



Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Facultad de Enfermería



**Susceptibilidad al consumo de tabaco en adolescentes de Cuitzeo y Morelia,
Michoacán**

Tesis

**Que para obtener el Título de
Licenciado en Enfermería**

Presenta

Luis Eduardo Moreno Alejo

Asesora

Dra. Ma. de Jesús Ruiz Recéndiz

Coasesora

ME. Ma. Lilia Alicia Alcantar Zavala

Revisora

MAH. Alma Rosa Picazo Carranza

Morelia, Michoacán

Septiembre, 2022



Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Facultad de Enfermería



Susceptibilidad al consumo de tabaco en adolescentes de Cuitzeo

Tesis

Que para obtener el Título de

Licenciado en Enfermería

Presenta

PLESS. Luis Eduardo Moreno Alejo

Asesora

Dra. Ma. de Jesús Ruiz Recéndiz

Morelia, Michoacán

Septiembre, 2022

Directivos

MSP. Julio César González Cabrera

Director

MIEN. Cecilia Castro Calderón

Secretaria Académica

ME Renato Hernández Campos

Secretario Administrativo

Mesa sinodal

Dra. Ma. de Jesús Ruiz Recéndiz

Presidente

ME. Graciela González Villegas

Vocal 1

MAH. Alma Rosa Picazo Carranza

Vocal 2

Dedicatoria

Primeramente quiero agradecer a dios por darme la oportunidad de llegar hasta esta etapa de mi vida , a mis padres el Sr. José Luis Moreno Mascote y la Sra. Herminia Alejo Ortiz por todo su apoyo incondicional, su confianza en mí y su motivación día con día durante este camino, que sin duda alguna no fue fácil, pero aun así siempre buscaron la forma de apoyarme ante cualquier circunstancia, sabiendo que lograre muchas cosas más en un futuro y siendo un orgullo de mi persona hacia ellos y que ahora soy todo un profesional en la área de la salud.

A mis hermanos Brenda Yoana Moreno Alejo y José Roberto Moreno Alejo que siempre fueron un motor en mi vida para poder llegar hasta donde me encuentro ahora, por su cariño, amor y confianza y que siempre estuvieron y lo sigues siendo durante esta formación de mi vida.

A mis tíos Eder Omar y Leticia Alejo por todo su apoyo incondicional que sin duda siempre me han apoyado en todo momento que los he necesitado y sobre todo por creer a mí y estar ahí en todo momento.

Finalmente agradecer a mis abuelos paternos Javier Moreno Abrego y Emiliana Mascote Pérez, mis abuelos maternos Agustín Alejo Cruz y Celia Ortiz Chacón que también formaron parte de mi vida profesional y sin duda alguna siempre creyeron en mí y sobre todo a pesar de las dificultades siempre me brindaron su apoyo

Agradecimientos

Agradezco infinitamente a la **Facultad de Enfermería de la UMSNH** por haberme abierto las puertas para poder estudiar mi carrera, así como también a todos los docentes que formaron parte de mi vida profesional, ya que sin duda alguna gracias a ellos pude ser un mejor profesional, todos sus conocimientos me han servido y me servirán en un futuro en el desempeño de mi práctica profesional.

A todos los docentes enfermeros, médicos, y compañeros de cada institución en las que practicaba, por haberme acompañado y ayudado hacer un mejor Licenciado en Enfermería.

Agradezco de manera especial a mi asesora de tesis, la **Dra. Ma. De Jesús Ruiz Recéndiz**, por darme la oportunidad de apoyarme y sobre todo poder darme su confianza para poder culminar este trabajo de investigación y sobre todo tener esa disposición al momento que lo necesité y así mismo poder cumplir una meta más en la vida.

Agradezco también a los directores de las preparatorias que me permitieron poder ingresar a sus instituciones y poder llevar a cabo la colecta de los datos que necesitaba y siempre me brindaron las puertas abiertas para cualquier cosa que necesitara, al igual que cada uno de los estudiantes que se tomaron un minuto de su tiempo para poder contestar la información que necesitaba, ya que sin duda alguna todo fue un éxito.

Y por último deseo agradecer al **Dr. José Rodríguez Lara del CESSA Cuitzeo** (Centro de Salud con Servicios Ampliados), por su apoyo durante mi estancia en esta institución donde realicé mis actividades de carácter social que siempre me motivo y sobre todo me apoyó cuando más lo necesité; por todos sus consejos y, sobre todo, los conocimientos que me brindó para poder ser un mejor profesional como hoy en día lo soy.

Resumen

Introducción. El consumo de tabaco es un problema de salud pública que tiene su inicio en la adolescencia. La susceptibilidad al consumo de tabaco (SCT) se mide comunmente indagando sobre la intención que tiene la persona de fumar en el futuro y su resistencia a la presión del grupo. **Objetivo.** Evaluar la susceptibilidad al consumo de tabaco en los adolescentes de Cuitzeo y Morelia Michoacán. **Metodología.** Enfoque cuantitativo, diseño no experimental, descriptivo y transversal. Muestra no probabilística de 77 estudiantes de preparatorias de Cuitzeo y Morelia. Se utilizó estadística descriptiva e inferencial (U de Mann-Whitney y H de Kruskal-Wallis), programa SPSS v.25. **Resultados.** La mayoría de los participantes fueron mujeres (66.7 %), solteros (91 %), estudiantes de segundo semestre (29.4%), vive con padres o familiares (91 %) y $\bar{x}$ =18.33 años de edad ($DE=3.55$). Se identificó SCT regular, 61.6% en la muestra total, 67.7% en el Colegio de Bachilleres, 57.7% en la Preparatoria Edmundo Figueroa y 56.3% en la Preparatoria José María Morelos y Pavón de Morelia. Hubo diferencias estadísticamente significativas entre SCT y el hecho de fumar, cuando los padres, hermanos y amigos fuman o han fumado ($p>.05$). **Conclusiones.** Cinco de cada 10 presentaron sobrepeso dos de cada 10, obesidad. Cinco de cada 10 estudiantes tuvieron regular susceptibilidad al consumo de tabaco.

Palabras clave: uso de tabaco, prevención del hábito de fumar, tabaquismo, susceptibilidad a enfermedades, adolescente. (DeCS).

Abstract

Introduction. Tobacco use is a public health problem that begins in adolescence. Susceptibility to tobacco use (SCT) is commonly measured by inquiring about the person's intention to smoke in the future and their resistance to peer pressure. **Objective.** To evaluate the susceptibility to tobacco consumption in adolescents from Cuitzeo and Morelia Michoacán. **Methodology.** Quantitative approach, non-experimental, descriptive and transversal design. Non-probabilistic sample of 77 high school students from Cuitzeo and Morelia. Descriptive and inferential statistics were used (Mann-Whitney U and Kruskal-Wallis H), SPSS v.25 program. **Results.** Most of the participants were women (66.7%), single (91%), second semester students (29.4%), living with parents or relatives (91%) and $\bar{x}=18.33$ years of age ($SD=3.55$). Regular SCT was identified, 61.6% in the total sample, 67.7% in the Colegio de Bachilleres, 57.7% in the Edmundo Figueroa High School and 56.3% in the José María Morelos y Pavón High School in Morelia. There were statistically significant differences between SCT and smoking when parents, siblings, and friends smoke or have smoked ($p>.05$). **Conclusions.** Five out of 10 were overweight and two out of 10 were obese. Five out of 10 students had regular susceptibility to tobacco use.

Keywords: Tobacco use, Smoking prevention, Tobacco use disorder, Disease susceptibility, Adolescent (DeCS).

Índice

Directivos	iii
Mesa sinodal.....	iv
Dedicatoria.....	v
Agradecimientos	vi
Resumen.....	vii
Abstract.....	viii
Índice de tablas.....	xi
Introducción	1
I. Justificación.....	4
II. Planteamiento del problema	10
III. Objetivos	14
3.1. General	14
3.2. Específicos.....	14
IV. Hipótesis	14
V. Marco teórico.....	16
5.1. Susceptibilidad al tabaco	16
5.2.1. Concepto	16
5.2.2. Antecedentes historicos.....	17
5.2.3. Factores de riesgo	18
5.2.4. Etapas del proceso de fumar.....	22
5.2. Tabaco	23
5.2.1. Concepto.....	23
5.2.2. Clasificación de fumadores.....	24
5.4. Modelo de la marea en la recuperación de la salud mental de Phil Barker	25
5.4.1. Generalidades de la teoría.	25
5.4.2. Principales conceptos y definiciones.....	25
5.4.3. Principales premisas.....	26
VI. Material y métodos	33
6.1. Enfoque y diseño	33
6.2. Universo	33
6.3. Unidad de observación.....	33
6.4. Muestra y muestreo	33
6.5. Límites de tiempo y espacio.....	33

6.6. Variables	34
6.7. Criterios de selección	34
6.7.1. Criterios de inclusión.....	34
6.7.2. Criterios de exclusión.....	34
6.7.3. Criterios de eliminación.....	34
6.8 Instrumentos	35
6.9 Procedimiento	36
7. Análisis estadístico	37
6.7.1. Recursos.....	38
6.7.2. Humanos.....	38
6.7.3. Materiales.....	38
6.7.4. Financieros.....	38
6.8. Consideraciones éticas y legales	38
VII. Resultados.....	42
VIII. Discusión	48
IX. Conclusiones	50
X. Sugerencias.....	52
XI. Referencias bibliográficas	53
VIII. Anexos.....	58
Anexo 1. Escala de Susceptibilidad al consumo de tabaco	58
5. Apéndices.....	59
Apéndice 1 Operacionalización de la variable independiente	59
Apéndice 3 Operacionalización de las variables sociodemográficas.....	60
Apéndice 4 Cronograma de actividades	62
Apéndice 5 Hoja de Consentimiento informado.....	63
Apéndice 6 Cédula de Colecta de Datos	65
Apéndice 7 Dictamen del Comité de Ética en Investigación	67
Apéndice 8 Dictamen del Comité de Investigación.....	69

Índice de tablas

No.	Título	página
1	Puntaje de la susceptibilidad al consumo de tabaco	47
2	Recursos Materiales	49
3	Datos sociodemográficos de los adolescentes (n=177)	54
4	Antecedentes de consumo de tabaco de los adolescentes (n=177)	55
5	Edad de los adolescentes (n=177)	56
6	Susceptibilidad al consumo de tabaco de los adolescentes (n=177)	56
7	Diferencias de la susceptibilidad al consumo de tabaco y no consumo de tabaco (n=177)	58

Introducción

El tabaquismo es la adicción al tabaco, provocada principalmente por uno de sus componentes más activos, la nicotina. El consumo habitual de tabaco produce enfermedades nocivas para la salud del consumidor .es considerado en la actualidad uno de los problemas prevenibles de Salud más importantes en el mundo. El consumo se asocia al fallecimiento de más de 8 millones de personas cada año. (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021, Datos y cifras)

Se define tabaquismo como la adicción al tabaco, provocada principalmente por uno de sus componentes más activos, la nicotina. El consumo habitual de tabaco produce enfermedades nocivas para la salud del consumidor. Según la OMS el tabaco es la primera causa de invalidez y muerte prematura en el mundo.

Debido a la importancia de este problema se requiere evaluar a los estudiantes ya que es uno de los principales factores para contraer muchas enfermedades. De acuerdo a lo anterior, muchos de los factores los cuales pueden considerarse son la situación económica, género, edad, relaciones familiares y el nivel educativo de los padres.

Por eso el objetivo de este trabajo fue evaluar la susceptibilidad al consumo de tabaco en adolescentes de Cuitzeo, debido a que es la localidad donde el investigador principal realiza el servicio social y eso permitiría realizar intervenciones para identificar los factores que incrementan su consumo.

Este trabajo de investigación se estructuró en capítulos. El capítulo I abordó la magnitud, trascendencia, vulnerabilidad y factibilidad; también incluye el planteamiento del problema y la pregunta de investigación; además, se presentan los objetivos general y específicos así como la hipótesis. El capítulo II presenta el marco teórico donde se describen las variables de estudio y población. Enseguida se desarrolla el capítulo III que corresponde a Material y métodos, donde se describen enfoque y diseño de estudio;

población, unidad de observación, muestra y muestreo; variables e instrumentos de medición; criterios de selección (inclusión, exclusión y eliminación); recursos humanos, materiales y financieros requeridos para realizar esta investigación; plan de análisis estadístico; plan de difusión y las consideraciones éticas y legales.

El documento finaliza con las referencias bibliográficas consultadas y citadas en el documento, los anexos y apéndices.

Esta investigación apoyará la LGAC Intervenciones integrales en Condiciones Crónicas del Cuerpo Académico (CA) UMSNH-CAEC-274 Cuidado Integral en Condiciones Crónicas.

I. Justificación

El tabaco es una de las mayores amenazas para la salud pública que ha tenido que afrontar el mundo. Mata hasta a la mitad de las personas que lo consumen que son “8 millones de personas al año, de las cuales más de 7 millones son consumidores directos y alrededor de 1. 2 millones son no fumadores expuestos al humo ajeno”. (OMSa, 2021, Datos y cifras).

De acuerdo con el cuarto informe de la OMS sobre tendencias mundiales en el consumo de tabaco, publicado en noviembre 2021 muestra que en la actualidad hay “1300 millones de consumidores de tabaco en el mundo, frente a los 1320 millones que había en 2015. Se espera que esta cifra descienda a 1270 millones en 2025”. (OMSa, 2021).

Mientras tanto, de acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2022, Datos clave) en la Región de las Américas hay “cerca de 142 millones de consumidores de tabaco y 122 millones de fumadores”. (2022, Control de tabaco). En tanto que en México, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) reportó que la “prevalencia global de consumo actual de tabaco entre los adolescentes es de 5.7% (1 304 000 fumadores); en los hombres adolescentes de 8.8% (1 014 100 fumadores) y en las mujeres adolescentes de 2.6% (290 000 fumadoras)”. (Shamah-Levy et al, 2020, p. 105).

Para el caso de Michoacán, la prevalencia global de consumo actual de tabaco entre los adolescentes fue de 6.9% (58.4 mil); en los hombres adolescentes de 10.7% (46.6 mil); y en las mujeres adolescentes de 2.9% (11.8 mil), de acuerdo con los datos de ENSANUT (Instituto Nacional de Salud Pública, 2020, p. 38).

El consumo de tabaco “es perjudicial en todas sus modalidades y no existe un nivel seguro de exposición al tabaco. Fumar cigarrillos es la forma de consumir tabaco más extendida en todo el mundo”. (OMSa, 2021, Datos y cifras). Por otra parte, el tabaco contiene “muchas toxinas cancerígenas y su consumo incrementa el riesgo de cánceres de

cabeza, cuello, garganta, esófago y cavidad bucal (como cáncer de boca, lengua, labios y encías), así como de varias enfermedades dentales”. (OMS, 2021, Datos y cifras).

Además, el tabaco “mata a 8 millones de personas cada año (7 millones de fumadores activos y más de un millón de no fumadores afectados por humo de fuente ajena), incluyendo un millón en las Américas”. (OPS, 2022, Datos clave)

Cabe resaltar que “los niños y adolescentes que utilizan cigarrillos electrónicos tiene al menos el doble de probabilidades de fumar cigarrillos más tarde en su vida” (OPS, 2022, Datos clave), y, en términos generales, el “tabaco es un factor de riesgo común para las cuatro principales enfermedades no transmisibles (ENT): cáncer, enfermedades cardiovasculares, diabetes y enfermedades respiratorias” (Blanco et al, 2017, p. 118).

México, a través de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017, identificó que la edad promedio de inicio de consumo diario es de 21 años en las mujeres y de 18.8 años en los hombres, (Reynales- Shigematsu et al, 2017, p. 50), con una edad promedio en general de 19.3 años.

Como puede apreciarse, debido a la gran magnitud y prevalencia del consumo de tabaco en población adolescentes, se requiere que identifiquen los factores que predisponen a su presencia, debido a que existen factores sociodemográficos, ambientales e intrapersonales que se asocian con ser altamente susceptibles en los adolescentes que no han probado el tabaco.

Y esto es así porque la adolescencia es un período crucial en el desarrollo humano, debido a que vincula la transición entre la etapa infantil y la edad adulta. Algunos autores consideran que su debut se produce entre los 10 y 12 años para finalizar pasados los 20 años de edad, aunque la OMS considera que transcurre entre los “10 y 19 años, considerando como adolescencia temprana de 12 a 14 años y adolescencia tardía de 15 a 19 años”. (Secretaría de Salud, 2015).

Los adolescentes “forman el 30% de la población de Latinoamérica y el Caribe” (OPS, 2022) y en México, de acuerdo con los datos del Consejo Nacional de Población (Conapo), de los 128 millones 972 mil 439 habitantes que residían en el país en 2021, 13.3 millones son adolescentes de 12 a 17 años (33.8%). (Consejo Nacional de Población, 2021).

Las cifras anteriores muestran la trascendencia de esta población, que debe ser atendida debido a que, durante esta fase, los adolescentes “establecen pautas de comportamiento –por ejemplo, la relacionada con el consumo de sustancias psicoactivas – que pueden proteger su salud y la de otras personas, o poner su salud en riesgo en ese momento y en el futuro” (OMSb, 2022).

En ese sentido, los profesionales de enfermería realizan controles de salud a los adolescentes en la atención primaria, donde efectúan detección de factores de riesgo físicos, psíquicos y sociales así como el conocimiento de factores de riesgo y protectores por parte de los padres para identificar comportamientos de riesgo en el consumo de tabaco ya que muchos de estos comportamientos, que son poco saludables, debutan en esta etapa.

Estos comportamientos son de gran relevancia debido a las altas tasas de consumo de tabaco y al impacto que tiene sobre la salud. Por tanto, los comportamientos entendidos como el “conjunto de cualidades personales, características de la personalidad, patrones de comportamiento, acciones y hábitos que se relacionan con el mantenimiento, la restauración y la mejora de la salud” (Gochman, 1997 como se citó en Santano, 2021, p. 28) son de gran importancia en el caso del consumo de tabaco en adolescentes.

La adquisición del hábito de fumar en adolescentes es un proceso organizado en etapas, a lo largo de las cuales se va desarrollando la susceptibilidad a fumar (SF), que es un reflejo de la decisión del adolescente respecto al consumo de tabaco. Ya que “las

primeras inhalaciones, antes del primer evento de consumo, se desarrolla en el adolescente la susceptibilidad a fumar y un conjunto de cogniciones relacionadas al tabaquismo” (Santano, 2021, p. 37) y eso incrementa la probabilidad de que el individuo experimente en el futuro el hábito tabáquico.

La SF es una situación dada por una diversidad de factores, entre ellos, que los jóvenes susceptibles son más proclives a ser influenciados por factores de orden social, como la exposición al fumado de personas significativas, la presión que se ejerce mediante estrategias publicitarias y la utilización de artículos promocionales o signos externos de la industria (Fonseca-Chaves et al, 2017, p. 31).

La situación anteriormente expuesta pone de manifiesto que se deben determinar las condiciones de riesgo para el consumo de tabaco medidos a través de la susceptibilidad a fumar y las posibles intervenciones de enfermería en el primer nivel de atención.

Este estudio es factible de realizarse debido a que el investigador se encuentra realizando el servicio social en la localidad de Cuitzeo y tiene acceso a los adolescentes de la comunidad, donde ha observado el aumento de consumo de tabaco durante el último año.

Se identificaron estudios que abordan la susceptibilidad a fumar, que muestran que existe

una percepción alta de riesgo para la salud respecto del consumo y los factores intrapersonales urgencia y falta de premeditación se asociaron con la condición susceptible. Y por otro lado, estar expuesto al consumo en el domicilio, consumir alcohol, tener amigos fumadores y actuar con urgencia y la falta de perseverancia se asociaron con la condición altamente susceptible de consumir tabaco. (Santano, 2021, p. 4)

En Perú, “56.8% de los estudiantes universitarios presentaron niveles medios de susceptibilidad al consumo de tabaco” (Zelada, 2019, p. 33).

En un estudio realizado con población de México y Argentina se identificó que la susceptibilidad al consumo “predijo de manera independiente el inicio del consumo de cigarros convencionales, sin embargo, sólo predijo el inicio del consumo de cigarros electrónicos en México”. (Morello et al, 2018, p. 423).

En Cartagena Colombia se efectuó una investigación donde se reportó que

La frecuencia de experimentación con cigarrillo alguna vez en la vida fue 6.9% y la alta susceptibilidad al consumo de cigarrillo fue 21.1%. Los factores que se asociaron a alta susceptibilidad a la persuasión para consumo de cigarrillo fueron: ser del sexo masculino, disfunción familiar y haber fumado alguna vez en la vida. (Cogollo – Milanés y De la Hoz – Restrepo, 2018, p. 17)

En escolares mexicanos, en 2017 se realizó una investigación que informó que

los factores asociados a fumar fueron creer que es seguro, tener al menos un padre fumador y tener amigos fumadores (influyen para experimentación/ repetición las escuelas sin normas sobre prohibición y tener acceso a cigarros). También se identificaron factores protectores, como creer que es dañino, comunicación con familia y considerarse joven para fumar. (Miguel – Aguilar et al, 2017, p. 63).

En Costa Rica se identificó que

la prevalencia de consumo actual en jóvenes de 13 a 15 años disminuyó significativamente a lo largo de los 14 años del estudio (17.3% en 1999 y 5.0% en 2013) y también, aunque en menor intensidad, en el índice de susceptibilidad hacia el fumado (19.3% en 1999 y 12.4% en 2013). (Fonseca-Chaves et al, 2017, p. 30)

En 2012, en Bolivia, se reportó que

los factores de susceptibilidad a fumar fueron tener amigos cercanos fumadores, percepción de confort al fumar en eventos sociales, observar fumadores en ambientes públicos, promoción de cigarrillos a jóvenes, exposición a publicidad tabacalera y sexo masculino; los factores que desincentivan el consumo fueron tener información de los familiares sobre el tabaquismo y las advertencias sanitarias. (La Hera – Fuentes et al, 2017, p. 73)

II. Planteamiento del problema

El problema del consumo de tabaco en el mundo es cada vez mayor y México no es la excepción, a lo que se añade el consumo de nuevos productos de tabaco con cápsulas de sabor y la venta de sistemas electrónicos de liberación de nicotina (vapeo) dirigidos de manera específica a los adolescentes.

La proliferación en los últimos años del consumo de tabaco entre los jóvenes ha despertado una gran alarma social. Las diferentes investigaciones sobre las conductas sociales de consumo confirman el “aumento paulatino en la instauración y desarrollo de dicha droga legalizada”, que se ha consolidado progresivamente como hábito nocivo de vida de los adolescentes (Varona et al, 2017, 17)

En la adolescencia se desarrollan muchos hábitos dañinos que son adquiridos tempranos en la vida y se convierten en problemas serios de salud en la edad adulta. Esto es así porque los adolescentes hoy en día “experimentan una etapa de cambios que los hacen susceptibles a muchas conductas de riesgo, entre ellas el consumo de tabaco a temprana edad, lo que conlleva a los adolescentes a que fumen mucho más tabaco de lo habitual”. (Martínez – Torres y Peñuela, 2017, p. 309).

El tabaquismo es “factor de riesgo de seis de las ocho principales causas a la muerte a nivel global” de acuerdo con la OMS (Reynales- Shigematsu et al, 2017, p. 19) y en México el “8.4% del total de muertes son por enfermedades atribuibles al tabaquismo” (Reynales- Shigematsu et al, 2017, p. 20).

Esta epidemia se focaliza en grupos de vulnerabilidad como los adolescentes, donde “72.4% de los adolescentes mexicanos ha experimentado cigarros con cápsula de sabor” y la “proporción de fumadores adolescentes que lo usa es de 41.2% (44.7% en hombres y 34.1% en mujeres)”. (Shamah-Levy et al, 2020, p. 105)

Por otra parte, durante la adolescencia se desarrolla el control cognitivo y la adquisición del hábito de fumar es un proceso organizado en etapas a lo largo de las cuales se va desarrollando la susceptibilidad a fumar, que es un reflejo de la decisión del adolescente respecto del consumo de tabaco (p. 36). Existen estudios que muestran que la SF se establece

a partir de dos predictores cognitivos de inicio de consumo, que son la intención y las expectativas de eficacia relacionadas con el comportamiento futuro al incrementar el riesgo de consumo en todas las etapas del proceso de adquisición del hábito de fumar. (p. 37)

Dado que en México el “4.9% de la población adolescente de 12 a 17 años fuma tabaco actualmente, y a que el número de adolescentes que inician a fumar en productos electrónicos se ha incrementado” (Reynales- Shigematsu, 2017, p. 54), es necesario identificar a los adolescentes que, si bien no han iniciado el consumo de tabaco, están en riesgo de iniciarlo para detectar en ellos la susceptibilidad al consumo de tabaco.

En resumen, los nuevos productos disponibles como el cigarro electrónico, la susceptibilidad y la curiosidad natural entre los adolescentes, los diversos factores (sociodemográficos, ambientales, sociales e intrapersonales) y la propia etapa de la adolescencia (Santano, 2021, pp. 57 – 58), son elementos a considerar para identificar en primera intención para estar posibilidades de prevenir el consumo de tabaco en edades tempranas y así evitar las múltiples complicaciones que éste genera en la persona y, de manera general, en los sistemas de salud.

Lamentablemente en México existen pocos estudios enfocados en el estudio de la susceptibilidad al consumo de tabaco en adolescentes de la zona rural, por lo que es

indispensable realizar proyectos que permitan identificar los factores que hacen susceptibles al consumo de tabaco a los adolescentes.

El papel que tiene enfermería en esta actividad es fundamental, ya que es sumamente importante que los profesionales de la salud promuevan la prevención de los problemas que afectan a los adolescentes en ámbitos relacionados con el consumo de tabaco, y a su vez empezar a trabajar en disminuir la susceptibilidad a fumar mediante la detección de los factores psicosociales que dañan a los adolescentes para así evitar y prevenir el abuso del tabaco a temprana edad.

La importancia de investigar la susceptibilidad al consumo en población adolescente radica en que permite identificar a los adolescentes que están en mayor riesgo de fumar en el futuro, de tal manera que se puedan optimizar los esfuerzos preventivos en adolescentes no fumadores, más susceptibles al consumo de cigarrillo.

Por otra parte, la enfermera es un recurso de salud en las escuelas, que debe asumir el rol educacional para intervenir en programas de prevención con una perspectiva distinta a la del maestro. Las enfermeras, incluso pueden enseñar a los maestros a implementar en el aula de clases contenidos contra el consumo de sustancias, principalmente las legales, y a la vez actuar como recurso educativo para ellos.

Por tanto este estudio permitirá un acercamiento al fenómeno de estudio que brindará información al investigador para proponer intervenciones específicas de enfermería en la localidad de Cuitzeo, lugar donde realiza actualmente el servicio social de enfermería.

Con base en la información anterior, se plantea la siguiente pregunta de investigación. ¿Cuál es la susceptibilidad al consumo de tabaco en los adolescentes de Cuitzeo?

III. Objetivos

3.1. General

Evaluar la susceptibilidad al consumo de tabaco en los adolescentes de Cuitzeo y Morelia Michoacán.

3.2. Específicos

1. Describir a los adolescentes de Cuitzeo y Morelia con base a las variables sociodemográficas.
2. Identificar la susceptibilidad al consumo de tabaco en los adolescentes del Colegio de Bachilleres, la Preparatoria Edmundo Figueroa de Cuitzeo y la Preparatoria José María Morelos Michoacán.
3. Examinar la diferencia de la susceptibilidad al consumo de tabaco con las variables edad, sexo, grado escolar, estado civil, ocupación, escuela y con quién vive.

IV. Hipótesis

H_0 No existe relación entre la susceptibilidad al consumo de tabaco y las variables sociodemográficas.

H_i Existe relación entre la susceptibilidad al consumo de tabaco y las variables sociodemográficas.

V. Marco teórico

El marco teórico es el apartado del protocolo donde se describen las variables de estudio. Se inicia con la variable susceptibilidad al tabaco y además se incluye la teoría de enfermería que le da sustento al proyecto.

5.1. Susceptibilidad al tabaco

5.2.1. Concepto

Para Morello et al (2018), la susceptibilidad al tabaquismo “es la ausencia de una firme decisión de no fumar en el futuro, y parece ser influenciado por el tabaquismo entre padres y amigos, como así como por la exposición a la publicidad en el punto de venta”. (p. 424)

Pierce et al define como susceptible de fumar al “adolescente no fumador que presenta una predisposición cognitiva a fumar, esta medida valora tanto la intención como la expectativa de fumar en el futuro; en otras palabras, este individuo no tiene un compromiso firme de no fumar”. (como se citó en Arillo-Santillán et al, 2007, p. 171)

Se define como susceptible de fumar al “adolescente no fumador que presenta una predisposición cognitiva a fumar y esta medida incluye tanto la intención como la expectativa de fumar en el futuro” (Cogollo-Milanés y De la Hoz, 2018, p. 18).

Calleja (2012, p. 1128) define a la susceptibilidad al consumo de tabaco como “la intención al consumir en los próximos meses o años, por el ofrecimiento de un amigo o antes las circunstancias propicias al consumo de tabaco”, donde los estudiantes llegan a ser susceptibles al consumo de tabaco.

En tanto que Soldano (2009, como se citó en Zelada, 2019, p. 9) considera que la susceptibilidad “está referida a la mayor o menor predisposición a que un evento suceda u ocurra sobre un determinado espacio”; mientras que Pierce (2007 como se citó en Zelada,

2019, p. 9) refiere que es “un estado de preparación para fumar en el que se integran expectativas de la conducta futura”.

5.2.2. Antecedentes históricos

Los adolescentes están expuestos a factores y conductas de riesgo que son respectivamente, “los elementos que aumentan la probabilidad de desencadenar o asociarse al desencadenamiento de algún hecho indeseable, enfermar o morir y las actuaciones repetidas fuera de determinados límites, que pueden desviar o comprometer su desarrollo psicosocial normal” (Vázquez, 2015, 8), con repercusiones perjudiciales para la vida actual o futura. Entre las conductas y factores de riesgo que con mayor frecuencia se presentan en los adolescentes, se encuentran el consumo y las adicciones al tabaco.

El consumo de tabaco es la consecuencia de un proceso en el cual intervienen factores conductuales y sociales y que culmina con décadas de dependencia física y psicológica, por lo que son los propios adolescentes quienes, en última instancia, toman sus propias decisiones para consumir o no tabaco, pero parecen estar influenciadas por su entorno, así mismo se considera el grupo social más vulnerable, incomprendido y desprotegido por lo que representa una etapa clave para evitar una iniciación prematura, así como potenciar procesos de ayuda estableciendo políticas protectoras más energéticas y eficaces.

La teoría social cognitiva toma un papel muy importante, debido a que “la susceptibilidad se relaciona con el comportamiento ante el contexto donde se encuentre la persona, mediante la observación la persona puede aprender una acción y sus consecuencias” (Santillán, 2007, como se citó en Zelada, 2019, p. 16); la susceptibilidad al consumo de tabaco, el consumo de tabaco en el hogar se ha notificado consistentemente como variable predictor, ante las reglas permisivas en casa y el consumo de tabaco en los padres.

A nivel mundial, la prevalencia de susceptibilidad se ha establecido en “12.5% (7.2% hombres y 5.3% mujeres)” (Fonseca-Chaves et al, 2017, p. 31), es decir, uno de cada doce jóvenes no fumadores posee un riesgo comparativamente superior de llegar a ser fumador.

Un estudio en escolares de Colombia reportó que la susceptibilidad al consumo de cigarrillo en escolares entre 10 y 11 años fue alta (21.1%) y se asoció a ser de sexo masculino, presentar disfunción familiar y haber fumado alguna vez en la vida Cogollo-Milanés y De la Hoz-Restrepo, 2018, p. 21).

El consumo de tabaco por los niños es especialmente preocupante para la salud pública dado que, “cuanto antes un niño o un adolescente empieza a fumar, más probabilidades tendrá de convertirse en fumador regular, de desarrollar una dependencia, y más dificultades tendrá para abandonar el hábito en la edad adulta”; y lo más probable es que “mueran prematuramente por una enfermedad relacionada con el consumo de tabaco” (González y Berger, 2002 como se citó en Cogollo-Milanés y De la Hoz-Restrepo, 2018, p. 18).

5.2.3. Factores de riesgo

Existen diversos factores de riesgo o factores relacionados para el consumo de tabaco. Se entienden por factores

aquellos elementos que pueden condicionar una situación, volviéndose los causantes de la evolución o transformación de los hechos, los factores asociados son los que contribuyen a que se obtengan determinados resultados al caer sobre ellos la responsabilidad de la variación o de los cambios. (Ravela, 2010 como se citó en Ariza, 2016, p. 25)

Diversos estudios internacionales demuestran que la susceptibilidad al consumo de tabaco “se relaciona con varios factores sociales y ambientales, así como con las

estrategias de publicidad, promoción y patrocinio de tabaco”. (La Hera-Fuentes et al, 2017, p. 74).

En la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes (ETJ) se describe el patrón de consumo y comportamiento del adolescente y se reseña la evidencia de factores interrelacionados que se asocian con el inicio y la transición al consumo frecuente de tabaco. Éstos incluyen

factores personales (edad, baja autoestima, percepción del riesgo), factores familiares (padre o madre fumador, estilos de educación, actitud de los padres hacia el tabaco), factores sociales (grupos de iguales), entorno escolar (hablar sobre sus efectos, permisividad escolar) y factores ambientales (publicidad, disponibilidad). Otros estudios muestran a la familia y la influencia de pares con mayor asociación para el inicio del consumo. (Miguel-Aguilar et al, 2017, p. 64).

Ademas, otros de los factores asociados a la susceptibilidad en los estudiantes, incluye las actitudes, la influencia de las personas del entorno inmediato y la utilización del tiempo libre, asimismo la búsqueda de nuevas sensaciones, actitud favorable al fumar, así también la permisividad social reflejada en reglas del hogar y autoestima baja (Santillán, 2007 como se citó en Zelada, 2019, p. 9).

En un análisis de la Encuesta Nacional de Adicciones 2011 en México se identificó que existía una “asociación entre el nivel socioeconómico alto y una mayor prevalencia de consumo de tabaco en poblaciones de adultos y adolescentes”. (Zavala, 2015, p. 6). Aunque también se encontró que existen determinantes sociales

que aumentan las posibilidades de consumo de tabaco en adolescentes mexicanos como la disponibilidad de dinero, tener empleo, consumo de alcohol, el bajo desempeño escolar y los amigos o familiares cercanos que consumen tabaco. Además estos factores

afectan diferencialmente de acuerdo con el género, lo que provoca un consumo de tabaco desigual entre las mujeres y hombres. (Zavala, 2015, p. 6)

Zavala también identificó que “la exposición a humo de tabaco, el empleo y la edad se asociaron a una mayor posibilidad de consumir tabaco. En las mujeres fue más importante la asociación del trabajo y en hombres el cambio de categoría en la edad”. (2015, p. 3).

Autores como Vázquez (2015) han reportado que entre los factores de riesgo asociados al inicio precoz del consumo de tabaco, se encuentran

la existencia de leyes y normas sociales favorables al uso de drogas, disponibilidad de esas sustancias; también diferentes factores psicológicos, como ansiedad, depresión, pobre desarrollo de las habilidades sociales, fracaso escolar, rechazo de los iguales, tendencia a la búsqueda de sensaciones nuevas e intensas, así como actitudes familiares ambiguas frente al consumo de sustancias legales, prácticas de manejo familiar pobres e inconsistentes, conflictos familiares, bajo apego a la familia, falta de comunicación real entre padres e hijos, actitudes de sobreprotección o rígidas, así como el consumo por parte de los padres, todos estos parecen ser factores decisivos para el consumo de tabaco. (2015, p. 8)

Panaino et al (2014), por su parte, refiere que diversos estudios llevados a cabo en diferentes áreas de la socialización de los jóvenes adultos y adolescentes describen “los factores socioeconómicos, como el riesgo para el inicio del consumo de tabaco en la adolescencia: el nivel socioeconómico más bajo, asistir a una escuela pública, el trabajo remunerado y estudiar de noche”. (2014, p. 380)

Existen otros factores que predisponen a los adolescentes al consumo de cigarrillo, entre ellos “los del comportamiento (desempeño escolar), factores psicológicos (autoestima, autoeficacia, curiosidad, búsqueda de sensaciones), factores biológicos (sexo,

edad), factores sociales y culturales (nivel de escolaridad de los padres, lugar de residencia)” (Cogollo-Milanés y De la Hoz-Restrepo, 2018, p. 18).

En una revisión sistemática de la literatura se encontró “una fuerte asociación entre la pobreza y la prevalencia del tabaquismo, en una relación inversa entre el nivel de ingresos y el consumo de tabaco” y puso de manifiesto que “el consumo fue mayor entre los individuos de clases sociales con dificultades en el consumo de bienes y servicios, así como la inserción en el mercado laboral formal” (Ciapponi, 2011, como se citó en Panaino et al, 2014, p. 380).

Para el caso específico de los profesionales de salud se identificó la existencia de algunos factores psicosociales asociados al consumo de tabaco tales como

los altos niveles de estrés, largas jornadas laborales, alta carga laboral, tener un rendimiento académico bajo o normal, la autopercepción de salud, tener padres fumadores, consumir alcohol, el estado de ánimo, vivir sin ningún progenitor, estar de acuerdo con que haya publicidad sobre tabaco y opinar que el tabaco ayuda a relajarse, entre otros. (Ariza, 2016, p. 10)

Ariza también identificó diversos factores, entre ellos los personales (como el momento de inicio de consumo que fue antes de entrar a la Universidad) y las razones (relajarse); los factores que promueven el consumo de tabaco (sentimientos negativos donde los estudiantes encuestados refirieron aumentar el consumo en situaciones de preocupación, estrés, enojo y tristeza); y los factores sociales como la asistencia a fiestas (Ariza, 2016, p. 11)

Autores como Ariza (2016) consideran la existencia de tres factores para el consumo de tabaco: personales “(autopercepción de salud, padres fumadores, opinar que el tabaco ayuda a relajarse y problemas del estado de ánimo)”, sociales “(estar de acuerdo con publicidad sobre tabaco y/o querer ser aceptado en un grupo social)” y académicos “(estrés,

largas jornadas de estudio y rendimiento académico)” que apoyan o refuerzan la decisión de dar inicio o mantener el consumo de tabaco. (2016, pp. 25 – 26)

Afortunadamente, también existen factores protectores que desalientan el consumo, tales como “la no permisividad de los padres y las campañas antitabaco”. Asimismo, se ha demostrado que “el enfoque de habilidades para la vida (HPv), el desarrollo del autoconocimiento, el control del estrés, la confianza en sí mismos y la capacidad de negociación son factores protectores ante conductas de riesgo durante la adolescencia”. (Miguel-Aguilar, 2017, pp.64 – 65).

En ese sentido, Calleja et al (2018) reportó que

los padres constituyen una influencia fundamental en el consumo de tabaco de sus hijos, no solo debido a las conductas específicas que adoptan en relación con el tabaco, como permitir que se fume en casa, ser ellos mismos fumadores o hablar con los hijos sobre el tema, sino por la calidad de sus relaciones, el afecto que muestran a sus hijos, el entendimiento de sus problemas y, en general, sus prácticas de crianza (p. 1658)

5.2.4. Etapas del proceso de fumar

Fumar, es una conducta socialmente aprendida, con diferencias individuales, familiares, económicas, culturales y sociales. Curiosidad natural, disponibilidad de cigarrillos, imitación de la conducta de padres, hermanos, amigos y familiares y deseo de aceptación social, son las causas fundamentales de iniciación al tabaquismo, cuando se encuentra en su etapa de experimentación (Mulet, 2018, p. 15).

Los niños y adolescentes son más vulnerable a adquirir conductas de riesgo, así como también, en estas edades la modificación de hábitos se hace más fácil. Entre las edades de 10-13 años prevalecen las actitudes condenatorias hacia el uso de sustancias,

mientras que a partir de los trece años, los adolescentes se vuelven más permisivos y se reduce la estimación del peligro que puede suponer el consumo. En la edad escolar es en la que se produce habitualmente la experimentación y adquisición del hábito (Cogollo-Milanés y De la Hoz-Restrepo, 2018, p. 18).

La curiosidad natural se da fundamentalmente en los niños, el grupo que prueba el primer cigarrillo antes de los 10 años de edad y son generalmente aquellos que se relacionan con fumadores en la familia y pueden acceder fácilmente a un cigarrillo. Es cierto que en esta curiosidad también se encuentra implícita la imitación, pero es una imitación donde prima la intención de "probar lo que hacen" más que de "hacer lo que hacen". El ordenamiento de a quién imitar, depende de factores individuales y también sociales. (Mulet, 2018, p. 15).

Previo a la fase de experimentación, se desarrollan actitudes y creencias sobre la utilidad de fumar. El hecho de no estar dispuesto a descartar la posibilidad de fumar en el futuro se ha propuesto como medida de transición en el proceso de adopción del hábito tabáquico. A estos adolescentes que no tienen una firme decisión de no fumar en el futuro se les considera susceptibles. La susceptibilidad es un estado de preparación para fumar; se define susceptible de fumar al adolescente no fumador que presenta una predisposición cognitiva a fumar, esta medida incluye tanto la intención como la expectativa de fumar en el futuro. La intención por su parte, se considera la variable predictora más importante de la conducta fumadora; sin embargo, existen otros factores que predisponen a los adolescentes al consumo de cigarrillo (Cogollo-Milanés y De la Hoz-Restrepo, 2018, p. 18).

5.2. Tabaco

5.2.1. Concepto.

La OMS define al tabaquismo como “una enfermedad adictiva crónica que evoluciona con recaídas. La nicotina es la sustancia responsable de la adicción, actuando

a nivel del sistema nervioso central”. Es una de las drogas más adictivas, aún más que la cocaína y la heroína. Por ello es importante saber que, aunque el 70% de los fumadores desean dejar de fumar, de ellos sólo el 3% por año lo logran sin ayuda.

5.2.2. Clasificación de fumadores

Según la OMS el tipo de consumo está asociado con

el número de cigarrillos consumidos al día, así que se ha desarrollado como estrategia para evaluar el nivel de consumo asumiendo como factor principal la frecuencia diaria de consumo, sin tener en cuenta otros aspectos clave como la intensidad de la ingesta y los problemas asociados al consumo. (Londoño, 2012 como se citó en Fabelo et al, 2019, p. 656).

Otra clasificación de los fumadores ha sido con la “Escala de dependencia a la nicotina de Fagerström, en la cual se considera la nicotina como el principal factor reforzante del consumo tabáquico”. Otros instrumentos utilizados son la

Escala del Síndrome de dependencia de la nicotina, Entrevista de hábitos en relación con la nicotina; Entrevista de evaluación del consumo de tabaco; Clasificación de los motivos más frecuentes para fumar y Cuestionario para evaluar las situaciones que influyen en el proceso de dejar de fumar (Fabelo et al, 2019, p. 656).

De acuerdo con la OMS (2013) los fumadores se clasifican en leves, moderados y severos en la siguiente escala.

- Fumador leve: consume menos de 5 cigarrillos diarios.
- Fumador moderado: fuma un promedio de 6 a 15 cigarrillos diarios.
- Fumador severo: fuma más de 16 cigarrillos por día en promedio. (como se citó en Londoño et al, 2011, p. 282).

5.4. Modelo de la marea en la recuperación de la salud mental de Phil Barker

5.4.1. Generalidades de la teoría.

El modelo de la marea es de ámbito internacional, indicando su importancia a través de culturas y naciones y ha sido un éxito a través del continuo de cuidados psiquiátricos y de salud mental y en diversas situaciones de la práctica.

Las características universales de colaboración, delegación de poder, relaciones, historias y resistencias atraen a enfermeras, usuarios de servicios y colegas de otras disciplinas. El modelo de la marea es compatible con la Ottawa Charter for Health Promotion, donde el proceso de delegación de poder y participación es fundamental para el buen estado de salud (World Health Organization, 1986). Los 10 compromisos de la marea (Buchanan-Barker y Barker, 2008) ofrecen guía, dirección y apoyo para utilizar la teoría.

5.4.2. Principales conceptos y definiciones

Bases teóricas del Modelo de la Marea. El modelo de la marea empieza desde cuatro puntos simples:

1. El principal objetivo terapéutico en el cuidado de la salud mental está en la comunidad.
2. El cambio es un proceso constante, continuo.
3. La delegación de poder está en el centro del proceso de cuidar.
4. La enfermera y la persona están unidas (aunque de forma transitoria) igual que los bailarines en un baile.

El modelo de la marea está constituido por tres Dominios: yo, el mundo y los demás.

- El dominio del yo: es el lugar privado donde vive la persona. Aquí la persona tiene pensamientos, sentimientos, creencias, valores, ideas que solo ella conoce.

- El dominio del mundo: Cuando las personas hablan con los demás sobre sus pensamientos, sentimientos, creencias u otras experiencias privadas que solo ellas conocen van a este dominio.
- El dominio de los demás: Es el lugar donde la persona representa la vida diaria con otras personas (familia, amigos, vecinos, etc.)

El modelo de la marea considera al Agua como una Metáfora, donde el modelo se centra en lo imprescindible de la experiencia humana a través de la metáfora central del agua

El modelo de la marea contempla varios principios.

1. Una creencia en virtud de la curiosidad: la persona es la autoridad mundial de su vida y sus problemas.
2. Reconocimiento del poder de los recursos.
3. Respeto por los deseos de la persona más que ser paternalista.
4. Aceptación de la paradoja de crisis como oportunidad.
5. Aceptar que todos los objetivos deben evidentemente pertenecer a la persona.
6. La virtud de perseguir la elegancia.

El modelo de la marea contempla Lanzarse a nadar, es decir, las creencias de compromiso. Se presenta cuando las personas tienen un malestar grave, con frecuencia sienten como si se estuvieran ahogando. En estas circunstancias necesitan un salvavidas. Desde luego los salvavidas tienen que comprometerse con la persona.

5.4.3. Principales premisas

Dos asunciones principales apuntalan el modelo de la marea. Primero, el cambio es la única constante. Nada perdura. Toda experiencia humana comporta un flujo, y las personas cambian constantemente. Ello sugiere el valor de ayudar a las personas a ser

más conscientes de cómo se producen los cambios en y alrededor de ellos (Barker y Buchanan-Barker, 2004a). Segundo, las personas son sus historias.

El modelo de la marea se basa en las siguientes premisas, existen cosas como necesidades psiquiátricas, la enfermería podría, en cierta forma, cubrir estas necesidades, las personas y la gente que les rodea ya poseen las soluciones para los problemas de su vida, la enfermería está para facilitar el afloramiento de estas soluciones, El modelo de la marea supone que cuando las personas quedan atrapadas en la forma psíquica de la «locura» es como si tuvieran el riesgo de ahogarse en su malestar o estrellarse contra las rocas; es como si hubieran sido abordados por piratas y les hubieran robado algo de su identidad humana; es como si hubieran desembarcado en una playa remota, lejos de casa y alejados de todo lo que conocen y saben.

Enfermería

Las enfermeras participan en el proceso de trabajar con personas, sus entornos, su salud y su necesidad de cuidados. La enfermería está cambiando continuamente, internamente y respecto a otras profesiones, en respuesta a las necesidades y a las estructuras sociales cambiantes. «Si algo define a la enfermería globalmente es la construcción social del papel de la enfermera». La enfermería como educadora existe solo cuando se encuentran las condiciones necesarias para potenciar el crecimiento y el desarrollo (Buchanan-Barker y Barker, 2008). La enfermería es «una actividad interpersonal humana duradera y comporta centrar los cuidados en la promoción del crecimiento y del desarrollo Barker amplió la definición original de Peplau, definiendo el objetivo de la enfermería como trephotaxis, del griego, que significa «proveer las condiciones necesarias para promover el crecimiento y el desarrollo». Enfatiza la distinción entre enfermería «psiquiátrica» y enfermería de «salud mental». Cuando las enfermeras ayudan a las personas a explorar su malestar, en un intento de descubrir formas para remediarlo o

mejorarlo, están ejerciendo enfermería psiquiátrica. Cuando las enfermeras ayudan a las mismas personas a explorar formas de crecimiento y desarrollo, como personas, explorando cómo actualmente viven con y pueden ir más allá de sus problemas para vivir, están ejerciendo enfermería de salud mental.

La enfermería es un servicio humano ofrecido por un grupo de seres humanos a otro. Existe un poder dinámico en el arte de cuidar; una persona tiene la obligación de asistir a otra. La enfermería es un esfuerzo práctico centrado en la identificación de qué necesitan las personas ahora, además de explorar vías para cubrir estas necesidades y desarrollar sistemas apropiados de cuidados humanitarios (Barker, 1995, 2003a). El objetivo propio de la enfermería es la «necesidad» expresada por la persona cuidada, que «solo puede definirse como una función de la relación entre una persona con la necesidad de enfermería y una persona que ha cubierto tal necesidad». «Estas respuestas son el objetivo fenomenológico de la enfermería»: un objetivo que se centra en las respuestas humanas a los problemas de salud reales o potenciales. Puede variar entre conducta, emociones, creencias, identidad, capacidad, espiritualidad y la relación de la persona con el entorno.

Persona

Con el modelo de la marea, el interés se dirige hacia una visión fenomenológica de la experiencia vivida por la persona y su historia. «Las personas son filósofos naturales y fabricantes de significados, dedicando gran parte de sus vidas a establecer el significado y el valor de su experiencia y construyendo modelos explicativos del mundo y de su lugar en él». Las enfermeras pueden ver y apreciar el mundo desde la perspectiva de la persona y lo comparten con ella. Las personas son sus historias. «El sentido del yo de la persona y el mundo de la experiencia (incluida la experiencia de los demás) están intrínsecamente unidos a las historias de sus vidas y a los diversos significados que han generado». Las personas están en un estado constante de flujo, con una gran capacidad de cambio y unido

al proceso de llegar a ser. Viven en su mundo de experiencia representado en tres dimensiones: 1) el mundo; 2) yo, y 3) los demás. La vida es un viaje del desarrollo y las personas viajan por su «océano de experiencia». Este viaje de descubrimiento y exploración puede ser arriesgado, y las personas tienen una necesidad fundamental de seguridad y capacidad para adaptarse a las circunstancias cambiantes.

Salud

Barker aporta la definición provocativa de salud de Illich (1976) como «el resultado de una reacción autónoma, aunque modelada culturalmente a una realidad creada socialmente. Designa la capacidad de adaptarse a entornos cambiantes, crecer... hasta la curación cuando existe daño, al sufrimiento y a la expectativa tranquila de la muerte. La salud engloba el futuro incluye los recursos internos para vivir con ella» (pág. 273).

La salud es una tarea personal de la que el éxito es «en gran parte el resultado del autoconocimiento, la autodisciplina y los recursos internos con los que cada persona regula sus propios ritmos y acciones diarios, su dieta y su sexualidad» (Illich, 1976, pág. 274).

Nuestra persona, las conexiones y la fragilidad «hacen de la experiencia del dolor, la enfermedad y la muerte, una parte integral de la vida» (Illich, 1976, pág. 274). La descripción de Illich (1976) ilustra el sentido caótico y el sentido zen de la realidad. "La salud no está "ahí fuera", no es algo que perseguir, ganar o entregar (autocuidado). Es parte de la tarea global de ser y vivir" (Barker, 1999b, pág. 240).

Salud significa todo y está probablemente relacionada con la forma en que vivimos nuestras vidas, en el sentido más amplio. Este "vivir" incluye el contexto social, económico, cultural y espiritual de nuestras vidas» (Barker, 1999b, pág. 48).

La experiencia de la salud y la enfermedad es fluida. Desde un punto de vista holístico, las personas tienen sus propios significados individuales de salud y enfermedad

que valoran y aceptan. Las enfermeras se comunican con las personas para conocer sus historias y su situación actual y entenderlas, incluyendo sus relaciones con la salud y la enfermedad en sus visiones del mundo (Barker, 2001c).

No tener una buena salud o estar enfermo casi siempre comporta una crisis espiritual o una pérdida del yo (Barker, 1996a). Un estado de enfermedad es un problema humano con relaciones sociales, psicológicas y médicas que provocan una crisis vital total. En el modelo de la marea, la enfermería es pragmática y está centrada en las fuerzas, los recursos y las posibilidades de las personas, manteniendo una orientación hacia la salud; el modelo de la marea es una teoría saludable.

Entorno

El entorno es en gran medida social, el contexto en el que las personas viajan en su océano de experiencia y las enfermeras crean «espacio» para el crecimiento y el desarrollo. Las relaciones terapéuticas se utilizan de forma que realzan las relaciones de las personas con su entorno (Montgomery y Webster, 1993, pág. 7).

“Los problemas humanos pueden derivar de complejas interacciones persona-entorno en el caos del mundo del día a día”(Barker, 1998b).

“Las personas viven en un mundo social y material donde su interacción con el entorno incluye a otras personas, grupos y organizaciones”(Barker, 2003a, pág. 67). Familia, cultura y relaciones se integran en este entorno, áreas vitales de la vida diaria, como vivienda, economía, ocupación, ocio, sentido de lugar y de pertenencia son áreas del entorno (Barker, 2001c).

La división entre comunidad e institución es artificial y se rechaza, ya que las necesidades fluyen con la persona a través de estos límites. Gran parte de los cuidados de la enfermería psiquiátrica y de salud mental tienen lugar en el más mundano de los

escenarios; desde habitaciones de día de salas de hospital hasta la sala de estar o la cocina de la casa de una persona (Barker, 1996b).

En intervenciones críticas, las enfermeras mantienen seguros a la persona y al entorno. Cuando el entorno social es crítico, el compromiso es crítico. Cuando las personas están en riesgo necesitan detenerse en un entorno seguro y de apoyo, un puerto seguro, hasta que vuelvan a su océano de experiencia en la comunidad (Barker, 2003a).

“Las enfermeras organizan el tipo de condiciones que ayudan a aliviar el malestar y empiezan el proceso de recuperación, resolución o aprendizaje a largo plazo. Ayudan a las personas a sentir “toda” la experiencia y a engendrar el potencial de curación” (Barker, 2003a).

Capítulo III

VI. Material y métodos

6.1. Enfoque y diseño

El estudio fue de enfoque cuantitativo (Hernández-Sampieri, 2018, pp. 5 - 6).

El diseño fue no experimental (Hernández-Sampieri, 2018, p. 175); descriptivo Grove Gray (2019, pp. 91-92); y, de acuerdo al número de mediciones, fue transversal (Guevara *et al*, 2017, p. 219).

6.2. Universo

El universo de esta investigación fue constituido por 180 adolescentes que cursen el nivel medio superior en la preparatoria Edmundo Figueroa (75) y el Colegio de Bachilleres (105) de la localidad de Cuitzeo y la Preparatoria José María Morelos y Pavón (80) de Morelia, Michoacán, para un universo total de 260 estudiantes.

6.3. Unidad de observación

La unidad de observación considerada para esta investigación fueron los adolescentes.

6.4. Muestra y muestreo

Para esta investigación se utilizó una muestra probabilística de 156 adolescentes que cursaban el nivel medio superior considerando un nivel de confianza de 95% y 5% de margen de error; los participantes fueron seleccionados con un muestreo aleatorio simple mediante una tabla de números aleatorios a partir de la lista de asistencia de cada grupo.

6.5. Límites de tiempo y espacio

Esta investigación fue realizada de septiembre de 2021 al 30 de julio de 2022. Esta investigación se realizó en la localidad de Cuitzeo y Morelia, Michoacán.

6.6. Variables

La variable independiente susceptibilidad al consumo de tabaco se define como la intención de consumir en los próximos meses o años, la probabilidad de fumar ante el ofrecimiento de un amigo o ante las circunstancias propicias al consumo de tabaco y una evaluación positiva de fumar (Calleja, 2012, p. 1227)

La operacionalización de la variable independiente se muestra en el apéndice 1.

Las variables sociodemográficas para esta investigación son edad, sexo, grado escolar, estado civil, ocupación, escuela y con quién vive. La operacionalización de las variables sociodemográficas se presenta en el apéndice 2.

6.7. Criterios de selección

Los criterios de elegibilidad del proyecto de investigación fueron los siguientes.

6.7.1. Criterios de inclusión

Se incluyeron en el estudio a los adolescentes, con edades de 13 a 19 años, que cursen preparatoria, se encontraban inscritos a la preparatoria Edmundo Figueroa (75) o a el Colegio de Bachilleres (105) de la localidad de Cuitzeo y Morelia, Michoacán, aceptaron participar y firmaron la hoja de consentimiento informado.

6.7.2. Criterios de exclusión

Se excluyeron del estudio a los estudiantes que se encuentren en algún tratamiento para dejar de fumar.

6.7.3. Criterios de eliminación.

Se eliminaron del estudio a los adolescentes que se dieron de baja durante la colecta de datos.

6.8 Instrumentos

Para medir la variable independiente Susceptibilidad al consumo de tabaco se empleó la escala del mismo nombre elaborada por Calleja (2012, p. 1229) que se compone de nueve ítems que, en un escalamiento tipo Lickert de cuatro valores categoriales, los cuatro primeros ítems (ítems 1, 2, 3 y 4, 1=Definitivamente no, 2=Probablemente no, 3=Probablemente sí, 4=Definitivamente sí); el quinto ítem (1=Totalmente de acuerdo, 2=De acuerdo, 3=En desacuerdo, 4=Totalmente en Desacuerdo); el sexto ítems (1=Definitivamente no, 2=Probablemente no, 3=Probablemente sí, 4=Definitivamente sí); el séptimo y octavo ítems (1=Totalmente de acuerdo, 2=De acuerdo, 3=En desacuerdo, 4=Totalmente en Desacuerdo), el noveno ítem (Nunca, Solo después de los 20 años, Solo después de los 15, A cualquier edad) permite identificar la intención de consumir tabaco en los próximos meses, la probabilidad de fumar ante el ofrecimiento de un amigo o ante las circunstancias propicias al consumo de tabaco y una evaluación positiva de fumar. (Calleja, 2012, p. 1229)

Los ítems 5, 7, 8 y 9 son negativos, por lo que se recodificaron, de manera que 4= Totalmente de acuerdo, 3= De acuerdo, 2= En desacuerdo, 1=Totalmente en desacuerdo. Se sumaron todos los ítems para obtener un puntaje total y se consideró que a menor el puntaje obtenido es mayor la susceptibilidad al consumo de tabaco. Para fines de esta investigación se establecieron los siguientes puntos de corte (tabla 1). (Calleja, 2012, p. 1229)

La Escala de Susceptibilidad al consumo de tabaco original presentó índices de confiabilidad buenos ($\alpha=.870$ a $\alpha=.929$). A pesar de ello, se efectuó una prueba piloto en una población con características semejantes al grupo de estudio conformado por 30 estudiantes para determinar la confiabilidad con la prueba estadística de alfa de Cronbach y se obtuvo $\alpha = 0.80$.

6.9 Procedimiento

Se elaboró el protocolo de investigación y al concluirlo se solicitó y obtuvo el dictamen de aprobación del Comité de Investigación (CEI/033/2022) y el Comité de Ética en Investigación (CI/FacEnf/033/2022) de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo y posteriormente se solicitó la autorización de las autoridades de las instituciones de salud (Preparatoria Edmundo Figueroa y el Colegio de Bachilleres de la localidad de Cuitzeo, Michoacán

Tabla 1

Puntaje de la susceptibilidad al consumo de tabaco

Categoría	Puntaje
Bajo	25 - 36
Medio	13 – 24
Alto	0 – 12

Nota: elaborada por Moreno (2022) a partir de Calleja (2012, p. 1231)

Una vez obtenida la autorización, se acudió a las preparatorias para explicarle a cada profesor el objetivo del estudio y programar el día y la hora en la que se acudiría a efectuar la colecta de datos, buscando no interferir con las horas de clase.

El día de la colecta el investigador se dirigió a los estudiantes y les explicó en qué consistía el proyecto, y al aceptar se les informó de su participación y se les solicitó la firma del consentimiento informado.

Se acudió de lunes a viernes en horario matutino de 7 a 12 horas y se les abordó en la hora del receso. Se inició a que contesten la cédula de colecta de datos y después de haber finalizado el llenado, cada estudiante calculó el puntaje para identificar al consumo de tabaco y se les informó a los participantes de la interpretación (ver tabla 1) y se les

entregó un tríptico que informe de las consecuencias de fumar y la dirección del Centro de Salud a donde pueden acudir a solicitar información, además de ofrecerse a contestar dudas.

Al concluir el análisis de los datos se entregaron los resultados finales a la Dirección de la Preparatoria y el Colegio de Bachilleres mediante oficio formado por la asesora y la investigadora y, si lo solicitaran, por la Secretaria Académica de la Facultad. También se solicitó que el Centro de Salud brinde pláticas a los estudiantes, especialmente porque se identifica susceptibilidad alta al consumo de tabaco en tres de cada 10 estudiantes.

Enseguida se les agradeció a los participantes por haber colaborado en este proyecto de investigación. Posteriormente el investigador realizó la matriz de datos y efectuó el análisis estadístico para generar las tablas. En seguida se elaboraron los resultados, discusión, conclusiones y sugerencias. El cronograma de actividades se observa en el apéndice.

7. Análisis estadístico

Se elaboró una matriz de datos en el programa SPSS versión 25 para Windows. Se utilizó estadística descriptiva para el objetivo 1 de las variables sociodemográficas, mediante media, rangos y desviación estándar para el caso de las variables cuantitativas; y se emplearon frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas.

Para el objetivo dos se utilizaron frecuencias y porcentajes. Para el objetivo tres, primero se realizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov con el objetivo de identificar la normalidad en la distribución de los datos. Como no existió normalidad se utilizaron las pruebas no paramétricas U de Mann-Whitney y H de Kruskal-Wallis.

6.7.1. Recursos

El investigador considera necesario los siguientes recursos para el proyecto de investigación, divididos en humanos, materiales y financieros.

6.7.2. Humanos.

El Pasante de Licenciatura en Enfermería en Servicio Social Luis Eduardo Moreno Alejo fue el responsable de hacer el protocolo y realizar la colecta, captura y análisis de los datos, así como la elaboración de la tesis.

La tutora fue la Dra. Ma. de Jesús Ruiz Recéndiz, quien asesoró al pasante durante todo el proceso.

6.7.3. Materiales

Para esta investigación se requieren los siguientes materiales: unidad USB, hojas blancas, copias y lapiceros.

6.7.4. Financieros

El recurso financiero necesario para esta investigación permitió cubrir el siguiente equipo y material que se presenta en la tabla 2.

Tabla 2

Recursos materiales

Equipo/ Material	Cantidad	Valor	Total
Unidad extraíble USB 8 GB	1	\$200.00	\$200.00
Hojas blancas	1 paquete	\$480.00	\$480.00
Computadora	1	\$15, 000.00	\$15, 000.00
Lapiceros	1 caja con 10	\$50:00	\$50:00
Copias	150	\$1.00	\$150.00
Total			\$15, 880

Nota: elaboración propia

6.8. Consideraciones éticas y legales

Las Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos (Organización Panamericana de la Salud, 2017), la Declaración de Helsinki

(2013), la NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos (2012), el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (2014) y los principios éticos (Grove y Gray, 2019) fueron considerados para este protocolo.

Primero, respecto a las Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos (2017), esta investigación está justificada debido a su valor social y científico ya que es pertinente debido a que el consumo de tabaco se trata de un problema de salud importante y los resultados contribuirán a proporcionar información sobre la susceptibilidad al consumo de tabaco; mientras tanto, su valor científico está dado ya que los resultados sentarán las bases para estudios posteriores y servirán para proponer intervenciones específicas de enfermería. (pp. 1-2)

Esta investigación respetó lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (2014) ya que se mantuvo el respeto a la dignidad y la protección de los derechos y bienestar de los participantes (Artículo 13, p. 5).

También se respetó la obtención de la firma del participante en la hoja del consentimiento informado (Artículo 14, V, p. 5,).

Esta investigación se consideró con riesgo mínimo (Artículo 17, numeral II, p. 6), aunque, al tratarse de las variables depresión y riesgo suicida, se calculó en el momento de la colecta de datos el puntaje para darle a conocer al participante y ofrecerle tutoría personalizada a través del Coordinador del Programa de Acción Tutorial de la Preparatoria bajo la Coordinación de Responsabilidad Social y Formación Docente de la Universidad Michoacana. El consentimiento informado fue formulado por escrito. (Artículo 22, p. 7)

De igual manera, y de acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (2014), se solicitó la aprobación de los Comités de

Investigación y Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo previo a la coleta de datos.

De igual manera, esta investigación respetó los principios éticos de respeto por la persona, beneficencia y justicia (Grove y Gray, 2019, p. 227). En cuanto al respeto por la persona o la autonomía, en este protocolo se respetó la autonomía de los participantes, debido a que se les permitió a los sujetos de investigación la posibilidad de abandonar el proyecto, se les solicitó la firma de la hoja del consentimiento informado y se les garantizó la confidencialidad de la información que proporcionaron al investigador.

En relación con el segundo principio de beneficencia, se promovió el bien a los participantes y el investigador trató de reducir los riesgos. Finalmente, para el tercer principio, que se refiere a la justicia, se respetaron los criterios de inclusión y exclusión para los sujetos de estudio ya que todos tuvieron la misma oportunidad de ser seleccionados al emplear un muestreo aleatorio simple en una muestra probabilística.

En cuanto a la Declaración de Helsinki (2013), se respetaron las normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

VII. Resultados

Este estudio tuvo como objetivo general evaluar la susceptibilidad al consumo de tabaco en los adolescentes del Colegio de Bachilleres y la Preparatoria Edmundo Figueroa de Cuitzeo y de la Preparatoria José María Morelos y Pavón de Morelia, Michoacán.

En este apartado se presentan los resultados obtenidos de acuerdo con los objetivos específicos planteados en la investigación. Para el primer objetivo, que fue describir a los adolescentes de Cuitzeo, Michoacán con base a las variables sociodemográficas se identificó en la tabla 3 que la mayoría fueron mujeres, tanto en la totalidad de la población (66.7%) como en el Colegio de Bachilleres (61%), la Preparatoria Edmundo Figueroa (59.6%) de Cuitzeo y la Preparatoria José María Morelos y Pavón (83.3%); en grado escolar se encontró que la mayoría cursa el segundo año de preparatoria (29.4%), como en el colegio de bachilleres (42.9%), la Preparatoria Edmundo Figueroa (67.3%) de Cuitzeo y la Preparatoria José María Morelos y Pavón (91.7%); para el estado civil se encontró que la mayoría son solteros tanto en la totalidad de la muestra (91.0%), como en el colegio de bachilleres (94.8), la Preparatoria Edmundo Figueroa de Cuitzeo (88.5%) y la Preparatoria José María Morelos y Pavón (87.5%); para ocupación se identificó que la mayoría solo estudia tanto en la totalidad de la muestra (63.8%), como en el colegio de bachilleres (72.7%), la Preparatoria Edmundo Figueroa de Cuitzeo (57.7%) y la Preparatoria José María Morelos y Pavón (56.3%); y, en el caso de con quién viven se reportó que la mayoría vive con padres y familiares tanto en la totalidad de la muestra (91.0%), como en el colegio de bachilleres (100.0%), la Preparatoria Edmundo Figueroa de Cuitzeo (100.0%) y la Preparatoria José María Morelos y Pavón (66.7%).

Tabla 3*Datos sociodemográficos de los adolescentes (n=177)*

Variable	Total		Colegio de Bachilleres		Preparatoria Edmundo Figueroa		Preparatoria José María Morelos y Pavón	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Género								
Mujer	118	66.7	47	61.0	31	59.6	40	83.3
Hombre	56	31.6	30	39.0	19	36.5	7	14.6
Prefiero no decirlo	3	1.7	0	0.0	2	3.8	1	2.1
Grado escolar								
Primero	42	23.7	33	42.9	9	17.3	0	0
Segundo	52	29.4	17	22.1	35	67.3	0	0
Tercero	39	22.0	27	35.1	8	15.4	4	8.3
Cuarto	44	24.9	0	0	0	0	44	91.7
Estado civil								
Soltero	161	91.0	73	94.8	46	88.5	42	87.5
Casado	5	2.8	1	1.3	0	0	4	8.3
Unión libre	4	2.3	1	1.3	2	3.8	1	2.1
Otro	7	4.0	2	2.6	4	7.7	1	2.1
Ocupación								
Sólo estudia	113	63.8	56	72.7	30	57.7	27	56.3
Estudia y trabaja	64	36.2	21	27.3	22	42.3	21	43.8
Vive con								
Padres / familiares	161	91.0	77	100.0	52	100.0	32	66.7
Solo	12	6.8	0	0	0	0	12	25.0
Casa de estudiante	4	2.3	0	0	0	0	0	0

Nota: datos obtenidos de la cédula de colecta de datos.

En la tabla 4 se observa que la mayoría de los adolescentes no han fumado (65%), igual que en el Colegio de Bachilleres (80.5%) y la Preparatoria Edmundo Figueroa (55.8%) de Cuitzeo, mientras que en la Preparatoria José María Morelos y Pavón se identificó que el mismo porcentaje fuma y no fuma (50%); en la parte de los que los padres fuman o no fuman se observó que la mayoría no han fumado (69.5%), al igual que en el colegio de

bachilleres (74.0%), y en la preparatoria Edmundo Figueroa de Cuitzeo (67.3%), mientras que en la preparatoria José María Morelos y Pavón se identificó (64.7%); para la parte de los hermanos que fuman y no fuman, la mayoría no fuman en una totalidad (58.8%), al igual que en el colegio de bachilleres (72.7%) y en la preparatoria Edmundo Figueroa de Cuitzeo (50.0%); mientras que en la preparatoria José María Morelos y Pavón se identificó (54.2%); para la parte de los amigos que fuman y no fuman; la mayoría si fuma en la muestra (87.6%) al igual que en el colegio de bachilleres (87.0%) y en la preparatoria Edmundo Figueroa de Cuitzeo (84.6%) y en la preparatoria José María Morelos y Pavón se identificó 91.7%.

Tabla 4

Antecedentes de consumo de tabaco de los adolescentes (n=177)

Variable	Total		Colegio de Bachilleres		Preparatoria Edmundo Figueroa		Preparatoria José María Morelos y Pavón	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Fuma o ha fumado								
Sí	62	35.0	15	19.5	23	44.2	24	50.0
No	115	65.0	62	80.5	29	55.8	24	50.0
Padres fuman / han fumado								
Sí	54	30.5	20	26.0	17	32.7	17	35.4
No	123	69.5	57	74.0	35	67.3	31	64.6
Hermanos fuman / han fumado								
Sí	68	38.4	18	23.4	24	46.2	26	54.2
No	104	58.8	56	72.7	26	50.0	22	45.8
No tiene hermanos	5	2.8	3	3.9	2	3.8	0	0
Amigos fuman / han fumado								
Sí	155	87.6	67	87.0	44	84.6	44	91.7
No	22	12.4	10	13.0	8	15.4	4	8.3

Nota: datos obtenidos de la cédula de colecta de datos.

También se identificó en la tabla 5 que la media de edad del total de los adolescentes fue de 18.33 ($DE=3.55$), con rangos de 15 a 44 años; en el colegio de bachilleres la media fue de 16.49 ($DE=1.131$), con rangos de 15 a 20 años; en la preparatoria Edmundo Figueroa la media fue de 16.73 ($DE=.819$), con rangos de 15 a 19 años de Cuitzeo; y, finalmente, en

la preparatoria José María Morelos se tuvo una media de edad de 23.02 ($DE=3.710$) con rangos de 20 a 44 años.

Tabla 5

Edad de los adolescentes (n=177)

Edad	$\bar{x}$	DE	Mínimo	Máximo
Total	18.33	3.55	15	24
Colegio de Bachilleres	16.49	1.131	15	20
Preparatoria Edmundo Figueroa	16.73	.819	15	19
Preparatoria José María Morelos y Pavón	23.02	3.710	20	24

Nota: datos obtenidos de la cédula de colecta de datos.

El objetivo específico dos fue identificar la susceptibilidad al consumo de tabaco en los adolescentes del Colegio de Bachilleres y la Preparatoria Edmundo Figueroa de Cuitzeo y la Preparatoria José María Morelos y Pavón de Morelia, Michoacán. Los resultados se observan en la tabla 6 donde se observa que la susceptibilidad al consumo de tabaco fue regular en todas las poblaciones.

Tabla 6

Susceptibilidad al consumo de tabaco de los adolescentes (n=177)

Susceptibilidad al consumo de tabaco	Total		Colegio de Bachilleres		Preparatoria Edmundo Figueroa		Preparatoria José María Morelos y Pavón	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Baja	13	7.3	2	2.6	7	13.5	4	8.3
Regular	109	61.6	52	67.5	30	57.7	27	56.3
Alta	55	31.1	23	29.9	15	28.8	17	35.4
Total	177	100.0	77	100.0	52	100.0	48	100.0

Nota: datos obtenidos de la cédula de colecta de datos.

El objetivo específico tres fue examinar la diferencia de la susceptibilidad al consumo de tabaco (SCT) con las variables edad, sexo, grado escolar, estado civil, ocupación, escuela y con quién vive en los adolescentes del Colegio de Bachilleres, la Preparatoria Edmundo Figueroa de Cuitzeo y la Preparatoria José María Morelos y Pavón de Morelia, Michoacán. Los resultados se observan en la tabla 7 donde se aprecia que existieron diferencias estadísticamente significativas entre la SCT y el fumar, tanto para la muestra total como para todas las escuelas ($p > .001$), es decir, la SCT es mayor cuando los adolescentes ya han fumado; también se identificaron diferencias estadísticamente significativas entre la SCT y si los padres y amigos fuman para la muestra total ($p > .05$), lo que indica que la SCT fue mayor en el caso de que los padres y hermanos fumen; y, finalmente, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la SCT y si los hermanos fuman para el caso de la muestra total y la Preparatoria Edmundo Figueroa, lo que se interpreta que la SCT fue mayor en el caso de los estudiantes de la Preparatoria Edmundo Figueroa.

Tabla 7*Diferencias de la susceptibilidad al consumo de tabaco y consumo o no de tabaco (n=177)*

SCT	Total			Colegio de Bachilleres			Preparatoria Edmundo Figueroa			Preparatoria José María Morelos y Pavón		
	$\bar{x}$	Mdn	p	$\bar{x}$	Mdn	p	$\bar{x}$	Mdn	p	$\bar{x}$	Mdn	p
Fuma												
Sí	18.95	18.50	.000*	18.20	18.00	.001*	19.04	16.00	.001*	19.33	19.00	.000*
No	13.97	13.00		14.39	113.00		14.28	14.00		12.50	12.00	
Padres fuman / han fumado												
Sí	17.24	16.50	.006*	16.20	16.50	.149	17.88	17.00	.075	17.82	15.00	.169
No	15.04	14.00		14.75	14.00		15.66	15.00		14.87	14.00	
Hermanos fuman / han fumado												
Sí	17.03	16.00	.006[†]	16.56	16.00	.115	17.00	15.50	.322	17.38	16.00	.047[†]
No	14.92	13.00		14.64	13.00		16.15	15.00		14.18	13.00	
No tiene hermanos	14.20	13.00		15.67	13.00		12.00	12.00		0	0.0	
Amigos fuman / han fumado												
Sí	15.92	15.00	.042*	15.19	14.00	.861	17.11	15.00	.003*	15.82	14.00	.760
No	14.27	12.00		14.70	15.00		12.38	12.00		17.00	12.50	

Nota: SCT= Susceptibilidad al consumo de tabaco, $p < .05$, $\bar{x}$ =Media, Mdn=Mediana, *U de Mann-Whitney, [†]H de Kruskal-Wallis

VIII. Discusión

La minoría de los participantes no han fumado; en la muestra total fueron seis de cada 10 estudiantes, en el Colegio de Bachilleres fueron ocho de cada 10 y en las Preparatorias Edmundo Figueroa y José María Morelos y Pavón fueron cinco de cada 10 adolescentes. Estos datos aún no llegan a la prevalencia de 5.7% y 8.8% en el mundo, a pesar de que el consumo actual de tabaco en los adolescentes ha aumentado, tanto en hombres como en mujeres (Shamah-Levy et al, 2020, p. 105).

Aunque en esta muestra no se llega a las cifras que se reportan en México, si resulta preocupante porque aunque la mayoría de los padres de los adolescentes no han fumado, (sólo seis de cada 10 en cada población), los padres son una influencia importante para los adolescentes.

Lo mismo ocurre cuando se analiza que en la Preparatoria José María Morelos y Pavón de Morelia cinco de cada 10 hermanos fuman o han fumado y este es un factor intrapersonal que se asocia con ser altamente susceptibles en los adolescentes que no han probado el tabaco.

Por otra parte, se resalta que en todas las poblaciones del estudio ocho de cada 10 participantes tienen amigos que fuman o han fumado, lo que se convierte en un factor de riesgo ya que los adolescentes “establecen pautas de comportamiento –que pueden proteger su salud y la de otras personas, o poner su salud en riesgo en ese momento y en el futuro” (OMSb, 2022).

Esta información coincide con lo expresado por Santano (2021), quien señaló que estar expuesto al consumo en el domicilio, consumir alcohol, tener amigos fumadores y actuar con urgencia y la falta de perseverancia se asociaron con la condición altamente susceptible de consumir tabaco.

Respecto a la susceptibilidad al consumo de tabaco fue regular en todas las poblaciones, lo que se considera como riesgoso, porque la adquisición del hábito de fumar en adolescentes es un proceso organizado en etapas, a lo largo de las cuales se va desarrollando la susceptibilidad a fumar (SF), con lo que se incrementa la probabilidad de que el individuo experimente en el futuro el hábito tabáquico.

También se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la SCT y si los estudiantes fuman en todas las poblaciones; otra diferencia se observó cuando los padres, hermanos y amigos fuman.

IX. Conclusiones

El estudio mostró que la mayoría de los participantes fueron mujeres, solteros, dedicados sólo a estudiar y viven con sus padres. La media de edad de los adolescentes fue de 18.33 años ($DE=3.55$), la menor edad fue en el Colegio de Bachilleres 16.49 ($DE=1.31$) y la mayor media de edad se observó en la Preparatoria José María Morelos y Pavón 23.02 ($DE=3.71$).

La minoría de los participantes no han fumado; en la muestra total fueron seis de cada 10 estudiantes, en el Colegio de Bachilleres fueron ocho de cada 10 y en las Preparatorias Edmundo Figueroa y José María Morelos y Pavón fueron cinco de cada 10 adolescentes.

También se identificó que la mayoría de los padres de los adolescentes no han fumado, seis de cada 10 en cada población. Además, sólo en la Preparatoria José María Morelos y Pavón cinco de cada 10 hermanos fuman o han fumado. Por otra parte, se resalta que en todas las poblaciones del estudio ocho de cada 10 participantes tienen amigos que fuman o han fumado.

En cuanto a la variable de estudio, la susceptibilidad al consumo de tabaco fue regular en todas las poblaciones.

También se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la SCT y si los estudiantes fuman en todas las poblaciones; otra diferencia se observó cuando los padres, hermanos y amigos fuman.

Estos resultados son importantes porque otros estudios han encontrado que el tabaco y el alcohol son las sustancias más consumidas por los adolescentes, lo que es

preocupante, puesto que se consideran drogas "puertas de entrada" para el consumo de otras drogas, tales como marihuana, cocaína, pasta base, estimulantes, sedantes, etc.

Se considera urgente que los profesionales de la salud encuentren estrategias efectivas para disminuir el consumo de tabaco en los jóvenes, para que a futuro sean adultos con buena calidad de vida, logren tener hijos sanos y sean agentes multiplicadores de estilos de vida sin tabaco.

X. Sugerencias

A partir de los resultados encontrados se sugiere lo siguiente:

- Se implementen pláticas en el nivel primaria hasta nivel medio superior sobre las causas y daños que ocasiona el consumo del tabaco a largo y mediano plazo.
- Hacer un llamado a los padres de familia de cada uno de los alumnos y que también a ellos se les dé una conferencia respecto al cuidado que deben de tener con sus hijos y evitar que en un futuro puedan tener diversos daños nocivos de la salud.
- Tener un mejor control al interior de las instituciones con los alumnos y vigilar que no se realicen técnicas del consumo de tabaco en la institución.
- Realizar talleres deportivos y de activación física por parte de las autoridades del municipio en las instituciones estudiadas para mantener un espacio de entretenimiento con los jóvenes y así mismo enfoquen sus tiempos en otras actividades en mejora de la salud personal de cada uno de ellos.

XI. Referencias bibliográficas

- Arillo-Santillán, E., Thrasher, J., Rodríguez-Bolaños, R., Chávez-Ayala, R., Ruiz-Velasco, S. y Lazcano-Ponce, E. (2007). Susceptibilidad al consumo de tabaco en estudiantes no fumadores de 10 ciudades mexicanas. *Salud Publica Mex*, 49, S170 – S181. <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v49s2/a07v49s2.pdf>
- Ariza, J. (2016). Factores relacionados al consumo de tabaco y la prevalencia de este hábito en los estudiantes de enfermería de la Pontificia Universidad Javeriana durante el segundo semestre del año 2016. [Tesis de Licenciatura, Pontificia Universidad Javeriana].
<https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/20440/ArizaDelgadoJenifer2016.pdf>
- Asociación Médica Mundial. (2013). Declaración de Helsinki. Principios éticos para las investigaciones éticas en seres humanos. <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- Blanco, A., Sandoval, R., Martínez-López, L., y Caixeta, R. (2017). Diez años del Convenio Marcode la OMS para el Control del Tabaco:avances en las Américas. *Salud Publica Mex*, 59 (supl 1), S117-S125. <http://dx.doi.org/10.21149/8682>
- Calleja, N. (2012). Susceptibilidad al consumo de tabaco y comportamiento tabáquico en las adolescentes. *Univ Psychol*, 11(4), 1227 – 1234.
<http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v11n4/v11n4a16.pdf>
- Cogollo – Milanés, Z. y De la Hoz – Restrepo, F. (2018). Factores asociados a la susceptibilidad al consumo de cigarrillo en escolares de 10 y 11 años en Cartagena, Colombia. *Rev. Salud Pública*, 20 (1), 17-22.
<https://doi.org/10.15446/rsap.V20n1.47473>

Consejo Nacional de Población. (2021). Día Mundial de la Niñez.

<https://www.gob.mx/conapo/es/articulos/dia-mundial-de-la-ninez?idiom=es>

Diario Oficial de la Federación. (2014). *Reglamento de la Ley general de Salud en Materia de Investigación para la Salud.*

https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf

Diario Oficial de la Federación. (2012). *NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.*

http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013

Fabelo, J.R., Iglesias, S. y Álvarez, E.M. (2019). Cuestionario de Clasificación de Consumidores de Cigarrillos. Resultados de su aplicación en Cuba, 2017. *Rev haban cienc méd*, 18(4), 654 – 665.

<http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2434>

Fonseca-Chaves, S., Méndez-Muñoz, J., Bejarano-Orozco, J., Guerrero-López, C.M. y Reynales-Shigematsu, L.M. (2017). Tabaquismo en Costa Rica: susceptibilidad, consumo y dependencia. *Salud Publica Mex*, 59(supl 1), S30 - S39.

<http://doi.org/10.21149/7765>

Grove, S.K. y Grey, J.R. (2019). *Investigación en enfermería. Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia.* Elsevier.

Instituto Nacional de Salud Pública. (2020). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018. Resultados de Michoacán.*

https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/Resultado_Entidad_Michoacan.pdf

La Hera-Fuentes, G., Torres-Ruiz, R. y Rada-Noriega, J.D. Seducción y aversión: factores de susceptibilidad y desincentivo al inicio del consumo de tabaco entre adolescentes

- en Bolivia. *Salud Publica Mex* 2017, 59(supl 1), S73 - S79.
<http://doi.org/10.21149/7729>
- Londoño, C., Rodríguez, I. y Gantiva, C.A. (2011). Cuestionario para la clasificación de consumidores de cigarrillo (C4) para jóvenes. *Divers. Perspect. Psicol*, 7(2), 281 – 291. <http://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v7n2/v7n2a07.pdf>
- Martínez-Torres, J. y Peñuela, M. (2017). Prevalencia y factores asociados al consumo de cigarrillo tradicional, en adolescentes escolarizados. *Rev Med Chile*, 145(3), 309-318. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872017000300004>
- Miguel-Aguilar, C.F., Rodríguez-Bolaños, R.A., Caballero, M., Arillo-Santillán, E. y Reynales-Shigematsu, L.M. (2017). Fumar entre adolescentes: análisis cuantitativo y cualitativo de factores psicosociales asociados con la decisión de fumar en escolares mexicanos. *Salud Publica Mex*, 59 (supl 1), S63 - S72.
<http://doi.org/10.21149/7835>
- Morello, P., Pérez, A., Braun, S.N., Thrasher, J.F., Barrientos, I., Arillo-Santillán, E. y Mejía, R. Smoking susceptibility as a predictive measure of cigarette and e-cigarette use among early adolescents. *Salud Publica Mex*, 60, 423-431.
<https://doi.org/10.21149/9193>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Datos y cifras*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *El consumo de tabaco disminuye: la OMS insta a los países a invertir para ayudar a más personas a dejar de fumar*.
<https://www.who.int/es/news/item/16-11-2021-tobacco-use-falling-who-urges-countries-to-invest-in-helping-more-people-to-quit-tobacco>

Organización Panamericana de la Salud. (2021). *Salud del adolescente*.
<https://www.paho.org/es/temas/salud-adolescente>

Organización Panamericana de la Salud. (2022). *Control de tabaco*.
<https://www.paho.org/es/temas/prevencion-control-tabaco>

Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos*. https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-EthicalGuideline_SP_INTERIOR-FINAL.pdf

Panaino, E., Soares, C. y Campos, C. (2014). Contexto del inicio del consumo de tabaco en los diferentes grupos sociales. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 22(3), 379 – 385.
<https://doi.org/10.1590/0104-1169.3205.2427>

Reynales-Shigematsu, L.M., Zavala-Arciniega, L., Paz-Ballesteros, W.C., Gutiérrez-Torres, D.S., García-Buendía, J.C., Rodríguez-Andrade, M.A., Gutiérrez-Reyes, J., Franco-Núñez, A., Romero-Martínez, M. y Mendoza-Alvarado, L. (2017). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Tabaco*.
<https://drive.google.com/file/d/1lktptvdu2nsrSpMBMT4FdqBlk8gikz7q/view>

Santano, E. (2021). *Análisis de los factores asociados a la susceptibilidad a fumar en estudiantes de educación secundaria del proyecto Motiva Educa*. [Tesis de Doctorado, Universidad de Extremadura].
https://dehesa.unex.es/bitstream/10662/11791/1/TDUEX_2021_Santano_Mogena.pdf

Secretaría de Salud. (2015). ¿Qué es la adolescencia?
<https://www.gob.mx/salud/articulos/que-es-la-adolescencia>

Shamah-Levy, T., Vielma-Orozco, E., Heredia-Hernández, O., Romero-Martínez, M., Mojica-Cuevas, J., Cuevas-Nasu, L., Santaella-Castell, J.A. y Rivera-Dommarco, J.

- (2020). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19: Resultados Nacionales*.
https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_informe_final.pdf
- Vázquez, M.G.E. (2015). Factores de riesgo para el consumo de tabaco en adolescencia: Estado Tamaulipas, México. [Tesis de Doctorado, Universidad de Alicante].
https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/54453/1/tesis_maria_guadalupe_esmeralda_vazquez.pdf
- Varona, M., Pernas, I.A., Socarrás, S. y Guzmán, Y.D. (2017). Impacto de una estrategia educativa antitabáquica en la Residencia Estudiantil de Ciencias Médicas en Camagüey. *Humanidades Médicas*, 17(1), 17 – 27.
<http://www.humanidadesmedicas.sld.cu/index.php/hm/article/view/1099/708>
- Zavala, L. (2015). Determinantes sociales asociados al consumo de tabaco en adolescentes mexicanos. Un análisis multinivel. Encuesta Nacional de Adicciones 2011. [Tesis de Maestría, Instituto Nacional de Salud Pública].
<https://catalogoinsp.mx/files/tes/054708.pdf>
- Zelada, W.A. (2019). Estrés académico y la susceptibilidad al consumo de tabaco en estudiantes universitarios, Chiclayo – 2017. [Tesis de Licenciatura, Universidad Señor de Sipán].
<https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/6104/Zelada%20Herrera%20William%20Alberto.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

VIII. Anexos

Anexo 1. Escala de Susceptibilidad al consumo de tabaco

Esta escala consta de nueve afirmaciones. Por favor marca con un círculo o con una X la opción de respuesta que mejor refleje tus intenciones.

Marca tu respuesta con un **círculo** o una **X** en la casilla correspondiente.

Parte I

Opciones de respuesta: 1= Definitivamente no, 2= Probablemente no, 3= Probablemente sí, 4= Definitivamente sí

Ítems	1	2	3	4
1. Si una amiga o amigo me ofreciera un cigarro yo aceptaría				
2. Cuando sea un poco mayor, voy a fumar				
3. Si estuviera solo (a) en la casa y me encontrara un cigarro, yo fumaría				
4. Dentro de cinco años, yo seré fumador (a)				
6. Cuando estoy con amigas o amigos que fuman, me dan ganas de fumar				

Parte 2

Opciones de respuesta: 1= Totalmente de acuerdo, 2= De acuerdo, 3= En desacuerdo, 4=Totalmente en desacuerdo

Ítems	1	2	3	4
5. Fumar es muy rico				
7. Nunca voy a fumar				
8. Durante los próximos 12 meses (un año) fumaré por lo menos un cigarro				
9. Está bien fumar				

¡Gracias por tus respuestas!

5. Apéndices

Apéndice 1 Operacionalización de la variable independiente

Variable	Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operacional	Medición / clasificación	Estadístico
Susceptibilidad al consumo de tabaco	Independiente - Cualitativa - Categórica - Ordinal	La intención de consumir en los próximos meses o años, la probabilidad de fumar ante el ofrecimiento de un amigo o ante las circunstancias propicias al consumo de tabaco y una evaluación positiva de fumar (Calleja, 2012, p. 1227)	La susceptibilidad al consumo de tabaco se medirá con la Escala de Susceptibilidad al consumo de tabaco	Ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 Categorías Baja= 25 – 36 Media= 13 – 24 Alta= 0 – 12	<i>f</i> , %

Apéndice 3 Operacionalización de las variables sociodemográficas

Variable	Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operacional	Medición / clasificación	Estadístico
Edad	- cuantitativa - numérica - discreta	Tiempo que ha vivido una persona (Real Academia Lengua, 2020)	Es el número de años que vive una persona	Años cumplidos	Media, <i>DE</i>
Escolaridad	- cualitativa - ordinal	Período de asistencia a un centro escolar (Real Academia Lengua, 2020)	Número de años que una persona acude a un centro educativo	1. Secundaria 2. Preparatoria	<i>f</i> , %
Estado civil	- Cualitativa - categórica - nominal	Condición de una persona en relación con su nacimiento, nacionalidad, filiación matrimonio, que se hacen constar en el Registro Civil y que delimitan el ámbito propio de poder y responsabilidad que el derecho reconoce a las personas naturales. (Real Academia española de la Lengua, 2020)	El estado civil reportado por los pacientes mediante la encuesta.	1. Soltero 2. Casado	<i>f</i> , %
Ocupación	- Cualitativa - Categórica - nominal	Trabajo o cuidado que impide emplear el tiempo en otra cosa (Real Academia Española de la Lengua, 2020)	actividad desempeñada por el cuidador para obtener remuneraciones	1. Estudiante 2. Estudio y trabajo	
Lugar de residencia	- Cualitativa - categórica - nominal	Lugar donde una persona física está establecida a título	Lugar en que la persona vive en el momento del censo, y	1. Morelia 2. Palma de Huaro	<i>f</i> , %

		principal, aunque no figure en registro alguno y aunque carezca de autorización de residencia. (Real Academia Española de la Lengua, 2020)	en el que además, ha estado y tiene la intención de permanecer por algún tiempo		
Religión	Cualitativa Categorica Nominal	Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ella, de normas morales para la conducta individual y social y de prácticas rituales, principalmente la oración y el sacrificio para darle culto. (Real Academia Española de la Lengua, 2020)	Culto o creencias que profesa una persona.	1. Católica 2. Cristiana 3. Otra	<i>f</i> , %
Pasatiempo	Cualitativa Categorica Nominal			1. Leer 2. Deporte 3. VerTV 4. Otro	

Apéndice 4 Cronograma de actividades

Mes / Actividad	2022									
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O
Elaboración del protocolo	x	x	x	x						
Aprobación por los Comités de la Facultad de Enfermería				x	x					
Prueba piloto				x						
Colecta de datos				x	x	x				
Captura de datos					x	x				
Elaboración de tablas						x	x			
Análisis de resultados, discusión, conclusiones y sugerencias							x	x		
Trámites administrativos								x	x	
Defensa de tesis									x	x

Nota: E=enero, F=febrero, M=marzo, A=abril, M=mayo, Jn=junio, J=julio, A= agosto, S=septiembre, O=octubre

Apéndice 5 Hoja de Consentimiento informado



Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo
Facultad de Enfermería
Hoja de consentimiento informado



Mi nombre es Luis Eduardo Moreno Alejo, soy pasante de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo y estoy realizando una investigación como parte de proceso de titulación que tiene como evaluar la susceptibilidad ante el consumo de tabaco.

Se le invita a participar porque usted es parte de la población que cumple con los criterios de inclusión, tiene la edad de 15 años a 19 años.

Su participación consistirá en contestar una encuesta que mide la susceptibilidad ante el consumo de tabaco.

Su participación no implica riesgos físicos para usted porque sólo contestará unas preguntas.

Aunque usted no recibirá ningún pago o beneficio directo por participar en esta investigación los resultados que se obtengan me permitirán como pasante de enfermería aprender a identificar la susceptibilidad ante el consumo de tabaco y proponer intervenciones de enfermería.

Si acepta participar se le garantiza que sus datos se mantendrán confidenciales y su identidad no se dará a conocer ni se publicará, solamente se utilizará con fines académicos porque es requerido para la modalidad de titulación.

Cualquier duda o pregunta que usted tenga la puede realizar al correo 1704982e@umich.mx y se le puede dar a conocer los resultados que obtuvo en el cuestionario.

Usted tiene derecho a participar de manera libre y voluntaria si así lo desea, pero recuerde que puede retirarse o dejar de contestar el cuestionario en el momento que así lo desee.

Si acepta participar se le solicitará que firme esta hoja.

Firma del participante

Firma del testigo

Apéndice 6 Cédula de Colecta de Datos



Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo



Facultad de Enfermería

Objetivo: evaluar la la susceptibilidad ante el consumo de tabaco en adolescente.

Parte I. Datos sociodemográficos

Instrucciones. Contesta lo que a continuación se te solicita, marcando con una X.

Edad: _____ años

Sexo: Masculino _____ Femenino _____

Estado Civil: Soltero _____ Casado _____

Ocupación: Estudiante _____ Otro _____

Preparatoria: Edmundo Figueroa _____ Colegio de Bachilleres _____

Religión: Católica _____ Cristiana _____ Otra _____

Pasatiempo: Leer _____ Deporte _____ VerTV _____ Otro _____

Parte II. Susceptibilidad ante el consumo de tabaco

Esta escala consta de nueve afirmaciones. Por favor marca con un círculo o con una X la opción de respuesta que mejor refleje tus intenciones.

Indicaciones. Marca tu respuesta con un **círculo** o una **X** en la casilla correspondiente.

Parte I

Opciones de respuesta: 1= Definitivamente no, 2= Probablemente no, 3= Probablemente sí, 4= Definitivamente sí

Ítems	1	2	3	4
1. Si una amiga o amigo me ofreciera un cigarro yo aceptaría				
2. Cuando sea un poco mayor, voy a fumar				
3. Si estuviera solo (a) en la casa y me encontrara un cigarro, yo fumaría				
4. Dentro de cinco años, yo seré fumador (a)				
6. Cuando estoy con amigas o amigos que fuman, me dan ganas de fumar				

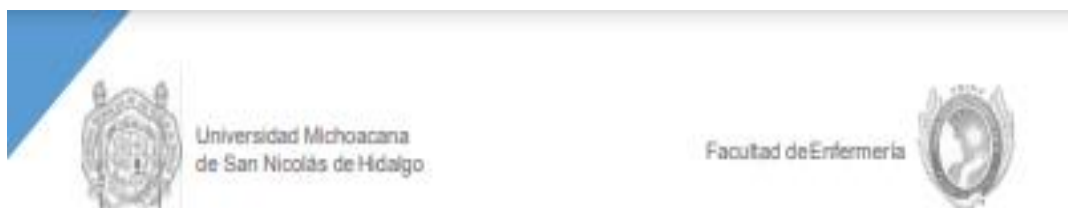
Parte 2

Opciones de respuesta: 1= Totalmente de acuerdo, 2= De acuerdo, 3= En desacuerdo, 4=Totalmente en desacuerdo

Ítems	1	2	3	4
5. Fumar es muy rico				
7. Nunca voy a fumar				
8. Durante los próximos 12 meses (un año) fumaré por lo menos un cigarro				
9. Está bien fumar				

¡Gracias por tus respuestas!

Apéndice 7 Dictamen del Comité de Ética en Investigación



Morelia, Michoacán a 29 de abril de 2022

C. Luis Eduardo Moreno Alejo

Pasante en servicio social

Facultad de Enfermería

Presente.

A través de este conducto se hace de su conocimiento que el Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo ha realizado la revisión de su protocolo titulado *Susceptibilidad al consumo de tabaco en adolescentes de Cuitzeo* y acordó **Aprobarlo** con el dictamen **CEI/033/2022** por lo que puede realizar lo conducente.

Sin más por el momento envió cordial saludo

Atentamente

*Maria Magdalena
Lozano Z.*

Dra. María Magdalena Lozano Zúñiga
Coordinadora del Comité de Ética e Investigación

Apéndice 8 Dictamen del Comité de Investigación



Morelia, Michoacán a 29 de abril de 2022

C. Luis Eduardo Moreno Alejo
Pasante en Servicio Social de Enfermería
Facultad de Enfermería
Presente.

A través de este conducto se hace de su conocimiento que el Comité de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo ha realizado la revisión de su protocolo titulado *Susceptibilidad al consumo de tabaco en adolescentes de Cuitzeo* y acordó **Aprobarlo** con el dictamen **CI/FacEnf/033/2022** por lo que puede realizar lo conducente.

Sin otro particular, hago propicia la ocasión para enviarle un cordial saludo.

Atentamente

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Dra. Ma. de Jesús Ruiz Recéndiz'.

Dra. Ma. de Jesús Ruiz Recéndiz
Coordinadora del Comité de Investigación