

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE POSGRADO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS



“TABAQUISMO Y SU INFLUENCIA EN LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE MUJERES CONSULTANTES EN SEGURO SOCIAL ZACAMIL”

Presentado por:

Dra. Sheyla Claudina Pacas Lara
Dr. Edwin Hernán Melgar Guzmán

Para optar al Título de:

ESPECIALIDAD MÉDICA EN MEDICINA FAMILIAR

Asesor de Tesis:

Dr. Samuel Gerardo Henríquez Olivares

Ciudad Universitaria, “Dr. Fabio Castillo Figueroa”, El Salvador, julio de 2022.

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD

Rector

Msc. Roger Armando Arias

Vicerrector Académico

PhD. Raúl Ernesto Azcúnaga

Vicerrector Administrativo

Ing. Juan Rosa Quintanilla

Secretario/a General

Ing. Francisco Antonio Alarcón

AUTORIDADES DE LA FACULTAD

Decana

MsC. Josefina Sibrián de Rodríguez

Vicedecano

Dr. Saúl Díaz Peña

Secretaria

MsC. Aura Marina Miranda

Director de Escuela de Posgrado

Dr. Edward Alexander Herrera Rodríguez

Agradecimientos:

A mi familia por el apoyo y acompañamiento que me han dado siempre, recordándome que “Los planes de Dios son perfectos y que se cumplen siempre a su tiempo, sólo hay que seguir firmes confiando en nuestra Fe”.

A M. Cornejo por saber estar y acompañarme incondicionalmente en todo momento para no perder de vista la meta anhelada...

Sheyla Pacas.

A mi esposa, hijos y padres por el apoyo incondicional en todo momento, por la lucha y el sacrificio diario que al final valen la recompensa.

Edwin Melgar.

Resumen

Según la Encuesta Mundial sobre Tabaco en Jóvenes (GYTS por sus siglas en inglés) realizada en El Salvador en el 2009, el 14.6% de los estudiantes entre 13-15 años consumen algún producto de tabaco; de ellos 18.2% son hombres y el 11% son mujeres. Para el 2015, estos datos aumentaron a un 32.4% en los estudiantes de las mismas edades [\(20\)](#). Dicho hábito se ha ligado en EE.UU, a una mortalidad por cáncer de pulmón, la cual ha aumentado un 600% en los últimos 50 años, además según estudios, se observa que los factores genéticos contribuyen aproximadamente en un 40-50% en el inicio del consumo de tabaco. Con el aumento del tabaquismo en la población femenina y ante la ausencia de investigaciones enfocadas en la relación de este hábito con la funcionalidad familiar de la mujer se realiza el presente estudio descriptivo de corte transversal; en la Consulta Externa de Medicina Interna y Clínica Metabólica del Hospital Policlínico Zacamil del Seguro Social (ISSS), se logró una muestra de 63 mujeres, a las cuales se aplicó el cuestionario de funcionamiento familiar FF-SIL para establecer la presencia o ausencia de disfunción en sus familias, concluyendo que la caracterización sociodemográfica se puede sintetizar en mujeres que consumen más de siete cigarrillos al día, con una mediana de edad de 46 años, que laboran en el sector formal, poseen a una familia nuclear, son madres solteras e iniciaron el hábito tabáquico en la mitad de los casos a los 17 años, por influencia de amigos principalmente. Se recomienda realizar intervenciones breves individualizadas con enfoque de género y con personal capacitado en la atención que ayudará al abandono de este hábito en esta población.

Palabras claves: Tabaquismo, mujer, familia, atención.

Introducción

El tabaquismo representa la causa más importante de morbilidad y mortalidad evitables en la economía de un mundo desarrollado. Es por ello que la Organización Mundial de la Salud (OMS), reconoce el hábito tabáquico como una de las causas prevenibles de muertes prematuras y de enfermedad, pues constituye, un fenómeno social que afecta a todas las partes de la población. Dicho hábito anteriormente se relacionaba con más frecuencia al género masculino; pero con el paso de los años y debido a la influencia de la industria tabacalera mediante sus estrategias de marketing, el aumento en la participación en el sector económico de la mujer, se ha observado que existe un incremento en el consumo de tabaco por parte de la población femenina.

La familia, es una institución que cumple una importante función social como transmisora de valores éticos y culturales e igualmente juega un decisivo papel en el desarrollo psicosocial de sus integrantes, dicho desarrollo puede verse influenciado o deteriorado ante la presencia de crisis familiares que alteren la dinámica que como familia se tenga, dichas crisis pueden ser esperadas según la etapa del ciclo vital en la que se encuentre la familia, o pueden ser no esperadas y desencadenadas por conductas de riesgo, actitudes o situaciones emergentes que uno de sus miembros pueda presentar. En países como el nuestro en el que la mujer es en muchas ocasiones cabeza de hogar, es importante estudiar como el hábito tabáquico femenino pueden influenciar en la presencia de disfunción familiar.

Contenido

Resumen	i
Introducción	ii
CAPÍTULO I. Marco Teórico	1
CAPÍTULO II. Objetivos	6
CAPÍTULO III. Materiales y Método.....	7
CAPÍTULO IV. Resultados.....	10
CAPÍTULO V. Discusión	16
CAPÍTULO VI. Conclusiones	25
CAPÍTULO VII. Recomendaciones.....	26
CAPÍTULO VIII. Referencias.....	27
CAPÍTULO IX. Anexos.....	30

CAPÍTULO I. Marco Teórico

El tabaquismo es una enfermedad que puede influir en la funcionalidad familiar de las mujeres. Esto se puede observar en el estudio realizado en Pinar del Río, Cuba, entre los meses de abril y junio de 2015, sobre el funcionamiento familiar en pacientes con hábito tabáquico, en el cual se demostró, en una muestra de 120 personas fumadoras, las alteraciones del funcionamiento familiar, siendo la mala distribución de roles (57, 5 %), las relaciones familiares inadecuadas (37, 5 %), además de la mala distribución del per cápita familiar (59, 1 %) y la desatención familiar (20, 8 %) las consecuencias más frecuentes de este hábito dentro de la familia. Dicho estudio además determinó que la desorganización era la crisis paranormativa predominante en familias de pacientes tabaquistas, utilizando el cuestionario FF-SIL como instrumento para valorar la funcionalidad familiar [\(1,2\)](#).

La funcionalidad familiar implica que los miembros de una familia tienen las competencias necesarias para trabajar en conjunto y por un bien común, traducándose en que sus miembros aprenden a superar las adversidades, y que éstas se convierten en escenarios de aprendizaje para los hijos, permitiendo así que lleguen a ser adultos útiles a la sociedad y que tengan una socialización efectiva [\(1, 2,3\)](#).

Existen criterios de Funcionalidad Familiar, entre los que tenemos la comunicación, la cual debe ser clara, directa, específica y congruente, la individualidad, que consiste en contar con autonomía, respetada e indiferenciada, así como tolerada, la toma de decisiones, la cual busca la solución más adecuada al problema. Finalmente, la reacción a los eventos críticos, que precisa ser flexible para adaptarse a las demandas exigentes.

Con respecto al tabaquismo, se puede resaltar que es un problema de salud que afecta a ambos sexos, aunque con el paso de los años se ha visto un aumento en el consumo de esta sustancia por parte de la población femenina. Dicho comportamiento se ha visto más que todo en las sociedades occidentales, en donde en muy pocos años, el tabaquismo según la tendencia pasará a ser una enfermedad predominantemente femenina, contrariamente a lo que lo ha sido a lo largo de su historia [\(4\)](#). Según un informe presentado por el Departamento de Salud y de Servicios Humanos de los Estados Unidos de América refiere que la preponderancia del tabaquismo es tres veces mayor entre las mujeres que no han alcanzado educación secundaria al compararlas con aquéllas que han alcanzado un nivel universitario [\(5\)](#).

En el año 1998 en Estados Unidos de América, la preponderancia del uso de cigarrillos en las mujeres fue un 22%, así como se observó que, según el nivel de educación, la preponderancia del uso de cigarrillos es casi tres veces superior en mujeres con una educación entre 9 y 11 años al compararlas a las mujeres con una educación de 16 años o más. La preponderancia del uso de cigarrillos entre las mujeres varía notablemente de país en país; siendo tan sólo un 7% en países en desarrollo y un 24 % en los países desarrollados [\(6\)](#).

Según la Encuesta Mundial sobre Tabaco en Jóvenes (GYTS por sus siglas en inglés) realizada en El Salvador en el 2009, el 14.6% de los estudiantes entre 13-15 años consumen algún producto de tabaco; de ellos 18.2% son hombres y el 11% son mujeres. Para el 2015, estos datos aumentaron a un 32.4% en los estudiantes de las mismas edades [\(20\)](#). De ahí la importancia de abordar con un enfoque de género a esta problemática, ya que la mayoría de campañas preventivas y programas van orientados más a la población masculina, ocasionando un probable sesgo en la interpretación y abordaje de los datos que se obtienen. La industria tabaquera hizo mediante la publicidad que el tabaquismo se asociara al trabajo fuera del hogar, la independencia económica

y la liberación femenina. En el artículo de revisión bibliográfica “Tabaquismo en la mujer: consideraciones especiales” presentado por la Universidad de Cantabria en el 2004, menciona la constante de que el tabaquismo ha pasado a ser una actividad fundamentalmente de varones y mujeres pertenecientes a los niveles socioeconómicos más desfavorecidos⁽⁵⁾. Además este artículo hace referencia a que este hábito puede verse influenciado por diferentes variables como por ejemplo, que sean más susceptibles a las diversas presiones de la industria (publicidad, promoción y creación de un clima social favorable); o lo son menos a las diversas campañas preventivas y educativas (que inconscientemente pueden estar sesgadas a segmentos más favorecidos de la población); concluyendo dicho estudio que el tabaquismo pasará a ser una enfermedad predominantemente femenina en unos años y que hay necesidad de enfocar las políticas de prevención basadas en análisis diferenciados de género ^(5,7,8).

Con respecto al tabaquismo y la familia, se describe que la mujer se incorpora al consumo de tabaco más tarde que el hombre, condicionada por factores socioculturales relacionados con su incorporación al mundo laboral y el movimiento de igualdad de derechos, aspecto amplia y hábilmente utilizado por la industria tabacalera. Estas diferencias de género han condicionado que las enfermedades producidas por el tabaco hasta hace poco tiempo hayan sido mayoritariamente "cosa de hombres". Incluso, durante un tiempo, se llegó a pensar que las mujeres podían presentar cierta inmunidad o efecto protector hacia las enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco, dada la escasa prevalencia que presentaban.

En EE. UU, donde las mujeres empezaron a fumar antes que las mujeres españolas, la mortalidad por cáncer de pulmón ha aumentado un 600% en los últimos 50 años. Como resultado de este rápido incremento, ha pasado a ser la

primera causa de muerte por cáncer entre las estadounidenses y desde el año 1987 fallecen más mujeres por cáncer de pulmón que por cáncer de mama. Al igual que en los hombres, en las mujeres la mayoría de los cánceres de pulmón (85-90%) están causados por el tabaco [\(8\)](#).

Al igual que la familia el término disfunción familiar tiene diversos significados dependiendo del autor consultado, pero todas tienen elementos comunes para su evaluación como lo son, la cohesión, adaptabilidad, armonía, roles, jerarquía entre otros. Es decir, la familia funcional es un sistema abierto bien estructurado y equilibrado que facilita el cumplimiento y logros en las tareas y funciones de cada miembro. (Minuchin, 1974) [\(11,12\)](#).

Para Salvador Minuchin, en su libro "Familias y Terapia Familiar" refiere que la familia es un grupo social natural, el cual constituye un factor significativo en el proceso del desarrollo de la mente humana, la información y actitudes son asimiladas y almacenadas, convirtiéndose en la forma de acercamiento de una persona al contexto con el que interactúa, Minuchin afirma que este grupo social llamado familia determina las respuestas de sus miembros a través de estímulos desde el interior y desde el exterior. La presente definición aún es vigente. Su organización y estructura tamizan y califican la experiencia de los miembros de la familia [\(9\)](#).

Es importante tomar en cuenta que existen factores protectores y factores de riesgo familiar estos últimos hacen que uno o varios de sus miembros presentan un desequilibrio que le dificulta el cumplimiento en sus funciones básicas. Este desequilibrio puede presentarse de maneras psicológicas, biológicas y sociales. [\(12\)](#).

Los factores de riesgo más recurrentes en la familia son aquellos que involucran patrones familiares de consumo como: drogadicción, alcoholismo, tabaquismo; crisis económica y divorcio de la pareja conyugal.

El consumo de tabaco es uno de los principales factores de riesgo de varias enfermedades crónicas, como el cáncer y las enfermedades pulmonares y cardiovasculares. Es por ello que se ha dado la necesidad de aprobar leyes que restrinjan la comercialización de dicho producto en los diferentes países del mundo. Es importante explicar el alcance que el tabaco puede llegar a tener en el ámbito familiar y cómo este, puede ser un factor desencadenante de disfuncionalidad familiar y de crisis paranormativas que se definen como experiencias adversas o inesperadas. Eventos provenientes del exterior, que generalmente resultan impredecibles para la familia. Lo novedoso del estudio radica que ante el aumento de la población femenina tabaquista no existía investigaciones previas que relacionen el hábito tabáquico con la funcionalidad familiar, y a pesar de que se cuenta en el país con programas que tienen como objetivo la población femenina no contemplan estrategias para el abordaje de esta problemática; Y al existir datos recopilados que contemplan estas variables, servirán de base para generar estrategias de prevención que abordaran el tabaquismo femenino de una manera integral en el Instituto Salvadoreño del Seguro Social. Es por tal motivo que se realiza el presente estudio y se enuncian los siguientes objetivos.

CAPÍTULO II. Objetivos

a. OBJETIVO GENERAL

Caracterizar el funcionamiento familiar en mujeres tabaquistas, a través del Test de funcionamiento familiar.

b. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la prevalencia de tabaquismo en las mujeres.
- Establecer las características sociodemográficas asociadas con el consumo de tabaco en la mujer y su implicación en la funcionalidad familiar.
- Identificar la frecuencia de crisis paranormativas en el hogar, como consecuencia del hábito tabáquico femenino.

CAPÍTULO III. Materiales y Método

El presente estudio es de tipo descriptivo con corte transversal, realizado en el período de junio a diciembre de 2021, cuyo objeto de estudio fue la población femenina que asistió a la consulta externa de medicina interna y/o clínica metabólica del hospital policlínico Zacamil. Se calculó una muestra en base al programa EPI. íno CDC que requería recolectar la información de 80 mujeres con hábito tabáquico, considerando las recomendaciones del comité de ética. Las variables consideradas para el cálculo fueron: Frecuencia esperada del 50%, con un porcentaje de error del 5%, un efecto de diseño de 1.0 para muestra aleatoria, para alcanzar un nivel de confianza de 95%. La muestra recolectada en el presente estudio fue de 63 para contar con un nivel de confianza del 90%.

Para dicho estudio se tomaron en consideración las variables de funcionalidad familiar, hábito tabáquico, características demográficas y crisis para normativas. Para la descripción de la variable de funcionalidad se utilizó como test el FF-SIL, el cual asigna una clasificación de acuerdo al puntaje obtenido en funcional, moderadamente funcional, disfuncional y severamente disfuncional⁽¹²⁾. Para efectos de análisis se establecieron dos categorías que se describen de la siguiente forma: Funcional y Disfuncional (esta última comprende las 3 categorías restantes que son moderadamente funcional, disfuncional y severamente disfuncional).

En la caracterización de la variable demográfica se incluyó edad de la mujer, si trabajaba o no, al igual que si contaba con pareja o se encontraba soltera, el tipo de familia que tenía ya sea nuclear o extensa, número de miembros, el rol que ocupaba en la familia, la edad de inicio, así como las razones de inicio de este hábito. Con respecto a la tipificación de las crisis paranormativas se tomaron en cuenta el divorcio, abandono de hogar, embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual, deudas, pérdida de empleo y conductas delictivas,

separando para efectos de descripción de datos en dos categorías, aquellas que habían presentado una crisis o aquellas que presentaron dos o más crisis paranormativas.

Al momento del análisis de las variables que contaban con más de dos opciones se optó por clasificar las opciones de respuesta en dos grupos para facilitar la comprensión de los datos que se obtuvieron, tal es el caso de la interrogante de comorbilidades que fue dividida en una y dos o más comorbilidades, de igual manera se procedió con el resto de las preguntas como la razón de inicio.

Con respecto al Plan de análisis de los resultados, las variables categóricas se presentan como tablas de frecuencia y porcentajes, y las cuantitativas como media y desviación estándar (DE) en caso de ser muestras simétricas, En caso contrario se utiliza la mediana, cuartil 1, cuartil 3 y/o rango intercuartílico. La comparación de variables categóricas se realiza mediante el test ji (chi) cuadrado o el test exacto de Fisher.

El análisis se realizó por medio de tablas 2x2, y se expresa por medio de **odds ratio de Prevalencia (ORP)**. Para calcular estas medidas de asociación se construye una tabla de cuatro celdas (tratándose de variables dicotómicas) donde las columnas registran el número de familia disfuncional y funcional; y las filas el número de tabaquistas mayores o iguales de 7 cigarrillos/día y los menores de 7.

La siguiente tabla describe, las fórmulas a utilizar para el respectivo análisis. [\(19\)](#)

Factor de Riesgo.	Enfermedad		Total
	presente	ausente	
Presente	a	b	a+b
Ausente	c	d	c+d
Total	a+c	d+d	a+b+ c+d

La relación entre las variables se analiza utilizando la siguiente fórmula:

$a+c$ = número de enfermos en la población

$a+c/a+b+c+d$ = prevalencia de enfermedad en la población

$a/a+b$ = prevalencia de enfermedad en los expuestos.

$c/c+d$ = prevalencia de enfermedad en los no expuestos.

Finalmente, el parámetro de ORP se calculará con la fórmula:

$(a/b) / (c/d)$, o con la razón de productos cruzados $(a*d) / (b*c)$

CAPÍTULO IV. Resultados

El presente estudio contempla un total de 63 pacientes encuestadas, La mediana de edad de las mujeres participantes del estudio fue de 46 años, considerando que su descripción estadística es asimétrica, el cuartil 1 fue de 34 años y el cuartil 3 de 58 años. La edad máxima fue de 73 y la mínima registrada fue de 22.

La variable ocupación describe que el 73% tenía trabajo formal. El tipo de familia fue nuclear en un 65%, de estas el 86% son madres, y de ellas el 59% son solteras. Con respecto al número de miembros de familia el 60% de los casos tenían una familia menor a 4 miembros. La comorbilidad de las mujeres en el presente estudio resalta que, el 79% tenían una sola morbilidad, siendo la hipertensión el diagnóstico más común. Además, se registraron los siguientes diagnósticos: Diabetes Mellitus, Asma y enfermedad tiroidea.

Es importante resaltar que, en el presente estudio, la edad de inicio del uso de tabaco fue de 17 años (mediana, con un comportamiento asimétrico), con el cuartil 1 de 16 años y el cuartil 3 de 20 años. La edad de inicio del hábito tabáquico más temprana fue 12 años; Se describe una sola razón de inicio en el 97% de los casos, siendo esta principalmente “la influencia de los pares”, que se objetivo en 24 casos, es relevante mencionar que “la influencia de familia fumadora” solo representó un número de 17 casos. La depresión, estrés y curiosidad registraron una frecuencia de 4,1 y 17 respectivamente. Finalmente, podemos mencionar que, de las personas entrevistadas, que representaban 57 de las encuestadas (97%) tenían al menos una crisis paranormativa, siendo las de tipo económica las más frecuente en 29 casos (46%), seguidas de pérdida de empleo, desmembramiento, divorcio, desmoralización. Llama la atención que 12 de las pacientes no presentaban ninguna crisis paranormativa y se presentó el caso de una que registro todas las crisis.

Los resultados del estudio se pueden resumir en la tabla de características y variables que se pueden observar en tabla1, así como la relación de la variable tabaquismo y funcionalidad familiar que se registra en la tabla 2, por medio de la comparación de variables categóricas, y se expresa por medio de odds ratio de prevalencia que se describirá más adelante.

TABLA 1 Caracterización demográfica de mujeres tabaquistas con disfunción familiar

Componentes demográficos	TOTAL	Tabaquismo >7cigarrillos/día	Disfuncionalidad familiar
Edad (63 pacientes)			
Mediana	46 (34,58)	17 (35,57)	45 (34,58)
Ocupación			
Formal/informal	46 (73%)	9 (53%)	29 (64 %)
No trabaja	17 (27%)	8 (47%)	16 (36%)
Tipo de familia			
Nuclear	41 (65%)	11 (65%)	31 (69%)
Extensa	22 (35%)	6 (35%)	14 (31%)
Miembro de la familia			
Madre	54 (86%)	16 (94%)	41 (91%)
Hija	9 (14%)	1(6%)	4 (9%)
Estado civil			
Casada/acompañada	26 (41%)	7 (41%)	17 (38%)
Soltera	37 (59%)	10 (59%)	28 (62%)
Número de miembros de la familia			
<4	38 (60%)	12 (71%)	30 (67%)
≥ 4	25 (40%)	5 (29%)	15 (33%)
Comórbidos			
1 Comórbidos *	50 (79%)	14 (82%)	32 (71%)
≥ 2 Comórbidos	13 (21%)	3 (18%)	13 (29%)
Edad de inicio			
Mediana	17 (16,20)	17 (16,24)	17 (16,20)
Razón de inicio			
1 razón **	61 (97%)	16 (94%)	43 (96%)
≥ 2 razones	2 (3%)	1 (6%)	2 (4%)
Crisis Paranormativas			
1 crisis ***	57 (90%)	16 (94%)	42 (93%)
≥ 2 crisis	6 (10%)	1 (6%)	3 (7%)

*Hipertensión arterial fue la más frecuente.

**Influencia de pares la más frecuente.

***Crisis económicas las más frecuentes (deudas y pérdida de empleo).

TABLA 2. RELACIÓN FUNCIONALIDAD Y TABAQUISMO				
Función				
Tabaquismo		Disfuncional	Funcionales	Total
	>7	14	3	17
	<7	31	15	46
	Total	45	18	63

Fuente: Hernández B, Velazco-Mondragón H. Encuestas Transversales. Salud Pública de México. Septiembre- Octubre 2000. Vol 42 (5):447-55.

La Tabla 2 se construyó tomando en cuenta la variable de número de cigarrillos consumidos al día, del cual su análisis estadístico descriptivo reveló un comportamiento asimétrico, tomando en cuenta el coeficiente de asimetría y curtosis. La mediana fue de 4 cigarrillos/día con cuartil 1 de 3 y un cuartil 3 de 7. El núcleo de investigación consideró el cuartil 3, para realizar la categorización de esta variable, para la construcción de la tabla 2, tomando en cuenta que a partir de 7 cigarrillos se concentra al 25 % que más fuma de la presente muestra.

Con respecto a la funcionalidad familiar se consideró englobar en dos categorías para el procesamiento de los datos en: Funcional y Disfuncional el cual comprende las categorías de Moderadamente funcional, disfuncional y severamente disfuncional según lo descrito en el instrumento FF-SIL y en el plan de análisis de resultados. Se observa que solamente 17 participantes de las 63 fueron catalogadas con tabaquismo mayor a siete cigarrillos día, equivalente a un 27%. Las 46 mujeres restantes que consumían menos de 7 cigarrillos al día representando el 73%. En el análisis de la variable de funcionalidad familiar

estudiada con el cuestionario FF-SIL clasificó al 71% (45 casos) de la población total como disfunción familiar y el 29% (18 casos) restante como funcionales.

Al realizar el cruce de variables de estas categorías, podemos observar que el 82% (14 casos) de la población es tabaquista mayor a siete cigarrillos día y son disfuncionales; solamente el 18% (3 casos) que a pesar de haber sido catalogados con tabaquismo mayor a 7 cigarrillos día fueron clasificados con funcionalidad familiar. El gran porcentaje restante, que es 83% (15 casos) de la muestra, fueron mujeres funcionales con tabaquismo menor a siete cigarrillos día; mientras, el 69% (31 casos) a pesar de haber sido catalogadas como disfuncionales, se observó que fumaban menos de siete cigarrillos día.

En la tercera columna de Tabla 1 describe las variables demográficas y de familia de las mujeres categorizadas con consumo de tabaco mayor a 7 cigarrillos/día y nos permite analizar los datos observando que la mediana de edad del total de población encuestada era de 17 años, con un cuartil 1 correspondiente a 35 años y un cuartil 3 correspondiente a 57 años. El 53% corresponde a una población con trabajo formal, que posee en un 65% una familia nuclear de las cuales son madres en el 94%, y de estas el 59% son solteras, el 71% cuentan con una familia menor a 4 miembros; presentaban una sola comorbilidad en un 82% y con una edad de inicio representada por mediana de 17 años. Estas solamente tenían una razón de inicio y una crisis para normativa en un 94% respectivamente.

Continuando con la otra variable principal, disfuncionalidad familiar, la mediana de edad está representada por 45 años, con un 64% de trabajo formal y que poseen una familia nuclear en un 69%, de las cuales el 91% eran madres y de estas el 62% eran solteras, poseían una familia menor a 4 miembros en un 67% y tenían solamente una comorbilidad en un 71%. Se registró una mediana de edad de inicio de uso de tabaco de 17 años, las cuales tenían una sola razón de inicio en un 86% y solamente una crisis para normativa en un 93%.

Finalmente, la tabla 2 nos permite hacer la relación de las variables tabaquismo mayor de 7 cigarrillos día con la variable disfunción familiar logrando hacer el respectivo análisis estadístico, el cual revela ***un odds ratio de 2.258***, con respecto a la variable disfuncionalidad familiar, con un análisis de límites de confianza al 95% que reporta un límite inferior de 0.5619 y un límite superior de 9.074, según la serie de Taylor (anexo 1). Además, el análisis estadístico reporta un chi cuadrado corregido de yates de 0.7271. Finalmente, se puede verificar un valor de p (a 2 colas) de 0.3938.

CAPÍTULO V. Discusión

El presente estudio muestra una población que estuvo expuesta al hábito tabáquico desde una edad tan temprana como los diez años, además de pertenecer al sector laboral con una familia menor a cuatro miembros, siendo en su mayoría madres solteras; Se evidenció una edad de inicio en el hábito tabáquico específicamente a los 17 años (mediana). Además, la población que presentó al menos algún grado de disfuncionalidad familiar no poseía un hábito tabáquico mayor a siete cigarrillos día. Se pudo relacionar que un porcentaje del total de la muestra si tenía disfunción familiar y fumaban más de siete cigarrillos al día en un 31%. Por tal motivo, las variables tabaquismo mayor a siete cigarrillos día y disfunción familiar no son dependientes una de la otra según, los resultados obtenidos.

Es importante tomar en cuenta que según lo evidenciado en la actualización de la literatura revisada para el presente estudio. Las intervenciones en atención primaria en los diferentes niveles de atención pueden significar una diferencia al momento de disminuir la población tabaquista⁽¹⁵⁾. Spencer et al ⁽¹⁵⁾, encontraron que, con un programa orientado a la formación de los profesionales, el porcentaje de fumadores que recibía intervención mínima para dejar de fumar pasaba del 17,1 al 48,3%. Esto indica que capacitar de una forma adecuada y dirigida al personal sanitario que está en contacto con la población fumadora sobre los diferentes abordajes que pueden ofertarse ayudaría a aumentar la tasa de pacientes que abandonan este hábito. Concientizar a los demás sobre el daño que esta enfermedad causa no sólo a nivel pulmonar, sino que también en los diferentes sistemas, acompañado de estrategias de intervención dirigidas y que contemplen el abordaje de género para el sector femenino es una de las apuestas que propone el *Women & Smoking Cessation Handbook* ⁽¹⁸⁾.

Conocer los diferentes factores que pueden estar implicados y que se encuentran en todo el contexto que rodea a la mujer ayudará a entender de qué manera

enfrentar las recaídas que serán esperadas en toda aquella persona que inicia con la cesación de este hábito. Realizar intervenciones breves o intensas dependerá de cada contexto en el que se desenvuelva el paciente, así como del nivel de dependencia que tenga.

Se ha estimado que los factores genéticos contribuyen aproximadamente en un 40-50% en el inicio del consumo de tabaco, en un 70-80% en el grado de dependencia del fumador y sobre un 50% en el éxito del tratamiento de deshabituación tabáquica [\(13\)](#).

Recordemos que la nicotina es una potente sustancia psicoactiva que, en apenas 10 segundos, tras ser inhalada, llega al cerebro, donde se une a los receptores colinérgicos nicotínicos, produciendo liberación de neurotransmisores, fundamentalmente dopamina, siendo esta una sustancia altamente adictiva y la interrupción de su consumo genera una serie de síntomas desagradables que constituyen el síndrome de abstinencia a la nicotina.

La OMS establece que el tratamiento de la dependencia al tabaco incluye intervenciones farmacológicas y conductuales (aisladas o combinadas), que abarcan desde el consejo breve hasta la intervención especializada con administración de fármacos, con el objetivo de reducir la dependencia al tabaco en los fumadores y en el conjunto de la población general [\(15\)](#).

La evidencia actual es que los tratamientos farmacológicos, el consejo sanitario y las terapias psicológicas intensivas son una ayuda eficaz e incluso imprescindible para algunas poblaciones de personas fumadoras [\(14\)](#).

Al realizar el cruce de las variables tabaquismo y funcionalidad familiar se observa que solamente 14 de los 45 casos que fueron categorizados con disfunción familiar presentaban tabaquismo mayor a siete cigarrillos día mientras

que 31 de los casos catalogados con disfunción familiar poseían tabaquismo menor a siete cigarrillos día. Mientras que 18 pacientes que fueron catalogados como funcionales cabe resaltar que 15 de ellos fumaban menos de siete cigarrillos al día y solamente 3 de ellos fumaban más de siete cigarrillos día.

Con los datos que se obtuvieron se procedió a realizar un contraste con la nueva literatura consultada en la cual se observó que la definición de familia es amplia, es considerada la estructura primordial en donde se van forjando los comportamientos de cada persona, que debido a su complejidad y por ser fuente rica de datos que nos indican como es el funcionamiento familiar, factores protectores y de riesgo, es necesario el utilizar diferentes instrumentos para la recolección de dicha información como lo es el FF-SIL, que faciliten conocer el entorno y los medios de apoyo con los que cuenta para poder enfrentar y sobrellevar situaciones que pueden o no ser parte de su desarrollo natural o ciclo vital, esto con el fin de generar o desarrollar estrategias de atención, prevención y promoción que permitan llegar a una funcionalidad familiar óptima [\(11.12\)](#).

A pesar de ser una droga legal, el tabaco no suele ser bien recibido dentro del sistema familiar ya que los niños y adolescentes pueden iniciar su consumo dentro del mismo, al existir un miembro adulto en la familia que consume tabaco, los demás miembros del sistema, independientemente de su edad, pueden observar e imitar la acción y ser el detonante de conflictos tantos orgánicos, psicológicos y familiares.

En un estudio realizado en la Universidad de Guayaquil por el departamento de psicología en octubre de 2020, en donde se aplicaba el cuestionario FF-SIL para la evaluación de los factores de riesgo familiar, en donde se utilizó como metodología la sistematización de experiencias, se evidenció que en la comunidad 5 de noviembre de la Parroquia de Pascuales en Guayaquil, lugar donde se habló con los representantes de cada familia y se les aplicó el Cuestionario de Percepción del Funcionamiento Familiar (FF-SIL) se observó que

requería ser complementado con otras técnicas e instrumentos en los procesos de evaluación de factores de riesgo familiares, como la entrevista semiestructurada con preguntas generadoras, para así crear o desarrollar una relación con la familia evaluada, haciendo una exploración más profunda, de los factores de riesgos detectados, ya que al conocer más a los miembros de esas familias la confianza demostrada permitió que las respuestas brindadas en el cuestionario fueran ampliadas para su análisis más completo.

El documento de consenso para la atención del tabaquismo en la población de España [\(14\)](#) menciona que este incrementa las desigualdades sociales en salud, ya que se va concentrando en poblaciones con ingresos y niveles educativos bajos, así como en personas con enfermedades psiquiátricas.

En el año 2006 se produjeron en España 53.155 muertes atribuibles al tabaquismo en individuos mayores de 35 años, lo que supone el 14,7% de todas las muertes ocurridas en el mismo. Una de cada 7 muertes ocurridas cada año en individuos mayores de 35 años en España es atribuible al consumo de tabaco (una de cada 4 en varones y una de cada 29 en mujeres) [\(14\)](#). Según El Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (PAPPS) de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria recomienda preguntar en cada visita por el consumo de tabaco a las personas mayores de 10 años y registrar el consumo en la historia clínica; esta debe de realizarse con una periodicidad mínima de una vez cada 2 años [\(14\)](#).

Uno de los instrumentos o herramientas que podemos implementar para realizar estas actividades preventivas es la entrevista motivacional ya que esta se centra en la persona fumadora, trata de ayudarla a desarrollar sus propias habilidades, para animarla de esta forma a realizar el cambio respectivo de su estilo de vida no saludable. Un metaanálisis de 14 ensayos clínicos aleatorizados ha mostrado que, comparada con el consejo breve o el cuidado habitual, la entrevista

motivacional incrementa las tasas de abandono del tabaco a los 6 meses en un 30% [\(14\)](#).

Establecer abordajes óptimos ante esta problemática ha llegado a plantear que se debe de realizar intervenciones en diferentes niveles para así lograr realizar acciones que frenen los daños que el hábito tabáquico conlleva en la población en general, por tal motivo se contemplan acciones en tres diferentes niveles. El nivel básico en el que se implementan las intervenciones breves que poseen una efectividad modesta (3-10%), pero su impacto poblacional y su coste-efectividad son altamente favorables y cuya intervención recomendada es de 3-10 minutos [\(15\)](#).

El Nivel intermedio II, consiste en realizar una intervención en consultas específicas, donde el profesional con perfil más adecuado es el médico con formación polivalente (médico de familia, internista, etc.) y formación específica en tabaquismo debido a que alguno de los tratamientos farmacológicos más eficaces como el bupropión son de prescripción médica [\(15\)](#). El objetivo que se pretenden es desarrollar de 3 a 6 sesiones de una duración variable de 10-30 min. Donde el período de seguimiento mínimo debe ser de al menos 6 meses. En este nivel se puede hacer uso tanto de tratamiento farmacológico si se amerita, como la validación de abstinencia con la medición mediante cooximetría del nivel de nicotina, así como de la evaluación sistemática de resultados, la cual debería de realizarse en los 6-12 meses desde que se realizó la primera intervención o desde que el paciente deje de fumar completamente.

El nivel III de intervención entra en juego cuando ha existido un fracaso, abandono o muchas recaídas de la persona tabaquista o estamos ante una dependencia severa a la nicotina, en este nivel según la OMS debe existir un especialista en deshabitación tabáquica quien será un profesional altamente

cualificado en el tema (experto) capacitado para tratar a fumadores, que es remunerado por ello y que no se oferta dentro de otro tipo de asistencia. Por tanto, lo que requiere expresamente el nivel especializado son «clínicos entrenados con recursos suficientes» [\(15\)](#).

En realidad, este tipo de intervención va destinada a dos grupos bien diferenciados: los fumadores crónicos (alta dependencia, con recaídas frecuentes, etc.) y los fumadores con características especiales, que pueden ser temporales o permanentes. Por ello una de las características del tratamiento especializado debe ser la duración intensa (superior a 30 min) y mantenida a lo largo del tiempo (al menos 6-8 sesiones en tres meses) con el objetivo de mejorar la tasa de abstinencia.

Considerando todas las implicaciones que conlleva el tabaquismo mejorar la comprensión y las actitudes aumentando la concienciación sobre la salud y la educación con especial énfasis en los efectos del tabaquismo en la salud de las mujeres, ayudaría a mejorar los abordajes que se realizan para el cese de este hábito. Un estudio transversal realizado en 250 mujeres adultas (≥ 18 años de edad) que asistían a las clínicas de atención en tres barrios marginales de Karachi, Pakistán demostró que la mayoría de las mujeres sabía que fumar tiene efectos adversos en la salud de las mujeres y los niños, pero el conocimiento de los efectos específicos sobre la salud era limitado, más de un tercio pensó que fumar disminuye el aburrimiento (39%), la tensión (38%) y también ayuda a relajarse (40%). Una gran proporción (48%) de las mujeres tenían el concepto erróneo de que fumar ayuda a reducir el peso [\(16\)](#).

Un estudio realizado por el British Journal of General Practice, en Agosto de 2013 en Escocia sobre tabaquismo femenino y la carga hospitalaria a futuro, demostró que la mortalidad por todas las causas aumentó en las mujeres que han fumado

<15 cigarrillos diarios (riesgo ajustado razón = 1,99, intervalo de confianza [IC] del 95 % = 1,74 a 2,27) y los que fumaban \geq 15 cigarrillos diariamente (HR ajustado = 2,81, IC del 95 % = 2,47 a 3,20). Fumar cualquier cantidad aumentaba la muerte por cáncer, circulatorio, respiratorio y otras causas. Dicho estudio concluyó que el tabaquismo en jóvenes mujeres aumenta el riesgo a largo plazo de todas las causas de mortalidad, muerte por una variedad de causas específicas, y posterior admisión hospitalaria (en general, para una variedad de diferentes condiciones graves y la duración total de la estancia) [\(17\)](#).

Es sabido que tanto la adicción al tabaco como el número de recaídas aumenta en la población femenina, condicionado tanto por factores fisiológicos como psicosociales, esto se evidenció cuando se estudió la población veterana de guerra que fumaban y que deseaban dejar el hábito. El cual evidencio que las tasas generales de tabaquismo entre las mujeres continúan disminuyendo (quizás debido a una mayor conciencia de los peligros de fumar), pero la tasa de abandono entre las mujeres es consistentemente más bajas que las de los hombres, lo que indica una mayor necesidad de esfuerzos para dejar de fumar para las mujeres [\(18\)](#).

El tabaco está relacionado con el 90% de las enfermedades pulmonares entre las mujeres, como por ejemplo la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) mata a más mujeres que el cáncer de mama anualmente, con casos recién diagnosticados de EPOC aumentando tres veces más rápido en las mujeres que en los hombres [\(18\)](#).

Se ha demostrado que fumar está directamente relacionado con el 80% de las muertes por cáncer de pulmón, superando el cáncer de mama como la principal causa de muerte por cáncer entre las mujeres. Estos datos también sugieren una relación causal entre fumar y cáncer colorrectal y cáncer de hígado. Además de

considerarse de que puede estar asociado con el desarrollo y la progresión de varios cánceres específicos femeninos, como el cáncer de cuello uterino, de ovario, de vulva y de mama [\(18\)](#).

Además, se observa una posible asociación entre fumar y un aumento de las tasas de depresión, ansiedad y abuso de sustancias entre mujeres militares, particularmente aquellas en servicio activo. Las comorbilidades psicológicas pueden complicar los esfuerzos para dejar de fumar, ya que las mujeres pueden fumar como método para sobrellevar la angustia emocional; parecen tener una tasa más alta de metabolismo de la nicotina, lo que lleva a un mayor uso, y pueden ser más sensibles que los hombres a diferentes comportamientos.

Es por ello que entre las intervenciones que como personal de salud podemos realizar se encuentran la de proporcionar educación para dar a conocer los motivos específicos que presentan por género los pacientes para dejar de fumar, así como, realizar prevención, para mejorar salud reproductiva y de esta forma reducir los riesgos de otros tipos de cáncer, todas estas intervenciones acompañadas de un programa de salud mental podría significar un mayor éxito para el abandono del tabaco, este abordaje puede realizarse mediante intervenciones efectivas las cuales pueden ser breves (3-5 minutos) o intensivas (más de 10 minutos) [\(18\)](#).

Entre las limitantes encontradas en el presente estudio tenemos que: El tamaño de la muestra es menor al esperado, ya que diversos factores como la pandemia redujeron notablemente la asistencia de los pacientes a la consulta externa. No se pudo establecer una comparación, debido a que la muestra no registro mujeres no tabaquistas, por lo que no se pudo hacer el contraste de las condicionantes que se estudiaron en la población encuestada, además, al no haber utilizado el instrumento en el total de la población no se logró establecer

prevalencia. Es importante mencionar que el núcleo de investigación no encontró estudios previos que se hayan desarrollado en el país. Finalmente consideramos importante mencionar que durante las entrevistas, para obtener consentimiento informado se evidenció el temor a externar información debido al estigma social que este hábito conlleva en la mujer; lo cual redujo la facilidad para la obtención de los datos y la participación en el estudio de más población. Es de hacer notar que se había establecido un rango de edad a tomar en cuenta, pero debido a la poca afluencia de pacientes que se tuvo en los horarios en los que se llevaron a cabo las encuestas, se obtuvo una población con un rango mínimo de edad de 22 años, así como un rango máximo de edad de 73 años.

Con respecto a la fortaleza del estudio podemos mencionar: Que el estudio permite identificar la funcionalidad familiar en el grupo de tabaquista estudiadas, además de consideramos que el estudio es una primera aproximación a relacionar las variables de tabaquismo severo con la disfunción familiar, a pesar de la poca muestra fue reducida con el registro de información obtenido en el presente estudio se logró reconocer las Características sociodemográficas asociadas al consumo de tabaco en la mujer. Es importante recalcar que este será una fuente de datos de los cuales puede partir en un futuro alguna otra investigación relacionada para que se tomen en cuenta los factores a considerar y así permita la obtención de una información más amplia.

CAPÍTULO VI. Conclusiones

- La prevalencia del tabaquismo no pudo ser demostrada.
- La caracterización sociodemográfica asociada al consumo de tabaco se puede sintetizar en mujeres jóvenes, que consumen más de siete cigarrillos al día, que se encuentran laborando en el sector formal, pertenecen a una familia nuclear, son madres y además están solteras, poseen una familia menor a cuatro miembros, padecen de una sola comorbilidad, e iniciaron el hábito tabáquico en el 50% de los casos a los 17 años, por influencia de amigos principalmente. La correlación por medio de una relación matemática entre funcionalidad familiar y tabaquismo, no quedó demostrada.
- Las crisis paranormativas de origen económico fueron las más comunes. (deudas y pérdida de empleo).

CAPÍTULO VII. Recomendaciones

- Proporcionar seguimiento y apoyo multidisciplinar con el equipo de salud mental y médicos de atención primaria a aquellas pacientes identificadas con el hábito tabáquico y disfunción familiar, estableciendo grupos debidamente capacitados en los diferentes niveles de atención dando un abordaje de género a los programas de cesación existentes para obtener un mejor resultado en las intervenciones breves o intensivas que deben realizarse dependiendo de la severidad del hábito detectado.
- Crear programas de intervención con abordaje multidisciplinario, a toda la población desde la pre adolescencia que identifiquen de manera temprana los factores de riesgo que propician el inicio de este hábito, al mismo tiempo realizar intervenciones oportunas en las mujeres desde la preconcepción para la prevención y el cese del tabaco creando conciencia del aumento de los riesgos gineco-obstétricos que pueden presentarse en el proceso de su gestación.

CAPÍTULO VIII. Referencias

1. González Rodríguez R, Cardentey García J. Funcionamiento familiar en pacientes con hábito tabáquico. Revista Archivo Médico de Camagüey [Internet]. 2015 Dec 1 [cited 2022 May 5]; 19(6):599–607. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552015000600006&lng=es.
2. Fuentes Aguilar AP, Merino Escobar JM. VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR. Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP [Internet]. 2016 Aug 1 [cited 2022 May 6]; 14(2):247–83. Available from: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612016000200003&lng=es&nrm=iso
3. Roche, G, Varona Pérez, Patricia, Hernández Sánchez, Mariela, Chang, Gorbea B, Rosa. Influencia familiar en el tabaquismo de los adolescentes. Revista Cubana de Higiene y Epidemiología [Internet]. 2022 [cited 2022 May 5]; 46(3). Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032008000300009&lng=es.
4. García EC. La Función De La Mujer En La Familia. Principales Enfoques Teóricos. Aposta Revista de Ciencias Sociales [Internet]. 2008 [cited 2022 May 5];(36):1–21. Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=495950229003>.
5. De La Rosa L, Otero M. Tabaquismo en la mujer: consideraciones especiales. Trastornos Adictivos [Internet]. 2004 Apr 1 [cited 2022 May 5]; 6(2):113–24. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-articulo-tabaquismo-mujer-consideraciones-especiales-13059445>
6. Satcher D. DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE EE.UU. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud

Oficina sobre el Fumar y la Salud [Internet]. Available from: <https://www.cdc.gov/spanish/tabaco/Spanishwom03.pdf>

7. Delgado-Quiñone EG, Martín del Campo-Guzmán VM. Relación entre percepción de funcionalidad familiar y dependencia a la nicotina en jóvenes fumadores de 15 a 24 años. Rev Med MD. 2015; 6.7 (4):253-257

8. Becoña E, Vázquez FL. Las mujeres y el tabaco: características ligadas al género. Revista Española de Salud Pública [Internet]. 2000 Feb 1 [cited 2022 May 5];74(1). Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272000000100003&lng=es.

9. Nerín I. El tabaquismo en la mujer: una atracción fatal. Archivos de Bronconeumología. 2005 Jul; 41(7):360–2.

10. Riesco Miranda JA, Solano Reina S, Jiménez Ruiz CA, Esquinas López C, Serrano Rebollo JC, de Granda Orive JI. Presente y futuro del Área de Tabaquismo de la SEPAR. Archivos de Bronconeumología. 2009 Jan;45:16–20.

11. Naula Naula MM. Consumo de alcohol, tabaco, marihuana en adolescentes escolarizados de la parroquia Solano y los factores psicosociales asociados, 2018. dspaceuazuayeduec [Internet]. 2019 [cited 2022 May 6]; Available from: <https://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/8728>

12. Coronel Reyes DI, García Muñoz VV. Análisis de la aplicación del Cuestionario de Percepción del Funcionamiento Familiar (FF-SIL) en la evaluación de factores de riesgo familiar. repositoriougeduec [Internet]. 2020 [cited 2022 Jun 11]; Available from: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/52889>

13. Verde Rello Z, Santiago Dorrego C. Genética del tabaquismo. Medicina Clínica. 2013 Jan; 140(2):66–7.

14. Camarelles Guillem F, Dalmau González-Gallarza R, Clemente Jiménez L, Díaz-Maroto Muñoz JL, Lozano Polo A, Pinet Ogué MC. Documento de consenso para la atención clínica al tabaquismo en España. *Medicina Clínica*. 2013 Mar;140(6):272.e1–12.
15. Córdoba-García R, de la Puerta IN. Niveles de intervención clínica en tabaquismo. ¿Son necesarias las consultas específicas en atención primaria? *Medicina Clínica*. 2002 Jan; 119(14):541–9.
16. Bhanji S, Andrades M, Taj F, Khuwaja AK. Factors related to knowledge and perception of women about smoking: a cross sectional study from a developing country. *BMC Women's Health*. 2011 May 24; 11(1).
17. Iversen L, Fielding S, Hannaford PC. Smoking in young women in Scotland and future burden of hospital admission and death: a nested cohort study. *British Journal of General Practice*. 2013 Aug;63(613):e523–33.
18. Affairs UD of V. Women & Smoking Cessation Handbook: A Resource for Providers [Internet]. webcache.googleusercontent.com. [cited 2022 Jul 4]
19. Hernández B, Velazco-Mondragón H. Encuestas Transversales. *Salud Pública de México*. Septiembre- Octubre 2000. Vol 42 (5):447-55.
20. Hurtado LH de, adm. Relación entre tabaquismo y principales enfermedades no transmisibles en El Salvador [Internet]. *Revista Alerta*. [cited 2022 Aug 3]. Available from: <https://alerta.salud.gob.sv/relacion-entre-tabaquismo-y-principales-enfermedades-no-transmisibles-en-el-salvador/>

CAPÍTULO IX. Anexos

Odds Ratio

Cálculos basados en Odds y Límites de Confianza			
Cálculos de puntos		Límites de confianza	
Tipo	Valor	Inferior, Superior	Tipo
Odds Ratio CMLE*	2.231	0.5807, 11.01 ¹	Mid-P exacto
		0.5066, 13.94 ¹	Exacto de Fisher
Odds Ratio	2.258	0.5619, 9.074 ¹	Series de Taylor
Fracción etiológica en pob (FEp OR)	17.33%	-6.227, 40.89	
Fracción etiológica en expuestos (FEe OR)	55.71%	-77.96, 88.98	
*Estimador de máxima verosimilitud de Odds Ratio			
<p>(P) indica un valor P de una-cola para la asociación positiva o negativa. De otra forma, los valores P exactos de una cola son para una asociación positiva. Martin D, Austin H (1991) Un programa</p>			

eficaz para calcular el estimador de máxima verosimilitud y los límites de confianza exactos para una odds ratio común. Epidemiología 2, 359-362.

° &supl; Test de exclusión por límites de confianza al 95% de 0 a 1, como se indica

P-values < 0.05 and confidence limits excluding null values (0,1, or [n]) are highlighted.

Chi Cuadrado

Medidas de asociación exactas y chi cuadrado		
Prueba	Valor	Valor-p (2-cola)
Chi cuadrado sin corrección	1.362	0.2440
Chi cuadrado corregida de Yates	0.7271	0.3938
Chi cuadrado de Mantel-Haenszel	1.34	0.2478
Exacto de Fisher		0.3982
Mid-p exacto		0.2638
Al menos un valor esperado (fila total*columna total/gran total) es <5		
Se recomiendan test exactos de Fisher o Mid-p en vez de chi cuadrado		

Intervalo de Confianza

Estimador basado en el riesgo* e Intervalos de confianza al 95%				
Cálculos de puntos	de		Límites de confianza	de
Tipo		Valor	Inferior, Superior	Tipo
Riesgo en Expuestos	en	82.35%	58.16, 94.62	Series de Taylor
Riesgo en No Expuestos	No	67.39%	52.91, 79.2	Series de Taylor
Riesgo Total		71.43%	59.23, 81.16	Series de Taylor
Razón de Riesgo	de	1.222	0.9071, 1.646 ¹	Series de Taylor
Diferencia de Riesgo	de	14.96%	-7.663, 37.59°	Series de Taylor
Fracción etiológica pob (FEP)	en	5.652%	-3.36, 14.66	
Fracción etiológica expuestos (FEE)	en	18.17%	-10.24, 39.26	

Encuesta

ESCUELA DE POSGRADO UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

La presente encuesta tiene como finalidad recolectar datos relacionados al “Tabaquismo femenino y su influencia en la funcionalidad familiar”, es de carácter confidencial y se utilizarán los datos obtenidos con el fin de completar el estudio presentado para optar al título de Especialista en Medicina Familiar. Por favor complete con una “X” las casillas que se detallan a continuación. Al realizar esta encuesta usted acepta los términos para lo cual se utilizarán las respuestas proporcionadas.

Marque con una X

Parte 1. Caracterización.

Edad	20-29		Miembro de la familia	madre	
	30-39				
	40-49			hija	
	50-59				
	Más de 60			Abuela	
Ocupación	Trabajo informal o formal		Estado civil	Soltera	
	ninguno			Casada/acompañada	
					Viuda
Tipo de familia	Nuclear		Número de miembros	2	
				3	
				4	

			5
	extensa		6 o más

Parte 2. Comórbidos

Diabetes		Enfermedad tiroidea	
Hipertensión arterial		Asma	
Cáncer		EPOC	
Otra			

Parte 3. Sobre el tabaquismo

Edad de inicio	Adolescente	
	18-29 años	
	30 o más	
Razón de inicio	familiar fumador	
	amigos fumadores	
	depresión	
	estrés	

Parte 4. Sobre crisis paranormativas

¿Ha presentado alguna de estas situaciones?

Divorcio	Enfermedades de transmisión sexual
Desmembramiento (abandono de hogar de algún miembro)	Deudas

Desmoralización Embarazos no deseados.	Pérdida de empleo
	Conductas delictivas

Cuestionario FF-SIL

	SITUACIÓN	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Fuchas veces	Casi siempre
1	Las decisiones importantes se toman en conjunto.					
2	En mi casa predomina la armonía.					
3	En mi casa cada uno cumple sus responsabilidades.					
4	Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana					
5	Nos expresamos sin insinuaciones, en forma clara y directa					
6	Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.					
7	Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles.					
8	Cuando alguno de la familia tiene un problema los demás lo ayudan.					
9	Se distribuyen las tareas de manera que nadie esté recargado.					
10	Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.					
11	Podemos conversar diversos temas sin temor.					
12	Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas.					
13	Los intereses y necesidades de cada uno son respetados por toda la familia.					
14	Nos demostramos el cariño que nos tenemos.					

Casi siempre	5
Muchas veces	4
A veces	3
Pocas veces	2
Casi nunca	1

Diagnóstico del funcionamiento familiar según puntuación total de la prueba FF-SIL	
Funcional	De 70 a 57 puntos
Moderadamente funcional	De 56 a 43 puntos
Disfuncional	De 42 a 28 puntos
Severamente disfuncional	De 27 a 14 puntos

Puntuación _____ Diagnóstico: _____

cualquier momento de dicho proceso sin que esto afecte de ninguna manera la continuidad de mi atención.

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente: _____

DUI# _____

Fecha: _____

Si es Analfabeto: (Un testigo firmará el presente consentimiento informado)

He sido testigo de la lectura exacta del documento del cual será participante y confirmo que el individuo ha dado su consentimiento libremente.

Nombre de Testigo

Firma del Testigo: _____

DUI# _____

Fecha: _____

Huella del participante: _____

Nombre del Investigador: _____

Firma del Investigador: _____

Fecha: _____

Ha sido proporcionado al participante una copia de este documento de Consentimiento Informado. _____ (iniciales del investigador).