



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE AGUASCALIENTES

CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

TESIS

**“RELACIÓN DEL ESTRÉS FAMILIAR Y EL TABAQUISMO EN
TRABAJADORES DE LA UMF 1 AGUASCALIENTES”**

**PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALIDAD EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

David Quezada Sandoval.

ASESORES

Dra. Martha Elena Trujillo Avalos /Dra. Yolanda Verónica Martínez.

Aguascalientes, Ags., Febrero 2013



UNIVERSIDAD AUTONOMA
DE AGUASCALIENTES

DAVID QUEZADA SANDOVAL
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T E

Por medio de la presente se le informa que en cumplimiento de lo establecido en el Reglamento General de Docencia en el Capitulo XVI y una vez que su trabajo de tesis titulado:

"RELACIÓN DEL ESTRÉS FAMILIAR Y EL TABAQUISMO EN TRABAJADORES DE LA UMF 1 AGUASCALIENTES"

Ha sido revisado y aprobado por su tutor y consejo académico, se autoriza continuar con los trámites de titulación para obtener el grado de:
Especialista en Medicina Familiar

Sin otro particular por el momento me despido enviando a usted un cordial saludo.

A T E N T A M E N T E
"SE LUMEN PROFERRE"
Aguascalientes, Ags., 13 de Febrero de 2013.

DR. RAÚL FRANCO DÍAZ DE LEÓN
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

c.c.p. C. P. Ma. Esther Rangel Jiménez / Jefe de Departamento de Control Escolar
c.c.p. Archivo



UNIVERSIDAD AUTONOMA
DE AGUASCALIENTES



AGUASCALIENTES, AGS. FEBRERO 2013.

DR. RAUL FRANCO DIAZ DE LEON.
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD.

PRESENTE.

Por medio de la presente, le informo que el Residente de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona No. 1 IMSS de la Delegación Aguascalientes:

DAVID QUEZADA SANDOVAL.

Ha concluido satisfactoriamente el trabajo de titulación denominado:

“RELACIÓN DEL ESTRÉS FAMILIAR Y EL TABAQUISMO EN TRABAJADORES DE LA UMF 1 AGUASCALIENTES”

No. De Registro R-2012-101-11 del Comité local de investigación en Salud No. 101

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: **TESIS.**

El Dr. David Quezada Sandoval asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo cumpliendo con la normatividad en investigación vigente en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Sin otro particular, agradezco a usted su atención enviándole un cordial saludo.

ATENTAMENTE

DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR.

COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACION EN SALUD.



AGUASCALIENTES, AGS. FEBRERO 2013.

DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACION EN SALUD.

Por medio de este conducto le informo que el **DR. DAVID QUEZADA SANDOVAL**,
Residente de Tercer Año de Medicina Familiar, cuyo proyecto de tesis

**“RELACIÓN DEL ESTRÉS FAMILIAR Y EL TABAQUISMO EN
TRABAJADORES DE LA UMF 1 AGUASCALIENTES”**

Ha concluido satisfactoriamente.

Número de registro: **R-2012-101-11** del Comité Local de Investigación No. 101

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: **TESIS**

El residente asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, quedando pendiente su titulación la cual depende de los tiempos y formas establecidas por la normatividad de la Universidad Autónoma de Aguascalientes.

Sin más por el momento y quedando a sus órdenes para cualquier aclaración.

ATENTAMENTE


DRA. MARTHA ELENA TRUJILLO AVALOS / DRA. YOLANDA VERÓNICA MARTÍNEZ. 

AGRADECIMIENTOS

A Dios padre y guía en este sendero, por iluminar mi camino y darme esta profesión.

A mi familia: Por darme la vida y hacer que esta tenga sentido.

A Ángela: Por su apoyo, comprensión y amor.

A la Dra. Yolanda por guiarme paso a paso en el camino de la investigación, por su paciencia, dedicación y amistad.

A la Dra. Martha por animarme a estudiar esta especialidad, por sus enseñanzas en investigación y su amistad.

A la Dra. Hortensia por sus enseñanzas estos tres años.

A mis compañeros de especialidad por aguantarme.

DEDICATORIA

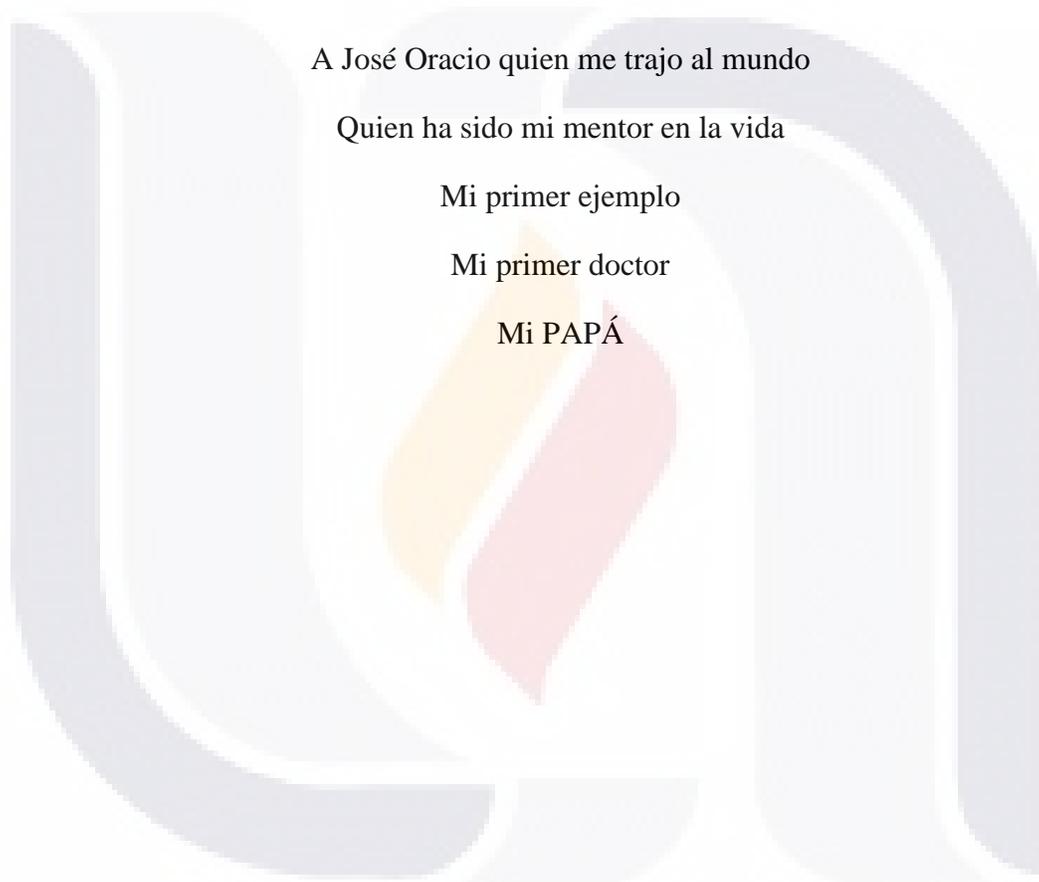
A José Oracio quien me trajo al mundo

Quien ha sido mi mentor en la vida

Mi primer ejemplo

Mi primer doctor

Mi PAPÁ



ÍNDICE

I.	RESUMEN	1
II.	ABSTRACT	3
III.	INTRODUCCIÓN	5
IV.	ANTECEDENTES CIENTÍFICOS	5
	a. Tabaquismo y estrés	5
	b. Familia y tabaquismo	9
V.	MARCO TEÓRICO	14
	a. Estrés	14
	b. Acontecimientos vitales estresantes	16
	c. Ciclo vital de la familia	17
	d. Teorías del estrés familiar	19
	e. Tabaquismo	22
VI.	JUSTIFICACIÓN	24
VII.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	26
	a. Descripción de las características socioeconómicas y culturales de la población	26
	b. Panorama del estado de salud	26
	c. Panorama del sistema de atención en salud	27
	d. Naturaleza del problema	27
	e. Distribución del problema	28
	f. Gravedad del problema	29
	g. Análisis de los factores más importantes	31
	h. Argumento convincente	31
	i. Descripción del tipo de información que se espera obtener	32
	j. Descripción del uso de la información	32
	k. Conceptos	33
	l. Pregunta de investigación	33
VIII.	OBJETIVOS	34
IX.	HIPÓTESIS	35
X.	MATERIAL Y MÉTODOS	36
	a. Tipo de estudio	36
	b. Universo de trabajo	36
	c. Población blanco	36
	d. Unidad de análisis	36
	e. Criterios de selección	36
	f. Muestra	37
	g. Tipo de muestreo	37
	h. Tamaño de la muestra	37
	i. Instrumento	38
	j. Plan de análisis	40

	k. Análisis de los datos	40
	l. Logística	41
XI.	ASPECTOS ÉTICOS	43
XII.	RESULTADOS	45
XIII.	DISCUSIÓN	50
XIV.	CONCLUSIÓN	52
XV.	RECOMENDACIONES	53
XVI.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54
	ANEXO A. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	A
	ANEXO B. INSTRUMENTO.....	I
	ANEXO C. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMAD.....	L
	ANEXO D. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD.....	M
	ANEXO E. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	N
	ANEXO F. IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES.....	O



ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1. Características de la población en estudio.....	46
Cuadro 2. Estrés familiar.....	47
Cuadro 3. Regresión logística simple con tabaquismo como variable dependiente....	48
Cuadro 4. Regresión logística múltiple con tabaquismo como variable dependiente...	49



I. RESUMEN

El consumo de tabaco es la principal epidemia prevenible a la que se enfrenta la comunidad sanitaria, es la segunda causa mundial de muerte tras la hipertensión, y es responsable de la muerte de uno de cada diez adultos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el convenio MARCO de la OMS para el control del tabaco 2005, promueve las investigaciones que aborden los factores determinantes y las consecuencias del consumo de tabaco y de la exposición al humo del mismo. La familia es importante como determinante de la salud de sus miembros, el afrontamiento de acontecimientos importantes de la vida y sus determinantes intermediarios inciden de diferentes formas en la salud familiar.

Objetivo: El presente trabajo se propone identificar qué relación existe entre el estrés familiar y el tabaquismo en trabajadores de la Unidad de Medicina Familiar número uno (UMF # 1) en Aguascalientes.

Material y Métodos: Se realizó un estudio transversal comparativo en trabajadores de la UMF 1 Aguascalientes los cuales se dividieron en dos grupos, fumadores y no fumadores (no fumadores y exfumadores), la adicción a la nicotina del grupo de fumadores fue evaluada con el test de fagerström, el cálculo del tamaño de muestra se basa en una comparación de porcentajes hipotéticos de estrés familiar sin grado de importancia en fumadores (60%) y no fumadores (90%). El tamaño de muestra fue de 37 sujetos para cada grupo de comparación con una muestra total de 74 trabajadores; se utilizó la escala de Holmes (de 43 ítems) la cual es validada en México presentando correlaciones de rangos entre los diferentes subgrupos del estudio Mexicano y la muestra original de .971 hasta .995, esto significa que el instrumento mostró una considerable consistencia interna, y se utilizó para identificar el nivel de estrés familiar: sin grado de importancia, crisis leve, crisis moderada y crisis severa; de acuerdo al puntaje obtenido se comparó el grupo de fumadores con el grupo de no fumadores. Para identificar el ciclo vital de la familia se realizaron preguntas en cuanto al estado civil del individuo, número, edad, escolaridad y estado civil de los hijos para incluir a la familia del encuestado en una de las 5 etapas del ciclo vital de la familia de Geyman (matrimonio, expansión, dispersión, independencia y retiro).

Resultados: Se realizó un análisis de regresión logística simple en la población de estudio (tabaquismo como variable dependiente); se encontró que la probabilidad de fumar fue 6.75 veces más alta en trabajadores que presentaron estrés familiar leve en comparación con los trabajadores que no presentaron estrés familiar (P 0.027) pero con un intervalo de confianza amplio(1.23 – 36.85); en el análisis de regresión logística múltiple, el estrés familiar permaneció significativo y el OR se incrementó, la probabilidad de fumar fue 8.58 veces más alta en trabajadores que presentaron estrés familiar leve en comparación con los trabajadores que no presentaron estrés familiar(P 0.022),también con un intervalo de confianza amplio (1.37 – 53.78).

Conclusión: El estrés familiar leve y el tabaquismo se encuentran relacionados con un intervalo de confianza amplio; el estrés familiar moderado y severo, según los resultados obtenidos con el test aplicado en este estudio, no se encuentran relacionados con el tabaquismo puesto que la relación no resulto satisfactoria. [Volver al índice](#)

II. ABSTRACT

The consume of tobacco is the first preventable epidemic that sanitary community has to face, is the second cause of death in the world after hypertension, and is the responsible of death from one of each ten adults; the World Health Organization (WHO) in the deal MARCO for tobacco control of 2005, promotes investigations that contains the principal factors and consequences of tobacco consume and smoke exposition. Family is important as a determinant of health for its members, facing significant life events and their intermediary determinants has different effects on family health.

Objective: The present work wants to identify the relation between the family stress and tobacco addiction in workers of the Family Medicine Unit number1 (UMF #1) located in Aguascalientes.

Materials and Methods: A transversal comparative study was realized on workers of the UMF #1 Aguascalientes, divided on two groups, smokers and non-smokers, nicotine addiction of smokers was evaluated with the fagerström test; calculation of sample size was based on a comparison of percentages of hypothetical family stress without degree of importance in smokers (60 %) and non-smokers (90 %). The sample size is 37 subjects for each comparison group, with a total of 74 workers; using the Holmes scale (43 items) validated in Mexico presented correlations of ranges between the different sub-groups of the Mexican study and the original sample 0.971 until 0.995, this means that the instrument presents a considerable intern consistency, the familiar stress level was identified like: without degree of importance, low crisis, moderated crisis and several crisis, according with the results a comparison between smokers and non-smokers group was realized; to identify family vital cycle was made a questionnaire with the marital status, number of family members, age, schooling and children's marital status to includes the family in one of the five levels of the Geyman's family vital cycle (marriage, expansion, dispersion, independence and retirement).

Results: A simple regression logistics analysis was realized in the population of study (smoking like dependent variable), was found that the probability of smoking is 6.75 most probable on workers with low familiar stress than workers with not familiar stress (P 0.027) with a wide confidence interval (1.23 – 36.85). In the multiple regression logistics analysis, the familiar stress was significant and the OR increments; the probability of smoking was 8.58 times highest on workers with low familiar stress than workers with not familiar stress (P 0.022) also with a wide confidence interval (1.37 – 53.78).

Conclusion: Low familiar stress and smoking are related with wide confidence interval, the moderated familiar stress and several familiar stress, according with the applied test on this study, are not related with smoking. [Volver al índice](#)

III. INTRODUCCIÓN

Durante la búsqueda de antecedentes no se ha encontrado una relación entre el estrés familiar y el tabaquismo, se encontró evidencia de relación entre el estrés y el tabaquismo y relación de la familia en el tabaquismo, por lo que se presenta una relación en este orden de los tópicos mencionados, ya que encontrando relación entre estos dos tópicos es posible que exista una relación entre el estrés familiar y el tabaquismo. [Volver al índice](#)

IV. ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

a. Tabaquismo y estrés

En la presente revisión de literatura encontramos múltiples trabajos que relacionan el tabaquismo y el estrés, de ellos incluimos tres estudios estadísticamente significativos que corroboran esta relación, se inicia en orden cronológico ascendente de los mismos.

Becoña (2003) analizo la relación que existe entre fumar, ansiedad y estrés en una revisión de seis estudios epidemiológicos (Leonard et al., 2001, Hughes et al.,1986, Johnson et al., 2000, Patton et al., 1998, Farrel et al., 1998, Breslau y Klein, 1999) y nueve estudios longitudinales y de intervención con fumadores (Ya Ikard,Green y Horn 1969, Spielberg 1986, Parrott y Garnham 1998, Parrott 1999, Pomerleau y Pomerleau 19991, Schachter 1978, Siqueira et al.,2001, Cohen y Lichtenstein, 1990, West y Hajek, 1997), sobre la asociación entre fumar ansiedad y el estrés. Parrott y Garnham (1998) encontraron que cuando el fumador fuma su nivel de estrés es el mismo que el de un no fumador, pero fuera de estos periodos, cuando está sin fumar, su nivel de estrés es mayor, lo que muestra como la nicotina es un modulador del humor en fumadores. Parrott (1999) propone que la dependencia de la nicotina parece ser una causa directa del estrés. Pomerleau y Pomerleau

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

(1991) encuentran que el estrés tiene una relación clara con fumar, ya que en muchas ocasiones la persona fuma como una respuesta al estrés, la recaída después de haber conseguido dejar de fumar está claramente asociada a estados disfóricos y que hay comunalidades en la respuesta neuroendocrina a la nicotina y al estrés, añaden el papel del cortisol, en los fumadores moderados expuestos al estrés y/o a la nicotina, se les incrementa su nivel de cortisol por fumar y por el estrés separadamente, teniendo un efecto aditivo cuando se combinan los dos. Esto lleva a que fumar sea adaptativo a corto plazo porque reduce el estrés; pero si esto se mantiene mucho tiempo, y los receptores biológicos para la nicotina y el estrés son los mismos, entonces llegará un momento en que el fumador crónico fumará como una respuesta de afrontamiento farmacológico para mantener su función metabólica normal en las situaciones para él estresantes. Si esto continua, la disminución de la reactividad a los corticoesteroides resultará en un estrés crónico o la necesidad de incrementar la dosis de nicotina para lograr el balance metabólico. Becoña (2003) concluye que a través de múltiple literatura se encontró una relación consistente entre tabaco y estrés. En esta revisión se encontró una relación entre el tabaco (nicotina) y el estrés desde un punto bioquímico y se trata el fumar como una automedicación al estrés(1).

Esperanza Villar Hoz (2004) examino la relación entre malestar psicológico y consumo de tabaco en estudiantes universitarios. El malestar psicológico se midió con Escala de Desesperanza de Beck (BHS). Construida por Beck, Weissman, Lester y Trexler (1974), esta escala constituye una medida del nivel de pesimismo del individuo; otra escala es la Symptom Checklist (SCL-90-R) construida por Derogatis (1975), es un inventario autoadministrado que consta de 90 ítems y permite evaluar 9 dimensiones sintomatológicas primarias (somatización, obsesividad-compulsividad, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo) y proporciona el índice de sintomatología general (GSI). Además se incluyó un cuestionario de datos generales que midió preguntas variables sociodemográficas, vida universitaria, relacionadas con el consumo de tabaco, los hábitos de salud y la percepción de acontecimientos vitales estresantes. Se observa una relación estadísticamente significativa entre la percepción de acontecimientos vitales estresantes durante el último año y el consumo de tabaco (χ^2 (6, N

= 1220) = 18.51, $p = .005$). Los grupos de fumadores de alto consumo, indican en mayor medida haber estado sometidos a este tipo de situaciones y no haberlas superado todavía. Los resultados evidencian claramente la existencia de una asociación positiva entre malestar psicológico y consumo de tabaco. La percepción de acontecimientos vitales estresantes durante el último año está relacionada también con un mayor consumo de tabaco. La evidencia entre estrés y tabaquismo es clara, mas no se utilizó un instrumento validado para valorar los acontecimientos estresantes vitales en el último año (2).

Cristina Mae Wood (2010) analizan la literatura científica publicada acerca de la asociación del estrés y la ansiedad con el inicio y mantenimiento del consumo de tabaco en adolescentes y adultos, así como los efectos negativos que produce dicho consumo prolongado sobre la probabilidad de aparición de trastorno de pánico. Se llevaron a cabo varias búsquedas bibliográficas, sin límite de fecha, en las bases de datos PubMed, PsycInfo, Psycodoc, CSIC-ISOC e IME utilizando como términos de búsqueda las siguientes palabras, tanto en inglés como en español: estrés (stress), tabaco (tobacco), fumar (smoking), nicotina (nicotine), ansiedad (anxiety), trastorno de pánico (panicdisorder), y trastorno de ansiedad (anxietydisorder), en diferentes combinaciones (en el campo del título, resumen, como palabras clave o MeSHkeywords). No se han tenido en cuenta los estudios llevados a cabo con animales. Se encuentra evidencia que las personas con más estrés laboral es más probable que fumen, especialmente las mujeres (Aronson, Almeida, Stawski, Klein &Kozlowski, 2008). En España, Reig-Ferrer, Caruana-Vaño y Merino-Sánchez (1993) encontraron que los trabajadores españoles con más estrés reciente presentaban una mayor prevalencia de consumo de tabaco. Martín-Monzón (2007), en su investigación sobre el estrés académico en estudiantes universitarios españoles (edad media de 22 años), señala que durante los periodos de mayor estrés se producen efectos negativos como un aumento de la ansiedad, un mayor consumo de tabaco, cafeína o fármacos, así como alteraciones en el sueño y la ingesta de alimentos. Cuando se acerca el periodo de exámenes, los estudiantes consumen más tabaco. En Finlandia, Kouvonen, Kivimaki, Virtanen, Pentti, &Vahtera (2005), con una muestra de 46.190 participantes, encontraron apoyo para la hipótesis de que el estrés laboral está relacionado con el consumo de tabaco y con la intensidad del consumo. Otro estudio sobre el estrés psicosocial, llevado a cabo en

Italia, pero en este caso centrado en el desempleo (que es un estresor potente), encontró que la probabilidad de fumar era 2.78 veces mayor en aquellas personas desempleadas frente a aquellas con trabajo (De Vogli&Santinello, 2005). Para terminar, existe una considerable evidencia científica que demuestra que los fumadores presentan una elevada necesidad de fumar o cigarettecraving después de encontrarse expuestos a situaciones estresantes y que la magnitud de dicha respuesta de deseo de consumo parece ser una variable predictora del fracaso a la hora de intentar dejar de fumar (Erblich, Boyarsky, Spring, Niaura, &Bovbjerg, 2003). Elevados niveles de estrés favorecen el inicio del consumo, su mantenimiento y la dependencia de la nicotina, tanto en población adolescente como adulta y especialmente entre mujeres. El estrés está asociado con consumo de tabaco (Kassel et al., 2003), en adultos (Kouvonen et al., 2005). Según el modelo de la valoración (Lazarus&Folkman, 1986) y el modelo del afrontamiento al estrés (Wills, 1986), existe un consenso básico acerca de que el tabaco podría ser utilizado en muchas situaciones como instrumento para aliviar o afrontar el estrés (3).

Como conclusión de los estudios presentados en esta sección se puede confirmar que existe relación entre estrés y tabaquismo ya que esta relación es consistente a través de los años. En distintos países encontramos evidencia de la relación entre el tabaquismo y el estrés ya sea personal, laboral o educacional.

El estudio de Villar Hoz (2004) encontró una relación significativa entre la percepción de acontecimientos vitales estresantes durante el último año y un mayor consumo de tabaco. Los acontecimientos vitales estresantes fueron medidos con un instrumento no validado adecuadamente; durante la evolución del presente trabajo se incluye un instrumento realizado en 1976 por Holmes y Rahe, el cual ha sido debidamente estudiado y validado incluso en nuestro país y tradicionalmente es uno de los más utilizados por el médicofamiliar para el estudio del estrés familiar. [Volver al índice](#)

b. Familia y Tabaquismo

En la siguiente sección se presenta revisión de literatura concerniente a la relación entre familia y tabaquismo, el orden es cronológico ascendente de la literatura más relevante para el presente estudio.

Font Mayolas(2000) Estudiaron la relación entre el consumo de tabaco de familiares, pareja y amigos, y la conducta de fumar en una muestra de estudiantes universitarios. Utilizaron un cuestionario autoadministrado con información sobre las variables: edad, sexo, estatus de consumo (fumador/ no fumador/ ex fumador), magnitud de consumo (cantidad aproximada habitual de cigarrillos consumidos diariamente), experiencia de consumo (tiempo en que se lleva consumiendo regularmente la cantidad actual de cigarrillos) así como consumo de tabaco por parte de personas del entorno del sujeto. Se encontró que los jóvenes fumadores tienen padres y madres fumadores (74,1% y 23,5%) en mayor proporción que los jóvenes no fumadores (42,9% y 2,7%). Existe relación entre el estatus de consumo del sujeto y el del padre o de la madre de manera que los sujetos fumadores tienen padres fumadores con mayor frecuencia que los no fumadores. Los hombres fumadores tienen madres fumadoras (27,3%) en mayor proporción que los hombres no fumadores (0%). Las mujeres con padre y/o madre fumadores suelen ser asimismo fumadoras. Se detectan diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2(2) = 11,046$, $P = 0,004$) de manera que cuando ningún progenitor fuma, o sólo un progenitor fuma, la mayoría de sujetos son no fumadores (78,1% y 62,5% respectivamente). En cambio, cuando ambos padres fuman, se observa que la mayoría de jóvenes son también fumadores (83,3%). Por lo anterior se constata la relación entre ser consumidor habitual de tabaco y tener padre y/o madre fumadores, es decir, la proporción de sujetos fumadores es mayor cuando el padre y/o la madre son también fumadores. Atendiendo al sexo, son los chicos con madre fumadora los que con mayor probabilidad son también fumadores. Estas coincidencias en los factores que se asocian significativamente con la conducta de fumar en la niñez, adolescencia y también en la juventud sugieren que existe un ambiente familiar y social de consumidores de tabaco rodeando de forma permanente a la mayoría de los sujetos que se convierten en fumadores. Los estudiantes que fuman suelen tener a su alrededor un mayor número de familiares y amigos que también fuman. La familia tiene

relación con el tabaquismo en uno o más de sus miembros en especial cuando la madre es fumadora se tiene un mayor riesgo de fumar siendo hijo varón. Este artículo apoya la relación entre familia y tabaquismo y es estadísticamente significativo (4).

K Shamsuddin (2000) midió la prevalencia de tabaquismo entre los varones niños de las escuelas secundarias y evaluar su influencia familiar, especialmente la de los hábitos de fumar de sus padres sobre sus hábitos actuales de fumar. Mediante un estudio transversal se llevó a cabo en Kota Bharu, Kelantan en abril de 1997, donde 460 varones, con edades entre 15 y 16 años fueron seleccionados al azar de seis escuelas secundarias. Los datos sobre los hábitos de fumar, el perfil sociodemográfico y las características de la familia en particular los padres y los hábitos de los hermanos de los fumadores, la supervisión parental percibida y la comunicación fueron recolectados a través de cuestionarios auto-administrados. Encontraron que la prevalencia de tabaquismo entre los varones niños de las escuelas secundarias fue del 33,2%. En el análisis crudo muestra los factores familiares, de los padres y de los hermanos, en los hábitos de fumar. La falta de supervisión de los padres se asoció significativamente con el hábito de los estudiantes fumadores actuales. Entre los estudiantes que fumaban en comparación con los no fumadores, el hábito de fumar padre da una Odds Ratio cruda = 1,8, IC del 95% 1,08 a 3,16. Un análisis más detallado muestra que, el efecto del hábito de fumar de su padre en el hábito de fumar del estudiante actual, sigue siendo significativa después de controlar otros factores familiares y no familiares- incluyendo la supervisión de los padres, el rendimiento académico, la influencia de la publicidad de cigarrillos, tener amigos que fuman y el escaso conocimiento del estudiante sobre los efectos nocivos del hábito de fumar (OR = 1,9, IC 95%: 1,05 a 3,32). Concluyen que los factores familiares, especialmente la costumbre del padre fumar es un factor importante que influye en el hábito de un estudiante actual de fumar y la presencia de modelos de conducta negativos en el hogar deben ser seriamente consideradas en los programas de prevención del consumo de cigarrillos entre los adolescentes de secundaria. Por lo que la familia tiene especial importancia desde edades tempranas sobre el hábito de fumar esto nos demuestra la relación de la familia con el tabaquismo (5).

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Muñoz-Rivas (2001) analizó la influencia y el peso diferencial de determinadas variables familiares en el consumo de drogas por parte de los adolescentes. Se utilizó un cuestionario que incluyó una primera parte presentada en forma de encuesta (consta de un total de 57 ítems y en ella se incluyó la evaluación de las siguientes variables: (1) Variables relacionadas con el consumo de drogas. Se evalúa el consumo de distintas drogas a través de diversos parámetros temporales (alguna vez en la vida, últimos seis meses y últimos treinta días) y, (2) Variables psicológicas, entre las que se consideran aspectos como la existencia de problemas de conducta y la práctica religiosa) y, una segunda parte, en la que se presentaban un total de cinco escalas de evaluación psicológica (el Cuestionario de Evaluación del Autoconcepto (Martorell, Aloy, Gómez y Silva, 1993), la Escala de conducta antisocial (Silva, Martorell y Clemente, 1986), la Escala de evaluación de la depresión (Del Barrio y Silva, 1993), la Escala de Búsqueda de Sensaciones para niños y adolescentes (Pérez, Ortet, Plá y Simó, 1987) y la Escala de Impulsividad, Afán de Aventura y Empatía (Martorell y Silva, 1991). Se encontró que las diversas sustancias de consumo estudiadas se agrupaban de forma empírica en tres factores denominados: drogas legales (alcohol y tabaco), drogas médicas y drogas ilegales. A su vez, se realizaron varios análisis de regresión por pasos con cada uno de los tres factores y se confirmó que los principales factores de riesgo familiares para explicar el consumo de drogas legales eran la ausencia de normas familiares sobre el uso de drogas, los conflictos entre los padres y el adolescente y el consumo de alcohol por parte del padre. Concluyen que el hecho de que existan disputas frecuentes entre el joven y sus padres y de éstos entre sí, predice una probabilidad mayor de que éste beba o fume. Se observa relación entre la familia y el tabaquismo (6).

Hsiang-Kuo Hui Daphne (2001) Realizan este estudio para conocer si las familias disfuncionales son más propensos a fumar, si un nivel socioeconómico bajo son más propensos a fumar, o, si la exposición a los fumadores y un orden de nacimiento aumentan la oportunidad de aprender y mantenerse en el hábito de fumar. Se realiza un estudio longitudinal de Wisconsin (WLS) en pacientes con el hábito de fumar, se incluyen 2,722 pares de hermanos biológicos que han crecido en la misma familia la mayor parte del tiempo y otras variables independientes que indican entorno familiar, origen

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

socioeconómico, y las características demográficas individuales. Encontraron que la edad tiene efectos profundos en los comportamientos de fumar. El hermano mayor es más propenso a fumar que el joven, pero el hermano joven que fuma es más propenso a continuar con el hábito. El orden de nacimiento del fumador no tiene un efecto en general sobre el hábito de fumar en los demás integrantes de la familia. Comparados con las mujeres, los hombres son más propensos a iniciar el hábito de fumar, pero pueden dejarlo más fácilmente. El crecer en un ambiente abusivo incrementa las posibilidades de fumar pero su efecto no es prolongado. De cualquier manera se encontró que crecer con fumadores en casa tiene un fuerte impacto a largo plazo. El nivel educativo de los padres no tiene efecto en el hábito de fumar para los hijos pero los niños con padres con alto estatus ocupacional son más propensos a fumar. En el presente estudio se establece una relación entre las diferentes variables familiares estudiadas por el instrumento WLS y el hábito de fumar (7).

Mireia Sanz (2004) analiza la situación de consumo de drogas entre los adolescentes, la relación entre el funcionamiento familiar (conflicto marital, relaciones padres e hijos y cohesión y adaptabilidad familiar) y el consumo de drogas en los adolescentes. Utiliza un cuestionario demográfico inicial, conflicto marital, escala de percepción de los hijos/as del conflicto interparental, índice de satisfacción matrimonial, inventario de inestabilidad matrimonial, relaciones padres/madres-hijos/as, inventario para hijos/as del comportamiento parental, funcionamiento familiar, escala de evaluación de adaptabilidad y cohesión familiar, consumo de drogas, cuestionario sobre usos y consumos de drogas en la población adolescente. Encuentran relación entre consumo de tabaco y conflicto marital. La escala de conflicto marital percibida por los/as hijos/as se compone de nueve dimensiones pero solo seis dimensiones se relacionaron con mayor consumo de tabaco (autoculpa, inestabilidad, irresolución, contenido, percepción de amenaza y triangulación). A mayor satisfacción con el matrimonio por parte de la madre, menor frecuencia de consumo de tabaco. Una menor cohesión familiar estaría asociada a una mayor frecuencia de consumo o viceversa, una mayor cohesión de la familia se asociaría al no consumo de tabaco. Con esto se confirma la hipótesis de partida según la cual la presencia de conflicto entre los padres se asociaría a una mayor presencia de consumo de sustancias entre los/las hijos/as. En todos

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

los indicadores de consumo, las variables asociadas a la valoración del conflicto marital han resultado en mayor o menor medida asociadas a la mayor frecuencia de consumo. Por lo tanto entre mejor relación familiar tengan los padres menor posibilidad de fumar tendrán los hijos, por el contrario, si se percibe una mala relación entre los padres o de esta a sus hijos mayor será la posibilidad de iniciar con el hábito de fumar (8).

Daniel Lloret (2008) estudio las variables familiares capaces de afectar a la conducta de consumo de alcohol y tabaco de los adolescentes. Para la recolección de datos se utilizó una batería de 7 instrumentos estandarizados y validados en población juvenil, las cuales se enumeran a continuación: EAO: Evaluación de las actividades de ocio (Espada y Méndez, 2003), CC: Cuestionario de consumo (García del Castillo y López, 1988), CI: Cuestionario de información (García del Castillo y López, 1988), CA: Cuestionario de actitudes (García del Castillo y López, 1988), CAD: Cuestionario de aserción ante las drogas (Espada y Méndez, 2003), SP: Cuestionario de susceptibilidad a la persuasión (Luengo, 1999) y SPSI-R: Cuestionario de evaluación de habilidades de solución de problemas sociales (adaptado de Maydeu y D`Zurilla, 1996). Los resultados muestran una clara relación entre consumo y actitud parental. Los jóvenes que reportaron no consumir, percibían actitudes parentales más contrarias al abuso de alcohol y tabaco. De igual manera se constata una relación directa entre disponibilidad económica y consumo de alcohol y tabaco. En conclusión las diferencias entre el grupo de consumidores y de no consumidores, sí aparecen en una variable con referencias directas sobre el consumo de drogas como es la reacción de los padres ante un posible consumo de los hijos. Entre más reglas tengan los padres en contra del consumo de tabaco menor es la probabilidad de que los hijos fumen, esto vincula la familia con el tabaquismo (9). [Volver al índice](#)

V. MARCO TEORICO

Iniciamos marco teórico con las definiciones que cronológicamente se le ha dado al estrés, posteriormente hablamos de la importancia de los acontecimientos vitales estresantes en la vida del individuo y la familia, luego se describen las teorías del estrés familiar y la literatura que menciona la escala de Holmes en el estudio del estrés familiar, por ultimo concluimos marco teórico con el tema de tabaquismo y la importancia de su estudio en la sociedad actual.

a. Estrés

A lo largo de cien años, el ser humano ha estudiado el concepto de estrés, y posterior al descubrimiento del continente americano, fue introducido en la cultura el uso del tabaco, ya en nuestros antecedentes científicos describimos como se ha encontrado una relación entre estrés y tabaquismo, en esta sección presentamos una evolución histórica de algunos de los conceptos utilizados en esa relación, iniciamos con Morera y González (10), los cuales presentan el desarrollo del concepto de estrés desde 1911 hasta 1983 en donde mencionan por orden cronológico la evolución de este concepto:

El primer uso científico del término estrés se remonta a los trabajos de W. Cannon (1911), cuando describió la «Redacción de lucha o huida» o respuesta aguda del organismo a toda situación percibida como peligrosa, y en la que juega un papel principal la liberación de catecolaminas. Estrés era para Cannon (1935) el estímulo capaz de desencadenar dicha reacción. Posteriormente, definió el concepto de homeostasis como «conjunto de procesos por los que el organismo mantiene la constancia de su medio interno», y aplicó el término estrés a los factores del medio cuya influencia exige un esfuerzo inhabitual de los mecanismos homeostáticos (10).

H. Selye (1936) describió el Síndrome General de Adaptación y definió el estrés como «respuesta inespecífica del organismo a toda exigencia hecha por él» (10).

Engel (1962) definió el «estrés psicológico» como: «todo proceso originado tanto en el ambiente exterior como en el interior de la persona, que implica un apremio o exigencia sobre el organismo, y cuya resolución o manejo requiere el esfuerzo de los mecanismos psicológicos de defensa antes de que sea activado ningún otro sistema» (10).

González de Rivera (1980), definió el estrés vital como «Conjunto de modificaciones en el funcionamiento basal del organismo, directamente atribuibles a la eliminación o adaptación a estímulos nocivos o peligrosos, reales o imaginarios» (10).

Mason (1971), «es la interpretación de un estímulo como nocivo, peligroso o desagradable, lo que determina la respuesta de estrés, y no necesariamente el estímulo en sí» (10).

Tygranyan y col. (1976) sobre deprivación sensorial «No solamente la naturaleza o exageración de un estímulo puede ser estresante, sino que también la ausencia de estímulos puede desencadenar una reacción de estrés» (10).

González de Rivera, (1980) enuncia la «Ley general del estrés»: «cuando la influencia del ambiente supera o no alcanza las cotas en las que el organismo responde con máxima eficiencia, este percibe la situación como nociva, peligrosa o desagradable, desencadenando una reacción de lucha o huida y/o una reacción de estrés con hipersecreción de catecolaminas y cortisol» (10).

La relación entre estrés y enfermedad viene explicitada ya desde los primeros trabajos de Selye y su descripción del «Síndrome General de Adaptación » y de las «enfermedades de adaptación» (10).

En otro lugar (G. de Rivera, 1980, 1983) elaboraron un modelo de esta relación que puede resumirse de la siguiente manera: En su estado de funcionamiento idóneo, el organismo mantiene un equilibrio homeostático, cuya alteración prolongada se acompaña de manifestaciones sintomáticas de orden fisiológico y/o psicológico. Cuando estas

alteraciones superan las capacidades de adaptación y defensa del organismo, bien sea por su intensidad o por su duración, el estado de funcionamiento idóneo no puede mantenerse, favoreciéndose el desarrollo de procesos patológicos (10).

Los primeros intentos de estudio experimental de este modelo fueron realizados por Holmes y Rahe (1967), con su cuantificación del potencial estresante de diversos sucesos vitales. El predominio de sujetos con elevadas puntuaciones en la «escala de reajuste social» de Holmes y Rahe en poblaciones de enfermos, comparativamente con la población general, parece apoyar los postulados básicos del modelo (10). [Volver al índice](#)

b. Acontecimientos vitales estresantes

Louro Bernal I (2004) menciona que un acontecimiento de la vida es un hecho que traduce particular significado para cada familia, y en ese sentido origina procesos críticos caracterizados por modificaciones en la estructura y el funcionamiento familiar, implica ajustes en los roles y genera nuevos mecanismos de afrontamiento para incorporar la nueva situación (11)

Patricia Ma. Herrera Santi (2007) afirma que la familia en su desarrollo va transitando por diferentes etapas y cada una de ellas tiene sus especificidades, sus tareas y sus momentos de desequilibrio o reajuste interno, denominados crisis normativas. En el tránsito por este ciclo vital, la familia oscila entre períodos de estabilidad y períodos de cambios, caracterizados estos últimos por contradicciones internas que son necesarias e imprescindibles para propiciar su desarrollo. Estas contradicciones surgen a partir de eventos familiares que constituyen hechos de alta significación para el individuo y la familia, y que provocan cambios en el ritmo cotidiano de la vida familiar que originan momentos de estrés, al tener la familia que enfrentarlos reestructurando sus procedimientos habituales. Es importante tener en cuenta la presencia de estos momentos en la vida de una familia en el estudio de cualquier grupo familiar, dentro de los que se aprecian los eventos conocidos como normativos o transitorios, que son los relacionados con los acontecimientos normados y esperados del desarrollo familiar, que se erigen como críticos puntos de transición a lo largo de todo el ciclo vital; y los no transitorios o paranormativos, que son los provocados por los

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

acontecimientos que no guardan relación directa con las etapas del ciclo vital, también llamados accidentales. Para mantener un adecuado estado de salud ante estos eventos es necesario que la familia movilice sus recursos, y que sea capaz, ante una nueva situación, de tomar las decisiones relacionadas con el enfrentamiento adecuado a la situación, lo cual puede ser una fuente generadora de estrés familiar. Sabemos que ocurren también eventos no normados o accidentales, consideramos muy importante conocer el impacto de estos acontecimientos o eventos, y reconocer que esta repercusión o impacto puede darse de muy diversas maneras en la salud familiar. El impacto de los eventos en la familia, puede ser tanto favorecedor, como obstaculizador en la salud familiar. La familia alcanzará la salud en la medida en que sea capaz de enfrentar de manera eficiente y adecuada los acontecimientos de la vida. El estrés, al que muchas veces nos referimos como la tensión o desequilibrio ante las crisis familiares, puede propiciar que el individuo o la familia desarrolle recursos adaptativos que nunca habían supuesto tener, lo cual le permite ganar en firmeza, y utilizar estos aprendizajes en posteriores crisis, haciendo que se crezcan o desarrollen como consecuencia de este. De ahí que consideremos que el estrés no es bueno o malo, sino conocer bien, en qué cantidad, en qué momentos de la vida y bajo qué circunstancias sociales y familiares resulta perjudicial o beneficioso. Aunque ciertas presiones y demandas ambientales producen estrés en un número considerable de familias, siempre se ponen de manifiesto las diferencias individuales, familiares y sociales, en cuanto a intensidad y tipo de respuesta. Las personas, las familias y los grupos difieren en su sensibilidad y vulnerabilidad a ciertos tipos de acontecimientos, así como en sus interpretaciones y reacción ante los mismos (12). [Volver al índice](#)

c. Ciclo vital de la familia

Dada la importancia que Herrera Santi (2007) le da al ciclo familiar para el estudio del estrés familiar se incluye la descripción más actual realizada por J. Geyman (1980) quien lo ordena en cinco etapas que continuación describimos:

Matrimonio: Se inicia precisamente con la consolidación del vínculo matrimonial, concluyendo este ciclo con la llegada del primer hijo; lógicamente que el arribo de un

nuevo miembro tiene repercusiones importantes en las relaciones de la pareja, precipitando ajustes a la vida cotidiana.

Expansión: Es el momento en el que a mayor velocidad se incorporan nuevos miembros a la familia, como su nombre lo indica la familia se dilata, se “expande”. Es muy conocido el ejemplo de los jóvenes esposos, que deben organizarse de manera muy “armónica” para levantarse por la madrugada y proporcionar su biberón al bebé, cuidando que esta situación altere lo menos posible sus actividades diurnas.

Dispersión: Para algunos investigadores esta fase se identifica claramente, por el hecho de que todos los hijos asisten a la escuela. Los padres se ven sometidos a nuevos retos, ellos mismos se deben ajustar al pensamiento de los jóvenes, hecho que proporciona no pocas divergencias.

Independencia: Es difícil precisar el número de años transcurridos al inicio de esta fase, aproximadamente son 20 o 30. La pareja debe aprender a vivir nuevamente en “independencia”, sus hijos han formado nuevas familias.

Retiro – Muerte: Al igual que muchas situaciones paradójicas en la naturaleza, observamos el contraste entre el entusiasmo e ilusión que caracterizaban la fase de matrimonio, con la incertidumbre y nostalgia que con gran frecuencia se ve marcada esta fase del desarrollo familiar(13).

Se agrega el ciclo vital de la familia a esta tesis ya que juega un papel elemental en la teoría del estrés familiar, Mc Cubbin H. y Figley C. vinculan el esquema del desarrollo familiar con la teoría del estrés familiar como el ajuste y adaptación a cambios en el ciclo vital, ajuste a los sucesos súbitos como a los esperados (14). [Volver al índice](#)

d. Teorías del estrés familiar

Las concepciones teóricas más importantes que están en la base del estudio del estrés familiar, descritas por Patricia Ma. Herrera Santi (2007) son tres, la teoría del ABC-X la del Doble ABC-X y la de Boss que a continuación se describen.

La teoría de finales de la década del 40 conocida como el modelo ABC-X de Reuben Hill, quien enfoca la sucesión de eventos de respuesta a una crisis familiar de la manera siguiente: la A es el evento estresor, hecho generalmente de aparición brusca y con magnitud suficiente para provocar cambios en el sistema familiar. B son los recursos familiares o fortalezas, y la C el significado atribuido por la familia al evento estresante. La interacción de estos elementos lleva al desenlace que es la crisis X. La crisis familiar para este autor implica, alteración y desequilibrio en el sistema familiar, e insiste en resaltar que no es lo mismo la crisis que el estrés que esta pueda provocar, dado que existen familias que toleran mejor el estrés que otras, y que el estrés por sí mismo no tiene connotación negativa; solo cuando aparecen síntomas de alteración del equilibrio familiar y esta se torna disfuncional, se puede hablar entonces de una crisis (15).

Otro modelo teórico es el modelo doble ABCX de estresores y tensiones familiares de Mc Cubbin y Patterson, que fue elaborado a partir del anteriormente descrito por Hill, pero se añade una doble A, que significa la acumulación de eventos estresantes previos al evento vital. La hipótesis central de este autor plantea que la acumulación de tensiones y estresores familiares al punto de sobrepasar la capacidad de ajuste del sistema familiar, lo hace entrar en crisis, y está asociada con el deterioro del funcionamiento familiar y del bienestar de sus miembros (16).

El modelo teórico desarrollado por P.G. Boss, quien define el estrés familiar como "el estado de tensión que surge en las familias cuando el estado de desequilibrio de estas es alterado por sus transiciones a través del ciclo vital", acentuando que el estrés es un cambio

que no tiene en sí connotaciones positivas ni negativas, y que todas las familias deben enfrentar situaciones de estrés de manera permanente. (17).

Boss considera que en el estrés familiar intervienen componentes externos de la familia, como pueden ser el momento histórico social en que esta se desarrolla, la cultura de la familia y el contexto económico; así como también, componentes internos del sistema familiar, como la estructura familiar, la dinámica interna de su funcionamiento, el sistema de creencias y valores, y la percepción del evento estresante. La teoría del estrés familiar hace referencia a los efectos de la acción del estrés en la familia y a las crisis como respuesta familiar a este. Enuncia los conceptos de vulnerabilidad a dichas crisis y el poder de recuperación, la acción de la familia para reducir la intensidad de las situaciones demandantes, por mantener los recursos existentes, buscar otros adicionales y reestructurar cognitivamente la situación. Es importante destacar que la repercusión familiar de estos eventos y el estrés que estos generen, tendrán una relación directa con el significado que la familia les asigne, aunque es indiscutible que de todos modos el afrontamiento a los eventos producirá de alguna manera un impacto en su equilibrio. Por eso consideramos que los supuestos teóricos de la concepción de crisis, proceso o momento crítico, se inspiran en el modelo transaccional del estrés, considerando que el grupo familiar percibe y valora las exigencias del afrontamiento a los acontecimientos de vida, y en dependencia de sus recursos, como capacidad de adaptación, apoyo social y fuerza familiar, de la que se producirá mayor o menor afectación. Todos los cambios a que está sujeta la familia, propios de su crecimiento y desarrollo, u otros como podrían ser los problemas de salud, cambios de su condición económica, o cualquiera de los eventos accidentales, generan demandas adicionales que constituyen momentos de riesgo y vulnerabilidad para el sistema familiar. (12)

Se toma en cuenta esta última teoría (Boss 1988), como la fundamental para nuestra investigación más creemos importante mencionar las dos previas, como dato histórico y como estado de la evolución del estrés familiar; tomando en cuenta la definición que se menciona por Boss “estrés familiar es el estado de tensión que surge en las familias cuando el estado de desequilibrio de estas es alterado por sus transiciones a través del ciclo vital”

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

(17), tomamos la escala de acontecimientos vitales estresantes de Holmes y Rahe, que a través de las unidades de cambio vital que mide cada uno de sus ítems, identifica el estado de desequilibrio familiar, y se localiza a la familia de acuerdo al ciclo vital descrito por Geyman.

El estrés familiar es medido tradicionalmente por el médico familiar con la escala de Holmes, a continuación se describe la literatura que lo menciona.

En el libro “Orientación familiar en atención primaria” capítulo de Premisas básicas de la orientación familiar en la atención primaria (de Lewis Thomas) apartado de Estrés Familiar se menciona que en la actualidad, tanto pacientes como médicos aceptan ampliamente la influencia del estrés sobre la salud. A menudo, los pacientes explican a sus médicos que “soportan un gran estrés”. No obstante, el estrés es difícil tanto de definir como de estudiar. Un método que ha cosechado importantes éxitos en el estudio del estrés y la salud consiste en examinar la relación entre los sucesos vitales estresantes y la enfermedad. En 1967, Holmes y Rahe construyeron una escala de sucesos vitales y pidieron a una muestra aleatoria en la población que clasificara 43 sucesos vitales según el grado de estrés que suponían que generaban. Muchos estudios retrospectivos y prospectivos realizados utilizando esta escala han demostrado que el desarrollo de una amplia gama de distintas enfermedades suele ir precedida de un aumento de sucesos vitales. La mayoría de los sucesos de la escala de Holmes y Rahe ocurren en el seno de la familia, y 10 de los 15 más estresantes son acontecimientos familiares (18).

Irigoyen en su libro “Nuevo diagnóstico familiar” menciona «La escala de reajuste social de Holmes y Rahe antiguamente llamada Escala de Holmes puede ser un instrumento útil para identificar acontecimientos estresantes de la familia, por medio de la identificación de las unidades de cambio vital» (13).

La escala de Holmes mide situaciones de estrés familiar y explora 43 eventos familiares, cada uno con una puntuación ya establecida. (19) [Volver al índice](#)

e. Tabaquismo

El consumo de tabaco en México constituye un problema de salud pública que tiene una alta prevalencia, donde se ven afectados con frecuencia, grupos vulnerables para iniciarse en la adicción como son los niños, jóvenes, mujeres. Por otro lado el tabaquismo favorece el inicio y las complicaciones de padecimientos como sobrepeso, obesidad, hipertensión, diabetes mellitus. Actualmente, en el Sistema Nacional de Salud no existe un instrumento metodológico, basado en evidencias científicas de las mejores prácticas, nacionales e internacionales, que guíe el quehacer del profesional de salud para llevar a cabo acciones de prevención y tratamiento del consumo de tabaco en los servicios de salud, que, contribuya a contener este problema de salud pública. (20).

La nicotina, sustancia adictiva contenida en el tabaco, no es la única sustancia dañina para el organismo; en el cigarro además de la nicotina se encuentran más de 4000 sustancias, 400 de ellas son muy tóxicas, 45 son cancerígenas, esto explica por qué en 50% de los fumadores causa muerte prematura, en el resto incrementa más de 10 veces su riesgo de presentar cáncer en general y se asocia a más de 25 enfermedades. Las consecuencias y daños a la salud, relacionados con el consumo de tabaco a cualquier edad, tienen un impacto importante en el gasto de atención a la salud. Por lo anterior, la población general está expuesta directa o indirectamente, a los riesgos y consecuencias del consumo de tabaco y su atención debe ser en la comunidad y en los servicios de salud (20).

Villar Hoz y Cols. (2004) mencionan que los estudios experimentales parecen indicar que la nicotina puede producir tanto efectos ansiolíticos y antidepresivos como ansiógenos, dependiendo de la dosis, la vía de administración utilizada, las condiciones de evaluación y el tiempo transcurrido desde su administración (File, Kenny y Ouagazzal, 1998, Irvine, Cheeta y File, 1999, Picciotto, Brunzell y Caldarone, 2002). Los efectos paradójicos de la nicotina sobre la emocionalidad se deben, según diversos estudios, a la amplia expresión de los receptores cerebrales de la nicotina, al gran número de subtipos existentes y a la capacidad de la nicotina para activar o desensibilizar dichos receptores (Balfour, 1994, Piccioto, Brunzell y Caldarone, 2002). Las estructuras neuroanatómicas cerebrales implicadas en la acción ansiolítica o ansiogénica de la nicotina a través de los receptores

cerebrales son principalmente el hipocampo dorsal, el septum lateral (que jugarían un papel crucial en la tolerancia a los efectos ansiogénicos de la nicotina), y el núcleo dorsal del rafe (responsable del desarrollo de la tolerancia a los efectos ansiolíticos) (Cheeta, Irvine, Kenny y File, 2001, Seth, Cheeta, Tucci y File, 2002), así como el sistema dopaminérgico mesolímbico y el hipocampo (Picciotto, Brunzell y Caldarone, 2002) (2).

[Volver al índice](#)



VI. JUSTIFICACIÓN

La familia constituye el objeto de estudio de la medicina familiar. Este estudio es motivado por la necesidad vigente en la atención primaria del estudio de la familia y el tabaquismo.

Nos basamos en la ley general para el control del tabaco con última reforma publicada en el diario oficial de la federación el 6 de enero del 2010, en su artículo 11 para poner en práctica las acciones del programa contra tabaquismo, fracción primera que habla sobre la generación de la evidencia científica sobre las causas y consecuencias del tabaquismo y sobre la evaluación del programa (21). Internacionalmente nos basamos en el convenio MARCO de la OMS para el control de tabaco 2005, en el artículo 20, que habla sobre investigación, vigilancia e intercambio de información, el cual menciona en el párrafo uno “Las Partes se comprometen a elaborar y promover investigaciones nacionales y a coordinar programas de investigación regionales e internacionales sobre control del tabaco. Con ese fin, cada parte iniciará, directamente o por conducto de organizaciones intergubernamentales internacionales y regionales y de otros órganos competentes, investigaciones y evaluaciones científicas, cooperará en ellas y promoverá y alentará así investigaciones que aborden los factores determinantes y las consecuencias del consumo de tabaco y de la exposición al humo de tabaco (22).

Por otro lado Herrera Santí en el 2010 menciona que internacionalmente es reconocida la importancia de la familia como determinante de la salud. En la I Conferencia Internacional de Promoción de Salud, celebrada en Ottawa, en 1986, dentro del amplio enfoque dado a la promoción de la salud, se destacó la importancia de la familia y de la participación de la misma en las conductas de salud. La importancia de la familia como determinante de la salud ha hecho pronunciarse a la Organización Mundial de la Salud (OMS) y a su Oficina Panamericana en reiteradas convenciones internacionales, en el sentido de reclamar un enfoque familiar en los Programas de Salud. En 1993, la Declaración de Cartagena de Indias expresaba esta necesidad y la Declaración de México (2000) sugirió reorientar los

Programas de la atención primaria de salud (APS) hacia la familia, teniendo en cuenta el ciclo vital. (23)

Tomando en cuenta lo mencionado y habiendo hecho una amplia revisión de la literatura se llega a los siguientes puntos:

- Existe evidencia científica que demuestran que existe relación entre el estrés y el tabaquismo.
- Existe evidencia científica que demuestran que existe relación entre la familia y el tabaquismo.
- No se encontró evidencia científica que relacione el estrés familiar con el tabaquismo.

No sabemos si la causa de esto sea, porque se ha estudiado, mas no se han obtenido resultados significativos para su publicación, o si no se ha hecho.

Con el presente estudio se pretende identificar si existe relación entre estrés familiar y tabaquismo, si se encuentra una relación, contaríamos con evidencia para agregar sesiones de terapia familiar en el tratamiento actual, que se otorga a pacientes para el cese del tabaquismo, esperando aumentar el éxito de este tipo de terapias al incluir a la familia en este proceso. [Volver al índice](#)

VII. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

a. Descripción de las características socioeconómicas y culturales de la población.

En México la población total estimada en el censo 2010 fue de 112, 336, 538 habitantes.

De estos un total de 35, 380, 021 son derechohabientes del IMSS.

En Aguascalientes la población total estimada es de 1,184, 996 habitantes.

De estos un total de 530, 445 son derechohabientes del IMSS (24).

La delegación IMSS Aguascalientes cuenta con 2 HGZ (Hospital General de Zona) y 11 UMF (Unidad de Medicina Familiar). La Unidad de Medicina Familiar Numero Uno (UMF 1) cuenta con un total de 190 trabajadores afiliados a la bolsa de trabajo en activo. [Volver al índice](#)

b. Panorama del estado de salud

De un total de 190 trabajadores de la UMF 1, 37 afirman ser fumadores.

De un total de 15 Médicos con la Especialidad en Medicina Familiar 1 es Fumador.

De un total de 33 Médicos Generales 2 son Fumadores.

De un total de 3 Estomatólogos 3 son Fumadores.

De un total de 6 Trabajadoras Sociales 1 es Fumadora.

De un total de 49 Asistentes Médicas 14 son Fumadoras.

De un total de 8 de Personal Auxiliar en Servicios Básicos 6 son Fumadores.

De un total de 8 de Personal de farmacia 1 es fumador.

De un total de 28 de Personal Administrativo 7 son Fumadores.

De un total de 2 de Personal Técnico Plomero 2 son Fumadores.

No existen datos reportados en la literatura sobre el estrés familiar en relación con el tabaquismo, en una revisión de la literatura actual, se encuentran múltiples artículos que, mencionan factores familiares y su influencia con el tabaquismo, estos factores por separado no son de gran importancia para el tema aquí presentado, pero en conjunto la gran mayoría pueden identificarse como estresores en la familia, también se encontró una

evidencia significativa de la relación entre estrés y tabaquismo, mas su estudio no ha incluido el círculo familiar solo se ha limitado al individuo y en ocasiones su entorno laboral. [Volver al índice](#)

c. Panorama del sistema de atención en salud.

En México se cuenta con la LEY GENERAL PARA EL CONTROL DEL TABACO, cuya última reforma publicada se encuentra en el Diario Oficial de la Federación actualizada al 6 de enero del 2010 (21).

Se cuenta con la NORMA Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones (25).

Por parte de la Secretaria de Salud, se cuenta con el Programa contra el Tabaquismo Actualización 2011-2012 realizado por la Comisión Nacional contra las Adicciones primera edición 2011 (26).

En el IMSS contamos con la guía de Práctica Clínica de prevención, diagnóstico y tratamiento del consumo del tabaco y humo ajeno en el primer nivel de atención (27).

En Aguascalientes se cuenta con una Clínica Especializada Contra el Tabaquismo a cargo del CEPRAD (Centro Estatal de Prevención a las Adicciones), Administrado por el ISEA.

En específico para trabajadores de la UMF 1, se ofreció un plan de apoyo psicoterapéutico para el abandono del hábito de fumar, a cargo del servicio de Psicología adscrito al programa SPPSTIMSS del HGZ 1 (de un total de 37 fumadores, solo 2 aceptaron acudir a terapia, los cuales desertaron refiriendo compromisos de trabajo). [Volver al índice](#)

d. Naturaleza del problema

El tabaquismo es un problema de salud pública, es la principal causa de muerte evitable en el mundo, se vincula a padecimientos; como enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfermedad coronaria y diversos cánceres, como el de pulmón, que es el más

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

frecuente, y el de laringe; y afecta la calidad de vida de miles de seres. Los que conviven con el fumador se convierten en fumadores involuntarios o pasivos. Es importante conocer los factores que influyen en el inicio y mantenimiento de la conducta de fumar y los motivos para abandonarla (28).

Dejar de fumar reduce el nivel de estrés y la ansiedad, relación que se incrementa con el tiempo de abstinencia. El estrés es un elemento que impide a muchas personas dejar de fumar o un facilitador de la recaída. En los adultos, fumar ayuda a relajarse, encontrándose que están más estresados que los no fumadores. Cuando el fumador fuma su nivel de estrés es el mismo que el de un no fumador, pero fuera de esos periodos, cuando esta sin fumar, su nivel de estrés es mayor, lo que muestra como la nicotina es un modulador del humor en fumadores (1).

Diferentes estudios muestran la importancia de las variables de interacción familiar en el inicio y mantenimiento del consumo de tabaco. Factores que relacionados con el funcionamiento de la familia puede incrementar el riesgo para el abuso de drogas (entre ellas el tabaco) en los hijos, entre esos factores están el conflicto familiar, el estilo educativo y la exposición a estrés (29).

Por ello consideramos necesario investigar la relación entre el tabaquismo y el estrés familiar ya que los factores que influyen en el inicio, mantenimiento de la conducta de fumar y los motivos para abandonarla están directamente relacionados con la familia, si esta relación existe, se podría justificar la introducción de terapias para reducir el estrés familiar y tener mayor éxito en la prevención del tabaquismo de los miembros de la familia, en combatir el mantenimiento del hábito de fumar y reforzar las estrategias existentes para el abandono del tabaquismo. [Volver al índice](#)

e. Distribución del problema

La OMS en su informe sobre la epidemia mundial de tabaquismo 2009 afirma que el Tabaquismo es una epidemia mundial. El consumo de tabaco es la causa principal de muerte evitable y se calcula que cada año mata a más de 5 millones de personas en el

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

mundo. La mayor parte de estas muertes ocurren en países de ingresos bajos y medianos (30).

Según cifras reportadas en la Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos 2009 (GATS 2009) 10.9 millones de los adultos en México son fumadores actuales (15.9% de la población total). Hombres 8.1 millones (24.8% de la población de hombres adultos). Mujeres 2.8 millones (7.8% de la población de mujeres adultas). El 48% de los fumadores actuales son fumadores diarios. La edad de inicio de fumar entre los fumadores diarios de 18-43 años fue: Hombres 16.3 años. Mujeres 16.8 años (31).

En la Encuesta Nacional de Adicciones 2008 (ENA 2008) se menciona los fumadores activos fuman siete cigarrillos al día en promedio; los adolescentes, cinco cigarrillos y los adultos, siete. La duración promedio del hábito de fumar diariamente en los adolescentes (12 – 17 años) fue de 2.2 años y de 11.4 años en los adultos (18 – 65 años). El 85.3% de los fumadores activos consume menos de 16 cigarrillos al día; 11.7%, de 16 a 25 cigarrillos, y cerca de 3%, más de 25 cigarrillos. En población la urbana, se encontró que 20.4% de la población entre 12 y 65 años de edad corresponde a fumadores activos, lo cual representa cerca de 12 millones de fumadores; 18.4% corresponde a ex fumadores y 61.1% nunca había fumado. La prevalencia de consumo de tabaco en la población urbana masculina es de 29.8% y en la femenina, de 11.8%. Cuando se compara por grupo de edad, 10.2% de los adolescentes y 22.5% de los adultos del área urbana son fumadores activos. En las localidades rurales, encontramos que 11.3% corresponde a fumadores activos, 12.4%, a ex fumadores y 76.4% nunca ha fumado. La prevalencia de consumo de tabaco en la población rural masculina es de 20.2% y en la femenina, de 2.9%. Cuando se compara por grupo de edad, el 4.9% de los adolescentes y el 13.1% de los adultos del área rural son fumadores activos (32). [Volver al índice](#)

f. Gravedad del problema

El Tabaquismo es una epidemia mundial, es la causa principal de muerte evitable y se calcula que cada año mata a más de 5 millones de personas en el mundo (30).

El porcentaje de la mortalidad mundial total por el tabaco es de 8.8%

(33)

El consumo de tabaco se relaciona con más de 25 enfermedades. Es responsable del 90% de la patología tumoral, el 75% de los procesos clasificados como bronquitis crónica o enfisema y del 25% de los síndromes coronarios agudos. El Banco Mundial ha evaluado los gastos directos e indirectos de las muertes prematuras y de la morbimortalidad atribuibles al tabaquismo, estimando que un aumento de 1.000 toneladas en el consumo de tabaco representa 2,6 millones de dólares de beneficios y 29,8 millones de costes. Esto supone una pérdida neta de 27,2 millones de dólares. Es evidente que fumar representa una importante pérdida social en vidas y en calidad de vida. Utilizando el DALY, unidad de medida de la cantidad de años perdidos no sólo por muerte anticipada, sino considerando también la pérdida de calidad de vida valorada por la capacidad para las actividades cotidianas, en el año 2002 las pérdidas fueron de 59,1 millones de DALY para el tabaco, muy superior a las producidas por drogas ilícitas, alcohol o la polución atmosférica (11,2, 58,3 y 7,9 millones de DALY, respectivamente) con la que habitualmente tienden a justificar su dependencia los fumadores (34).

En su artículo de revisión sobre la epidemiología del tabaquismo en México, Pablo Antonio Kuri-Morales, menciona que 30% de las personas que fallecieron en 1998 en la delegación Coyoacán había fumado durante los últimos 10 años de su vida y que 18% fumó durante el año anterior al deceso. Se calculó un riesgo atribuible por tabaquismo de 45% en la población general para las enfermedades del sistema circulatorio (angina de pecho, hemorragia cerebral, aterosclerosis, embolia y trombosis arteriales), de 60% para las enfermedades del sistema respiratorio y de 85% para las neoplasias. Estos resultados no son muy diferentes en comparación con las cifras del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos para cada padecimiento relacionado con el consumo de tabaco.(35)

Teniendo en cuenta las estadísticas de mortalidad publicadas por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y la Secretaría de Salud de México (SSA) se estimó que en

2000 ocurrieron cerca de 25 383 muertes prematuras atribuibles al consumo de tabaco, de las cuales 5 165 fueron por neoplasias, 9 057 por enfermedades respiratorias, 5 345 por enfermedades cardiovasculares y 5 816 por otras causas médicas relacionadas con el consumo de tabaco (31). [Volver al índice](#)

g. Análisis de los factores más importantes

Existe una considerable evidencia científica que demuestra que los fumadores presentan una elevada necesidad de fumar o cigarettecraving después de encontrarse expuestos a situaciones estresantes (36).

En un reporte de la National Association of Social Workers se reportó que había mayor consumo de cigarrillos de los trabajadores fumadores durante los días de trabajo relacionando el tabaquismo con aspectos laborales (37).

En el consumo de tabaco en adolescentes se identifican factores de exposición relacionados con el estilo de vida, tanto personal como de padres o amigos, entre ellos la presencia de fumadores en el entorno sociofamiliar o la menor dedicación a prácticas deportivas. Por otra parte, pueden ser también factores de riesgo algunas variables sociodemográficas como el menor nivel de estudios de los padres o la mayor edad del joven (38).

Cristina Mae Wood en el 2010 afirma que elevados niveles de estrés favorecen el inicio del consumo, mantenimiento y dependencia de la nicotina, tanto en población adolescente como adulta y especialmente entre mujeres (3). [Volver al índice](#)

h. Argumento convincente

Existe evidencia a favor de la relación entre estrés y consumo de tabaco en adultos. No obstante, este tipo de resultados no permiten hablar en términos de causalidad. Si bien existe evidencia a favor del estrés y consumo de tabaco, se ha dirigido la investigación, sobre lo que es el Estrés Laboral, dejando de lado el Estrés Familiar, el cual como hemos explicado en páginas anteriores, ejercen una notable influencia en la conducta adictiva de alguno o algunos de sus miembros, en especial en aquellos más jóvenes, con lo que las

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

pautas de comportamiento de distintos familiares pueden facilitar o dificultar el ajuste conductual, emocional y social de la persona que se inicia en el consumo de una sustancia o que lo hace habitualmente. Se ha encontrado que la falta de comunicación y el clima familiar conflictivo (incomunicación y el ambiente familiar enrarecido) contribuyen a generar y mantener los déficit y carencias personales, relacionándose la vivencia negativa de las relaciones familiares y el uso de drogas. La familia también ejerce influencia en el tratamiento y prevención de la drogodependencia, un factor importante es la implicación del núcleo familiar, algunos trabajos consideran que para tratar eficazmente esta patología es necesario que el afectado se encuentre dentro de un contexto familiar estable. Algunos autores consideran la drogodependencia como una afección familiar que requiere tratamiento de todos los miembros. Por lo que implementar estrategias que promuevan una comunicación adecuada, tendría implicaciones para la prevención y tratamiento de consumo de drogas (29).

Al incluir el Estrés familiar como un factor relacionado al tabaquismo, se justificaría la inclusión de terapias familiares para la cesación del hábito de fumar, encaminadas a abordar este tema. [Volver al índice](#)

i. Descripción del tipo de información que se espera obtener

Al finalizar este estudio se espera encontrar si existe la relación entre el Estrés Familiar y el Tabaquismo, con el fin de establecer la importancia que tiene la familia en la evolución de la adicción al tabaco, en el personal trabajador en activo de la Unidad de Medicina Familiar número 1 del estado de Aguascalientes, México. [Volver al índice](#)

j. Descripción del uso de la información

Si se encuentra que existe la relación estrés familiar y tabaquismo, se tendrían las bases científicas para justificar sesiones familiares en los planes terapéuticos para la prevención y eliminación del hábito de fumar.

En el caso específico de los trabajadores de la UMF 1, se podrían establecer estrategias de comunicación e interacción entre el trabajador y su familia por medio de actividades extralaborales. [Volver al índice](#)

k. Conceptos:

Estrés familiar: Es el estado de tensión que surge en las familias cuando el estado de desequilibrio de estas es alterado por sus transiciones a través del ciclo vital, acentuando que el estrés es un cambio que no tiene en sí connotaciones positivas ni negativas, y que todas las familias deben enfrentar situaciones de estrés de manera permanente (Boss1988).

Tabaquismo: Es la dependencia o adicción al tabaco. (25)

Lo anterior nos orienta a hacernos la siguiente pregunta de investigación [Volver al índice](#)

1. Pregunta de investigación

¿Qué relación existe entre estrés familiar y el tabaquismo en el personal de la Unidad de Medicina Familiar Numero 1 en el Estado de Aguascalientes? [Volver al índice](#)

VIII. OBJETIVOS

Objetivo General:

Identificar qué relación existe entre estrés familiar y tabaquismo en trabajadores de la UMF # 1 Aguascalientes.

Objetivos Específicos:

1. Identificar las características sociodemográficas de los trabajadores de la UMF 1 de la delegación Aguascalientes del IMSS
2. Identificar el estrés familiar en la población de estudio
3. Detectar los actuales trabajadores fumadores y no fumadores de la UMF 1
4. Comparar el estrés familiar entre trabajadores fumadores y no fumadores

[Volver al índice](#)

IX. HIPOTESIS

Ha

Los trabajadores fumadores presentan mayores niveles de estrés familiar en comparación con los trabajadores que no fuman.

Ho

Los trabajadores fumadores no presentan diferencias en los niveles de estrés familiar en comparación con los trabajadores que no fuman.

[Volver al índice](#)



X. MATERIAL Y MÉTODOS

- a. **Tipo de estudio:** Transversal comparativo.
- b. **Universo de trabajo:** Trabajadores IMSS fumadores y no fumadores UMF # 1 Ags.
- c. **Población blanco:** Trabajadores IMSS fumadores y no fumadores UMF # 1 Ags.
- d. **Unidad de análisis:** Trabajadores que fuman y trabajadores que no fuman cuya adscripción es la UMF # 1
- e. **Criterios de selección**

Criterios de inclusión:

1. Trabajador UMF # 1
2. Sexo indistinto
3. Edad igual o mayor de 18 años
4. Fumador
5. No Fumador
6. Trabajador que acepte participar en la investigación

Criterios de exclusión:

1. Trabajadores que no acepte participar en la investigación
2. Personal Suplente
3. Trabajadores que no estén de acuerdo con firmar la carta de consentimiento informado

Criterios de eliminación:

1. Trabajador que no termine de contestar la escala

2. Trabajador que durante la aplicación de la escala decida abandonar la investigación por motivos personales. [Volver al índice](#)

f. Muestra:

Se tomó en cuenta la encuesta rápida que se hizo en el 2011 para detectar a los trabajadores fumadores, en los que de 190 trabajadores en activo de la UMF1 Aguascalientes 37 manifestaron tener el hábito de fumar y se tomó otra muestra de igual número de trabajadores que no tuvieron el hábito de fumar. Se confirmó que los 37 trabajadores fumadores continuaran laborando en la UMF1 y que fueran fumadores activos. [Volver al índice](#)

g. Tipo de muestreo:

Probabilístico aleatorio simple para el personal no fumador, seleccionado con una tabla de números aleatorios (EPIDAT Versión 3.0), en la UMF#1 Aguascalientes, en turno matutino y vespertino. Se realizó un listado de los trabajadores que no fumaban para contar con un marco muestral y seleccionar la muestra aleatoria. [Volver al índice](#)

h. Tamaño de la muestra:

Se esperaba que el porcentaje de estrés familiar sin grado de importancia fuera mayor en no fumadores. Sin embargo, no existe un estudio previo que presente este porcentaje. Así pues, el cálculo del tamaño de muestra para esta tesis se basó en una comparación de porcentajes hipotéticos de estrés familiar sin grado de importancia en fumadores (60%) y no fumadores (90%). Tomando en cuenta la fórmula propuesta por Blanden el año 2000 para comparación de 2 proporciones el tamaño de muestra (39) para esta tesis fue de 37 sujetos para cada grupo de comparación:

$$n = \frac{f(\alpha, P)(\rho_1(1 - \rho_1) + \rho_2(1 - \rho_2))}{(\rho_1 - \rho_2)^2}$$

P = poder de 80%

α = alfa de 5%

$f(\alpha, P)$ = función alfa de poder: 10.5

p_1 = porcentaje de estrés familiar sin grado de importancia en no fumadores

p_2 = porcentaje de estrés familiar sin grado de importancia en fumadores

La fórmula propuesta dio como resultado un tamaño de 38 sujetos por grupo, pero debido a que ya se había identificado cuantos fumadores existían en la UMF1, el tamaño de muestra para este estudio incluiría un sujeto menos por grupo (37 por grupo). [Volver al índice](#)

i. Instrumento:

Para ubicar el ciclo vital de nuestro encuestado se realizan preguntas en cuanto a edad, sexo, estado civil, número de hijos, edades de los hijos y escolaridad de los hijos para ubicar al encuestado dentro de una de las 5 etapas del ciclo vital de Geyman (matrimonio, expansión, dispersión, independencia y retiro). (13)

Para conocer si el estrés familiar se encuentra sin grado de importancia, en crisis leve, crisis moderada o crisis severa se utilizó un cuestionario validado en México por Carlos A. Bruner y cols. en 1994 basado en la escala de reajuste social de Holmes y Rahe (1976), en la que emplearon una versión en español de la escala, obtenida mediante la técnica de traducción/retraducción correctamente validada traducida al español por un bilingüe, retraducida al inglés por otro bilingüe y comparada con la original por un tercer especialista, en la que los 43 ítems de la escala traducida al español son evaluados por 420 jueces mexicanos en las que resultaron semejantes a los obtenidos en el estudio original de Holmes y Rahe. En el estudio original, se obtuvieron correlaciones (Rho's de Spearman) mayores a .90 entre los diferentes grupos de la muestra (es decir, divididos por sexo, edad, educación, clase social, raza y religión). Estudios posteriores también obtuvieron correlaciones altas entre diferentes subgrupos y entre aplicaciones sucesivas (test-retest) de la escala. Las correlaciones de rangos entre los diferentes subgrupos del estudio de Bruner (1994) y la muestra global, variaron desde .971 hasta .995. Esto significa que el instrumento mostró una considerable consistencia interna. Las intercorrelaciones de los diferentes grupos entre sí, fueron también elevadas, oscilando entre .938 y .995. Aún más,

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

todas estas correlaciones resultaron significativas al nivel de confianza de $p < .001$. Los datos obtenidos en la validación de la escala de Holmes y Rahe parecen suficientemente confiables para efectuar estudios prospectivos de investigación epidemiológica en México. (40).

Este cuestionario pretende medir la magnitud de los acontecimientos vitales estresantes que una persona ha sufrido el último año. El reajuste social se define como “cantidad y duración del cambio en el patrón usual del individuo”, y se expresa en unidades de cambio vital (UCV). A través de este indicador se quiere explicar el efecto de los acontecimientos vitales estresantes sobre el sistema familiar. Consiste en una encuesta autoadministrada de 43 ítems en los cuales el encuestado reproduce el valor que se encuentra asignado a la derecha de cada ítem que representa los acontecimientos vitales estresantes sucedidos durante el último año. Las distintas situaciones tienen un valor determinado que se miden en unidades de cambio vital (UCV). Estos valores medios se tomaron para representar el promedio de ajuste social requerido por el acontecimiento. Si la suma de los UCV resulta de 0 a 150 UCV no se aprecia un grado de estrés de importancia, si se encuentra de 151 a 199 se considera una crisis leve, si se encuentra de 200 a 299 se considera una crisis moderada y si se encuentra mayor a 300 se considera crisis severa de estrés familiar (13).

Para caracterizar la muestra de este estudio con respecto al consumo de tabaco, se utilizaron las siguientes definiciones:

- Fumador activo: persona que refiere haber fumado alguna vez en la vida y haber fumado durante el último año.
- Ex fumador: persona que refiere haber fumado alguna vez en la vida y haber dejado de fumar hace más de un año.
- Nunca ha fumado: persona que refiere no haber fumado en la vida (32).

A la población fumadora activa, se le aplicó el Test de Fagerström de tolerancia a la nicotina, el cual originalmente es publicado en 1978 y cuenta con 8 ítems. En 1991 Heatherton hace una revisión del cuestionario y basado en resultados del test comparados con niveles de nicotina sustraídos de la saliva de cada participante, decide suprimir dos preguntas al mismo cuestionario, encontrando, que con solo 6 ítems adquiere más

validez. En la adaptación Mexicana, obtuvo un Alfa de Cronbach de 0.96, actualmente es vigente, el último reporte de su uso en México fue en el XIII Congreso Virtual de Psiquiatría, por Chacón en febrero del 2012 (27).

El Test de Fagerström de tolerancia a la nicotina divide el nivel de adicción a la nicotina en leve, moderada y severa, de acuerdo al puntaje obtenido; la versión utilizada en este instrumento es la que se ofrece de manera gratuita en la Guía de Práctica Clínica 2009 del Instituto Mexicano del Seguro Social (20). [Volver al índice](#)

j. Plan de análisis:

Los datos obtenidos de la aplicación de las encuestas fueron concentrados en una base de datos y se almacenaron de forma cotidiana, con un proceso de captura y recaptura para validar la confiabilidad del proceso.

Se utilizó el programa SPSS para la captura, procesamiento y análisis descriptivo de los datos. [Volver al índice](#)

k. Análisis de los datos:

En un nivel descriptivo, para las variables cuantitativas (edad, número de hijos, edad de hijos), se obtuvieron medidas de tendencia central (media o mediana) según la distribución de las variables y de dispersión (desviación estándar o percentiles) para las variables de tipo cualitativo (estado civil, escolaridad de los hijos, estado civil de los hijos, fumador, no fumador, ciclo vital de la familia) se utilizaron frecuencias y porcentajes. Se representan en cuadros y gráficos.

Se utilizó un análisis de regresión logística simple para identificar asociación entre estrés familiar y tabaquismo estableciendo el nivel de significancia del 5% (valor de $P < 0.05$). Además, se controlan los factores de confusión (variables sociodemográficas y de familia) en un análisis de regresión logística múltiple teniendo como variable de resultado el tabaquismo (no fumador vs. fumador) (4,5,6,7,8,9). [Volver al índice](#)

I. Logística:

Se solicitó autorización del Comité Local de Investigación y Ética de Investigación en Salud para iniciar el proceso de recolección de datos, posteriormente se solicitó autorización para el inicio de trabajo de campo al Director de la UMF 1, con un oficio autorizado por el Coordinador Auxiliar de Investigación en Salud.

Se entregó copia del oficio y se dio a conocer el instrumento al director y jefes de clínica de la unidad de los turnos matutino y vespertino, se dio a conocer el tiempo estimado para la recolección de los datos y estancia en la Unidad de Medicina Familiar, horarios y lugar de aplicación de las encuestas, y se le comunicó al encuestado la utilidad de su colaboración para la aplicación del cuestionario.

Se solicitó a los trabajadores su autorización para la aplicación del cuestionario, se explicó y solicitó firmar la carta de consentimiento informado, se entregó el instrumento al encuestado y se comunicó el tiempo estimado para contestar la misma y las opciones de respuesta, por último se procedió a aplicar la encuesta. La aplicación del cuestionario se realizó en el horario de entrada y salida del trabajador buscando un momento conveniente que no afectara su desempeño laboral.

Al término de aplicación de las entrevistas se procedió a realizar el concentrado de los datos para el análisis de los mismos.

La recolección de los datos se realizó en julio del 2012 en turno matutino y vespertino en la Unidad de Medicina Familiar Numero 1, para posteriormente continuar con la tabulación de los datos.

Los recursos que se requirieron para la recolección de los datos fueron 1 encuestador, papel para impresión de cuestionarios, tablas de apoyo, lápices, gomas, sacapuntas, clips, grapas, calculadora y computadora para la recolección de los datos.

La investigación se realizó en un periodo de un año, de diciembre del 2011 a diciembre del 2012, y se entrega en febrero del 2013. [Volver al índice](#)



XI. ASPECTOS ÉTICOS

El protocolo correspondió a una investigación sin riesgo ya que no se realizó ninguna intervención o modificación intencional de las variables para evaluar la relación entre estrés familiar y el hábito de fumar, ya que se encuestó a los trabajadores de la UMF 1 fumadores y no fumadores al inicio o término de su horario laboral, solo, en caso de que estuvieran de acuerdo con la aplicación del cuestionario, además invariablemente se utilizó una carta de consentimiento informado por escrito donde se especificó la justificación y los objetivos del estudio, el procedimiento y beneficio de la investigación, quedando clara la libertad de retirar su consentimiento en dicha participación en el momento que el encuestado lo decidiera, además se garantizó el anonimato y confidencialidad de las respuestas.

El protocolo se apega a las normas éticas, al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y a la Declaración de Helsinki.

La contribución que busca éste estudio es obtener el nivel de estrés familiar en una muestra de fumadores y otra de igual número de no fumadores lo cual da la oportunidad al trabajador de solicitar orientación psicológica en caso de encontrarse con niveles elevados, además de proponer estrategias educativas o terapias a los participantes y sus familias, una limitante para esto es la falta de personal de psicología de base por parte del Instituto Mexicano del Seguro Social, más se cuenta con el apoyo de pasantes de psicología en cada unidad de medicina familiar, así como los Programas Preventivos de Fomento a la Salud, PREVENIMSS, SEPPETIMSS, Comités de Tabaquismo canalizados por Trabajo Social, y el apoyo Médico del servicio de Psiquiatría; respecto al balance riesgo-beneficio, no se consideran riesgos para la aplicación de los cuestionarios, por el contrario se tiene un beneficio al conocer los resultados.

El procedimiento inicia al explicar de qué se trata el estudio, se le otorga la carta de consentimiento informado, se le pide que la firme si está de acuerdo, y posteriormente se

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

aplica la encuesta, garantizándole en todo momento la confidencialidad del proceso. La aplicación del cuestionario se realizó dentro del horario de trabajo buscando un momento conveniente que no afectara su desempeño laboral.

La forma de seleccionar a los participantes fue mediante la inclusión del grupo de fumadores ya identificado y se tomó una muestra de igual número de no fumadores, solicitándole su participación de manera libre si así lo deseaba, explicándole que requerimos solo 20 minutos de su tiempo para responder la encuesta y verificando que no tuviera criterios de exclusión.

Se les comento que el beneficio será el conocer si existe estrés familiar y nos permitirá saber si este está relacionado con el fumar, y que este conocimiento nos será de gran ayuda para agregar mecanismos de terapia durante las estrategias conocidas para el cese del hábito de fumar y que estas sean más efectivas. [Volver al índice](#)

XII. RESULTADOS

Se realizó la encuesta con el instrumento que incluye datos personales, test de Holmes para estrés familiar y test de Fagerström para adicción a la nicotina, en un total de 74 trabajadores de la Unidad de Medicina Familiar # 1 en Aguascalientes. La edad media fue de 36.8 años, con desviación estándar de ± 11.0 , la edad mínima fue de 19 y la máxima de 59 (Cuadro 1). En cuanto al número de hijos la mediana fue de 1, con rango inter cuartil de 0 a 3 (en el percentil 25 y 75 respectivamente), con un mínimo de 0 y un máximo de 6 hijos (Cuadro 1). En cuanto al estado civil se encontró que 32 eran solteros (43.2%), 38 casados (51.4%), 1 separado (1.4%) y 3 divorciados (4.1%) (Cuadro 1). Al recodificar el estado civil en dos categorías se encuentran 36 encuestados sin pareja (48.6%) y 38 con pareja (41.4%) (Cuadro 1). Las etapas del ciclo vital de los encuestados fue: 6 en matrimonio (8.1%), 15 en expansión (20.3%), 41 en dispersión (55.4%) y 12 en independencia (16.2%), la variable retiro del ciclo vital no se encuentra presente ya que todos los encuestados son trabajadores activos. En estrés familiar se encontró que 30 de los encuestados no tenían estrés familiar (40.5%), 11 tenían estrés leve (14.9%), 22 tenían estrés moderado (29.7%) y 11 tenían estrés severo (14.9%) (Cuadro 1). En cuanto al consumo de tabaco 28 encuestados contestaron nunca haber fumado (37.8%), 9 encuestados contestaron haber fumado alguna vez y dejaron de fumar hace más de un año (12.2%) y 37 contestaron fumar actualmente (50%); de ellos se categorizo como no fumador al que nunca ha fumado y al que lo ha hecho y tiene más de un año sin fumar, que sumados son 37 (50%) que representaron la muestra control y fumadores a los que contestaron fumar actualmente (50%) que son nuestra población objetivo (Cuadro 1). De los 37 fumadores se obtiene un nivel de dependencia a la nicotina de acuerdo al test de Fagerström, con el cual se encuentran 30 (81.08%) con dependencia baja y 7 (18.92%) con dependencia moderada a la nicotina (Cuadro 1). [Volver al índice](#)

Cuadro 1. Características de la población en estudio.

	MEDIA	DESVIACION ESTANDAR	MINIMA	MAXIMA
EDAD	36.8	±11.0	19	59

	MEDIANA	RANGO INTER CUARTIL	MINIMO	MAXIMO
NUMERO DE HIJOS	1	0-3	0	6

	SOLTERO	CASADO	SEPARADO	DIVORCIADO	SIN PAREJA	CON PAREJA
ESTADO CIVIL	43.2% (n=32)	51.4% (n=38)	1.4% (n=1)	4.1% (n=3)	48.6% (n=36)	41.4% (n=38)

	MATRIMONIO	EXPANSION	DISPERSION	INDEPENDENCIA
CICLO VITAL	8.1% (n=6)	20.3% (n=15)	55.4% (n=41)	16.2% (n=12)

	SIN ESTRÉS PERCEPTIBLE	ESTRÉS LEVE	ESTRÉS MODERADO	ESTRÉS SEVERO
ESTRÉS FAMILIAR	40.5% (n=30)	14.9% (n=11)	29.7% (n=22)	14.9 (n=11)

	NUNCA FUMO	FUMO Y DEJO DE FUMAR > AÑO	FUMA ACTUALMENTE	NO FUMA	FUMA
CONSUMO TABACO	37.8% (n=28)	12.2% (n=9)	50% (n=37)	50% (n=37)	50% (n=37)

	DEPENDENCIA BAJA A NICOTINA	DEPENDENCIA MODERADA A NICOTINA
FUMADORES	81.08% (n=30)	18.92% (n=7)

[Volver al índice](#)

Se encuentra en los no fumadores que el 48.6% (n=18) no tienen estrés familiar perceptible, el 5.4% (n=2) tiene un estrés familiar leve, el 32.4% (n=12) tiene un estrés familiar moderado y un 13.5% (n=5) tiene un estrés familiar severo. En el grupo de fumadores encontramos que el 32.4% (n=12) no tienen estrés familiar perceptible, el 24.3% (n=9) tiene un estrés familiar leve, el 27% (n=10) tiene un estrés familiar moderado y el 16.2% (n=6) tiene un estrés familiar severo (Cuadro 2).

Cuadro 2. Estrés familiar

	NO FUMA	FUMA
SIN ESTRÉS FAMILIAR	48.6% (n=18)	32.4% (n=12)
ESTRÉS FAMILIAR LEVE	5.4% (n=2)	24.3% (n=9)
ESTRÉS FAMILIAR MODERADO	32.4% (n=12)	27% (n=10)
ESTRÉS FAMILIAR SEVERO	13.5% (n=5)	16.2% (n=6)

[Volver al índice](#)

Se realizó un análisis de regresión logística simple en la población de estudio (tabaquismo como variable dependiente: no fumador y fumador) y se presenta el odds ratio (OR) así como el intervalo de confianza (IC) del 95% (Cuadro 3). La probabilidad de fumar fue 0.41 veces más baja en trabajadores que reportaron tener pareja en comparación con los que reportaron no tener pareja (IC 0.16 – 1.05, P 0.065), esta probabilidad fue marginalmente significativa pero el intervalo de confianza incluyo el valor de no asociación (1.0). La probabilidad de fumar fue significativamente 6.75 veces más alta en trabajadores que presentaron estrés familiar leve en comparación con los trabajadores que no presentaron estrés familiar (IC 1.23 – 36.85; P 0.027).

Cuadro 3. Regresión logística simple con tabaquismo como variable dependiente

	OR	P	95% INTERVALO DE CONFIANZA	
EDAD	0.99	0.874	0.95	1.03
ESTADO CIVIL	0.41	0.065	0.16	1.05
NO. DE HIJOS	0.89	0.486	0.65	1.21
CICLO VITAL EXPANSION	0.66	0.677	0.09	4.47
CICLO VITAL DISPERSION	1.15	0.867	0.20	6.42
CICLO VITAL INDEPENDENCIA	1.0	1.000	0.14	7.09
ESTRES FAM LEVE	6.75	0.027	1.23	36.85
ESTRES FAM MODERADO	1.25	0.694	0.41	3.80
ESTRES FAM SEVERO	1.8	0.408	0.44	7.25

[Volver al índice](#)

En el análisis de regresión logística múltiple, el estrés familiar permaneció significativo y el OR se incrementó (Cuadro 4). La probabilidad de fumar fue significativamente 8.58 veces más alta en trabajadores que presentaron estrés familiar leve en comparación con los trabajadores que no presentaron estrés familiar (IC 1.37 – 53.78; P 0.022).

Cuadro 4. Regresión logística múltiple con tabaquismo como variable dependiente

	OR	P	95% INTERVALO DE CONFIANZA	
EDAD	0.32	0.156	0.07	1.53
ESTADO CIVIL	1.0	0.857	0.94	1.07
NO. DE HIJOS	0.98	0.948	0.59	1.62
CICLO VITAL EXPANSION	0.51	0.598	0.04	6.19
CICLO VITAL DISPERSION	0.78	0.855	0.05	10.42
CICLO VITAL INDEPENDENCIA	1.04	0.978	0.05	20.44
ESTRES FAM LEVE	8.585	0.022	1.37	53.78
ESTRES FAM MODERADO	1.29	0.672	0.39	4.24
ESTRES FAM SEVERO	1.48	0.611	0.32	6.74

[Volver al índice](#)

XIII. DISCUSIÓN

Este es el primer estudio en donde se relaciona el estrés familiar con el tabaquismo, tal vez en el pasado se haya estudiado pero no se encontró una relación significativa, y por eso no se reporta en la literatura.

En nuestros resultados encontramos que estadísticamente hay una relación significativa, en nuestra regresión logística simple con tabaquismo como variable dependiente encontramos en estrés familiar leve un OR de 6.75, con un valor de P de 0.027, pero en nuestro intervalo de confianza del 95% (IC 95%) el rango fue muy amplio, de 1.23 a 36.85, en las demás variable de estrés familiar fue contundente la negación de nuestra hipótesis de investigación, para estrés familiar moderado tenemos un OR de 1.25 con valor de P de 0.694 con un IC 95% de .41 a 3.80, en el estrés familiar severo encontramos un OR de 1.8 con un valor de P de 0.408 y un IC 95% de .44 a 7.25; en nuestra regresión logística múltiple con tabaquismo como variable dependiente encontramos un OR de 8.58 con un valor de P de 0.022 pero una vez más el IC 95% es muy amplio de 1.37 a 53.78, en estrés familiar moderado tenemos un OR de 1.29 con un valor de P de 0.672 y un IC 95% de .39 a 4.24, en estrés familiar severo encontramos un OR de 1.48 con un valor de P de 0.611 y un IC 95% de .325 a 6.74 por lo que se establece una relación significativa en estrés familiar leve pero con un amplio intervalo de confianza y no existió relación en el estrés familiar moderado y severo.

Un aspecto importante que creemos limita nuestros resultados es el tamaño de la muestra, es posible que al aumentar el tamaño de nuestra muestra el intervalo de confianza a 95% resultara más reducido y validara la relación del estrés familiar leve con el tabaquismo; otro aspecto de importancia sería el tipo de población en estudio, durante el levantamiento de las encuestas se hacían preguntas por parte del encuestado sobre si el decir que fuman tendría alguna implicación negativa para ellos, previamente se les dio a leer y firmar la carta de consentimiento informado en donde me comprometí a guardar la identidad del encuestado

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

y a no revelarla, aun así se manifestaba verbalmente desconfianza en el trabajador fumador, lo cual no ocurría en los no fumadores, por ello creemos que el llenado de las encuestas por parte de fumadores puede ser mermado, el aspecto laboral en el fumador influyo de tal manera que muchos declinaron en su opción de aceptar firmar carta de consentimiento y por lo tanto decidieron no participar en el estudio, lo cual nos obligó a buscar más fumadores dentro de la plantilla de trabajadores de base en activo a febrero del 2012, encontramos que en las nuevas contrataciones había más fumadores y ellos fueron los que complementaron nuestra muestra, por lo cual nuestra muestra aleatoria no fue posible y se realizó por conveniencia.

Los resultados muestran una relación de estrés familiar leve con el tabaquismo, lo cual coincide con lo encontrado por Muñoz Rivas y cols. (2001) quien realizó varios análisis de regresión con un alto nivel de significancia, confirmó que los principales factores de riesgo familiares para explicar el consumo de drogas legales (alcohol y tabaco) eran la ausencia de normas familiares sobre el uso de drogas, los conflictos entre los padres y el adolescente y el consumo de alcohol por parte del padre, en sentido opuesto, los factores de protección más importantes eran acostarse a una hora fija por la noche y tener una buena relación de vínculo con los padres (6), en este estudio se utiliza una muestra de 1,570 adolescentes y obtiene un alto grado de significancia, aunque no se estudió el estrés familiar como tal, se pueden considerar estos como estresores familiares.

De manera similar a lo sucedido con el tamaño de muestra de esta tesis, Mireia Sanz y cols. (2004) trataron de formular un modelo más complejo que tuviera en cuenta el conjunto de relaciones mutuas entre todas las variables que han mostrado significación estadística de su estudio, a través de técnicas de regresión múltiple, pero el limitado número de efectivos del que originariamente partió, añadido a la existencia de casos sin valores válidos en algunas de las variables implicadas causaron la pérdida de tamaño muestral, e hicieron imposible, por limitaciones estadísticas, la ejecución y probación del modelo compuesto (8), por ello el que nuestra muestra de estrés familiar leve muestre relación pero el intervalo de confianza sea amplio puede estar ligado al tamaño de muestra de nuestro estudio. [Volver al índice](#)

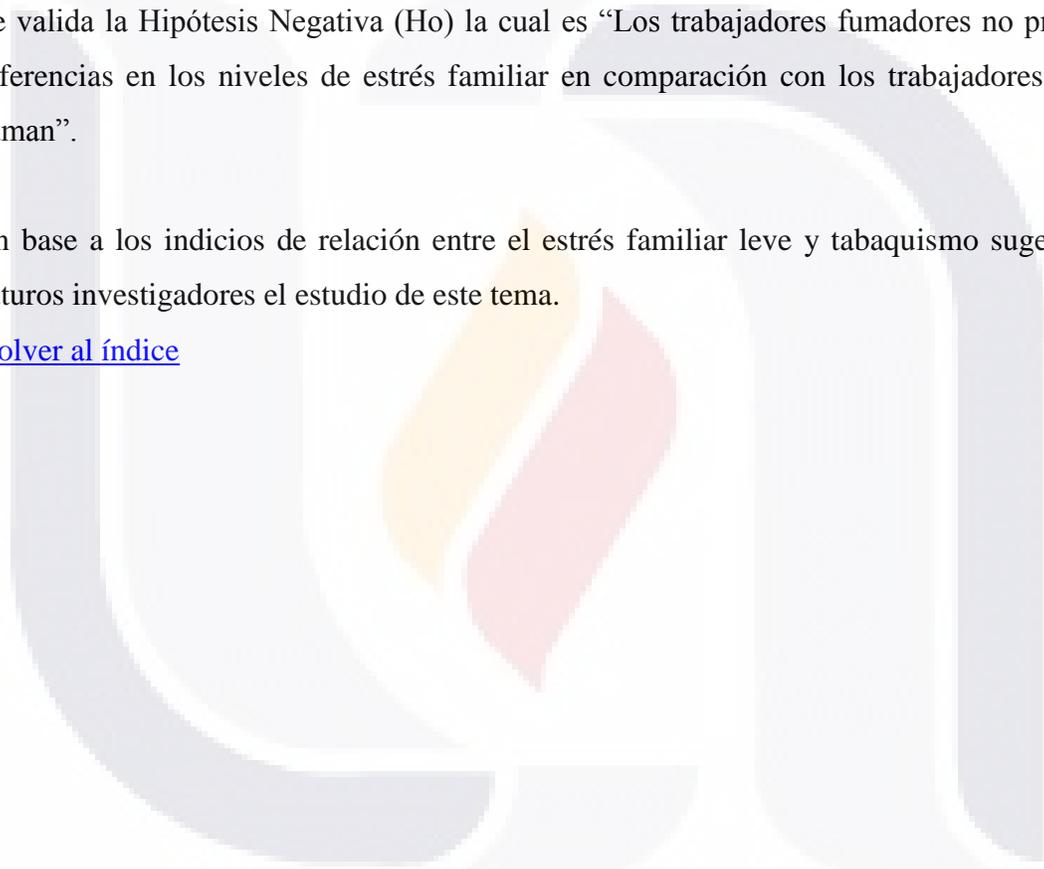
XIV. CONCLUSIÓN

El estrés familiar leve y el tabaquismo se encuentran relacionados con un intervalo de confianza amplio, el estrés familiar moderado y severo no se encuentran relacionados con el tabaquismo, por lo que la relación no resulto satisfactoria, más aun así se necesita ampliar más nuestra muestra para tener un buen intervalo de confianza.

Se valida la Hipótesis Negativa (H_0) la cual es “Los trabajadores fumadores no presentan diferencias en los niveles de estrés familiar en comparación con los trabajadores que no fuman”.

En base a los indicios de relación entre el estrés familiar leve y tabaquismo sugerimos a futuros investigadores el estudio de este tema.

[Volver al índice](#)



XV. RECOMENDACIONES

De investigación en salud

Recomendamos a futuros investigadores, interesados en este tema, el ampliar su muestra de estudio, ya que aumentando el tamaño de la muestra, el intervalo de confianza (95%) será más disminuido y validara la relación entre estrés familiar y tabaquismo. No recomendamos aplicarla en una muestra de trabajadores de una institución en particular, si no realizarla en la población abierta, creemos que estos criterios ampliarían más el margen de confiabilidad del estudio.

De políticas de salud

Estos resultados tienen relevancia para la política de salud. El que las políticas de salud incluyan medidas para evitar el estrés familiar leve en trabajadores, ya que este está relacionado con el consumo de tabaco, esto tendrá repercusiones en la disminución del índice de fumadores y de los costos para la salud, como son los derivados de la atención a la patología consecuente con esta adicción y la muerte prematura.

[Volver al índice](#)

XVI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Becoña E. Tabaco, Ansiedad y Estrés. Salud y Drogas. 2003; 3(1):71-92
- 2.- Villar HE, Viñas PF, Ferrer JJ, Caparros CB, Pérez GI, Cornella CM. Dimensiones psicopatológicas asociadas al consumo de tabaco en población universitaria. Anales de Psicología. 2004 junio; 20 (1): 33-46
- 3.- Mae WC, Cano- Vindel A, Iruarrizaga I, Dongil E, Salguero JM. Relaciones entre estrés, tabaco y trastorno de pánico. Ansiedad y Estrés. 2010; 16 (2-3): 309-325
- 4.-Font-Mayolas S, Pedra MP. Efecto del modelado por parte de la familia, pareja y amigos en la conducta de fumar de jóvenes universitarios. Adicciones. 2000; 12 (4): 467-477
- 5.-Shamsuddin K, Abdul HM. Family Influence on Current Smoking Habits Among Secondary School Children in Kota Bharu, Kelantan. SingaporeMed J. 2000; 41 (4): 167-171
- 6.- Muñoz-Rivas MJ y Graña López JL. Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. Psicothema. 2001; 13 (1): 87-94
- 7.-Hsiang-Hui DK. Family Environment in Childhood and Adult Smoking: A Sibling Resemblance Model. A paper prepared to present at the annual meetings of Population Association of America in 2001. 2001 Junio 14; Center for Demography of Health and Aging, University of Wisconsin, 1180 Observatory Drive, Madison, WI 53706.

8.- Sanz M, Martínez-Pampliega A, Iraurgi I, Muñoz-Eguileta A, Galíndez E, Cosgaya L, et al. El conflicto parental y el consumo de drogas en los hijos y las hijas. Asociación para el Estudio del Funcionamiento Familiar (AEFFA). 2004 Sep. http://www.izenpe.com/s15-4812/es/contenidos/informacion/publicacions_ovd_otras_investi/es_9061/adjuntos/conflicto_parental.pdf

9.- Lloret D, Segura M.C. y Carratalá E. Relaciones y reacciones familiares y consumo de alcohol y tabaco en adolescentes en población rural. *Salud y drogas*. 2008; 8 (2): 119-135

10.- Morera A. L. y González de Rivera J. L. Relación entre factores de estrés, depresión y enfermedad médica. *Psiquis*, 1983; 4: 253-260

11.- Louro I. B. Hacia una nueva conceptualización de la salud del grupo familiar y sus factores condicionantes. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2004 May-Jun; 20(3)

12.- Herrera Santi P. M. El estrés familiar, su tratamiento en la psicología. Trabajos de Revisión. Recibido: 20 de diciembre de 2007. Aprobado: 7 de marzo de 2008. Edificio 685, apto 24, zona 19, Alamar, municipio Habana del Este, Ciudad de La Habana, Cuba. E mail: patricia@infomed.sld.cu

13.- Irigoyen A. C. y Morales se Irigoyen H. Nuevo Diagnostico Familiar: Lineamientos de un enfoque clínico a través de un análisis histórico de la familia del Rey Carlos IV. Primera edición. México: Editorial Medicina Familiar Mexicana; 2005. P. 46-47

14.- PessahEljay S. E. Desarrollo familiar, estrés familiar y su afrontamiento como factores que influyen en el uso de servicios de rehabilitación en familias de niños con parálisis cerebral del Instituto Nacional de Rehabilitación; Perú. 5 de Noviembre de 1999.

15.-Hill R. Generis features of families under stress. *Social casework*. 1958; 49:139-50

16.-McCubbin HI, Patterson JM. The family stress process. The double ABCX model of family adjustment and adaptation. En: Advances and developments in family stress theory and research. New York: Haworth; 1983.p.38-46

17.-Boss PG. Familiar Stress Management. Beverly Hills, California: Sage Publications; 1988.p.15-7

18.- Lewis Thomas. Premisas básicas de la orientación familiar en la atención primaria (Estrés Familiar). In: McDaniel S. H, Campbell T. L, Seaburn D.B. Orientación familiar en atención primaria: Manual para médicos de familia y otros profesionales de la salud. New York 1990: Springer-Verlag (Traducción al español España 1998); P.20-21

19.- Gabriela Rodríguez Ábrego e Isabela Rodríguez Ábrego. Disfunción familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica. RevMed IMSS 2004; 42 (2): 97-102

20.- Prevención, diagnóstico y tratamiento del consumo de tabaco y humo ajeno, en el primer nivel de atención, México: Secretaría de Salud; 2009.

www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html

21.- Cámara de diputados del h. congreso de la unión. Ley general para el control del tabaco. México, Última Reforma DOF 06-01-2010.

22.- Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza. 27 de febrero de 2005.

23.- MsC. Patricia María Herrera Santí. Impacto de los acontecimientos significativos de la vida familiar en la salud de la familia. Tesis en opción al grado científico de Doctora en Ciencias de la Salud. Ciudad de La Habana. 2010.

24.- INEGI Censo de Población y vivienda 2010. Características demográficas. http://www.inegi.gob.mx/prod_sev/contenidos/español/bvinegi/productos/censos/población/2010/princi_result/cov2010_principales_resultadosII.pdf

25.- Secretaria de Salud de los Estados Unidos Mexicanos. Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones, para quedar como Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.

26.- Gobierno Federal de los Estados Unidos Mexicanos. Programa contra el tabaquismo: Actualización 2011-2012.

27.- Chacón J.G., Lastra G.J., Moreno C.G., Síndrome de Burnout y consumo de alcohol y tabaco en oficiales de inspección pecuaria del estado de Chiapas. Presentado en el XIII Congreso Virtual de Psiquiatría en Febrero del 2012. <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/5301/1/11conf2%2053444.pdf>

28.- Leal B. M, Ocampo M. A. Cicero S.R. Niveles de asertividad, perfil sociodemográfico, dependencia a la nicotina y motivos para fumar en una población de fumadores que acude a un tratamiento para dejar de fumar. Salud Mental. 2010;33:489-497.

29.- Becerra J. A. Emoción expresada familiar y uso de drogas en jóvenes. Salud y drogas. 2009; 9 (2): 209-221.

30.- Organización Mundial de la Salud. Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2011.

31.- Reynales L. M. Shamah L. T. Méndez Gómez-H. I. Rojas M. R. y Lazcano P. E. Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos: México 2009. Organización Panamericana de la Salud. Primera edición, 2010.

32.- D.R. © Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Adicciones 2008. Primera edición. Impreso y hecho en México.

33.- Organización Mundial de la Salud. Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas Ginebra, Suiza 2004.

34.- Jiménez C. A., Solano R. S. Tabaquismo: Monografías Neumomadrid. NeumoTabaq 2004, 7:1- 168

35.- M en C Kuri-Morales P. A., M en C González-Roldán J. F., María Jesús M en C Hoy M. J., M en C Cortés-Ramírez M. Epidemiología del tabaquismo en México. SaludPúblicaMex 2006;48supl 1:S91-S98.

36.-Erblich J., Boyarsky Y., Spring B., Niaura R., Bovbjerg D. H. A family history of smoking predicts heightened levels of stress-induced cigarette craving. Addiction.2003; 98: 657-664.

37.-Arrington, P. (2008). Stress at work: How do social workers cope?.NASW Membership Workforce Study. Washington, DC: National Association of Social Workers.

38.- Villena F. A., Morena R. S., Párraga M. I., González C. M. D., Soriano F. H., López-Torres H. J. Factores asociados al consumo de Tabaco en Adolescentes. REV CLÍN MED FAM 2009; 2 (7): 320-325.

39.-Bland, M. 2000. An introduction to medical statistics, 3rd ed Oxford, Oxford University Press.

40.- Bruner C. A., Acuña L., Gallardo L.M., Atri R., Hernandez A., Rodriguez W., Robles G. La escala de reajuste social (SRRS) de Holmes y rahe en México. Revista Latinoamericana de Psicología. 1994; 26 (02): 253-269. [Volver al índice](#)

ANEXO A. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLES de estrés familiar

CONCEPTO	INDICADORES	VARIABLES	INDICE
<p>Estrés Familiar: Es el estado de tensión que surge en las familias cuando el estado de desequilibrio de estas es alterado por sus transiciones a través del ciclo vital, acentuando que el estrés es un cambio que no tiene en sí connotaciones positivas ni negativas, y que todas las familias deben enfrentar situaciones de estrés de manera permanente.</p>	Muerte del cónyuge	100=SI 0=NO	<p>El reajuste social se define como “cantidad y duración del cambio en el patrón usual del individuo”, y se expresa en unidades de cambio vital (UCV). A través de este indicador (UVC) se explica el efecto de los acontecimientos vitales estresantes sobre el sistema familiar. Si la suma de los UCV resulta de 0 a 150 UCV no se aprecia un grado de estrés de importancia, si se encuentra de 151 a 199 se considera una crisis leve, si se encuentra de 200 a</p>
	Divorcio	73=SI 0=NO	
	Separación matrimonial (o de la pareja)	63=SI 0=NO	
	Causas penales (encarcelamiento o confinamiento en una institución)	63=SI 0=NO	
	Muerte de un familiar cercano	63=SI 0=NO	
	Lesión o enfermedad personal	63=SI 0=NO	
	Matrimonio	53=SI 0=NO	
	Ser despedido del trabajo	50=SI 0=NO	

	Reconciliación matrimonial (o de la pareja)	47=SI 0=NO	299 se considera una crisis moderada y si se encuentra mayor a 300 se considera crisis severa de estrés familiar
	Jubilación	45=SI 0=NO	
	Cambios en la salud de un miembro de la familia	45=SI 0=NO	
	Embarazo	44=SI 0=NO	
	Problemas sexuales	40=SI 0=NO	
	Aparición de un nuevo miembro de la familia	39=SI 0=NO	
	Reajuste en los negocios (reorganización, bancarrota, etc.)	39=SI 0=NO	
	Cambio en el estado financiero (mejor o peor)	39=SI 0=NO	
	Muerte de un amigo muy querido	38=SI 0=NO	
	Cambios a una línea diferente de trabajo	37=SI 0=NO	

	Cambio del número de discusiones con la esposa (o)	36=SI 0=NO	
	Contrato de una hipoteca superior a 25 mil pesos	35=SI 0=NO	
	Juicio por una hipoteca o préstamo	31=SI 0=NO	
	Cambio de responsabilidad en el trabajo	30=SI 0=NO	
	Un hijo (a) que abandona el hogar (matrimonio, ingreso a universidad, etc.)	29=SI 0=NO	
	Problemas con los parientes políticos	29=SI 0=NO	
	Logro personal notable	29=SI 0=NO	
	La pareja comienza o deja de trabajar	26=SI 0=NO	
	Comienza o termina la escuela	26=SI 0=NO	
	Cambio de las condiciones de vida (construir, remodelación, etc.)	25=SI 0=NO	

Revisión de los hábitos personales (forma de vestir, costumbres, amigos)	24=SI 0=NO	
Problemas con el jefe	23=SI 0=NO	
Cambio en el horario o condiciones de trabajo	20=SI 0=NO	
Cambio de residencia	20=SI 0=NO	
Cambio de escuela	20=SI 0=NO	
Cambio de recreación	19=SI 0=NO	
Cambio en las actividades religiosas	19=SI 0=NO	
Cambio de las actividades sociales	18=SI 0=NO	
Hipoteca o préstamo menor de 25 mil pesos	17=SI 0=NO	
Cambios en los hábitos del sueño	16=SI 0=NO	

	Cambio en el número de reuniones familiares	15=SI 0=NO	
	Cambio de los hábitos alimenticios	15=SI 0=NO	
	Vacaciones	13=SI 0=NO	
	Navidad	12=SI 0=NO	
	Violación menor de la ley (infracciones de tránsito)	11=SI 0=NO	

Variables de tabaquismo

CONCEPTO	ITEM	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION
NO FUMADOR	A) Nunca he fumado B) Fume alguna vez en mi vida y deje de fumar hace más de un año	Persona que refiere no haber fumado en la vida	Nominal Cualitativa
EX FUMADOR	C) Fume alguna vez en mi vida y he fumado durante el último año	Persona que refiere haber fumado alguna vez en la vida y haber dejadode fumar hace más de un año	Nominal Cualitativa
FUMADOR ACTIVO CON DEPENDENCIA BAJA	¿Cuántos cigarros fuma usted al día? 0= Menos de 10 1= De 11 a 20 2= De 21 a 30 3= Mas de 31 ¿Fuma usted más cigarros durante la primera parte de día, que durante el resto del día?	Persona que refiere haber fumado alguna vez en la vida y haber fumadodurante el último año con un puntaje de 0 a 3 en el test de Fagerström	Nominal Cualitativa
FUMADOR ACTIVO CON DEPENDENCIA MODERADA	0=No, 1=Si ¿Cuánto tiempo transcurre desde que usted despierta hasta que fuma el primer cigarro? 0=Mas de 60 min. 1=De 31 a 60 min. 2=De 6 a 30 min. 3=Menos de 5 min.	Persona que refiere haber fumado alguna vez en la vida y haber fumadodurante el último año con un puntaje de 4 a 7 en el test de Fagerström	Nominal Cualitativa
FUMADOR ACTIVO CON DEPENDENCIA ALTA	¿Qué cigarro es el más difícil de omitir? 0= Algún otro 1= El primero de la mañana ¿Le es difícil no fumar donde ello es prohibido? 0= No, 1= Si ¿Fuma usted cuando se halla enfermo e incluso en la cama? 0= No, 1= Si	Persona que refiere haber fumado alguna vez en la vida y haber fumadodurante el último año con un puntaje de 8 o mas en el test de Fagerström	Nominal Cualitativa

Variables sociodemográficas

CONCEPTO	ITEM	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION
<p>EDAD:</p> <p>Edad de un individuo expresada como el período de tiempo transcurrido desde su nacimiento en años</p>	<p>Se preguntará al trabajador su edad y se verificará mediante alguna identificación</p>	<p>Años cumplidos al momento de la encuesta</p>	<p>Escala numérica. Cuantitativa.</p>
<p>ESTADO CIVIL</p> <p>Condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con personas del mismo u otro sexo.</p>	<p>Pregunta directa al trabajador de su condición civil al momento del estudio</p>	<p>Soltero Casado Unión libre Separado Divorciado Viudo</p>	<p>Nominal Cualitativa</p>
<p>ESCOLARIDAD</p>	<p>Pregunta directa al trabajador de la escolaridad terminada al momento del estudio.</p>	<p>Primaria Secundaria Preparatoria Universidad Postgrado</p>	<p>Nominal Cualitativa</p>
<p>NUMERO DE HIJOS</p>	<p>Pregunta directa al trabajador del número de hijos vivos al momento del estudio</p>	<p>Número de hijos vivos al momento del estudio</p>	<p>Escala numérica. Cuantitativa.</p>
<p>EDADES DE LOS</p>	<p>Pregunta directa al</p>	<p>Años cumplidos de</p>	<p>Escala numérica.</p>

CONCEPTO	ITEM	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION
HIJOS EN ORDEN DECRECIENTE POR AÑOS	trabajador de las edades de sus hijos en orden decreciente por orden de nacimiento	los hijos al momento de la encuesta	Cuantitativa.
ESCOLARIDAD DE LOS HIJOS	Pregunta directa al trabajador de la escolaridad de sus hijos descrita en orden decreciente por edad	Primaria Secundaria Preparatoria Universidad Postgrado	Nominal Cualitativa
ESTADO CIVIL DE LOS HIJOS EN ORDEN DECRECIENTE POR EDAD	Pregunta directa al trabajador de el estado civil de sus hijos descrita en orden decreciente por edad	-Soltero -Casado -Unión libre -Separado -Divorciado -Viudo	Nominal Cualitativa

[Volver al índice](#)

ANEXO B. INSTRUMENTO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL
 Coordinación de Investigación Médica
 Unidad de Medicina Familiar No. 1 Aguascalientes

Protocolo de Investigación

“Relación del Estrés Familiar y el Tabaquismo en Trabajadores de la UMF 1 Aguascalientes”

Instructivo de llenado: Este cuestionario es totalmente confidencial y su objetivo principal será el conocer si el estrés familiar tiene relación con el hábito de fumar. Con el fin de sugerir a la empresa estrategias para mejorar la calidad de vida de usted y su familia. Si tiene alguna duda, o no entiende alguna pregunta, hágaselo saber a su encuestador.

Edad: _____ años.

Estado Civil: _____

Número de hijos: _____

Edades de los hijos en orden decreciente por años: _____

Escolaridad de los hijos en orden decreciente por edad: _____

Estado civil de los hijos en orden decreciente por edad: _____

Indicaciones: Si usted ha pasado durante el último año por alguna de las situaciones presentadas a continuación, anote el valor que figura al lado de la misma.

Muerte del cónyuge	100	
Divorcio	73	
Separación matrimonial (o de la pareja)	63	
Causas penales (encarcelamiento o confinamiento en una institución)	63	
Muerte de un familiar cercano	63	
Lesión o enfermedad personal	63	
Matrimonio	53	
Ser despedido del trabajo	50	
Reconciliación matrimonial (o de la pareja)	47	
Jubilación	45	
Cambios en la salud de un miembro de la familia	45	
Embarazo	44	
Problemas sexuales	40	
Aparición de un nuevo miembro de la familia	39	
Reajuste en los negocios (reorganización, bancarrota, etc.)	39	
Cambio en el estado financiero (mejor o peor)	39	
Muerte de un amigo muy querido	38	
Cambios a una línea diferente de trabajo	37	
Cambio del número de discusiones con la esposa (o)	36	
Contrato de una hipoteca superior a 25 mil pesos	35	
Juicio por una hipoteca o préstamo	31	
Cambio de responsabilidad en el trabajo	30	
Un hijo (a) que abandona el hogar (matrimonio, ingreso a universidad, etc.)	29	
Problemas con los parientes políticos	29	
Logro personal notable	29	
La pareja comienza o deja de trabajar	26	
Comienza o termina la escuela	26	
Cambio de las condiciones de vida ¿(construir, remodelación, etc.)?	25	
Revisión de los hábitos personales (forma de vestir, costumbres, amigos)	24	
Problemas con el jefe	23	
Cambio en el horario o condiciones de trabajo	20	
Cambio de residencia	20	
Cambio de escuela	20	
Cambio de recreación	19	
Cambio en las actividades religiosas	19	
Cambio de las actividades sociales	18	
Hipoteca o préstamo menor de 25 mil pesos	17	
Cambios en los hábitos del sueño	16	
Cambio en el número de reuniones familiares	15	
Cambio de los hábitos alimenticios	15	
Vacaciones	13	
Navidad	12	
Violación menor de la ley (infracciones de tránsito)	11	

Indicaciones: Encierre en un círculo el número de la respuesta correcta

Respecto al consumo de tabaco

- A) Nunca he fumado en mi vida
- B) Fume alguna vez en mi vida y deje de fumar hace más de un año
- C) Fume alguna vez en mi vida y he fumado durante el último año

Si usted contesto A o B termina el cuestionario si respondió C favor de continuar

¿Cuántos cigarros fuma usted al día?

- 0) Menos de 10
- 1) De 11 a 20
- 2) De 21 a 30
- 3) Más de 31

¿Fuma usted más cigarros durante la primera parte de día, que durante el resto del día?

- 0) No
- 1) Si

¿Cuánto tiempo transcurre desde que usted despierta hasta que fuma el primer cigarro?

- 0) Más de 60 minutos
- 1) De 31 a 60 minutos
- 2) De 6 a 30 minutos
- 3) Menos de 5 minutos

¿Qué cigarro es el más difícil de omitir?

- 0) Algún otro
- 1) El primero de la mañana

¿Le es difícil no fumar donde ello es prohibido?

- 0) No
- 1) Si

¿Fuma usted cuando se halla enfermo e incluso en la cama?

- 0) No
- 1) Si

Conversión: Pipa = 3 cigarros, Puro = 4-5 cigarros, Puro pequeño = 3 cigarros

[Volver al índice](#)

ANEXO C. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



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

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACION EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACION.

Nombre del estudio: Relación del Estrés Familiar y el Tabaquismo en Trabajadores de la UMF 1 Aguascalientes.

Lugar y Fecha: Aguascalientes, Ags. ____ de _____ 2012.

Registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud con el número: R-2012-101-11

-Justificación y objetivo del estudio: El objetivo de este estudio es conocer la relación del Estrés Familiar y el Tabaquismo.

-Procedimiento: Se me ha explicado que mi participación consistirá en responder a preguntas sobre ficha de identificación, acontecimientos vitales estresantes, y ciclo vital de mi familia.

-Posibles riesgos y molestias: No existen riesgos potenciales de la aplicación del cuestionario, la molestia en éste caso sería únicamente proveer unos minutos para contestar las preguntas del cuestionario que se me aplicará.

-Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: Obtener mediante las respuestas proporcionadas el nivel de estrés familiar.

-Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: El investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento (en su caso), así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento (en su caso).

-Participación o retiro: Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo desee conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

-Privacidad y confidencialidad: El investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que de los datos relacionados con mi privacidad serán tratados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme información actualizada que se tenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

-Beneficios al término del estudio conocer el nivel de estrés familiar.

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

-Responsable: Dr. David Quezada Sandoval. Matrícula: 99012381. Adscripción UMF 1 cel. 449 1896481

-Coautores: M.C. Yolanda Verónica Martínez. Adscripción: Coordinación Auxiliar Médica de Investigación. Tel y fax: 978-94-00

-Asesor: Dra. Martha Elena Trujillo Avalos Adscripción: Coordinadora Delegacional Enseñanza Delegación Aguascalientes. Tel. y fax: 9-75-22-00 Ext. 4-11-11

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma.

Nombre, dirección, relación, familia.

Clave: 2810-009-013

[Volver al índice](#)

ANEXO D. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

Recursos humanos: Investigador principal y asesores metodológico y académico.

Recursos tecnológicos: Laptop, impresora chorro de tinta a color y láser blanco y negro, conexión a internet WiFi y paquete de datos por celular, programas de software (word, excel, powerpoint y programa SPSS Versión 17.0).

Recursos materiales: Equipo de oficina, impresora a color chorro de tinta, impresora láser blanco y negro, cartuchos de tinta para impresora a color, cartucho tóner para impresora láser, hojas para impresión, fotocopias, lápices, plumas, borradores, grapadoras, grapas, folders y calculadora simple.

Otros recursos: Automóvil, diésel, comida, agua, gastos de telefonía celular.

PRESUPUESTO TOTAL. \$ 4,932.00

[Volver al índice](#)

ANEXO E. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	Diciembre 2011	Enero 2012	Febrero 2012	Marzo 2012	Abril 2012	Mayo 2012	Junio 2012	Julio 2012	Agosto 2012	Septiembre 2012	Octubre 2012	Noviembre 2012	Diciembre 2012
1. Búsqueda de la información	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2. Elaboración de protocolo de investigación.	X	X	X	X	X								
3. Envío de protocolo al Comité local de Investigación						X	X						
4. Identificación y selección de la muestra								X					
5. Recolección de datos								X					
6. Construcción de base de datos								X					
7. Captura y procesamiento de datos								X	X				
8. Análisis de datos									X	X			
9. Reporte final										X	X	X	X

[Volver al índice](#)

ANEXO F. IDENTIFICACION DE LOS INVESTIGADORES:

Alumno:

Dr. David Quezada Sandoval.

Residente de la Especialidad en Medicina Familiar.

Adscrito al HGZ No. 1 Dr. Ávila Pardo, Aguascalientes, Ags.

Teléfono: 449- 189-64-81

e-Mail: drdavidquezada@gmail.com

Asesor Académico:

Dra. Martha Elena Trujillo Avalos.

Adscripción: Coordinadora IMSS de educación del estado de Aguascalientes

Lugar de trabajo: Delegación IMSS Aguascalientes, Av. La Alameda # ...

Tel. y fax: 9-75-22-00 Ext. 4-11-11

e- Mail: marthaelenata15@yahoo.com.mx

Asesor Metodológico:

Dra. Yolanda Verónica Martínez.

Adscripción: Coordinación Auxiliar Médica de Investigación.

Lugar de trabajo: Av. De la Convención S/N casi esq. con José Ma. Chávez.

Aguascalientes, Ags.

Tel. y fax: 9-78-94-00

e-Mail: yolandamtz@yahoo.com

[Volver al índice](#)

