	100		100	
			$\chi^2=25.332$, $p<.001$	
	Media	DS	Media	DS
Edad de inicio	15.1	2.9	15.9	2.4
			$t=-4.403$, $p<.001$	

Fuente Directa

Respecto a la categoría de consumo, el 31.1% de los estudiantes refirió no haber fumado, el 33.8% corresponde a fumadores ocasionales, el 28.3% son fumadores actuales y finalmente, el 6.7% corresponde a la categoría de fumadores dependientes.

De acuerdo al sexo y a la categoría de consumo, el 23.8 % de los hombres y el 34.5% de las mujeres son no fumadores, el 32.4% de los hombres y el 34.5% de mujeres son fumadores ocasionales, mientras que el 34.3% de los hombres y el 25.8% de las mujeres son fumadores actuales. El 10.0% de los hombres y el 5.3% de las mujeres se ubicaron en el grupo de fumadores dependientes. Se encontraron diferencias estadísticas significativas de acuerdo a la categoría de consumo por sexo. ($\chi^2=27.5$, $p<.001$). Tabla 6

Tabla 6. Categoría de consumo de Tabaco según sexo. Facultad de Odontología, 2008

Categoría de consumo	Hombres		Mujeres		F.O.	
	n	%	n	%	n	%
No Fumador	93	23.3	318	34.5	411	31.1
Fumador Ocasional	129	32.4	318	34.5	447	33.8
Fumador Actual	136	34.3	238	25.8	374	28.3
Fumador Dependiente	40	10.0	49	5.3	89	6.7
Total	398	100	923	100	1321	100

$\chi^2 = 27.513, p < .001$

Fuente Directa.

En lo que respecta la categoría de consumo y la edad, se encontró que de los alumnos que tienen 19 años o menos el mayor porcentaje fue para los no fumadores 38.7%, seguido de los fumadores ocasionales, en cuanto a los alumnos de 20 años de edad, el 35.3% son fumadores ocasionales, seguidos de los fumadores actuales con 30.7%, de los estudiantes de 21 años de edad el 40.0% son fumadores ocasionales y el 30.4% no fuman, Por su parte, los alumnos de 22 y 23 años o más los porcentajes más altos fueron para los fumadores actuales (37.0% y 38.9% respectivamente) y para los fumadores ocasionales (30.6% y 30.3% respectivamente). En todos los grupos de edad se encontró un porcentaje bajo correspondiente a los fumadores dependientes. Encontrándose diferencias estadísticas significativas por edad ($\chi^2 = 54.953, p < .001$). Tabla 7

Tabla 7. Categoría de consumo de Tabaco según Edad. Facultad de Odontología, 2008

Categoría de consumo	Edad (años)				
	19 o menos	20	21	22	23 o más
	%	%	%	%	%
No Fumador	38.7	28.4	30.4	19.0	21.5
Fumador Ocasional	32.8	35.3	40.0	30.6	30.3
Fumador Actual	23.2	30.7	23.5	37.0	38.9
Fumador Dependiente	5.3	5.6	6.1	13.3	9.2

$\chi^2 = 54.953, p < .001$

Fuente Directa.

Finalmente respecto al nivel de dependencia, el 90.3% de los estudiantes de odontología que fuman corresponde a los que no presentan dependencia. Para los diferentes niveles de dependencia, se encontró que el 8.9% presenta un nivel de dependencia baja, el 0.7% una dependencia moderada y sólo el 0.2% presenta una dependencia alta al tabaco. De acuerdo al sexo, se encontró que el 11.8% de los hombres y 7.4% de las mujeres presentaron dependencia baja al consumo. Se observó diferencia estadística significativa de acuerdo al nivel de dependencia por sexo ($\chi^2=8.790$, $p=.032$). Tabla 8.

Tabla 8. Nivel de dependencia al consumo de Tabaco. Facultad de Odontología, 2008.

Categoría de Dependencia	Hombres		Sexo Mujeres		Total	
	n	%	n	%	n	%
Dependencia Baja	36	11.8	45	7.4	81	8.9
Dependencia Moderada	2	0.7	4	0.7	6	0.7
Dependencia Alta	2	0.6	0	0.0	2	0.2
Sin Dependencia	266	87.0	556	91.9	821	90.3
Total	305	100	605	100	910	100

$\chi^2=8.790$, $p=.032$.

Fuente Directa.

En lo que se refiere al nivel de dependencia y la edad, se encontró que el 15.0% de los alumnos con 22 años presentan una dependencia baja y el 1.5% dependencia moderada. De los alumnos con edad de 23 años o más el 10.1% presentó dependencia baja, el 1.1% dependencia moderada y el 0.5% dependencia alta. Por otra parte, en los alumnos de 19 años o menos, se encontró que el 8.1% presentó dependencia baja, y 0.3% tanto dependencia alta y moderada. No se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la categoría de consumo por edad. ($\chi^2=10.169$, $p=0.601$)Tabla 9

Tabla 9. Categoría de consumo de Tabaco según Edad. Facultad de Odontología, 2008

Categoría de consumo	Edad (años)				
	19 o menos %	20 %	21 %	22 %	23 o más %
Dependencia Baja	8.1	7.8	7.4	15.0	10.1
Dependencia Moderada	0.3	0.0	1.4	1.5	1.1
Dependencia Alta	0.3	0.0	0.0	0.0	0.5
Sin Dependencia	91.4	92.2	91.2	83.6	88.3
Total	100	100	100	100	100

$\chi^2 = 10.169, p = .601$

Fuente Directa

Indicadores de Estrés

En la escala de estrés, se preguntó a los estudiantes su grado de molestia respecto a ciertas situaciones, los resultados obtenidos fueron los siguientes:

El 47.0% de los estudiantes refirió molestarse mucho cuando los padres les prohíben hacer algo que es importante, al igual que el 53.7% de las mujeres, y el 30.6% de los hombres, respecto a este indicador se observaron diferencias estadísticamente significativas por sexo ($\chi^2 = 20.284, p < .001$). Además casi tres cuartas partes de los estudiantes (74.5%) refirieron sentir la misma molestia cuando su mejor amigo ha traicionado su confianza, al igual que el 77.7% de las mujeres y el 66.7% de los hombres, respecto a este no se encontraron diferencias estadísticamente significativas según el sexo ($\chi^2 = 6.897, p = .075$). También el 37.9% de los hombres y el 40.1% de las mujeres refirieron molestarse mucho cuando han tenido problemas con autoridades de la escuela. Se observaron diferencias estadísticamente significativas por sexo. ($\chi^2 = 9.642, p = .022$) Tabla 10

Tabla 10 Indicadores de Estrés según Sexo. Facultad de Odontología, 2008

<i>¿Qué tanto te molesta...</i>	Hombres		Mujeres		Total	
	N	%	n	%	n	%
<i>a)...cuando alguno de tus padres (o sustitutos) te prohíben hacer algo que para ti es muy importante?"</i>						
Nada	5	5.1	8	3.5	13	4.0
Poco	21	22.2	18	7.7	39	11.9
Regular	41	42.1	81	35.0	122	37.1
Mucho	30	30.6	125	53.7	154	47.0
						$\chi^2=20.284, p<.001$
<i>b)...cuando tu mejor amigo/a ha traicionado tu confianza (se ha burlado de ti, ha platicado tus secretos, etc.)?</i>						
Nada	3	3.5	5	2.2	8	2.6
Poco	7	7.6	5	2.3	13	3.8
Regular	21	22.2	41	17.9	63	19.1
Mucho	64	66.7	180	77.7	245	74.5
						$\chi^2=6.897, p=.075$
<i>c)...cuando has tenido problemas con los/as maestros/as, prefectos/as, directores/as o cualquier autoridad de la escuela?</i>						
Nada	12	13.0	8	3.6	21	6.3
Poco	14	14.1	39	16.8	53	16.0
Regular	34	35.0	92	39.6	126	38.2
Mucho	37	37.9	93	40.1	130	39.4
						$\chi^2=9.642, p=.022$

De los estudiantes que refirieron molestarse mucho cuando alguno de sus padres les prohíben hacer algo importante, el 31.1% son fumadores ocasionales y el 30.4% son fumadores actuales, sin observarse diferencias estadísticamente significativas por categoría de consumo ($\chi^2=12.215, p=0.201$). En cuanto aquellos que les molesta mucho cuando su mejor amigo ha traicionado su confianza el 33.0% son fumadores ocasionales, el 28.5% no fuman, y el 28.7% son fumadores actuales, para este indicador las diferencias no fueron significativas por categoría de consumo ($\chi^2=7.033, p=.541$). También, de aquellos que se molestan mucho cuando han tenido problemas con autoridades de la escuela el 35.3% son fumadores ocasionales, mientras que el 31.7% son fumadores

actuales. Para este indicador, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas por categoría de consumo. ($\chi^2=10.608$, $p=.304$). Tabla 11

Tabla 11 Indicadores de Estrés según Categoría de Consumo de Tabaco. Facultad de Odontología, 2008

<i>¿Qué tanto te molesta...</i>	No Fumador		Fumador Ocasional		Fumador Actual		Fumador Dependiente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>a)...cuando alguno de tus padres (o sustitutos) te prohíben hacer algo que para ti es muy importante?"</i>								
Nada	4	30.7	1	8.2	5	38.9	3	22.1
Poco	11	27.8	9	23.6	16	40.6	3	8.0
Regular	39	32.0	46	37.8	28	23.0	9	7.2
Mucho	45	29.2	48	31.1	47	30.4	14	9.2
								$\chi^2=12.215$, $p=.201$
<i>b)...cuando tu mejor amigo/a ha traicionado tu confianza (se ha burlado de ti, ha platicado tus secretos, etc.)?</i>								
Nada	2	23.8	1	12.7	4	52.4	1	11.1
Poco	2	16.0	4	33.7	5	41.8	1	8.5
Regular	25	40.4	18	29.1	16	25.6	3	4.8
Mucho	70	28.5	81	33.0	70	28.7	24	9.8
								$\chi^2=7.033$, $p=.541$
<i>c)...cuando has tenido problemas con los/as maestros/as, prefectos/as, directores/as o cualquier autoridad de la escuela?</i>								
Nada	5	25.6	7	34.0	8	40.4	0	.0
Poco	16	29.8	16	29.8	17	32.0	4	8.4
Regular	48	38.3	36	28.6	30	23.7	12	9.4
Mucho	30	23.1	46	35.3	41	31.7	13	9.9
								$\chi^2=10.608$, $p=.304$

Indicadores de Ansiedad

De acuerdo a los nueve reactivos de la escala de ansiedad se encontró lo siguiente:

El 74.6% de las mujeres y el 68.2% de los hombres refirieron que a veces están inquietos o con los nervios de punta. Se observó diferencia estadísticamente significativa por sexo

($\chi^2=6.524$, $p=.038$) De los que casi siempre tienen dificultades para concentrarse, el 8.5% corresponde a los hombres y al 9.7% de las mujeres. No se observaron diferencias estadísticamente significativas por sexo ($\chi^2=.429$, $p=.807$). Los estudiantes que respondieron que a veces tiene los músculos tensos o adoloridos equivale casi la mitad de los estudiantes (49.0% de los hombres y al 57.7% de las mujeres). No se observaron diferencias estadísticamente significativas según el sexo ($\chi^2=.163$, $p=.922$). Además el 39.3% de los hombres y el 40.4% de las mujeres refirieron que a veces tienen dificultad para dormir o permanecer dormido. El 35.6% de los hombres reporta que a veces suda con mayor intensidad de lo normal, al igual que el 24.7% de las mujeres. No se observaron diferencias estadísticamente significativas por sexo ($\chi^2=4.158$, $p=.125$). Tabla 12.1

Tabla 12.1 Indicadores de Ansiedad según Sexo. Facultad de Odontología, 2008

<i>¿Con qué frecuencia te ha pasado lo siguiente?</i>	Hombres		Mujeres		Total	
	n	%	n	%	n	%
<i>a)Estar inquieto/a o con los nervios de punta</i>						
Nunca	23	23.3	29	12.9	52	16.0
A veces	66	68.2	170	74.6	236	72.7
Casi Siempre	8	8.5	28	12.5	37	11.3
						$x^2=6.524, p=.038$
<i>b)Tener dificultades para concentrarme o mantener la atención en lo que estoy haciendo</i>						
Nunca	24	24.5	50	21.7	74	22.6
A veces	65	67.0	158	68.5	223	68.1
Casi Siempre	8	8.5	22	9.7	31	9.4
						$x^2=0.429, p=.807$
<i>c)Tener los músculos tensos o adoloridos</i>						
Nunca	41	42.3	70	30.4	111	33.9
A veces	48	49.0	132	57.7	180	55.1
Casi Siempre	8	8.7	27	11.9	36	11.0
						$x^2=4.657, p=.113$
<i>d)Tener dificultad para dormir o permanecer dormido/a</i>						
Nunca	52	53.1	123	53.4	174	53.3
A veces	38	39.3	93	40.4	131	40.1
Casi Siempre	7	7.6	14	6.2	22	6.6
						$x^2=.163, p=.922$
<i>e)Sudar con mayor intensidad de la normal</i>						
Nunca	61	62.4	166	72.2	227	69.3
A veces	35	35.6	57	24.7	91	28.0
Casi Siempre	2	2.1	7	3.1	9	2.8
						$x^2=4.158, p=.125$

Los estudiantes que contestaron que a veces tiemblan sin ninguna razón equivale al 21.8% de los hombres y al 23.9% de las mujeres, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas por sexo ($x^2=.206, p=.902$). Otro indicador de ansiedad es sentir que les falta el aire, a lo que el 16.4% de los hombres y el 20.4% de las mujeres respondieron que esta situación se presenta a veces, sin encontrar diferencias estadísticamente significativas por

sexo ($\chi^2=2.980$, $p=.225$). Los alumnos que respondieron que a veces tienen miedo a perder el control corresponde al 11.7% de los hombres y solo 8.8% de las mujeres, no se observaron diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=.637$, $p=.727$) Finalmente el 13.7% de los hombres y el 9.4% de las mujeres, a veces escapan de su casa por más de un día, para este indicador no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=2.659$, $p=.265$) Tabla 12.2

Tabla 12.2 Indicadores de Ansiedad según Sexo. Facultad de Odontología, 2008

¿Con qué frecuencia te ha pasado lo siguiente?	Hombres		Mujeres		Total	
	n	%	n	%	n	%
<i>f) Temblar sin razón alguna</i>						
Nunca	74	76.1	170	73.9	244	74.5
A veces	21	21.8	55	23.9	76	23.3
Casi Siempre	2	2.1	5	2.3	7	2.2
						$\chi^2=.206$, $p=.902$
<i>g) Sentir que me falta el aire</i>						
Nunca	81	83.6	178	77.4	259	79.2
A veces	16	16.4	47	20.4	63	19.3
Casi Siempre	0	0.0	5	2.2	5	1.5
						$\chi^2=2.980$, $p=.225$
<i>h) Miedo a perder el control o a volverme loco/a</i>						
Nunca	83	85.1	204	88.6	286	87.5
A veces	11	11.7	20	8.8	32	9.7
Casi Siempre	3	3.2	6	2.6	9	2.8
						$\chi^2=.637$, $p=.727$
<i>i) Escaparme de mi casa por más de un día</i>						
Nunca	84	86.3	204	88.9	288	88.1
A veces	13	13.7	22	9.4	35	10.7
Casi Siempre	0	0.0	4	1.8	4	1.2
						$\chi^2=2.659$, $p=.265$

De acuerdo a los indicadores de ansiedad y la categoría de consumo, el 32.2% que refieren que a veces están inquietos son fumadores ocasionales. No se observaron diferencias estadísticamente significativas por categoría de consumo ($\chi^2=7.605$, $p=.268$), en cuanto aquellos que a veces tienen dificultades para concentrarse, 30.2% son fumadores actuales al igual que el 30.3% de aquellos que casi siempre tienen dificultades.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas por categoría de consumo ($\chi^2=2.063$, $p=.914$). El 33.5% de aquellos que a veces tienen los músculos tensos, son fumadores ocasionales, y el 33.3% son el 38.5% son fumadores actuales, no se encontraron diferencias estadísticamente significativa por categoría de consumo ($\chi^2=7.576$, $p=.271$). De los estudiantes que casi siempre tienen dificultades para dormir son fumadores ocasionales, así como el 37.8% son fumadores actuales No se encontraron diferencias estadísticamente significativas por categoría de consumo ($\chi^2=6.113$, $p=.411$). En cuanto los estudiantes que sudan casi siempre sudan con mayor intensidad de lo normal el 46.2% son fumadores actuales, y el 33.9% no fuman. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas por categoría de consumo. ($\chi^2=6.615$, $p=.358$). Tabla 13.1

Tabla 13.1 Indicadores de Ansiedad según Categoría de Consumo de Tabaco. Facultad de Odontología, 2008

<i>¿Con qué frecuencia te ha pasado lo siguiente?</i>	No Fumador		Fumador Ocasional		Fumador Actual		Fumador Dependiente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>a) Estar inquieto/a o con los nervios de punta</i>								
Nunca	16	31.0	17	32.9	15	28.8	4	7.3
A veces	68	28.9	76	32.2	74	31.3	18	7.7
Casi Siempre	13	36.7	9	24.5	7	19.3	7	19.5
								$\chi^2=7.605, p=.268$
<i>b) Tener dificultades para concentrarme o mantener la atención en lo que estoy haciendo</i>								
Nunca	25	33.6	22	29.9	19	26.2	8	10.2
A veces	63	28.2	74	33.3	67	30.2	18	8.2
Casi Siempre	10	33.7	8	25.6	9	30.3	3	10.4
								$\chi^2=2.063, p=.914$
<i>c) Tener los músculos tensos o adoloridos</i>								
Nunca	39	34.9	33	29.6	30	27.1	9	8.4
A veces	44	24.5	60	33.5	60	33.3	16	8.8
Casi Siempre	14	39.9	11	31.4	6	17.4	4	11.2
								$\chi^2=7.576, p=.271$
<i>d) Tener dificultad para dormir o permanecer dormido/a</i>								
Nunca	60	34.6	52	29.7	47	26.7	16	9.0
A veces	33	24.8	44	33.5	41	31.4	13	10.2
Casi Siempre	5	23.7	8	38.5	8	37.8	0	0.0
								$\chi^2=6.113, p=.411$
<i>e) Sudar con mayor intensidad de la normal</i>								
Nunca	72	31.7	71	31.2	60	26.5	24	10.5
A veces	23	25.1	32	34.6	32	34.7	5	5.7
Casi Siempre	3	33.9	2	20.0	4	46.2	0	0.0
								$\chi^2=6.615, p=.358$

El 35.4% de los estudiantes que a veces tiembla sin ninguna razón son fumadores ocasionales, y el 27.8% son de la categoría de fumador actual, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas por categoría de consumo ($\chi^2=1.872, p=0.931$). El 37.8% de los que refirieron que a veces les falta el aire corresponde a los fumadores ocasionales así como el 26.3%, de la categoría de fumadores actuales, no se encontraron

diferencias estadísticamente significativa por categoría de consumo ($\chi^2=5.191$, $p=.520$) El 38.9% de los estudiantes que dijeron que a veces tienen miedo a perder el control son fumadores actuales, no se observaron diferencias estadísticamente significativas por categoría de consumo ($\chi^2=4.236$, $p=.645$). También el 37.8% de los que dicen que a veces se escapan de su casa por más de un día son fumadores ocasionales. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=4.514$, $p=.607$) Tabla 13.2

Tabla 13.2 Indicadores de Ansiedad según Categoría de Consumo de Tabaco.

Facultad de Odontología, 2008

¿Con qué frecuencia te ha pasado lo siguiente?	No Fumador		Fumador Ocasional		Fumador Actual		Fumador Dependiente	
	n	%	N	%	n	%	n	%
<i>f) Temblar sin razón alguna</i>								
Nunca	73	30.1	76	31.2	73	29.9	22	8.8
A veces	21	28.1	27	35.4	21	27.8	7	8.6
Casi Siempre	3	44.5	1	14.8	2	27.7	1	13.0
$\chi^2=1.872$, $p=.931$								
<i>g) Sentir que me falta el aire</i>								
Nunca	78	30.2	80	31.1	78	30.0	22	8.6
A veces	17	26.6	24	37.8	17	26.3	6	9.3
Casi Siempre	3	62.1	0	0.0	1	18.9	1	18.9
$\chi^2=5.191$, $p=.520$								
<i>h) Miedo a perder el control o a volverme loco/a</i>								
Nunca	89	31.0	92	32.1	81	28.2	25	8.7
A veces	7	22.0	10	32.2	12	38.9	2	6.9
Casi Siempre	2	23.9	2	22.0	3	32.1	2	22.0
$\chi^2=4.236$, $p=.645$								
<i>i) Escaparme de mi casa por más de un día</i>								
Nunca	89	31.0	90	31.2	86	29.9	23	7.9
A veces	7	21.2	13	37.8	9	25.7	5	15.2
Casi Siempre	1	26.6	1	23.4	1	23.4	1	26.6
$\chi^2=4.514$, $p=.607$								

Indicadores de Depresión

En cuanto a la serie de reactivos que se refieren a la sintomatología depresiva se encontró lo siguiente:

Una tercera parte de los estudiantes (33.4%) reportaron que de uno a dos días durante la semana pasada, les habían molestado cosas que normalmente no les molesta no se observaron diferencias estadísticamente significativas por sexo ($\chi^2=.586$, $p=.900$), además el 27.7% de los hombres y el 26.3% mujeres refirieron no haber tenido apetito de una a dos días durante la semana pasada no se encontraron diferencias estadísticamente significativas por sexo ($\chi^2=.741$, $p=.864$). También el 23.6% de las mujeres reportó que de uno a dos días durante la semana anterior sentía que no podía quitarse la tristeza ni con la ayuda de familia o amigos, la diferencia es estadísticamente significativa según el sexo ($\chi^2=8.564$, $p=.037$), mientras que el 42.6% de las mujeres y el 30.9% de los hombres refirió que de uno a dos días durante la semana pasada tenía dificultad para concentrarse en lo que estaba haciendo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=5.763$, $p=.124$) Tabla 14.1

Tabla 14.1 Sintomatología Depresiva según sexo

<i>Durante la semana pasada:</i>	Hombres		Mujeres		Total	
	n	%	n	%	n	%
<i>a) Me molestaron muchas cosas que generalmente no me molestan</i>						
0 días	58	59.9	131	56.9	190	57.8
1 – 2 días	32	32.8	78	33.6	110	33.4
3 – 4 días	6	6.2	18	7.7	24	7.3
5 – 7 días	1	1.2	4	1.7	5	1.6
$\chi^2=.586, p=.900$						
<i>b) No tenía hambre, no tenía apetito</i>						
0 días	65	67.2	153	66.2	218	66.5
1 – 2 días	27	27.7	61	26.3	88	26.7
3 – 4 días	4	3.9	15	6.6	19	5.8
5 – 7 días	1	1.2	2	.9	3	1.0
$\chi^2=.741, p=.864$						
<i>c) Sentía que no podía quitarme la tristeza ni con la ayuda de mi familia o amigos/as</i>						
0 días	73	75.5	151	66.0	224	68.8
1 – 2 días	14	14.3	54	23.6	68	20.8
3 – 4 días	4	4.7	20	8.7	24	7.5
5 – 7 días	5	5.6	4	1.7	9	2.8
$\chi^2=8.564, p=.037$						
<i>d) Sentía que era tan bueno/a como los demás</i>						
0 días	31	32.1	66	28.8	97	29.8
1 – 2 días	15	15.7	46	20.0	61	18.7
3 – 4 días	23	23.6	57	24.8	80	24.4
5 – 7 días	28	28.6	61	26.4	88	27.1
$\chi^2=1.167, p=.761$						
<i>e) Tenía dificultad para concentrarme en lo que estaba haciendo</i>						
0 días	44	45.0	95	41.3	139	42.4
1 – 2 días	30	30.9	99	42.6	129	39.2
3 – 4 días	20	20.8	29	12.6	49	15.0
5 – 7 días	3	3.2	8	3.4	11	3.4
$\chi^2=5.763, p=.124$						

Cerca de una cuarta parte de los estudiantes (26.1%) refirieron que de uno a dos días de la semana anterior se sintieron deprimidos, lo que equivale al 28.7% de las mujeres y al 11.7% de los hombres, (no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=4.484$, $p=.323$) además el 28.6% de las mujeres refirió que de uno a dos días sentía que todo lo que hacía les costaba mucho esfuerzo, (no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=2.713$, $p=.438$), en cuanto al 35.2% de los hombres refirieron que de 5 a 7 días durante la semana anterior veían el futuro con esperanza al igual que el 31.8% de las mujeres, la diferencia por sexo es estadísticamente significativa, ($\chi^2=15.909$, $p<.001$) además el 15.7% de los hombres pensó de uno a dos días en la semana anterior, que su vida era un fracaso, no se observaron diferencias estadísticamente significativas por sexo ($\chi^2=2.464$, $p=.482$). En cuanto a las mujeres que contestaron que de 1 a 2 días de la semana anterior habían tenido miedo equivale al 21.1% de los hombres y al 19.1% de las mujeres, no se observaron diferencias estadísticamente significativas por sexo ($\chi^2=4.055$, $p=.256$). Tabla 14.2

Tabla 14.2 Sintomatología Depresiva según sexo

<i>Durante la semana pasada:</i>	Hombres		Mujeres		Total	
	n	%	n	%	n	%
<i>f) Me sentí deprimido/a</i>						
0 días	64	66.0	132	56.9	196	59.6
1 – 2 días	19	20.0	66	28.7	86	26.1
3 – 4 días	11	11.7	25	10.9	37	11.2
5 – 7 días	2	2.3	8	3.4	10	3.1
						$x^2=4.484, p=.323$
<i>g) Sentí que todo lo que hacía me costaba mucho esfuerzo</i>						
0 días	59	63.1	125	54.3	185	56.9
1 – 2 días	19	20.6	66	28.6	86	26.3
3 – 4 días	11	11.8	29	12.6	40	12.3
5 – 7 días	4	4.5	10	4.5	15	4.5
						$x^2=2.713, p=.438$
<i>h) Veía el futuro con esperanza</i>						
0 días	32	33.2	44	19.2	77	23.4
1 – 2 días	6	5.9	51	22.1	57	17.3
3 – 4 días	25	25.7	62	26.9	87	26.5
5 – 7 días	34	35.2	73	31.8	108	32.8
						$x^2=15.909, p<.001$
<i>i) Pensé que mi vida era un fracaso</i>						
0 días	74	76.4	188	82.3	262	80.6
1 – 2 días	15	15.7	23	10.2	38	11.8
3 – 4 días	6	6.7	16	7.0	23	6.9
5 – 7 días	1	1.2	1	.4	2	.6
						$x^2=2.464, p=.482$
<i>j) Tenía miedo</i>						
0 días	73	74.8	163	70.4	235	71.7
1 – 2 días	20	21.1	44	19.1	65	19.7
3 – 4 días	2	2.1	18	8.0	20	6.2
5 – 7 días	2	2.1	6	2.5	8	2.4
						$x^2=4.055, p=.256$

En cuanto los estudiantes que refirieron que de uno a dos días durante la semana pasada durmieron sin descansar equivale al 33.7% de las mujeres y al 19.6% de los hombres. Las diferencias por sexo son estadísticamente significativas ($x^2=9.738, p=.021$). El 40.7% de las mujeres refirió que de 5 a 7 días durante la semana pasada estaban felices al igual que el 32.9% de los hombres no se encontraron diferencias estadísticamente significativas

($\chi^2=6.089$, $p=.107$). El 32.9% de los hombres y el 30.1% de las mujeres refirieron que de uno a dos días en la semana anterior, platicaron menos de lo normal, no se encontraron diferencias estadísticamente significativa por sexo ($\chi^2=6.089$, $p=.107$)

El 21.7% de las mujeres refirieron que de uno a dos días de la semana anterior, se sentían solas al igual que el 18.5% de los hombres. No se observaron diferencias estadísticamente significativas por sexo ($\chi^2=1.997$, $p=.573$). Tabla 14.3

Tabla 14.3 Sintomatología Depresiva según sexo

<i>Durante la semana pasada:</i>	Hombres		Mujeres		Total	
	n	%	n	n	%	n
<i>k) Dormí sin descansar</i>						
0 días	54	56.5	89	38.8	143	44.0
1 – 2 días	19	19.6	77	33.7	96	29.5
3 – 4 días	17	18.1	42	18.4	60	18.3
5 – 7 días	6	5.7	21	9.1	26	8.1
$x^2=9.738, p=.021$						
<i>l) Estaba feliz</i>						
0 días	16	17.3	23	9.9	39	12.0
1 – 2 días	14	14.5	48	21.1	62	19.2
3 – 4 días	33	35.3	65	28.4	98	30.4
5 – 7 días	31	32.9	94	40.7	124	38.4
$x^2=6.089, p=.107$						
<i>m) Platiqué menos de lo normal</i>						
0 días	50	53.1	123	53.3	173	53.2
1 – 2 días	31	32.9	70	30.1	101	30.9
3 – 4 días	9	9.4	28	12.3	37	11.4
5 – 7 días	4	4.7	10	4.4	15	4.5
$x^2=0.535, p=.911$						
<i>n) Me sentía solo/a</i>						
0 días	68	70.2	146	63.5	214	65.5
1 – 2 días	18	18.5	50	21.7	68	20.8
3 – 4 días	7	6.9	26	11.3	33	10.0
5 – 7 días	4	4.4	8	3.5	12	3.8
$x^2=1.997, p=.573$						
<i>o) Sentí que la gente era poco amigable</i>						
0 días	64	65.7	142	62.1	206	63.1
1 – 2 días	27	27.4	55	24.0	82	25.0
3 – 4 días	3	3.5	21	9.2	24	7.5
5 – 7 días	3	3.5	11	4.8	14	4.4
$x^2=4.448, p=0.217$						

El 45.7% de las mujeres refirió que de cinco a siete días durante la semana anterior disfrutó de la vida al igual que el 41.4% de los hombres. No se observaron diferencias estadísticamente significativas por sexo, ($x^2=1.421, p=.701$). En cuanto el 22.4% de las mujeres y el 9.7 de los hombres dijeron que de uno a dos días de la semana anterior

lloraba a ratos, la diferencia por sexo es estadísticamente significativa ($\chi^2=14.599$, $p=.002$). El 30.1% de las mujeres y el 20.4% de los hombres reportaron sentirse tristes de uno a dos días de la semana anterior, no se observaron diferencias estadísticamente significativas por sexo ($\chi^2=6.817$, $p=.078$). El 27.0% de los hombres y el 23.6% de las mujeres refirió que sentía que no les caía bien a otros, de uno a dos días de la semana anterior, no se observaron diferencias estadísticamente significativas por sexo ($\chi^2=0.805$, $p=.614$), Tabla 14.4.

Tabla 14.4 Sintomatología Depresiva según sexo

<i>Durante la semana pasada:</i>	Hombres		Mujeres		Total	
	n	%	n	n	%	n
<i>p) Disfruté de la vida</i>						
0 días	15	15.3	27	11.7	42	12.8
1 – 2 días	14	14.2	38	16.3	52	15.7
3 – 4 días	28	29.1	61	26.2	89	27.1
5 – 7 días	40	41.4	106	45.7	146	44.4
						$\chi^2=1.421$, $p=.701$
<i>q) Lloraba a ratos</i>						
0 días	83	85.8	151	65.6	233	71.5
1 – 2 días	9	9.7	51	22.4	61	18.6
3 – 4 días	3	3.2	23	9.8	26	7.9
5 – 7 días	1	1.2	5	2.3	6	1.9
						$\chi^2=14.599$, $p=.002$
<i>r) Me sentía triste</i>						
0 días	69	71.1	129	55.9	198	60.4
1 – 2 días	20	20.4	69	30.1	89	27.2
3 – 4 días	7	7.3	25	10.9	32	9.8
5 – 7 días	1	1.2	7	3.1	8	2.5
						$\chi^2=6.817$, $p=.078$
<i>s) Sentía que no les caía bien a otros/as</i>						
0 días	60	62.0	150	65.0	210	64.1
1 – 2 días	26	27.0	55	23.6	81	24.6
3 – 4 días	10	9.9	19	8.4	29	8.8
5 – 7 días	1	1.2	7	3.0	8	2.5
						$\chi^2=0.805$, $p=.614$

Finalmente de acuerdo el 42% de las mujeres y el 30.8 de los hombres refirieron haber tenido depresión dos o más semanas a lo largo de su vida, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas según el sexo ($\chi^2=3.524$, $p=.060$). Tabla 14.5

Tabla 14.5 Sintomatología Depresiva según sexo

A lo largo de tu vida ¿has tenido alguna vez dos semanas o más en que casi todos los días te sentías triste, desanimado/a o deprimido/a? (en otro momento que no fuese después de la muerte de una persona cercana).

<i>¿Has tenido alguna vez dos semanas o más depresión?</i>	Hombres		Mujeres		Total	
	N	%	N	%	N	%
Si	30	30.8	97	42.0	127	38.7
No	67	69.2	134	58.0	201	61.3

$\chi^2=3.524, p=.060$

De acuerdo a los indicadores de depresión y la categoría de consumo se observó que 33.3% reportaron que durante la semana pasada de uno a dos días les molestaron cosas que generalmente no les afecta, los cuales pertenece a la categoría de fumadores actuales y el 29.1% son fumadores ocasionales. Se encontró que la diferencia por categoría de consumo es estadísticamente significativa ($\chi^2=20.912, p=.013$), en cuanto a aquellos que refirieron que de tres a cuatro días de la semana anterior no tenía hambre el 48.5% son fumadores actuales y el 25.2% son fumadores ocasionales, las diferencias por categoría de consumo no son estadísticamente significativas ($\chi^2=8.373, p=.479$) en cuanto a los que de cinco a 7 días de la semana pasada sentían que no podían quitarse la tristeza ni con ayuda de familiares o amigos, 55.5% son fumadores actuales, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas por categoría de consumo ($\chi^2=14.306, p=.890$). El 33.4% de los que de tres a cuatro días de la semana anterior sentían que eran tan buenos como los demás, pertenece al grupo de fumadores actuales, no se observaron diferencias estadísticamente significativas por categoría de consumo ($\chi^2=6.237, p=.716$). En cuanto aquellos que refirieron que de tres a cuatro días de la semana anterior tenían dificultad para concentrarse, el 42.5% entraron en la categoría de fumadores actuales y el 10.2 a la categoría de fumadores dependientes. No se observaron diferencias estadísticamente significativas por categoría de consumo ($\chi^2=12.079, p=.209$) Tabla 15.1

Tabla 15.1 Sintomatología Depresiva según Categoría de Consumo de Tabaco

	No Fumador		Fumador Ocasional		Fumador Actual		Fumador Dependiente	
	n	%	n	%	N	%	n	%
Durante la semana pasada:								
<i>a) Me molestaron muchas cosas que generalmente no me molestan</i>								
0 días	61	32.0	65	34.0	50	26.5	14	7.4
1 – 2 días	31	28.5	32	29.1	37	33.3	10	9.1
3 – 4 días	7	30.0	8	32.6	7	29.5	2	7.9
5 – 7 días	0	0.0	0	0.0	2	40.1	3	59.9
								$x^2=20.912, p=.013$
<i>b) No tenía hambre, no tenía apetito</i>								
0 días	66	30.3	67	30.9	65	29.8	20	9.0
1 – 2 días	28	31.7	32	36.5	19	22.2	8	9.6
3 – 4 días	4	21.3	5	25.2	9	48.5	1	5.0
5 – 7 días	1	32.8	0	0.0	2	67.2	0	0.0
								$x^2=8.373, p=.479$
<i>c) Sentía que no podía quitarme la tristeza ni con la ayuda de mi familia o amigos/as</i>								
0 días	68	30.6	72	32.0	65	29.0	19	8.5
1 – 2 días	19	28.4	21	31.6	19	28.1	8	12.0
3 – 4 días	8	33.8	7	30.0	7	28.5	2	7.7
5 – 7 días	2	22.3	2	22.3	5	55.5	0	0.0
								$x^2=14.306, p=.890$
<i>d) Sentía que era tan bueno/a como los demás</i>								
0 días	30	30.7	31	32.3	29	30.0	7	7.1
1 – 2 días	16	26.6	24	38.7	14	23.0	7	11.7
3 – 4 días	23	29.0	25	31.1	27	33.4	5	6.5
5 – 7 días	30	34.1	23	25.9	25	28.7	10	11.3
								$x^2=6.237, p=.716$
<i>e) Tenía dificultad para concentrarme en lo que estaba haciendo</i>								
0 días	42	30.1	44	31.9	38	27.3	15	10.7
1 – 2 días	38	29.5	48	37.0	34	26.4	9	7.1
3 – 4 días	13	26.9	10	20.5	21	42.5	5	10.2
5 – 7 días	6	53.4	2	18.7	3	27.9	0	0.0
								$x^2=12.079, p=.209$

El 38.2% de los estudiantes que durante la semana anterior, de tres a cuatro días se sintieron deprimidos, entraron a la categoría de fumadores ocasionales mientras que el 36.6% son fumadores ocasionales, no se observaron diferencias estadísticamente

significativas por categoría de consumo ($\chi^2=6.696$, $p=.669$). En cuanto a aquellos que de cinco a siete días de la semana anterior, sintieron que todo lo que hacían les costaba mucho esfuerzo, se encontró que el 44.5% son fumadores actuales y el 35.3% no fuman. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas por categoría de consumo ($\chi^2=7.889$, $p=.545$). El 36.0% de los que mencionaron que de tres a cuatro días de la semana anterior veían el futuro con esperanza son fumadores ocasionales, y el 28.1% no fuman, no se observaron diferencias estadísticamente significativas por categoría de consumo de tabaco ($\chi^2=16.414$, $p=.059$), El 37.7% de que de tres a cuatro días de la semana anterior, pensaron que su vida es un fracaso, son de la categoría de fumador actual, y el 34.1% son fumadores ocasionales. No observaron diferencias estadísticamente significativas por categoría de consumo de tabaco, ($\chi^2=11.606$, $p=.236$). En cuanto aquellos que de tres a cuatro días de la semana anterior tenían miedo, el 38.9% son fumadores ocasionales, y el 20.1% son fumadores actuales, no se observaron diferencias estadísticamente significativas por categoría de consumo ($\chi^2=7.912$, $p=.543$) Tabla 15.2

Tabla 15.2 Sintomatología Depresiva según Categoría de Consumo de Tabaco

<i>Durante la semana pasada:</i>	No Fumador		Fumador Ocasional		Fumador Actual		Fumador Dependiente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>f) Me sentí deprimido/a</i>								
0 días	60	30.8	64	32.9	54	27.7	17	8.6
1 – 2 días	27	32.0	24	28.4	24	27.5	10	12.0
3 – 4 días	7	20.1	13	36.6	14	38.2	2	5.1
5 – 7 días	4	39.6	2	20.3	4	40.1	0	0.0
						$\chi^2=6.696, p=.669$		
<i>g) Sentí que todo lo que hacía me costaba mucho esfuerzo</i>								
0 días	59	31.7	60	32.5	52	28.3	14	7.5
1 – 2 días	25	29.3	27	31.6	22	26.1	11	13.0
3 – 4 días	8	20.3	14	35.4	15	37.0	3	7.4
5 – 7 días	5	35.3	3	20.2	6	44.5	0	0.0
						$\chi^2=7.889, p=.545$		
<i>h) Veía el futuro con esperanza</i>								
0 días	26	33.3	17	22.5	26	33.6	8	10.6
1 – 2 días	17	30.3	26	45.4	13	22.7	1	1.7
3 – 4 días	25	28.1	21	24.0	31	36.0	10	11.8
5 – 7 días	32	29.5	40	37.4	26	24.1	10	9.0
						$\chi^2=16.414, p=.059$		
<i>i) Pensé que mi vida era un fracaso</i>								
0 días	76	29.2	83	31.7	76	29.2	26	9.9
1 – 2 días	11	28.3	13	34.1	15	37.7	0	0.0
3 – 4 días	9	42.0	6	26.7	5	22.2	2	9.1
5 – 7 días	1	54.4	0	0.0	0	0.0	1	45.6
						$\chi^2=11.606, p=.236$		
<i>j) Tenía miedo</i>								
0 días	70	29.6	73	30.9	73	31.0	20	8.6
1 – 2 días	19	29.6	22	34.7	15	23.4	8	12.2
3 – 4 días	8	41.0	8	38.9	4	20.1	0	0.0
5 – 7 días	2	23.4	1	14.4	4	50.1	1	12.1
						$\chi^2=7.912, p=.543$		

En cuanto a los estudiantes que refirieron que de tres a cuatro días de la semana anterior durmieron sin descansar, el 43.3% son fumadores ocasionales, no se observaron diferencias estadísticamente significativas por categoría de consumo ($\chi^2=7.364, p=.599$). El 39.1% de los que de uno a dos días de la semana anterior se encontraban felices son

fumadores ocasionales, no se observaron diferencias estadísticamente significativas por categoría de consumo ($\chi^2=4.822$, $p=.850$) De los estudiantes que de cinco a siete días de la semana anterior platicaron menos de lo normal, el 42.7% son fumadores ocasionales, no se observaron diferencias estadísticamente significativas por categoría de consumo ($\chi^2=5.201$, $p=.816$). De aquellos que de tres a cuatro días de la semana anterior, se sentían solos, el 37.5% son fumadores ocasionales y el 32.1% son de la categoría de fumador actual, no se observaron diferencias estadísticamente significativas por categoría de consumo ($\chi^2=5.239$, $p=.813$). En cuanto a los que de uno a dos días de la semana anterior sintieron que la gente era poco amigable el 40.7% son de la categoría de fumadores ocasionales, mientras que el 31.6% fumadores actuales, no se observaron diferencias estadísticamente significativas por categoría de consumo ($\chi^2=9.136$, $p=.425$). Tabla 15.3

Tabla 15.3 Sintomatología Depresiva según Categoría de Consumo de Tabaco

<i>Durante la semana pasada:</i>	No Fumador		Fumador Ocasional		Fumador Actual		Fumador Dependiente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>k) Dormí sin descansar</i>								
0 días	43	30.0	46	32.0	43	30.1	11	7.9
1 – 2 días	30	30.9	28	28.6	30	31.3	9	9.1
3 – 4 días	15	25.3	26	43.3	15	24.9	4	6.5
5 – 7 días	10	37.5	5	18.0	8	29.5	4	15.0
$\chi^2=7.364, p=.599$								
<i>l) Estaba feliz</i>								
0 días	12	31.7	11	28.5	12	31.3	3	8.5
1 – 2 días	21	33.5	24	39.1	15	24.2	2	3.2
3 – 4 días	27	27.1	31	31.4	31	31.1	10	10.5
5 – 7 días	38	30.7	38	30.5	37	29.8	11	9.0
$\chi^2=4.822, p=.850$								
<i>m) Platiqué menos de lo normal</i>								
0 días	51	29.2	58	33.7	47	26.9	18	10.3
1 – 2 días	34	34.1	29	29.0	28	27.9	9	9.1
3 – 4 días	11	29.4	11	30.7	13	34.3	2	5.5
5 – 7 días	3	21.9	5	35.4	6	42.7	0	0.0
$\chi^2=5.201, p=.816$								
<i>n) Me sentía solo/a</i>								
0 días	61	28.7	69	32.3	65	30.2	19	8.7
1 – 2 días	26	38.6	18	25.8	17	24.5	7	11.0
3 – 4 días	7	21.8	12	37.5	10	32.1	3	8.6
5 – 7 días	4	34.2	4	32.6	4	33.1	0	0.0
$\chi^2=5.239, p=.813$								
<i>o) Sentí que la gente era poco amigable</i>								
0 días	66	32.1	59	28.7	59	28.4	22	10.7
1 – 2 días	20	24.1	33	40.7	26	31.6	3	3.6
3 – 4 días	7	28.9	9	37.4	5	21.5	3	12.2
5 – 7 días	5	35.8	3	19.6	5	37.1	1	7.5
$\chi^2=9.136, p=.425$								

De los estudiantes que de cinco a siete días de la semana anterior disfrutaron de la vida, 33.8% son fumadores ocasionales, mientras que el 29.2% son fumadores actuales, no se observaron diferencias estadísticamente significativas por categoría de consumo ($\chi^2=5.733$, $p=.766$) En cuanto a los estudiantes que de tres a cuatro días de la semana anterior lloraban ratos, el 40.2% son de la categoría de fumador actual, no se observaron diferencias estadísticamente significativas por categoría de consumo de tabaco ($\chi^2=7.638$, $p=.571$). De aquellos que de tres a cuatro días de la semana anterior que se sentían tristes el 40.2% son de la categoría de fumador actual, y el 28.7% fumadores ocasionales, no se observaron diferencias estadísticamente significativas por categoría de consumo ($\chi^2=6.544$, $p=.684$). Finalmente, aquellos que de uno a dos días de la semana anterior sentían que no les caían bien a otros, el 33.7% son fumadores actuales y el 31.1% son fumadores ocasionales, no se observaron diferencias estadísticamente significativas por categoría de consumo ($\chi^2=6.829$, $p=.655$). Tabla 15.4

Tabla 15.4 Sintomatología Depresiva según Categoría de Consumo de Tabaco

<i>Durante la semana pasada:</i>	No Fumador		Fumador Ocasional		Fumador Actual		Fumador Dependiente	
	N	%	n	%	n	%	n	%
<i>p) Disfruté de la vida</i>								
0 días	13	31.8	13	31.1	12	29.2	3	7.9
1 – 2 días	15	29.7	21	40.9	12	23.3	3	6.1
3 – 4 días	30	33.4	21	23.4	29	32.8	9	10.4
5 – 7 días	41	27.9	49	33.8	43	29.2	13	9.2
$\chi^2=5.733, p=.766$								
<i>q) Lloraba a ratos</i>								
0 días	74	31.8	74	31.6	63	27.1	22	9.4
1 – 2 días	15	25.0	22	36.8	18	29.9	5	8.3
3 – 4 días	5	20.4	8	31.6	10	40.2	2	7.8
5 – 7 días	3	51.4	0	0.0	3	48.6	0	0.0
$\chi^2=7.638, p=.571$								
<i>r) Me sentía triste</i>								
0 días	65	33.1	59	29.6	54	27.2	20	10.1
1 – 2 días	23	26.2	33	37.2	26	29.5	6	7.0
3 – 4 días	7	22.3	9	28.7	13	40.2	3	8.8
5 – 7 días	3	37.5	2	25.0	3	37.5	0	0.0
$\chi^2=6.544, p=.684$								
<i>s) Sentía que no les caía bien a otros/as</i>								
0 días	63	30.2	65	30.7	60	28.7	22	10.5
1 – 2 días	24	30.2	25	31.1	27	33.7	4	5.0
3 – 4 días	9	31.5	9	32.7	7	25.6	3	10.2
5 – 7 días	2	25.5	5	61.3	1	13.2	0	0.0
$\chi^2=6.829, p=.655$								

De acuerdo la categoría de consumo de los estudiantes dos o más semanas han tenido depresión el 32.2% son fumadores ocasionales, y el 29.3% son fumadores actuales, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas por categoría de consumo ($\chi^2=3.725, p=.293$). Tabla 15.5

Tabla 15.5 Sintomatología Depresiva según Categoría de Consumo de Tabaco

A lo largo de tu vida ¿has tenido alguna vez dos semanas o más en que casi todos los días te sentías triste, desanimado/a o deprimido/a? (en otro momento que no fuese después de la muerte de una persona cercana).

<i>¿Has tenido alguna vez dos semanas o más depresión?</i>	No Fumador		Fumador Ocasional		Fumador Actual		Fumador Dependiente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Si	43	33.8	41	32.1	36	28.5	7	5.6
No	55	27.5	65	32.2	59	29.3	22	11.0

$\chi^2=3.725, p=.293$

En una escala de 1 a 4 se encontró que la media de indicadores de estrés para los hombres consumidores dependientes fue de 3.39, y para los consumidores actuales la media fue de 3.23, en comparación con los que no consumen tabaco, y con los consumidores ocasionales, la media en la escala de estrés fue de 3.08 y de 3.06 respectivamente ($p=.575$). En cuanto a las mujeres, la media de indicadores de estrés en las consumidoras ocasionales fue de 3.56, seguidas de las fumadoras dependientes con una media de 3.46 y de las fumadoras actuales con una media de 3.45. ($p=.087$) Tabla 16.

La relación entre el consumo de tabaco y los indicadores de ansiedad según el sexo, en una escala de 1 a 3 no presentó diferencias estadísticamente significativas, los hombres que presentan consumo dependiente de tabaco, muestran una media de 1.52, en comparación con los hombres que presentan consumo ocasional con una media de 1.49, consumo actual con una media de 1.40 y los que no presentan consumo con una media en la escala de ansiedad de 1.38 ($p=.805$). En lo que corresponde a las mujeres que presentan consumo dependiente la media de la escala de ansiedad fue de 1.48, para las mujeres de consumo actual fue de 1.48 y consumo ocasional fue de 1.38, finalmente mujeres que no muestran consumo, la media en la escala de ansiedad fue de 1.32 ($p=.531$). Tabla 16

En los resultados obtenidos según el sexo, en relación al tipo de consumo y los niveles de estrés y de ansiedad no se encontraron diferencias estadísticas significativas. Tabla 16.

Tabla 16. Relación entre el consumo de tabaco, síntomas de estrés y ansiedad según el sexo. Facultad de Odontología, 2008.

	No Fumador Media	Fumador Ocasional Media	Fumador Actual Media	Fumador Dependiente Media	F	p
Hombres						
<i>Estrés</i>	3.08	3.06	3.23	3.39	.666	.575
<i>Ansiedad</i>	1.38	1.49	1.40	1.52	.329	.805
Mujeres						
<i>Estrés</i>	3.29	3.56	3.45	3.46	2.213	.087
<i>Ansiedad</i>	1.33	1.38	1.43	1.48	.737	.531

Para analizar la relación entre el consumo respecto a la sintomatología depresiva se llevó a cabo la prueba de chi cuadrada tanto en hombres ($p=.601$) como en mujeres ($p=.212$) no se encontraron diferencias significativas. Sin embargo se puede observar que el 36.6% de los estudiantes varones que presentan sintomatología para una posible depresión, son fumadores ocasionales, mientras que el 34.5% con dichos síntomas son consumidores actuales. En el caso de las mujeres, el 3.1% que presentan sintomatología depresiva, son fumadoras actuales y sólo el 9.1% de las mujeres con síntomas depresivos son fumadoras con dependencia. Tabla 17

Tabla 17. Relación entre el consumo de tabaco y posible depresión según el sexo. Facultad de Odontología, 2008.

	No Fuma %	Consumo Ocasional %	Consumo Actual %	Consumo Dependiente %	X ²	p
Hombres						
<i>Posible Depresión</i>	29.0	36.6	34.5	0.0	1.862	.601
Mujeres						
<i>Posible Depresión</i>	23.1	29.7	38.1	9.1	4.501	.212

Adicionalmente, se realizó una regresión logística multimomial, con los no fumadores como categoría de referencia, con el objeto de conocer cómo se comportan los predictores del consumo de tabaco. Se encontró que en la facultad de odontología los hombres tienen 1.4 veces mayor probabilidad de ser fumadores ocasionales y 1.9 veces mayor probabilidad de ser fumadores actuales, en comparación con las mujeres. Además, la presencia de estrés incrementa en 63.9% la probabilidad de fumar ocasionalmente y aumenta en un 73% la probabilidad de ser fumador dependiente en comparación con los que presentan menos estrés. Tabla 18.

**Tabla 18. Regresión Logística Multimomial del Riesgo de Consumo de Tabaco
Facultad de Odontología, 2008**

	Razón de Momios	P	IC 95%
Fumador Ocasional VS No Fumador			
Hombres	2.456	0.010	1.236-4.880
Estrés	1.639	0.021	1.076-2.495
Ansiedad	1.363	0.425	0.637-2.920
Sintomatología depresiva	1.104	0.803	0.509-2.394
Fumador Actual VS No Fumador			
Hombres	2.954	0.001	1.544-5.654
Estrés	1.403	0.225	0.812-2.425
Ansiedad	1.182	0.657	0.565-2.470
Sintomatología depresiva	1.831	0.115	0.862-3.889
Fumador Dependiente VS No Fumador			
Hombres	2.461	0.129	0.769-7.876
Estrés	1.735	0.011	1.136-2.650
Ansiedad	1.662	0.167	0.808-3.419
Sintomatología depresiva	0.879	0.873	0.179-4.312

Discusión

Este estudio fue realizado en estudiantes de la Facultad de Odontología, lo cual nos da un panorama del consumo de tabaco en esta población.

En el presente estudio, se encontró que dos tercios de los estudiantes de la Facultad de Odontología (68.9%) han consumido tabaco alguna vez, lo que difiere en casi 15% con lo reportado anteriormente por Reynales¹⁶, el 83.7% de los estudiantes habían fumado tabaco alguna vez en la vida. En cuanto a la población general la diferencia es de poco más del 33%⁴.

Además, la media de la edad de inicio de consumo se encontró en los 15 años tanto para hombres como para mujeres. En comparación con lo reportado por Joffre⁷ y Berenzon¹² donde la mayor prevalencia se encontró entre los 12 y 15 años de edad la cual fue del 10.8% y específicamente en estudiantes del área de la salud, Hernández¹⁵ dice que la edad de inicio es antes de 18 años de edad.

Por otra parte, los resultados obtenidos indican que el consumo de tabaco es mayor para los hombres en comparación con las mujeres, dicha diferencia fue estadísticamente significativa, lo cual es congruente con estudios en hogares en la población general como en la ENA 2008,⁴ así también en encuestas de estudiantes de diferentes niveles escolares (Secundaria, bachillerato y Licenciatura)^{10,12,14} y específicamente del área de la salud,^{15,17} tal como lo indica Reynales, en estudiantes de odontología el consumo de hombres (76.7%) es mayor que las mujeres (65.5%)¹⁶.

En cuanto al nivel de consumo las diferencias entre los grupos de fumadores fueron significativas teniendo que, en la dependencia al tabaco, sobresalen los hombres (10.0%) duplicando la proporción de las mujeres (5.3%), el consumo ocasional se encontró en un tercio de la población estudiantil, siendo cercanos los porcentajes entre hombres (32.4%) y mujeres (34.5%), en lo que respecta al consumo actual se observa una mayor diferencia de acuerdo al sexo.

El manejo que se le dió a cada indicador de estrés, ansiedad y depresión para su análisis comparando por sexo y la categoría de consumo no permite comparación con otros

estudios, dado que no se encontraron reportes que se le diera un manejo similar al del presente trabajo.

En cuanto a la relación del estrés y la ansiedad y el consumo de tabaco, no se encontraron diferencias significativas entre los estudiantes, por lo que en esta población, no se pueden considerar al estrés y la ansiedad como un factor que se relacione con el consumo y dependencia al tabaco. Estos resultados difieren de los reportes de diversas investigaciones, en donde se reconoce al estrés y la ansiedad como un factor relacionado al consumo de tabaco, es decir los no fumadores presentan niveles de ansiedad menores que los que fuman¹⁸, y estos incrementan si el nivel de consumo es más severo¹⁹, respecto al estrés puede ser generado por el consumo, y el nivel de estrés aumenta conforme el aumento del consumo regular como lo mencionan algunos autores.^{20,21,22.}

En el caso específico de posible depresión se encontró que el consumo de tabaco no se relaciona de manera clara, como lo indican Becoña y Vázquez en sus investigaciones, donde encontraron que los síntomas depresivos se presentan con mayor porcentaje en las personas que fuman en comparación con las que no fuman.^{20,24.}

El problema del consumo de tabaco requiere ser evaluado junto con otras situaciones para identificar oportunamente los factores de riesgo y de protección, para así incidir en aquellos factores que en cada población y tiempo resulten los adecuados.

Además de informar a la población estudiantil en materia del riesgo que conlleva el consumo de tabaco, resaltando los factores emocionales y sociales como la depresión, el estrés y la ansiedad que de acuerdo a otros estudios están relacionados con el incremento del consumo de tabaco.

Conclusiones

La prevalencia de consumo de tabaco encontrada en los estudiantes de la Facultad de Odontología fue de 68.9%, el 76.7% de los hombres y el 65.5% de las mujeres. Además se encontró una prevalencia mayor en estudiantes de 22 años (81.0%) y de 23 años o más (78.5%).

De acuerdo a los niveles de dependencia se encontró que ésta, es baja en el 8.9% de los fumadores, moderada en el 0.7% y alta sólo en el 0.2% de los estudiantes de la Facultad de Odontología. Por sexo, el 11.8% de los hombres y el 7.4% de las mujeres presentaron dependencia baja, de acuerdo a la edad se encontró un porcentaje bajo con dependencia alta para los grupos de edades de 19 años o menos (0.3%) y para los de 23 años o más (0.5%).

En cuanto a la relación de nivel de consumo de tabaco con síntomas reforzadores como el estrés, la ansiedad y la depresión, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en los estudiantes de la Facultad de Odontología, por lo que en esta población, no se pueden considerar al estrés, a la ansiedad o la depresión como un factor que se relacione con el consumo y dependencia al tabaco.

Referencias

-
- ¹ Organización Mundial de la Salud. Iniciativa Liberarse del Tabaco. ¿Por qué el tabaco es una prioridad de salud pública? Disponible en http://www.who.int/tobacco/health_priority/es/index.html. Consultada en: 14 de Octubre de 2009.
- ² Banco Mundial- OPS/OMS. La epidemia de Tabaquismo. Los Gobiernos y los Aspectos económicos del control del tabaco, Washington D.C. Publicación científica 2000; 25-6.
- ³ Bello S, Soto M, Michalland S, Salinas J. Encuesta Nacional de de Tabaquismo en funcionarios de Salud. Rev. Méd. Chile. 2004; (132): 223-2.
- ⁴ Secretaria De Salud, Consejo Nacional Contra Las Adicciones, Instituto Nacional De Psiquiatría, Instituto Nacional De Salud Pública (2009). Encuesta Nacional De Adicciones. Reporte De Resultados Nacionales. Publicación Especial. pp27 2008
- ⁵ Valdés-Salgado R, Lazcano-Ponce EC, Hernández-Ávila M. (2005) Primer informe sobre el combate al tabaquismo. México ante el Convenio Marco para el Control del Tabaco. México. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 2005; 22-5.
- ⁶ Glantz SA. Preventing tobacco use-The youth access trap [editorial]. Am J Public Health. 1996; 86(2):156-9.
- ⁷ Joffre-Velázquez V, García-Maldonado G, Barrientos-Gómez M, Vázquez-Nava F. Consumo de Tabaco en Alumnos de Preparatoria de la Región Sur de Tamaulipas. Resultados Preliminares Revista Médica del Hospital General de México, S.S. 2007 Oct-Dic; (4):175-9.
- ⁸ Arenas L, Jasso R, Hernández I, Martínez C, Menjivar A. Prevalencia de tabaquismo de médicos y enfermeras en los estados de Morelos y Guanajuato. Rev Inst Nal Enf Resp Mex 2004; 17(4): 261-5.
- ⁹ Gómez-García R, and Grimaldi-Carpio A. Tabaquismo en el personal de Salud: Estudio en una Unidad Hospitalaria. Salud Pública Méx. [online]. 1998;.40(1): 53-7.
- ¹⁰ Valdés-Salgado R, Meneses-González F, Lazcano-Ponce EC, Hernández-Ramos MI, Hernández-Ávila M. Encuesta sobre Tabaquismo en Jóvenes, México 2003. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 2004; 79-5.
- ¹¹ Valdés-Salgado R, Micher JM, Hernández L, Hernández M, Hernández Ávila M. Tendencias del consumo de tabaco entre alumnos de nuevo ingreso a la Universidad Nacional Autónoma de México, 1989 a 1998. Salud Publica Mex 2002; 44(1):44-53.
- ¹² Berenzon S, Villatoro J, Medina-Mora ME, Fleiz C, Alcántar E, Navarro C. El consumo de tabaco de la población estudiantil de la Ciudad de México. Salud Mental 1999; 22: 20-5.

-
- ¹³ Quiroga H, Mata A, Zepeda H, Cabrera T, Herrera G, Reidl Lucy, et al. Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en estudiantes universitarios Observatorio Mexicano en Tabaco, Alcohol y otras Drogas. CONADIC. 2003; 85-90
- ¹⁴ Gaither L, Soto M, Pérez R, Soto MA, Villatoro J. Encuesta sobre el Consumo de Drogas en la Comunidad Escolar de Enseñanza Media y Media Superior. Tamaulipas 2000 Observatorio Mexicano en Tabaco, Alcohol y otras Drogas. CONADIC 2003; 91-7
- ¹⁵ Hernández J, Guevara C, García M, Tascón J, Hábito de fumar en los estudiantes de primeros semestres de la Facultad de Salud: Características y percepciones. Universidad del Valle, 2003 Colomb Med 2006; 37: 31-8
- ¹⁶ Reynales-Shigematsu LM, Vazquez-Grameix JH Lazcano-Ponce E. Encuesta Mundial de Tabaquismo en Estudiantes de la Salud, México 2006. Salud pública Méx, 2007; 49(2): 194-204.
- ¹⁷ Nerín I, Guillén D, Más, A, Sánchez L. Estudio de tabaquismo en una Facultad de Medicina: Prevalencia y Actitudes en Estudiantes y Profesores Prevención del Tabaquismo. Ilus./tab CEPIS Sep. 2000; 2(3): 166-172.
- ¹⁸ Becoña E, Míguez MC. Ansiedad y consumo de tabaco en niños y adolescentes. Santiago de Compostela. España Adicciones 2004; 16(2):91-6.
- ¹⁹ Sobradie N, y García-Vicent V. Consumo de Tabaco y patología Psiquiátrica. Trastornos Adictivos. 2007; 9(1):31-8.
- ²⁰ Becoña E, Míguez MC. Consumo de Tabaco y Psicopatología Asociada. Psicooncología. 1(1) 2004, 99-112
- ²¹ Sarabia M, Alberti L, Espeso N. Estilos saludables de vida y su relevancia en la salud del individuo. Instituto Superior de Ciencias Médicas "Carlos J. Finlay" Rev. Hum. Med. 2005.5(2).
- ²² Trujillo A. Percepción de riesgo, estrés y consumo de drogas. Estudio transcultural entre adolescentes de Barcelona y Bogotá. Universidad de Barcelona 2006. Disponible en: <http://hdl.handle.net/2072/7289> Consultada en 18 de Octubre de 2009.
- ²³ Lugones M, R Ramírez M, Pichs L. Las consecuencias del tabaquismo. Rev. cubana Hig Epidemiol 2006; 44(3)
- ²⁴ Vázquez F, Becoña E. ¿El hábito de fumar tiene relación con la depresión? Psicothema 1998; 10(2): 229-239.
- ²⁵ Kuri P, González J, Hoy M y Cortés M. Epidemiología del tabaquismo en México. Salud Pública de México 2006; 48(1): 91-8.
- ²⁶ Samet J. Los riesgos del tabaquismo activo y pasivo. Salud pública Méx. 2002; 44(1): 3-36.
- ²⁷ Dicaprio, N.S. "Teorías de la Personalidad". Mc Graw hill México, 1996. 2da. edición.

-
- ²⁸ Pardo J, Plazas de Creixell M. Modelos para el cambio de conducta. Cuadernos de Nutrición. 1998;21(5):58-64.
- ²⁹ Underwood R. Modelos y teorías de comunicación en salud. Reproducción de documentos. Serie #19. Washington DC, División de Promoción y Protección de la Salud OPS-OMS, 1996.
- ³⁰ Cannick G, Horowitz A, Reed S, Drury T, Terry A. Opinions of South Carolina Dental Students toward Tobacco Use Interventions. American Association of Public Health Dentistry. Day Journal of Public Health Dentistry 2006; 66(1): 44-8
- ³¹ Villatoro J, Moreno M, Medina-Mora ME, Gutiérrez M, Gaytán F, Bretón M, et al. El consumo de Alcohol, Tabaco y Otras Drogas en la UNAM: Visión Global de la Problemática. [CD-ROM] Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz 2009 [citado el 14 Oct. 2009].
- ³² Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. Br J Addict. 1991;86(9):1119-27
- ³³ Becoña E. Evaluación de la conducta de fumar. En: Graña JL. Conductas aditivas. Madrid: Debate; 1994; 403-454
- ³⁴ Real Academia Española Diccionario de la lengua española. 2001. 22ª.Ed. Madrid, España. Disponible en: <http://www.rae.es/rae.html>. Consultada en: 30 de Octubre de 2010
- ³⁵ González-Forteza, C., Villatoro, JA., Medina-Mora, ME., Juárez, F., Carreño, S., Berenzon, S., Rojas, E. Indicadores sociodemográficos de riesgo de estrés psicosocial en estudiantes de educación media y media superior en la República Mexicana. Salud Mental. 1997; 20, (4):1-7
- ³⁶ Mariño MC, Medina-Mora ME, Chaparro J, Gonzalez-Forteza C. Confiabilidad y estructura factorial del CES-D en adolescentes mexicanos. Revista Mexicana de Psicología. 1993; 10(2):141-5.
- ³⁷ Villatoro J, Gutiérrez M, Quiroz N, Moreno M, Gaytán L, Gaytán F, et al. Encuesta de Consumo de Drogas en Estudiantes 2006. [CD-ROM] Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. 2007 [citado el 14 Oct 2009].
- ³⁸ Medina-Mora ME, Gómez-Mont F, Campillo C. Validity and reliability of high school drug use questionnaire among Mexican Students. Bulletin Narcotics 1981;33(4):67-76.
- ³⁹ López E, Medina-Mora ME, Villatoro J, Juárez F, Berenzon S. Factores relacionados al consumo de drogas y al rendimiento académico en adolescentes. En la psicología social en México. 1996,6:561-567.

⁴⁰ Juárez F, Medina-Mora ME, Berenzon S, Villatoro J, Carreño S et al. Antisocial behavior: its relation to selected sociodemographic variables and alcohol and drug use among Mexican Students. *Substance Use Misuse* 1998;33(7):1437-1459.

⁴¹ Villatoro JA, Medina-Mora ME, Fleiz C, Amador N, Bermúdez P. El consumo de tabaco y alcohol y su relación con el uso de drogas. En: *Observatorio Epidemiológico en Drogas 2003: El Fenómeno de las adicciones en México*. México; CONADIC, SSA; 2005.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Eres	Hombre 1 Mujer 2
2. ¿Qué edad tienes?	Años <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
3. ¿Cuál es el año o semestre que estás cursando en la escuela? (si estás en preparatoria o bachillerato, indica el <u>año</u> que cursas)	Grado..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
4. La mayor parte del año pasado ¿fuieste estudiante?	No fui estudiante el año pasado 1 Fui estudiante de medio tiempo 2 Fui estudiante de tiempo completo 3
5. La mayor parte del año pasado ¿Trabajaste recibiendo sueldo?	No trabajé 1 Sí trabajé medio tiempo (4 horas diarias) 2 Sí trabajé tiempo completo (8 horas diarias) .. 3
5a. En el último mes, ¿cuántas veces has faltado a la escuela?	De 1 a 5 días 1 De 6 a 10 días 2 Más de 10 días 3 No he faltado 4

Seccion de Consumo de Tabaco

Ahora te haremos unas preguntas sobre el uso de tabaco, medicinas y algunas drogas. Por favor, contesta todas las preguntas.

13a. ¿Has fumado tabaco alguna vez en tu vida?	Sí 1 No 2
13b. En los últimos 12 meses, ¿has fumado tabaco ?	Sí 1 No 2 Nunca he fumado tabaco 3
13c. En los últimos 30 días, ¿has fumado tabaco ?	No 1 Sí, de 1 a 5 días 2 Sí, de 6 a 19 días 3 Sí, 20 días o más 4 Nunca he fumado tabaco 5
13d. ¿Cuántos cigarros fumas al día?	Nunca he fumado tabaco 00 No fumo diario 97 Actualmente ya no fumo 98 Número de cigarros..... <input type="text"/>
13e. ¿Le das el “golpe” al cigarro?	Nunca..... 1 Algunas veces..... 2 Siempre..... 3 Nunca he fumado..... 4
13f. ¿Cuánto tiempo después de despertarte fumas tu primer cigarro?	Nunca he fumado tabaco 1 Primeros 5 minutos 2 Entre 5 y 30 minutos 3 Entre 31 y 60 minutos 4 Más de 1 hora 5 Actualmente ya no fumo 6
13g. ¿Cuándo fumas más?	En las mañanas 1 En las tardes/al anochecer 2 Nunca he fumado tabaco 3
13h. ¿Te es difícil abstenerte de fumar en lugares donde está prohibido? (Iglesias, bibliotecas, cines, secciones de no fumar en restaurantes u oficinas)	Sí 1 No 2 Nunca he fumado tabaco 3
13i. ¿Fumas aún cuando tienes que quedarte en cama por enfermedad?	Sí 1 No 2 Nunca he fumado tabaco 3
13j. De los cigarros que fumas durante el día, ¿cuál es el más difícil de dejar para ti?	El primero de la mañana 1 El de después de comer 2 Cuando estás bajo tensión 3 El del baño 4 El de antes de dormir 5 Algún otro 6 Todos 7 Ninguno 8 Nunca he fumado tabaco 98
13k. ¿Alguna vez has intentado dejar de fumar?	Sí 1 No 2 Nunca he fumado tabaco 3
13l. De las personas que conviven a diario contigo ¿Cuántos de ellos fuman? (Da tu mejor aproximación) <i>Si nadie fuma anota 00 en los recuadros</i>	a) En el interior de tu casa..... <input type="text"/> b) En el salón de clases <input type="text"/>
13m. En toda tu vida ¿has fumado más de 100 cigarros, es decir, 5 cajetillas?	Sí 1 No 2 Nunca he fumado tabaco 00
13n. ¿Cuántos años tenías cuando fumaste tabaco por primera vez?	Nunca he fumado tabaco 00 Años..... <input type="text"/>
13o. ¿Qué tan probable es que en un futuro cercano tú fumes?	Muy probable 1 Es poco probable 2 Nunca fumaré..... 3 Actualmente fumo..... 4

Escala de Estrés

48. Para cada uno de los siguientes incisos indícanos

¿Qué tanto te molesta...

- a) Cuando alguno de tus padres (o sustitutos) te prohíben hacer algo que para ti es muy importante?
- b) Cuando tu mejor amigo/a ha traicionado tu confianza (se ha burlado de ti, ha platicado tus secretos, etc.)?
- c) Cuando has tenido problemas con los/as maestros/as, prefectos/as, directores/as o cualquier autoridad de la escuela?

	Nada	Poco	Regular	Mucho
a) Cuando alguno de tus padres (o sustitutos) te prohíben hacer algo que para ti es muy importante?	1	2	3	4
b) Cuando tu mejor amigo/a ha traicionado tu confianza (se ha burlado de ti, ha platicado tus secretos, etc.)?	1	2	3	4
c) Cuando has tenido problemas con los/as maestros/as, prefectos/as, directores/as o cualquier autoridad de la escuela?	1	2	3	4

Escala de depresión

63. Las siguientes afirmaciones describen formas en que la gente actúa o se siente. Por favor lee cada una y circula el número de días que te sentiste así en la última semana. (Marca una respuesta por inciso, si estás inseguro haz tu mejor estimación)

DURANTE LA SEMANA PASADA:	NUMERO DE DIAS			
	0	1-2	3-4	5-7
a) Me molestaron muchas cosas que generalmente no me molestan	1	2	3	4
b) No tenía hambre, no tenía apetito	1	2	3	4
c) Sentía que no podía quitarme la tristeza ni con la ayuda de mi familia o amigos/as	1	2	3	4
d) Sentía que era tan bueno/a como los demás	1	2	3	4
e) Tenía dificultad para concentrarme en lo que estaba haciendo	1	2	3	4
f) Me sentí deprimido/a	1	2	3	4
g) Sentí que todo lo que hacía me costaba mucho esfuerzo	1	2	3	4
h) Veía el futuro con esperanza	1	2	3	4
i) Pensé que mi vida era un fracaso	1	2	3	4
j) Tenía miedo	1	2	3	4
k) Dormí sin descansar	1	2	3	4
l) Estaba feliz	1	2	3	4
m) Platiqué menos de lo normal	1	2	3	4
n) Me sentía solo/a	1	2	3	4
o) Sentí que la gente era poco amigable	1	2	3	4
p) Disfruté de la vida	1	2	3	4
q) Lloraba a ratos	1	2	3	4
r) Me sentía triste	1	2	3	4
s) Sentía que no les caía bien a otros/as	1	2	3	4

Escala de Ansiedad

FORMA A

Ahora veamos otros aspectos de tu vida cotidiana.

66. Generalmente ¿con qué frecuencia te ha pasado lo siguiente? (marca una respuesta para cada inciso)

	Nunca	A veces	Casi siempre
a) Estar inquieto/a o con los nervios de punta	1	2	3
b) Tener dificultades para concentrarme o mantener la atención en lo que estoy haciendo	1	2	3
c) Tener los músculos tensos o adoloridos	1	2	3
d) Tener dificultad para dormir o permanecer dormido/a	1	2	3
e) Sudar con mayor intensidad de la normal	1	2	3
f) Temblar sin razón alguna	1	2	3
g) Sentir que me falta el aire	1	2	3
h) Miedo a perder el control o a volverme loco/a	1	2	3
i) Escaparme de mi casa por más de un día	1	2	3

Instrumento

Cuestionario General

Debido a la extensión del instrumento, se usaron cuatro formas que incluyen diversas secciones, de esta manera, las páginas 1-14 del cuestionario fueron iguales para todos los estudiantes; en tanto que las páginas 15 y 16 corresponden a cada forma que sólo se aplicó a una cuarta parte de la muestra.

De esta manera, las secciones que se mantienen iguales para todos los sujetos y contienen las variables señaladas en el modelo son:

- a) Datos Sociodemográficos: incluye preguntas sobre sexo, edad, año que cursa, tiempo dedicado al estudio, si ha tenido trabajo remunerado y el nivel de escolaridad del jefe de familia.
- b) Situación económica familiar: preguntas generales sobre sus posibilidades económicas.
- c) Consumo de alcohol, tabaco y drogas, en esta sección se pregunta sobre las drogas más comunes a estudiar como anfetaminas, tranquilizantes, marihuana, cocaína, crack, alucinógenos, inhalables, metanfetaminas, heroína y sedantes. Para cada droga los aspectos principales que se preguntan son el uso alguna vez en la vida, uso en los últimos 12 meses, uso y frecuencia de uso en los últimos 30 días (prevalencias), número de veces que ha usado la droga y hace cuanto la usó (incidencia); además se pregunta sobre las circunstancias que rodearon al inicio del consumo, como la edad del sujeto, lugar donde la obtuvo y persona que se la vendió. Asimismo, en el caso del alcohol, se pregunta sobre las ocasiones de consumo, las prevalencias de alguna vez en la vida, en el último año y en el último mes. Frecuencia con que ha consumido 5 copas o más y frecuencia de embriaguez.
- d) Problemas relacionados con el consumo de drogas.
- e) Conducta Antisocial: donde se indaga sobre la frecuencia con que el estudiante ha realizado ciertos actos delictivos como tomar dinero, golpear a las personas, robo de autos, etc.
- f) Ámbito Social: corresponde a preguntas sobre la tolerancia social, desajuste social, la disponibilidad y la percepción del riesgo del consumo de drogas, de alcohol y de tabaco; así como qué tanta desorganización social (delincuencia y violencia), percibe el sujeto en la zona donde vive.
- g) Ámbito Interpersonal: Sobre la familia, en esta sección se pregunta sobre la composición familiar del sujeto y los estilos de parentalidad presentes en la familia. Esta sección se agrega al instrumento con objeto de tener una mejor evaluación del aspecto familiar y su relación con el consumo de drogas. Su validez, confiabilidad y adecuación a la población bajo estudio ya han sido previamente probadas. Además, se pregunta sobre el consumo de drogas y por problemas (violencia) por el consumo de alcohol en la familia. En cuanto al grupo de pares, se incluyen preguntas sobre el consumo de drogas y alcohol de los amigos del entrevistado, en diferentes contextos. Se pregunta sobre la asertividad con la que resuelven problemas y toman decisiones y la satisfacción con la calidad de su vida.
- h) Ámbito Personal: en esta sección se pregunta su nivel de autoestima, nivel de estrés, si ha tenido relaciones sexuales, ideación e intento suicida, abuso sexual y si le han ocurrido eventos negativos importantes.

Formas

Por su parte, cada forma incluye lo siguiente:

En la forma A se incluye conducta alimentaria de riesgo, indicadores de depresión y ansiedad así como apoyo social.

Las secciones de la forma B contienen preguntas sobre el costo económico y social asociado al consumo de drogas, distribución del tiempo libre, rendimiento académico y situación escolar, razones para dejar de asistir a la escuela.

En la forma C, las secciones son sobre percepción de consumo de drogas en la UNAM, problemas asociados al uso de sustancias, tratamiento para dejar de consumir alcohol, tabaco y drogas, razones por las cuales no ha solicitado ayuda y creencias sobre el tratamiento.

En la forma D, las secciones adicionales son sobre percepción de inseguridad en el entorno, opinión sobre los espacios libres de humo de tabaco, oportunidades y hábitos de consumo de sustancias y el costo aproximado de éstas en la calle.



CUESTIONARIO DE ESTUDIANTES UNAM 2007

ISBN 968-7652-40-3

FOLIO	ESC	TU	FOR	ENC	GRUPOS	CxG	GPO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

INTRODUCCIÓN

Este cuestionario es parte de un estudio que se está realizando en diferentes lugares de la UNAM. Las preguntas son acerca del uso de alcohol, drogas y algunos aspectos relacionados con este consumo. También se preguntan otros datos como son: edad, sexo, etc.

Para que este estudio sea provechoso es muy importante que contestes a todas las preguntas con el mayor cuidado y sinceridad posible. Todas las respuestas son **estrictamente confidenciales y ninguna persona podrá ser identificada**. Es por esto que no preguntamos ni tu nombre, ni el nombre de tu escuela. Muchos jóvenes han contestado el cuestionario y les ha gustado cooperar con nosotros, esperamos que a ti también te guste.

INSTRUCCIONES

Esto NO es un examen, NO hay respuestas correctas o incorrectas, pero por favor contesta con cuidado.

Para cada pregunta, busca la respuesta que para ti sea la mejor. Encierra en un círculo el número de la respuesta que hayas escogido, y no dejes ninguna pregunta sin contestar.

En **todas** las preguntas **deberás elegir sólo una opción**. En algunas te pedimos que escribas tu respuesta en los recuadros o en las líneas correspondientes.

Por ejemplo:

¿Has tomado agua en los últimos 30 días?	No	1
	Sí, de 1 a 5 días	2
	Sí, de 6 a 19 días	3
	Sí, 20 días o más	4

La respuesta circulada fue "4" indicando que el joven que contestó tomó agua 20 días o más en los últimos 30 días.

De las personas que conviven a diario contigo ¿Cuántos de ellos fuman?	En el interior de tu casa <u> 0 </u> <u> 1 </u>
--	---

El joven contestó que **1** persona fuma en su casa.

Si no sabes la respuesta a alguna pregunta o sientes que no puedes contestarla porque no la entiendes, entonces levanta la mano y un encuestador vendrá a resolver tus dudas.

GRACIAS POR TU COOPERACIÓN