



BUAP

Facultad de Medicina

Unidad Receptora de Residentes

“Determinación del nivel de dependencia a la nicotina en el género femenino fumador de la U.M.F. No. 2 IMSS Puebla.”

Tesis para obtener el Diploma de Especialidad en Medicina Familiar.

Presenta:

Dra. María Lourdes Gutiérrez Vázquez

Director

Dra. Rosa María Parra Arias



H. Puebla de Z. Noviembre 2018



Facultad de Medicina

Unidad Médico familiar no. 2

**“DETERMINACION DEL NIVEL DE DEPENDENCIA A LA
NICOTINA EN EL GÉNERO FEMENINO FUMADOR DE UMF
No. 2 PUEBLA”**

**Tesis para obtener el Diploma de Especialidad en
MEDICINA FAMILIAR**

Presenta:

Dra. María Lourdes Gutiérrez Vázquez

Asesor experto:

Dra. Rosa María Parra Arias
Médico Familiar
Médico Adscrito UMF no. 2 IMSS Puebla



No. De registro: R-2017-2103-17

NOVIEMBRE 2018

AUTORIZACION DE LA TESIS

Este trabajo fue realizado en la Unidad de Medicina Familiar No. 2 bajo la dirección de la Dra. Rosa María Parra Arias, con el título: "Determinación del nivel de dependencia a la nicotina en el género femenino fumador de la UMF No. 2 Puebla" de la Dra., María Lourdes Gutiérrez Vázquez, hago constar que he revisado el contenido científico, estructural y metodológico por lo que autorizamos su impresión.

ATENTAMENTE

Dra. Rosa M. Parra Arias
Medico familiar
Mat. 11672382 C. Esp. 3500453



Dra. Rosa María Parra Arias
Médico Familiar UMF. 2



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud **2103** con número de registro **17 CI 21 114 023** ante COFEPRIS

U MED FAMILIAR NUM 2, PUEBLA

FECHA **10/07/2017**

DRA. ROSA MARIA PARRA ARIAS

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

CLASIFICACION DEL NIVEL DE DEPENDENCIA A LA NICOTINA EN EL GÉNERO FEMENINO FUMADOR DE UMF No. 2 PUEBLA

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2017-2103-17

ATENTAMENTE

DR.(A). JOSÉ DAVID LÓPEZ BORBOLLA

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 2103

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
"FACULTAD DE MEDICINA"
RECIBIDO
14 AGO 2017
SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN
Y ESTUDIOS DE POSGRADO

DEDICATORIA

A mi familia, pilar de mi existencia, que trabaja hombro a hombro conmigo, gracias por hacer esto posible, por confiar y creer en mí, por todo su amor y comprensión.

AGRADECIMIENTO

A dios por ser mi guía y apoyo en todos los momentos de incertidumbre, que han sido muchos en estos tres años.

A mi madre, por haberme dado la vida, por aceptarme con todos mis defectos, que son muchos, por ayudarme a concluir un proyecto más juntas, gracias a ti por enseñarme que la competencia es siempre conmigo misma; Te amo con todo mi corazón, la vida entera no me alcanzara nunca para agradecerte todo lo que haces por nosotros.

A mi padre, por todo su trabajo, por ser siempre un hombre responsable, íntegro y trabajador, gracias papá por ser mi ejemplo, por darme las bases para llegar hasta aquí.

A Fer, por todas esas guardias juntos, por ser mi príncipe encantador.

A Mathias por llegar a nuestras vidas, por completar nuestra familia, por llenar de alegría nuestras vidas.

Al instituto Mexicano del Seguro Social, por darme la oportunidad de aprendizaje en toda mi formación académica.

A Dra. Rosa María Parra Arias por toda su paciencia y tolerancia.

A todos mis profesores, mi más profundo agradecimiento y reconocimiento por ser guías y formadores de profesionistas capaces de enfrentar cualquier reto, con responsabilidad.

ÍNDICE	PÁGINA
1. RESUMEN	8
2. ANTECEDENTES	10
2.1. ANTECEDENTES GENERALES	14
2.2. ANTECEDENTES ESPECÍFICOS	20
17	
3. JUSTIFICACIÓN	23
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	24
5. HIPÓTESIS	25
6. OBJETIVOS	26
6.1. OBJETIVO GENERAL	26
6.2. OBJETIVOS PARTICULARES	26
7. MATERIAL Y MÉTODOS	27
7.1. DISEÑO DEL ESTUDIO	27
7.2. UBICACIÓN ESPACIO –TEMPORAL	27
7.3. ESTRATEGIA DE TRABAJO	27
7.4. MUESTREO	28
7.4.1. DEFINICIÓN DE LA UNIDAD DE POBLACIÓN	28
7.4.2. SELECCIÓN DE LA MUESTRA	28
7.4.3.CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LAS UNIDADES DE	
MUESTREO	
7.4.3.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	29
7.4.3.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	29

7.4.3.3. CRITERIOS DE ELIMINACIÓN	29
7.4.4. DISEÑO Y TIPO DE MUESTREO	29
7.4.5. TAMAÑO DE LA MUESTRA	33
7.5. DEFINICIÓN DE VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN	30
7.6. MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	33
7.7. TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS	33
7.8. ANÁLISIS DE DATOS	33
8. BIOÉTICA	34
9. RESULTADOS	35
10. DISCUSION	44
11. CONCLUSIONES	45
12. PROPUESTAS	46
13. BIBLIOGRAFÍA	47
14. CONSENTIMIENTO INFORMADO	50
15. ANEXOS	53

1.- RESUMEN:

“DETERMINACION DEL NIVEL DE DEPENDENCIA A LA NICOTINA EN EL GÉNERO FEMENINO FUMADOR DE UMF No. 2 PUEBLA.”

Dra. Gutierrez Vazquez Maria Lourdes, Dra. Parra Arias Rosa Maria

INTRODUCCION: La Nicotina es una droga sumamente adictiva que genera efectos psicoactivos gratificantes incluso en dosis muy bajas, las respuestas individuales incluida la sensibilidad es sumamente variable, la exposición a edades tempranas se asocia a una dependencia más grave, en las mujeres los aspectos sensoriales del tabaco ejercen una influencia más fuerte que en los hombres y son mayores las dificultades que afrontan al buscar abandonar el tabaco.

OBJETIVO GENERAL: Determinar el nivel de dependencia a la nicotina en derechohabientes del género femenino fumadoras de la UMF No. 2 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Puebla.

MATERIAL Y METODO: se realizó un estudio Transversal, descriptivo, prospectivo, homodémico, se incluye a 122 mujeres de entre 9 y 99 años de edad, fumadoras todas, derechohabientes de la Unidad Medico Familiar numero 2 IMSS Puebla, se identificó y seleccionó a la población de estudio de acuerdo a los criterios de inclusión, se aplicó Test de Fagerstrom el cual consta de seis ítems, y cuyo puntaje obtenido establece dependencia alta, moderada o baja a la nicotina según sea el caso, se realiza análisis estadístico de los resultados mediante el programa SPSS, Versión 22, utilizando estadística descriptiva.

RESULTADOS: Del 100% (n=122) de la población estudiada, se determina que 54.9 % (n:67) tienen una dependencia BAJA a la nicotina, 41.8 % (n: 51) dependencia MODERADA y solo 3.3 % (n:4) reportan dependencia ALTA a la nicotina; La población estudiada tiene como mínimo de edad 17años y un máximo de 83 años, el estado civil que predomina es el de solteras con un 39.3 % (n:48), 36.1% (n:44) casadas, en unión libre 21.3% (n:26), divorciadas 1.6% (n:2), de igual forma 1.6% (n:2) son viudas, en cuanto al nivel de estudios, predomina el nivel secundaria con un 49. 2% (n:60), preparatoria 27.9 % (n:34), primaria 13.9% (n:17), solo 11 participantes (9%) tiene como escolaridad Licenciatura, en cuanto a su ocupación en la población 23.8 % (n:28) son amas de casa, seguido de un 23% (n:28) son obreras, 9.8% (n:12) realizan venta de productos múltiples, la ocupación que reporta el menor porcentaje (0.8%) es una Enfermera.

CONCLUSION: En nuestra investigación se concluye que en las mujeres de entre 9 y 99 años de edad, fumadoras todas, derechohabientes de la Unidad Medico Familiar Numero 2 IMSS Puebla, existe un porcentaje de 54.9 % con dependencia Baja y 41.8 % con dependencia Moderada, es decir un gran porcentaje de mujeres fumadoras son susceptibles de intervención para dejar de

fumar. DETERMINATION OF LEVEL OF DEPENDENCE ON NICOTINE IN THE FEMALE SMOKING GENDER OF UMF No. 2 PUEBLA."

Dra. Gutiérrez Vázquez María Lourdes, Dra. Parra Arias Rosa María

INTRODUCTION: Nicotine is a highly addictive drug that generates rewarding psychoactive effects even at very low doses, individual responses including sensitivity is highly variable, exposure at an early age is associated with a more serious dependence, in women the sensory aspects of the tobacco exert a stronger influence than in men, and the difficulties they face in trying to quit tobacco are greater.

GENERAL OBJECTIVE: Determine the level of dependence to nicotine on female beneficiaries smokers of the UMF No. 2 of the Mexican Institute of Social Security, Puebla Delegation.

MATERIAL AND METHOD: a cross-sectional, descriptive, prospective, homodemic study was carried out, including 122 women between 9 and 99 years old, all smokers, beneficiaries of the Family Medical Unit number 2 IMSS Puebla, identified and selected the study population according to the inclusion criteria, Fagerstrom Test was applied, which consists of six items, and whose score obtained establishes high, moderate or low dependence on nicotine, as the case may be, statistical analysis of the results is carried out using the SPSS program, Version 22, using descriptive statistics.

RESULTS: Of the 100% (n = 122) of the population studied, it is determined that 54.9% (n: 67) have a LOW dependence on nicotine, 41.8% (n: 51) MODERATE dependence and only 3.3% (n: 4)) report HIGH dependence on nicotine; The population studied has a minimum age of 17, a maximum of 83 years, the marital status that predominates is that of single women with 39.3% (n: 48), 36.1% (n: 44) married, in free union 21.3% (n: 26), divorced 1.6% (n: 2), likewise 1.6% (n: 2) are widows, in terms of educational level, the secondary level predominates with 49.2% (n: 60), 27.9% preparatory (n: 34), 13.9% primary (n: 17), only 11 participants (9%) have a Bachelor's degree, as regards their occupation in the population 23.8% (n: 28) are housewives, followed by 23% (n: 28) are workers, 9.8% (n: 12) sell multiple products, the occupation that reports the lowest percentage (0.8%) is a nurse.

CONCLUSION: In our investigation it is concluded that in women between 9 and 99 years of age, all smokers, beneficiaries of the Family Medical Unit number 2 IMSS populate, there is a percentage of 54.9% with Low dependency and 41.8% with Moderate dependence, that is, a large percentage of women smokers are susceptible to intervention to stop smoking.

2. ANTECEDENTES CIENTÍFICOS:

2.1.- ANTECEDENTES HISTORICOS:

El tabaco es una planta de la familia de las solanáceas, originaria de América, de raíz fibrosa, tallo de cinco a doce decímetros de altura, vellosa y con médula blanca, hojas alternas, grandes, lanceoladas y glutinosas, flores en racimo, con el cáliz tubular y la corola de color rojo purpúreo o amarillo pálido, y fruto en cápsula cónica con muchas semillas menudas; toda la planta tiene olor fuerte y es narcótica. (1)

La utilización de las hojas de tabaco se remonta a las antiguas civilizaciones del continente americano, de donde es originaria esta planta. Básicamente se utilizaba con fines religiosos y curativos. Se cosechaban en estado silvestre dos especies la Nicotiana Rustica cuyo cultivo tenía lugar en México, en Este de América, y Canadá, es una hoja estrecha con un alto contenido de nicotina y tan amarga que se fumaba en pipa y se utilizaba junto con otras plantas en la famosa pipa de la Paz, otra planta era LA Nicotiana tabacum mucho más suave que la anterior que es la que ha dado lugar a diferentes variedades de tabaco. (2)

Gonzalo Fernández de Oviedo relata: Usaban los indios de esta isla Española entre otros vicios uno muy malo, que es tomar unas ahumadas, que ellos llamaban tabaco, para salir de sentido, esta hierba tenían los indios por cosa muy preciada y la criaban en sus huertos de labranzas para el efecto que es dicho dándose a entender que este tomar de aquella hierba y sahumero no tan solamente les era cosa sana, sino muy santa cosa.(2)

Entre los pueblos precolombinos, los que han dejado un mejor registro de la utilización del tabaco son los mayas, cuyas estelas y grabados nos permiten saber cómo este pueblo hace 1500 años consideraba fumar un carácter religioso y ceremonial, para los mayas de Yucatán el tabaco enrollado simboliza una serie de acontecimiento de la naturaleza. (2)

También utilizaban el tabaco como vehículo de rituales de adivinación, se frotaba la pierna con la saliva obtenida masticando tabaco, si los músculos se movían indicaba una respuesta afirmativa. A finales del siglo XII, los aztecas invadieron el territorio maya y asimilaron la costumbre de fumar tabaco. (2)

Sin embargo, consideraron el fumar más con carácter social que religioso, ya que centraron su atención en el refinamiento de los utensilios de fumar, también usaron el tabaco como un remedio casi universal contra el asma, la fiebre, las convulsiones, las heridas producidas por mordeduras de animales, para los

problemas digestivos y las enfermedades de la piel y los ojos. Utilizaban el tabaco para combatir el cansancio, dolores dentarios y de parto, (2)

Cuando los europeos descubrieron América, los indígenas americanos hacían uso del tabaco desde tiempo inmemorial, sus adivinos y sacerdotes aspiraban el humo por la boca, con ayuda de un largo tubo, para pronosticar los resultados de alguna empresa.(2)

Fue introducido en Europa a fines del siglo XV y esencialmente durante el siglo XVI, por viajeros que regresaban de la Madre Patria, las semillas del tabaco fueron llevadas por Fray Román Pane a España en 1518 por los portugueses a su tierra, y a Japón en 1573 por el nuncio papal, Prospero Santacroce Publicola a Lisboa a Italia y por Walter Raleigh a Inglaterra en 1556. (2)

Jean Nicot de Villemain, embajador de Francia ante la corte portuguesa, envió en 1560 a la Reina Madre de su país, Catalina de Medici esta hierba codiciada, cuyas virtudes medicinales había comprobado. De este modo el empleo del tabaco se puso de “moda”, gracias al ejemplo que daban la propia Reyna y el gran prior Francisco de Lorena.(2)

Por eso se dieron al vegetal los nombres de Nicotiana, hierba de la Reina o hierba de Prior, su nombre botánico NICOTIANA TABACUM, y el de su nefasto alcaloide NICOTIANA, provienen del apellido Nicot. (2)

Los primeros dibujos de esta planta aparecieron en una publicación del médico sevillano Nicolás Monardes en las relaciones de Fray Sndres Thevet (1575) y en el célebre tratado botánico de Charles de l’Ecluse. Por su parte Joseph Pitton de Tournefort estableció el género vegetal al que pertenece, en su clasificación de las plantas basada en la corola de las flores.(2)

La estudio también Linneo en su sistema de clasificación de las plantas con base en los órganos sexuales, colocándola en la familia de las solanáceas. Respecto al tabaco, el doctor Francisco Hernández, protomédico de Nueva España de 1571 a 1577 en el capítulo CIX de su “Historia Natural de Nueva España” bajo el título de “Del Picyetl o hierba yetl” escribió lo siguiente: El yetl es una hierba de raíz corta delgada y fibrosa de donde nacen tallos de cinco o más palmos de largo, vellosos desordenados y lisos, hojas anchas oblongas y hasta cierto punto parecidas a las del lampazo, flores semejantes a las del beleño, que dejan cuando caen, capsulas llenas de semillas, llaman los Haitianos a esta planta Tabaco, (y de ellos se transmitió el nombre no solo a los indios, sino también a los españoles) por que se mezclaba a los sahumeros, que igualmente llamaban tabacos, algunos lo llamaban hierba sagrada, y otros nicociana, sus propiedades son bien conocidas, las hojas puestas a secar, envueltas luego en forma de tubo introducidas en

cañutos o en canales de papel, encendidas por un lado, aplicadas por el otro a la boca o a la nariz, y aspirando el humo con boca, y nariz cerradas para que penetre el vapor hasta el pecho, provocan admirablemente la expectoración, alivian el asma como por milagro, la respiración difícil y las molestias consiguientes.(2)

Además, se embota el sentido de las penas y trabajos e invade por completo el ánimo como un reposo de todas las facultades que podría llamarse una casi embriaguez. El polvo de las hojas aspirado y tomado por la nariz hace que no se sientan los azotes ni los suplicios de cualquier género, incrementa el vigor y fortalece el ánimo para sobrellevar los trabajos. (3)

En 150 años luego de que Colon halló las extrañas hojas en el Nuevo Mundo, el tabaco fue usado en todo el mundo, su rápida diseminación y amplia aceptación, es lo que caracteriza a la adicción a la planta, solo el modo de administración ha cambiado, en el siglo XVIII en rabe ejercía su dominio, en el siglo XIX, fue la edad del cigarro, en el siglo XX vio el ascenso del cigarrillo manufacturado y con él un gran incremento en el número de fumadores, al comienzo del siglo XXI, cerca de un tercio de los adultos del mundo incluyendo un creciente número de mujeres consume tabaco.(4)

A pesar de miles de estudios que muestran que el tabaco, en todas sus formas, asesina a sus consumidores y también a los no consumidores expuestos, la gente continúa fumando y las muertes por consumo del tabaco continúan creciendo. (4)

Durante la Primera Guerra Mundial aumentó de forma notable el hábito de fumar, y en especial la costumbre de fumar cigarrillos. El comandante en jefe de las tropas norteamericanas cablegrafió a Washington el siguiente texto: «el tabaco es tan indispensable como la ración diaria, necesitamos miles de toneladas de él sin demora».(1)

Estas palabras son lo suficientemente demostrativas para alarmarnos sobre el signo distorsionante bajo el cual nació el siglo XX, que, envuelto en plena conflagración mundial reclamaba al tabaco en un plano de necesidad similar al de los alimentos.(1)

A pesar que desde hace siglos ha habido partidarios y detractores del tabaco, es a partir de los años cincuenta del siglo XX cuando distintos estudios epidemiológicos bien controlados demuestran el claro incremento del riesgo para la salud que tienen los fumadores(1).

En 1956 la OMS declara que el tabaco es la primera causa previsible o evitable de muerte precoz. En 1962, un informe del Real Colegio de Médicos de Londres expone una mayor tasa de mortalidad por cáncer de pulmón en los fumadores de

cigarros. En 1964 aparece el informe Terry (encargado por Kennedy) donde se pone de manifiesto que la mortalidad general es en los fumadores casi el doble que en los no fumadores.(1)

2.2 ANTECEDENTES GENERALES:

Fumar es el acto de inhalar y exhalar el humo producido al quemar tabaco, el abuso excesivo de esta acción conduce al tabaquismo, el poder adictivo del tabaco se debe a su contenido de nicotina y a sus más de 4000 sustancias tóxicas, de ellos el más relevante es el benxopireno, el tabaquismo se considera una enfermedad crónica producida por el consumo sistemático y abusivo del tabaco, catalogada como tal por el Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales DSM IV 2012. (5)

Para determinar la dependencia a la nicotina es preciso evaluar la magnitud del síndrome de abstinencia y la tolerancia producida por su uso constante (5).

El consumo de tabaco aumenta el riesgo de padecer enfermedades respiratorias agudas y crónicas, así como cardiovasculares, cáncer y alteraciones de la función reproductiva. (9)

En el CIE 10 el tabaquismo se encuentra clasificado como un trastorno mental y del comportamiento, debido al consumo de tabaco el cual contiene nicotina, que es considerada una sustancia psicoactiva. (8)

El tabaquismo es una enfermedad que afecta a todos los grupos sociales; no tiene fronteras, ni limitaciones de género, edad, estrato social o religión, en la actualidad, el consumo de tabaco es el principal problema de salud pública en los países desarrollados y comienza a serlo en los países en vías de desarrollo, no solo por su magnitud sino por las consecuencias sanitarias que con lleva, así como por los enormes costos económicos y sociales que genera, cada día mueren en el mundo cerca de 14 000 personas (5 millones al año) por alguna enfermedad relacionada con el consumo de tabaco, el total de fumadores en el mundo se estima en más de 1300 millones de personas.(2)

En la población femenina expuesta al humo de tabaco, las gestantes son altamente vulnerables a elementos tóxicos del medio ambiente, el cuidado de su salud es una responsabilidad social que debe ser compartida para poder prevenir padecimientos y promover la capacidad de sus productos para superar la amenaza a su salud, el tabaquismo ambiental es considerado como una de las contaminaciones más riesgosas y frecuentes.(10)

Según la Organización Mundial de la Salud en el 2008, el tabaquismo es una epidemia de efectos catastróficos que es prevenible, por lo cual deberá ser una prioridad en la salud pública, hoy en día alrededor de 1300 millones de individuos en el mundo son fumadores y de estos 200 millones son mujeres, así mismo la

OMS considera al tabaquismo como la principal causa evitable de discapacidad, enfermedad y muerte prematura. (7)

Según el programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, alrededor de 60 millones de mujeres carecen de dos derechos humanos básicos: educación y salud, la mayoría de ellas son habitantes de países en vías de desarrollo, en América Latina, la baja condición social, las diferencias de género, así como las bajas expectativas de desarrollo, y su doble jornada laboral, son algunos motivos que han aumentado el número de fumadoras, las participaciones crecientes de la mujer en las actividades económicas suponen una mejoría en su condición social, esta tendrá un mayor desgaste físico y mental por la doble función que desempeña: productiva y reproductiva. (7)

Secundario a las grandes campañas antitabaco, las empresas han volcado sus estrategias publicitarias hacia los países en vías de desarrollo, creando estereotipos donde la mujer fumadora es exitosa, extrovertida, rebelde y sexualmente atractivas. El poder acceder a ciertos hábitos de consumo que antes estuvieron negados, es para la mujer un escape a sus condiciones agobiantes. Según la publicidad representa “avance progreso libertar e igualdad” sin embargo la mujer desconoce algunos otros efectos del habito tabáquico, como arrugas prematuras, pérdida de la lozanía de la piel, aroma desagradable, manchas en los dedos y dientes entre otros, paradójicamente la mujer pretende ser libre y se convierte en esclava del cigarrillo. (2)

Oficialmente se han establecido 21 enfermedades secundarias como causa de mortalidad asociada al consumo de tabaco, se incluyen 12 tipos de cáncer 6 enfermedades cardiovasculares, diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, neumonía incluyendo influenza , sin embargo se considera que se subestima el número de enfermedades, se considera el tabaquismo como un factor de riesgo modificable que se encuentra presente en enfermedades como el cáncer de mama y el cáncer de próstata, en el cáncer de mama existe una mayor mortalidad en fumadoras activas que aquellas que suspendieron el habito tabáquico, se concluye que se debe estudiar más la presencia del tabaquismo en todas las causas de mortalidad. La epidemia del tabaquismo ha dejado más de 100 millones de muertes prematuras durante el siglo XX y se espera que durante el siglo XXI esta cifra aumente un billón más.(13)

En México, el tabaquismo se considera en problema prioritario de salud, las principales causas de mortalidad asociadas con el consumo de tabaco son tres: las enfermedades cardio y cerebrovasculares, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el cáncer pulmonar, existen dos tendencias importantes del tabaquismo en México en particular, el inicio del consumo de tabaco en edades cada vez más

tempranas así como un aumento en el porcentaje de mujeres fumadoras, la edad de inicio en el consumo de tabaco se sitúa actualmente alrededor de los 13 años.(5)

De acuerdo con los datos de la última Encuesta Nacional de adicciones de 2002, del total de fumadores (14 millones) más de 4 millones son mujeres. (6)

Diversos estudios realizados en la población mexicana han alertado sobre el incremento del tabaquismo entre las adolescentes, el cual se reflejará a futuro en la morbilidad y mortalidad de padecimientos, relacionados con esta adicción, uno de cada dos fumadores que comienza a fumar en edad temprana y continúa haciéndolo durante toda su vida de forma regular, morirá, probablemente a mediana edad, perdiendo alrededor de 22 años de vida saludable. (2)

En México la edad media de inicio se ha situado alrededor de los 13 años por género en adolescentes 1:1, en adultos es de 2:1 (2 hombres por cada mujer)

OMS: tabaquismo es una adicción con efectos catastróficos en la salud y como un problema de salud pública de primer orden, sin duda el más importante de los susceptibles de prevención es una verdadera y urgente prioridad asistencial médica y social, el ayudar a una persona a dejar de fumar tiene un rendimiento en la esperanza de vida 3 veces superiores que el controlar la hipertensión arterial y casi diez veces superior que reducir el colesterol.(7)

En México es considerado un problema de salud pública y los integrantes de la familia pueden alejar o exponer a los jóvenes a dicho problema de salud.

Algunos estudios reportan que existe un aumento en la prevalencia de tabaquismo proporcional a la edad es decir a los doce años se muestra una prevalencia de 5% a los 16 años una prevalencia de 21, los adolescentes obtienen cigarrillos de amigos mayores a ellos los cuales compran cigarrillos para su propio consumo, se determinó que los alumnos de profesores fumadores tenían una prevalencia mayor que los alumnos de profesores no fumadores, así mismo si el director de dicha institución es visto por los adolescentes aumenta la prevalencia de tabaquismo en ellos, los hijos de padres con criterios de prohibición absoluta de tabaquismo tienen menor prevalencia del mismo comparado con los hijos de padres fumadores y que fuman en el propio hogar, por lo tanto el ambiente familiar y escolar en el que se desarrollan los adolescentes es importante para que se presenta el tabaquismo o no. (9)

Los programas de deshabituación deberían ir dirigidos a reducir el nivel de dependencia, ayudar a los fumadores a avanzar a través de los estadios de cambio y consecuentemente disminuir la prevalencia de fumadores en la

población, el consumo de tabaco aumenta el riesgo de padecer enfermedades respiratorias agudas y crónicas así abandonar el consumo son objetivos fundamentales en la práctica clínica en particular y de la salud pública en general como enfermedades cardiovasculares, cáncer y alteraciones en la función reproductiva, Informar a los fumadores acerca de los efectos nocivos del tabaquismo para la salud y estimularlos a Para poder desarrollar programas de prevención e intervención orientados a cumplir estos objetivos resulta de gran interés conocer el nivel de dependencia a la nicotina y la preparación de los fumadores para dejar de fumar, el estudio de la dependencia a la nicotina puede ser útil para desarrollar y evaluar políticas públicas dirigidas a disminuir el consumo y fomentar la cesación tabáquica.(10)

La norma oficial Mexicana hace referencia al tabaquismo como un conjunto de comportamientos cognoscitivos fisiológicos que se desarrollan por el consumo repetido de tabaco, en frecuencia más alta de adicción al tabaco corresponde al personal masculino con un mayor consumo de tabaco en personal de intendencia hombres 36.5 % y mujeres 25.8 %.

El personal IMSS, presenta una frecuencia de factores de riesgo, que genera daños a la salud, similar a la de la población abierta en la medida en que se asemeja su nivel de escolaridad, el sedentarismo, los malos hábitos de alimentación, y un destacado consumo de drogas legales, los fumadores de más de cinco cigarrillos al día se relacionan con obesidad, Se asoció claramente el tabaquismo con hipertensión arterial, diabetes mellitus, depresión, infarto cardiaco, enfermedad vascular cerebral, y fue una adicción significativa para ambos sexos. (11)

El DSM IV menciona que el fumar al levantarse, fumar cuando se está enfermo, dificultad para dejar de fumar, cuando el primer cigarrillo es el más difícil de dejar y fumar más por la mañana se ha asociado a una mayor dificultad para dejar de fumar.

Se propuso en el convenio marco de la OMS para el control del tabaco, tratado multilateral por lo que se estableció un plan integrado de seis medidas eficaces: aumentar los impuestos y precios, prohibir la publicidad, la promoción y el patrocinio, proteger a la gente del humo de segunda mano a advertir a todos de los peligros del tabaco, y ofrecer ayuda a quienes quieran abandonar el tabaco, en México, el 30 de mayo de 2008 fue publicada en el diario Oficial de la Federación de la Ley General para el Control del Tabaco y fue modificada en el 2012, en ella en su título tercero, capítulo primero, establece la reglamentación para proteger a la población del humo de tabaco en cualquier área física cerrada con acceso al público, lugares interiores de trabajo y al personal

laboralmente expuesto, las estadísticas en México respecto al consumo de tabaco reportadas en la Encuesta Nacional De Adicciones ENA 2011, reflejan que el 21.7% de la población entre 12-65 años son fumadores activos, lo cual representa cerca de 17.3 millones de mexicanos fumadores, respecto a los adultos fumadores en edades de 18-65 años los fumadores activos representan el 23.6 %, siendo hombres el 34.6 % y 13.5 % las mujeres. Son fumadores diarios el 10.3 % (6.8 millones de personas), de estos el 15.5 % son hombres y 5.5% mujeres, Las mujeres están más expuestas en el hogar (18.4%,) y los hombres en el trabajo 24.2%, las dos razones más importantes para el inicio del consumo de tabaco, fueron la curiosidad y la convivencia con fumadores.

Sin importar la cantidad, frecuencia de consumo u otros indicadores de consumo elevado, el tiempo de consumo es un predictor importante de daños a la salud, ya que después de los primeros 10 años de consumo se presentan, malestares físicos sutiles secundarios.(12)

La mortalidad es de 2 a 3 veces mayor en fumadores que en personas que nunca han fumado, se evidencia que es mayor la mortalidad en mujeres que fuman la misma cantidad de cigarrillos en el mismo periodo de tiempo que los hombres lo anterior se relacionan con factores hormonales, así como una predisposición genética, fumar menos durante un periodo de tiempo determinado causa los mismos efectos secundarios negativos, que fumar mayor cantidad en el mismo periodo, se demuestra que los programas antitabaco dirigidos a las adolescentes, tienen menor efecto que la frecuente intervención individual, es urgente y prioritario encontrar una estrategia eficaz dirigida a los adolescentes para prevenir el contacto con el tabaco y su futura dependencia a la nicotina.

También es importante identificar las causas por las que se fuma por primera vez, de acuerdo a los resultados se creara una estrategia de prevención, se identifica que las estrategias que se modifican de acuerdo a la evolución de cada paciente proporcionan resultados positivos que aquellas que no son modificables, se identifica que las estrategias que se modifican de acuerdo a la evolución de cada paciente proporcionan resultados positivos que aquellas que no son modificables.(14)

El convenio marco de la organización mundial de la salud para el control de tabaco CMCT, es un tratado mundial que sienta las bases para que los países apliquen y gestionen programas de control del tabaco para hacer frente a la epidemia creciente de su consumo. (8)

Para fines del presente estudio, se decidió la aplicación del test de Fagestrom elaborada por Fagestrom de quien toma su nombre en el año de 1978, su última

actualización se llevó a cabo en el año de 1991, conocida también como FTND por sus siglas en inglés (Fagestrom test for nicotine dependence), es una escala hetero- administrada de 6 ítems instrumento ya validado para determinar el grado de adicción física a la nicotina de las personas y se considera como una herramienta unidimensional. Los resultados de cada cuestionario se evalúan entre los puntos de corte de 4 a 7, en donde menos de 4 es una dependencia baja, entre 4 y 7 es una dependencia moderada y más de 7 es una dependencia alta. En su versión más actual mejora las propiedades psicométricas y es considerado como un instrumento validado internacionalmente que evalúa la dependencia fisiológica a la nicotina, se aplica a jóvenes y adultos, en un tiempo aproximado de dos minutos, cuyos criterios de calidad:

Fiabilidad y consistencia interna entre 0.55- 0.64,

Validez: muestra relaciones con otras medidas bioquímicas de consumo (0.25-0.40) y con número de años como fumador (0.52) es útil para predecir la severidad del deseo, el grado de sintomatología y la cantidad de recaídas.(15)

2.2 ANTECEDENTES ESPECIFICOS:

Elisa María Siqueira Lombardi realiza una revisión en 2010 en la cual evidencia que la nicotina en la mujer se metaboliza de forma diferente al hombre, así como que la dependencia a la nicotina en la mujer tiene como factor predominante el factor afectivo negativo como depresión y ansiedad, a pesar de que la nicotina se metaboliza más rápidamente en las mujeres, tienen más problemas para dejar de fumar que los hombres, se evidencia además que las mujeres con mayor dependencia son las que viven en áreas rurales y con menor nivel académico.

Marcela Fu y colaboradores en el año 2011, en un estudio transversal en población Española mayores de 18 años, mediante la aplicación del Test de Fagerstrom, determinan que los fumadores estudiados presentan una dependencia baja a la nicotina y se encuentran en fase de contemplación, por lo que sugiere que los programas de deshabituación deberán ir dirigidos a disminuir el nivel de dependencia.

Dariush Mozaffarian en un estudio transversal realizado en el año 2011 establece los factores relacionados de conocimiento y percepción de las mujeres acerca de tabaquismo, en un país en desarrollo, estudia a 250 mujeres mediante la aplicación de un cuestionario con tres apartados, y obtiene como resultados que 53% de ellas no tiene educación formal, 74% tiene un ingreso menor a 84 dólares, un tercio admite tener al menos uno o más fumadores en casa, comúnmente el esposo, 2% mujeres fuman 2.75 cigarrillos por día y 13.5 años fumando, 84% reporto efectos secundarios en su salud, 77% conocen los probables efectos en el feto, 88% conoce los efectos del tabaquismo pasivo en niños.

Louisa Picco y colaboradores en el año 2012, realizan un estudio transversal, en Singapur en población fumadora en un rango de edad de 18 a 34 años, mediante la aplicación del Test de Fagerstrom, determinando que los hombres tienen 4.3 % mas riesgo de dependencia a la nicotina comparado con las mujeres de la población estudiada.

Edna Gabriela Delgado-Quiñones y Colaboradores en el año 2015, en un estudio transversal, en jóvenes fumadores de 15 a 24 años, mediante la aplicación de APGAR familiar y Test de Fagerstrom concluye que existe una correlación positiva entre percepción de funcionalidad familiar y dependencia a la nicotina.

Ponciano Rodríguez en el 2015 realiza un estudio transversal, observacional, prospectivo, mediante la aplicación de Test de Fagerstrom y el Test de evaluación psicológica de dependencia al cigarro, se incluyen 200 fumadores con un promedio de edad 23-73 años, 50 hombres jóvenes, 50 mujeres jóvenes, 50 hombres adultos y 50 mujeres adultos, todos ellos en tratamiento para dejar de fumar, se concluye que la dependencia a la nicotina aumenta con los años fumados, la dependencia a la nicotina es más alta en hombres adultos y en fumadores crónicos.

Lucinda J. England MD y colaboradores en el año 2016, realizan un estudio transversal en mujeres fumadoras embarazadas, mujeres ex fumadoras embarazadas y mujeres fumadoras con planes de embarazo en un año aproximadamente, determinando que el 33 % de ellas ha utilizado productos de reemplazo de la nicotina y tabaco.

Ariel M. y colaboradores en el año 2016, realizan un estudio transversal, en Malasia, en 150 fumadores, con aplicación de test de Fagerstrom modificado, concluyendo que el 53.3% de la población en estudio reporta una dependencia baja a la Nicotina.

Jacek M. Mazurek MD y colaboradores en el año 2016, realizan un estudio transversal, en mujeres trabajadoras en edad reproductiva, datos recolectados en la Entrevista Nacional de Salud en Estados Unidos, se concluye que 12.9 % son fumadores formales, 44.5 % fuman diariamente, 29.2 % trabajan en la industria de la construcción, 20.4% de las mujeres trabajadoras son fumadoras formales.

Sally C. Curtin y colaboradores en el 2016 en una Serie de Casos, realizan un análisis de los certificados de nacimiento de 46 estados de Estados Unidos, registrados en el año 2014 en donde se incluye una encuesta denominada tabaquismo antes y durante el embarazo, se realiza en el área de sala de partos, reportando como resultados finales que las mujeres fumadoras antes del embarazo fuman durante el embarazo, predominando en ellas un bajo nivel de escolaridad así como un rango de edad entre 20-24 años.

Ligia Lopez Devoglio en el 2016 realiza un estudio transversal, comparativo, descriptivo mediante la aplicación de Test de fagerstrom y un cuestionario que integra las variables estudiadas, en Febrero a noviembre del años 2014, incluye 83 pacientes cuyo promedio de edad fue de 26.8 >< 63 años, 69.8% de los participantes reportaron estudios inferiores a secundaria, 94% viven solas, 59 % tienen hijos en promedio 2.04 más menos 1.3 hijos, su promedio ingreso 3

708.33 más menos 30001.58 , 31.3 % viven en Botucatu, 71.1 % fumadores formales, 89.2 % consumen drogas ilícitas, 51.8 % alcohol, 36.1 % marihuana, 34.9 % cocaína, 3.6% cocaína crack, 78.3 % no hacen ejercicio, 81.4% fuma todos los días, 81.1 % inhala el humo, promedio de cigarrillos 22.3 más menos 20.0 , 8.6- 8.2 paquetes por semana, gasto mensual 139.56-115.25, 47.4 % Dependencia a la alta a la nicotina.

Ana Paula Soares dos Santos en el año 2016, realiza un estudio transversal, observacional, prospectivo, mediante la aplicación del test de fagerstrom, en 83 fumadores de ambos géneros, con un promedio de edad de entre 50 y 70 años, con función pulmonar normal por espirometria y además participantes de PROCAT (programa de orientación antitabaco),

Ligia Lopez Devoglio y colaboradores en el año 2017, realizan un estudio transversal analítico, en mujeres sexoservidoras en Botucatu Brazil, mediante la aplicación de la Escala de percepción de depresión y ansiedad, determina, que el nivel de dependencia a la nicotina es alto y que el 39.7% experimenta ansiedad y 13.2 % depresión.

3.- JUSTIFICACIÓN

La Nicotina es una droga sumamente adictiva que genera efectos psicoactivos gratificantes incluso en dosis muy bajas, las respuestas individuales incluida la sensibilidad es sumamente variable, la exposición a edades tempranas se asocia a una dependencia más grave, en las mujeres los aspectos sensoriales del tabaco ejercen una influencia más fuerte que en los hombres y son mayores las dificultades que afrontan al buscar abandonar el tabaco.

Los efectos del tabaquismo en la salud de las mujeres son mucho más nocivos que en la salud de los hombres, no ha si, su nivel de dependencia a la nicotina, predominando una dependencia alta en el género masculino sobre el femenino.

Se han identificado mejores resultados de remisión del hábito tabáquico a corto mediano y largo plazo en individuos cuya dependencia a la nicotina es baja.

El presente estudio se dirige al género femenino por el aumento cada vez mayor de mujeres fumadoras, las cuales en la mayoría de la literatura consultada reportan niveles bajos de dependencia a la misma, es decir con una mayor posibilidad de remisión del hábito tabáquico.

El presente estudio tiene como uno de sus objetivos evidenciar mediante la aplicación del test de Fagestrom que los niveles de dependencia a la nicotina en las mujeres son predominantemente bajos, y por tanto son una población con mayores posibilidades de éxito en la implementación de estrategias antitabaco.

Posterior a la identificación del nivel de dependencia se proporcionara información sobre los efectos nocivos del tabaco a corto mediano y largo plazo dirigidos específicamente en la salud del género femenino, lo cual nos dará la oportunidad de concientizar a nuestra población en estudio.

El papel de la mujer en la estabilidad social es sin duda uno de los más importantes en las familias mexicanas, actuar en beneficio de la salud de ellas, impactara sin duda en todos los miembros de cada una de sus familias.

4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Nicotina es una droga sumamente adictiva que genera efectos psicoactivos gratificantes incluso en dosis muy bajas, las respuestas individuales incluida la sensibilidad es sumamente variable, la exposición a edades tempranas se asocia a una dependencia más grave, en las mujeres los aspectos sensoriales del tabaco ejercen una influencia más fuerte que en los hombres y son mayores las dificultades que afrontan al buscar abandonar el tabaco.

Los efectos del tabaquismo en la salud de las mujeres son mucho más nocivos que en la salud de los hombres, no ha si, su nivel de dependencia a la nicotina, predominando una dependencia alta en el género masculino sobre el femenino. Se han identificado mejores resultados de remisión del hábito tabáquico a corto mediano y largo plazo en individuos cuya dependencia a la nicotina es baja.

El presente estudio se dirige al género femenino por el aumento desmedido de mujeres fumadoras, las cuales en la mayoría de la literatura consultada reportan niveles bajos de dependencia a la misma, es decir con una mayor posibilidad de remisión del hábito tabáquico.

El presente estudio tiene como uno de sus objetivos evidenciar mediante la aplicación del test de Fagestrom que los niveles de dependencia a la nicotina en las mujeres son predominantemente bajos, y por tanto son una población con mayores posibilidades de éxito en la implementación de estrategias antitabaco.

El papel de la mujer en la estabilidad social es sin duda uno de los más importantes en las familias mexicanas, actuar en beneficio de la salud de ellas, impactara sin duda en todos los miembros de cada una de sus familias.

¿ CUAL ES EL NIVEL DE DEPENDENCIA A LA NICOTINA EN EL GÉNERO FEMENINO FUMADOR DE UMF No. 2 PUEBLA?

5.- Hipótesis:

DE INVESTIGACION HA

El nivel de dependencia a la nicotina en las mujeres fumadoras de la UMF No. 2 IMSS Puebla de acuerdo a los resultados del Test de Fagerstrom será bajo, contrario a lo reportado a nivel internacional.

NULA H0:

El nivel de dependencia a la nicotina en las mujeres fumadoras de la UMF No. 2 IMSS Puebla de acuerdo a los resultados del Test de Fagerstrom será, igual mayor a lo reportado a nivel internacional.

6.- OBJETIVO.

6.1 Objetivo General.

Determinar el nivel de dependencia a la nicotina en el género femenino fumadoras de la UMF No. 2 Puebla.

6.2 objetivos específicos.

- 1) Identificar las características sociodemográficas de las mujeres fumadoras de la UMF No. 2
- 2) Asociar el predominio de horario del habito tabáquico con los niveles de dependencia a la nicotina.
- 3) Asociar los niveles de dependencia a la nicotina con grupos de edad.
- 4) Relacionar el nivel de dependencia a la nicotina con los años de evolución del habito tabáquico.
- 5) Relacionar el antecedente de madre y /o padre fumador con el nivel de dependencia a la nicotina.
- 6) Relacionar la actividad física con los niveles de dependencia a la nicotina.

7.- MATERIAL Y METODOS

7.1 Diseño del Estudio

Se realizará un estudio comparativo, transversal y prospectivo.

7.2 Ubicación espacio – Temporal.

7.4 Muestreo

Muestreo probabilístico aleatorio sistemático modificado

7.4.1 Definición de la Unidad de Población

La unidad de población del presente estudio estará conformada por las mujeres fumadoras de la unidad de Medicina Familiar numero 2 IMSS Puebla que acepten participar en la investigación, en el periodo comprendido de Julio a Diciembre del año 2017.

7.4.2 selección de la muestra

En la población de mujeres derechohabientes se utilizará la siguiente fórmula para muestra finita.

Se parte que de acuerdo a lo descrito en la literatura la prevalencia del tabaquismo en las mujeres es del 8.2 %, en la población muestra tenemos que:

$N = 60094$ derecho habientes del género femenino mayores de nueve años.

Z (5% de error) = 1.96

$d =$ (Nivel de presión) = 95 = 0.05

$p = 0.082$

$$q = 0.91$$

$$n = \frac{N Z^2 p q}{d^2 (N - 1) + Z^2 p q}$$

$$n = \frac{60094 (3.8416)^2 (0.08) (0.91)}{(0.0025) (60094 - 1) + 3.8416^2 (0.08) (0.91)}$$

$$n = \frac{16\,806.3976}{150.512168}$$

$$N = 111.661388$$

Calculando el número de pérdidas a un 10 % de la muestra es de 122.827527 derecho habientes del genero femenino mayores de nueve años.

7.4.3.1 Criterios de inclusión.

Género femenino fumador derechohabiente mayores de nueve años de la UMF No 2 IMSS PUEBLA

7.4.3.2 Criterios de exclusión:

Género femenino portador de patología pulmonar crónica con o sin tratamiento.

Derechohabientes del género masculino.

Pacientes femeninos menores de nueve años de edad.

Pacientes femeninos mayores de noventa y nueve años de edad.

Paciente NO derechohabiente de la Unidad Medico Familiar No. 2 IMSS Puebla.

7.4.3.3 Criterios de eliminación.

Paciente del género femenino fumador que no requisiere al 100% el test de Fagestrom.

Paciente que no acepte participar en el proyecto de investigación.

7.5 Definición de las variables y escalas de medición

VARIABLE	TIPO	ESCALA DE MEDICION	VALORES DE LA VARIABLE /OPCIONES DE RESPUESTA
1.- <i>Genero</i>	Cualitativo	Nominal Dicotomica	Femenino
2.- <i>fumador</i>	Cualitativo	Nominal Dicotomica	Positivo/ negativo
3.- <i>Cigarros fumados</i>	Cuantitativa	Razon	31 o mas3 puntos 21 a 302 puntos 11 a 20.....1 punto Menosde10. 0Puntos
4.- <i>Fuma antes del medio Día</i>	Cualitativa	Nominal Dicotomica	Si 1 puntos No 2 puntos
5.- <i>tiempo que tarda para fumar el 1er cigarro del día</i>	Cuantitativa	De intervalo	Menos de 5 min. 3pts 6 - 30 min..... 2pts 31 – 60 min.... 1pto Más de 60 min .. 0 pts
6.- <i>cigarro más difícil de Omitir</i>	Cualitativa	Nominal Politomica	El 1ero de la mañana 1 pto Algún otro 0

			pto
7.- Edad.	Cuantitativa	De intervalo	9-12 años 13-15 años 16-18 años 19-21 años 22-30 años 31-40 años 41-50 años 51- 60 años mas de 61 años
8.- Estado civil	cualitativa	Nominal Dicotomica	Soltera Casada Unión libre Divorciada Viuda
9.-Ocupacion	Cualitativa	Nominal	
10.- nivel de estudios	Cualitativa	Nominal	Primaria incompleta

		Dicotómica	Primaria terminada Secundaria incompleta Secundaria terminada Preparatoria incompleta Preparatoria terminada Licenciatura incompleta Licenciatura terminada Maestría Post grado Doctorado
11.-Actividad física	Cualitativa	Nominal Dicotomica	SI NO
12.- Tipos de cigarro que fuma	Cualitativa	Nominal Dicotomica	Con filtro Sin filtro Otros
13.- dinero invertido por semana en la compra de cigarros	Cuantitativa	De intervalo	

7.6 Método de recolección de los datos

Se Identificó y seleccionó a la población de estudio de acuerdo a los criterios de inclusión, se inicia recolectando firma autógrafa en el consentimiento informado o asentimiento bajo información según sea el caso para la participación en la investigación, a continuación los datos sociodemográficos se recaban en el documento a doc del investigador, por último se procede a realizar la aplicación de test de fagerstrom, el cual identifica el nivel de dependencia a la nicotina de cada uno de los participantes.

Al finalizar la recolección de datos se procederá a realizar el análisis estadístico, se procesaran en SPSS22.

Se identificarán promedios y desviación estándar para variables cuantitativas con distribución normal, mediana, moda e intervalos para variables cualitativas con distribución anormal.

7.7 Análisis de datos

Una vez obtenidos los resultados, se ingresan en el programa estadístico SPSS (Statistical Package Social Science) versión 22.0 empleando análisis estadístico para grupos pequeños, incluyendo análisis de correlación de acuerdo a los objetivos planteados y resultados obtenidos

8.- BIOÉTICA.

Se tendrá confidencialidad en el manejo de los datos y se respetarán los principios establecidos por la Ley General de Salud. Hay maniobra de intervención por lo tanto se necesita firma de consentimiento informado.

Los procedimientos propuestos están de acuerdo con las normas éticas, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y con la declaración de Helsinki de 1975 y sus enmiendas, así como los códigos y normas Internacionales vigentes para las buenas prácticas en la investigación clínica.

9. Resultados:

En la presente investigación se analizó una muestra de 122 pacientes del género femenino fumadoras de la Unidad Médico Familiar No. 2, que cumplieron con los criterios de inclusión previa rubrica de consentimiento informado inicialmente se determina el nivel de dependencia a la nicotina, así mismo se analizan las características sociodemográficas, se relaciona el nivel de dependencia a la nicotina con el predominio de horario del habito tabáquico, los años de evolución del tabaquismo, el antecedente de padre o madre fumador, y la actividad física.

La población estudiada tiene como mínimo de edad 17, un máximo de 83 años, con una media de 40.89, moda de 32, Desviación Estándar de 15.055.

Dentro de las características sociodemográficas se determina que el estado civil que predomina es el de solteras con un 39.3 % (n:48), 36.1% (n:44) casadas, en unión libre 21.3% (n:26), divorciadas 1.6% (n:2), de igual forma 1.6% (n:2) son viudas.

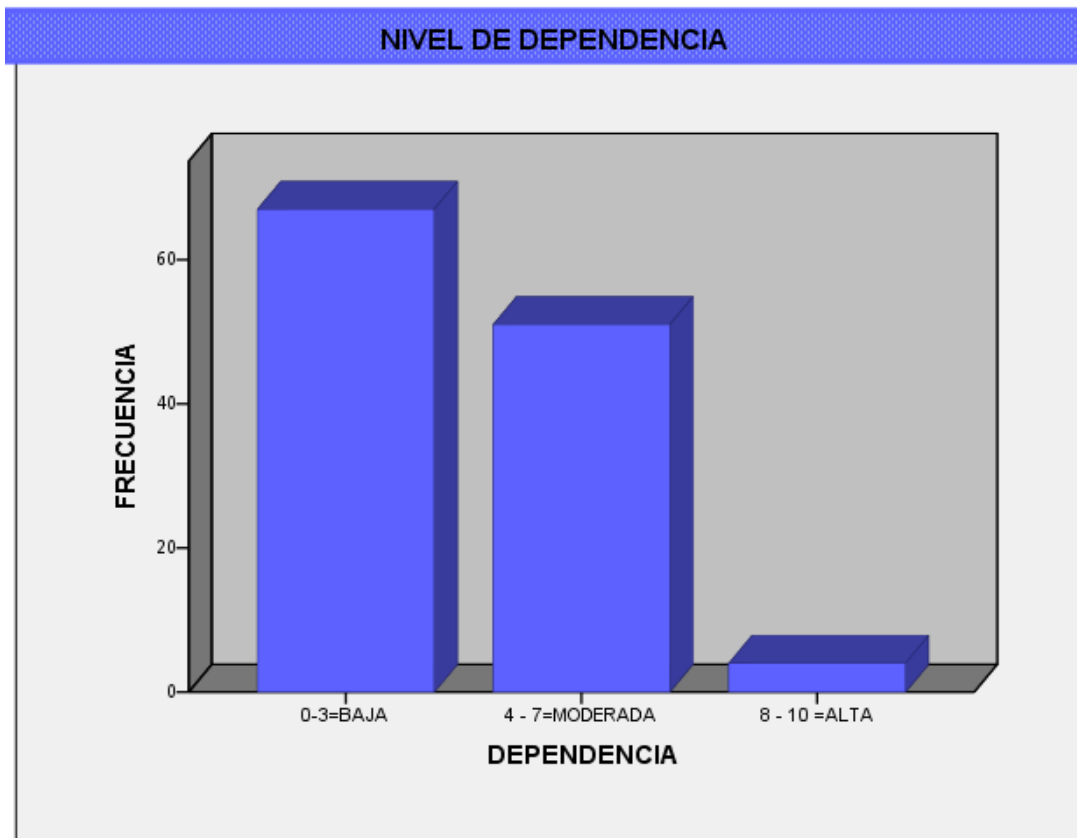
En cuanto a la escolaridad se identifica en la población estudio predomina el nivel secundaria con un 49.2% (n:60), preparatoria 27.9 % (n:34), primaria 13.9% (n:17), solo 11 participantes (9%) tiene como escolaridad Licenciatura.

En relación a la ocupación de la población estudio se determina que 23.8 % (n:28) son amas de casa, seguido de un 23% (n:28) son obreras, 9.8% (n:12) realizan venta de productos múltiples, la ocupación que reporta el menor porcentaje (0.8%) es una Enfermera.

Al analizar la marca comercial que fuman las participantes se identifica MARLBORO como la marca con mayor porcentaje de consumo con un 41% (n:50), seguido de PALL MALL con un 15.6 % (n:19) , CAMEL con un 13.9% (n:17) como las marcas con mayor porcentaje entre muchas otras.

Se determina que 54.9 % (n:67) tienen una dependencia BAJA a la nicotina, 41.8 % (n: 51) dependencia MODERADA y solo 3.3 % (n:4) reportan dependencia ALTA a la nicotina. (Grafica 1)

GRAFICA 1



FUENTE: Base de datos SPSS.

En cuanto al predominio de horario en que fuman las participantes mediante una tabla de contingencia para obtener chi cuadrada para comparar el momento del día en que fuman, si por la mañana o por la tarde. Obteniendo como resultado que en los participantes con dependencia baja predomina la tarde y en los participantes con dependencia alta por la mañana. (Tabla 1)

TABLA 1 : DEPENDENCIA / HORARIO tabulación cruzada

			HORARIO		Total
			0=TARDE	1=MAÑANA	
DEPENDENCIA2	3=BAJA	Recuento	51	16	67
		% dentro de DEPENDENCIA2	76.1%	23.9%	100.0%
	7=MODERADA	Recuento	7	44	51
		% dentro de DEPENDENCIA2	13.7%	86.3%	100.0%
	9=ALTA	Recuento	0	4	4
		% dentro de DEPENDENCIA2	0.0%	100.0%	100.0%
Total		Recuento	58	64	122
		% dentro de DEPENDENCIA2	47.5%	52.5%	100.0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Sig. Monte Carlo (2 caras)		
				Sig.	99% de intervalo de confianza	
					Límite inferior	Límite superior
Chi-cuadrado de Pearson	48.950 ^a	2	.000	.000 ^b	.000	.000
Razón de verosimilitud	54.378	2	.000	.000 ^b	.000	.000
Prueba exacta de Fisher	51.513			.000 ^b	.000	.000
N de casos válidos	122					

a. 2 casillas (33.3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1.90.

b. Se basa en 10000 tablas de muestras con una semilla de inicio 957002199.
Fuente: Base de datos SPSS

En cuanto a la asociación entre los grupos de edad y los niveles de dependencia mediante una tabla de contingencia para obtener chi cuadrada para asociar grupos de edad con niveles de dependencia a la nicotina . Obteniendo como resultado que en los participantes no existe asociación entre grupos de edad y niveles de dependencia a la nicotina. (Tabla 2)

Tabla 2: DEPENDENCIA / EDAD tabulación cruzada

		EDAD				Total
		ADOLESCENTE	ADULTO JOVEN	ADULTO MAYOR	TERCERA EDAD	
DEPENDENCIA 0-3=BAJA	Recuento	2	25	36	4	67
	% dentro de DEPENDENCIA	3.0%	37.3%	53.7%	6.0%	100.0%
	4-7 = MODERADA	Recuento	2	22	25	2
	% dentro de DEPENDENCIA	3.9%	43.1%	49.0%	3.9%	100.0%
8-10=ALTA	Recuento	0	1	3	0	4
	% dentro de DEPENDENCIA2	0.0%	25.0%	75.0%	0.0%	100.0%
Total	Recuento	4	48	64	6	122
	% dentro de DEPENDENCIA2	3.3%	39.3%	52.5%	4.9%	100.0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Sig. Monte Carlo (2 caras)		
				Sig.	99% de intervalo de confianza	
					Límite inferior	Límite superior
Chi-cuadrado de Pearson	1.653 ^a	6	.949	.921 ^b	.914	.928
Razón de verosimilitud	1.959	6	.923	.921 ^b	.914	.928
Prueba exacta de Fisher	2.303			.914 ^b	.906	.921
N de casos válidos	122					

a. 8 casillas (66.7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .13.

b. Se basa en 10000 tablas de muestras con una semilla de inicio 303130861.
Fuente: Base de datos SPSS

En cuanto a la asociación entre los años de evolución del hábito tabáquico y los niveles de dependencia mediante una tabla de contingencia para obtener chi cuadrada para asociar los años de evolución del hábito tabáquico con los niveles de dependencia a la nicotina. Obteniendo como resultado que en los participantes si existe asociación entre los años de evolución del hábito tabáquico y los niveles de dependencia a la nicotina.

Pruebas de chi-cuadrado

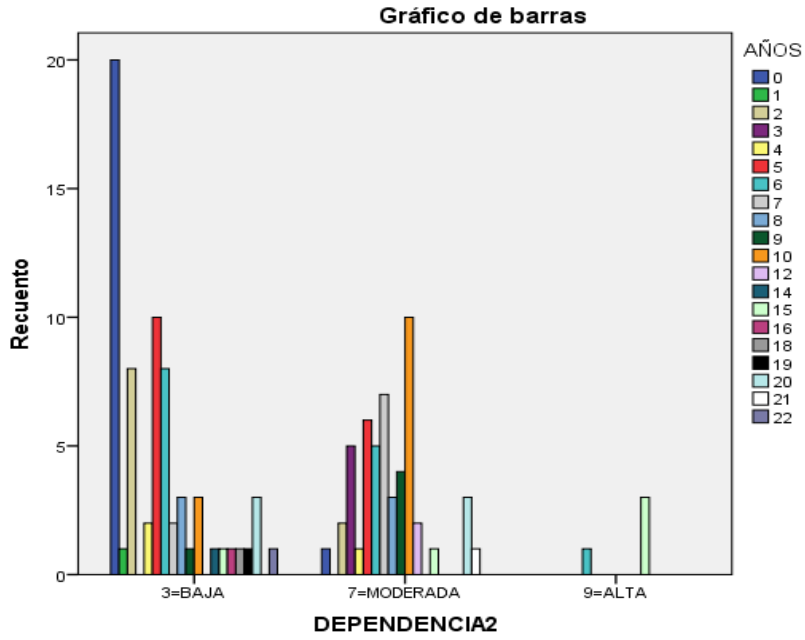
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Sig. Monte Carlo (2 caras)		Sig. Monte Carlo (1 cara)			
				Sig.	99% de intervalo de confianza		Sig.	99% de intervalo de confianza	
					Límite inferior	Límite superior		Límite inferior	Límite superior
Chi-cuadrado de Pearson	100.129 ^a	38	.000	.001 _b	.000	.001			
Razón de verosimilitud	74.328	38	.000	.000 _b	.000	.000			
Prueba exacta de Fisher	76.244			.000 _b	.000	.000			
Asociación lineal por lineal	9.854 ^c	1	.002	.002 _b	.001	.003	.001 _b	.000	
N de casos válidos	122								

a. 51 casillas (85.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .03.

b. Se basa en 10000 tablas de muestras con una semilla de inicio 79654295.

c. El estadístico estandarizado es 3.139.

Fuente: base de datos SPSS



En cuanto a la relación entre los niveles de dependencia a la nicotina y el antecedente de padre y madre fumador mediante una tabla de contingencia para obtener chi cuadrada para asociar los niveles de dependencia a la nicotina con el antecedente de padre y madre fumador. Obteniendo como resultado que en los participantes si existe asociación los niveles de dependencia a la nicotina y el antecedente de padre y madre fumador.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Sig. Monte Carlo (2 caras)		
				Sig.	99% de intervalo de confianza	
					Límite inferior	Límite superior
Chi-cuadrado de Pearson	8.688 ^a	2	.013	.011 ^b	.009	.014
Razón de verosimilitud	7.689	2	.021	.020 ^b	.016	.023
Prueba exacta de Fisher	7.779			.012 ^b	.009	.015
N de casos válidos	122					

a. 2 casillas (33.3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .95.

b. Se basa en 10000 tablas de muestras con una semilla de inicio 113410539

Fuente :Base de datos SPSS.

En cuanto a la relación entre los niveles de dependencia a la nicotina y el antecedente de actividad física mediante una tabla de contingencia para obtener chi cuadrada para asociar los niveles de dependencia a la nicotina con el antecedente de actividad física. Obteniendo como resultado que en los participantes si existe asociación entre los niveles de dependencia a la nicotina y el antecedente de actividad física.

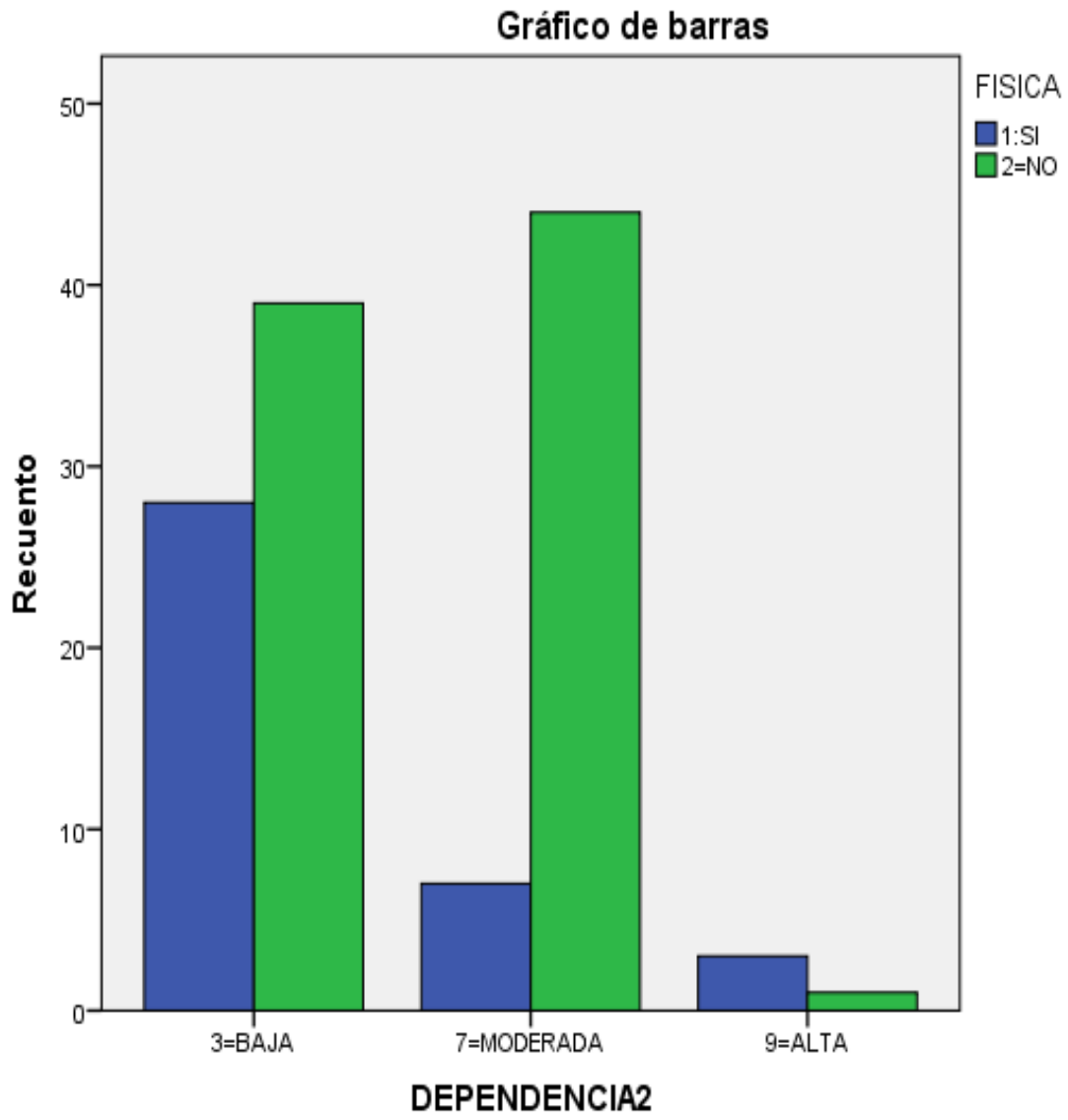
Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Sig. Monte Carlo (2 caras)		
				Sig.	99% de intervalo de confianza	
					Límite inferior	Límite superior
Chi-cuadrado de Pearson	14.344a	2	.001	.001b	.000	.002
Razón de verosimilitud	14.986	2	.001	.001b	.000	.002
Prueba exacta de Fisher	14.587			.001b	.000	.001
N de casos válidos	122					

a. 2 casillas (33.3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1.25.

b. Se basa en 10000 tablas de muestras con una semilla de inicio 126474071

Fuente: Base de datos SPSS.



10.- **Discusion**

Los resultados de nuestro estudio muestran que la dependencia a la nicotina en las mujeres fumadoras es predominantemente baja en un 41.8 % de la población estudiada lo cual concuerda con el estudio de Ariel M. y colaboradores en el año 2016, realizan un estudio transversal, en Malasia, en 150 fumadores, con aplicación de test de Fagerstrom modificado, concluyendo que el 53.3% de la población en estudio reporta una dependencia baja a la Nicotina.

Marcela Fu y colaboradores en el año 2011, en un estudio transversal en población Española mayores de 18 años, mediante la aplicación del Test de Fagerstrom, determinan que los fumadores estudiados presentan una dependencia baja a la nicotina, igual a nuestros resultados por lo que se deberá trabajar activamente en programas de deshabituación del habito tabáquico.

La escolaridad en nuestra población estudio predomina el nivel secundaria con un 49.2% (n:60), preparatoria 27.9 % (n:34), primaria 13.9% (n:17), solo 11 participantes (9%) tiene como escolaridad Licenciatura, contrario a lo reportado por Ligia lopez Devoglio en el 2016 en un estudio transversal, comparativo, descriptivo mediante la aplicación de Test de fagerstrom y un cuestionario que integra las variables estudiadas, en Febrero a noviembre del años 2014, concluyendo que el 69.8% de los participantes reportaron estudios inferiores a secundaria.

La ocupación de la población estudio se determina que 23.8 % (n:28) son amas de casa, seguido de un 23% (n:28) son obreras, 9.8% (n:12) realizan venta de productos múltiples, la ocupación que reporta el menor porcentaje (0.8%) es una Enfermera, evidenciando que existe una diferencia significativa con lo publicado por Jacek M. Mazurek MD y colaboradores en el año 2016, los cuales realizan un estudio transversal, en mujeres trabajadoras en edad reproductiva, con datos recolectados en la Entrevista Nacional de Salud en Estados Unidos, concluyen que 20.4% de las mujeres trabajadoras son fumadoras formales.

11.- Conclusiones

Se concluye que la dependencia a la nicotina es baja en las mujeres fumadoras de la Unidad Medico Familiar Número 2 del Instituto Mexicano del Seguro social, generando un área de oportunidad para la aplicación de estrategias encaminadas a la remisión del hábito tabáquico.

12.- Propuesta

De acuerdo a los resultados obtenidos, con un predominio de dependencia a la nicotina baja, se propone

- Identificar a mujeres fumadoras
- Aconsejar de forma clara, convincente y personalizada acerca de la importancia del abandono del hábito tabáquico.
- Adecuar las intervenciones de acuerdo a las características sociodemográficas de cada paciente.

Se propone implementar de forma rutinaria en la consulta, el cuestionar a la mujer fumadora si desea dejar de hacerlo, la intervención del personal médico, recomendando el abandono del tabaco, ha demostrado un incremento a largo plazo de las tasas de abstinencia, múltiples meta análisis demostraron que inclusive se logran con intervenciones de tres minutos o menos. Mientras más intensa y personal sea la intervención es más efectiva.

Así mismo se propone la aplicación de instrumentos para valorar ansiedad y depresión, lo cual nos ayudaran a realizar diagnósticos diferenciales de forma oportuna en mujeres fumadoras con dependencia baja a la nicotina, con la finalidad de establecer tratamientos específicos para cada patología según sea el caso, derivándolos a servicios de apoyo como psicología, trabajo social, con la finalidad de otorgar un apoyo interdisciplinario.

Finalmente en estudios futuros se propone implementar el tratamiento de remisión del hábito tabáquico en pacientes en etapa de contemplación con la administración experimental de beta bloqueador , el cual actuaría a nivel de la vía adrenérgica, contribuyendo a la remisión de memoria de factores externos, los cuales se relacionan en un 60 % aproximadamente a la persistencia del hábito tabáquico.

13.- Bibliografía

1. David San José Alonso, El tabaco Historia, El Che por Pequeña Editorial pág. 1 – 25 Marzo 2006
2. Guadalupe Ponciano Rodríguez, Tratamiento integral del Tabaquismo Editorial Trillas primea Edición enero 2008 pág. 36-42.
3. Alfredo de Michell Tabaco y Tabaquismo en la Historia de Mexico y Europa, Revista de investigación clínica vol. 57 no 4 2005 p-608.613.
4. Dr. Judith MacKay El Atlas del Tabaco, primera edición 2007 p-450.457
5. Dra. Magdalena Hernández Hernández Motivos para consumo de tabaco en profesionales de Enfermería, Ciencia UAQ 2013 p-1-12
6. Armando Cordova Barrios, Auto reporte sobre la exposición activa o pasiva al humo de tabaco de usuarias en una institución de salud reproductiva, NTC Neumol Cir. Torax vol 70 num 2, abril junio 2011, pags. 94-100.
7. Edna Gabriela Delgado Quiñones y Víctor Miguel Martin del Campo-Guzmán, Relacion entre percepción de funcionalidad familiar y dependencia a la nicotina en jóvenes fumadores de 15 a 24 años. Revista Médica MD año 6 numero 4 mayo-junio 2015, pág. 253-257
8. Marcela Fu, Jose M, Martinez-Sanchez, Nicotine Dependence and readiness to quit smoking in the spanish population. Rev. Adicciones 2011, vol. 23 núm. 2 págs. 103-109
9. María Eugenia Velasco Contreras Perfil de la salud de los trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2013, 51 (1) pags.12-25.

10. Organización Mundial de la Salud 2008
11. Brian D. Carter, M.P.H., C. Abnet, Ph.D., Smoking and Mortality Beyond Established causes *The New England Journal of Medicine* 372;7 february 12, 2015
12. Heather Wipfli One Humdred years in the Making: The Global Tobacco Epiemic *Annu. Rev Public Health* 2016. 37: pags.149-66
13. Henricus Paul Cremers A longitudinal study on determinants of teh intention to start smoking among non-smoking boys and girls of high ond low socioeconomic status. *BMC Public Health* 2015 pags.15-648
14. Margaret A. Hurley Light smoking at base –line predicts a higher mortality risk to women tan to men, evidence from a cohort with long follow –up, *BMC Bio Med Central*, 1471-2458 , pags. 14-95.
15. Fagerstrom, K.O. &Scheneider, N.G. (1989) Measuring nicotine dependence: a review of the fagerstrom Tolerance Questionnaire . *Journal of Behavior Medicine*, 12, 159-182
16. Elisa Maria Siqueira Lombardi, Gustavo Faibichew Prado, Women and smoking: risk, impacts, and challenges. *Review Article* pags. 118-128
17. Jose M. Martinez Sanchez Marcela Fu, Nicotine dependence and readiness ti quit smoking in the Spanish population, *Adicciones* 2011, Vol 23 Num. 2 Pags 103-109
18. Dariush Mozzaffarian, Changes in Diet lifestyle and long –term weight gaining in women and men, *New England Journal Medical*, Jun 23 364 (25) 2392 – 2404.
19. Louisa Picco, Mythily Subramaniam, Smoking and Nicotine Dependence in Singapore: Findings from a Cross – sectional Epidemiological Study, *Annals Academy of Medicine* 2012; 41:325 – 34

20. Edna Gabriela Delgado Quiñones y victor Miguel del Campo Guzman,,
Relacion entre percepción de funcionalidad familiar y dependencia a la
nicotina en jóvenes fumadores de 15 a 24 años. Revista Medica MD 2015
6 (4) : pags: 253 – 257
21. Ponciano Rodriguez G., Valerio Gutierrez, Development and Evaluation of
a new self – Rating Test to assess the psychological Dependence of
smoking, Journal of Addiction Medicine and Therapy, pags (2015) 4-11.
H,
22. Lucinda J. England MD MSP, Perceptions of emerging tobacco products
and nicotine replacement therapy among pregnant women planning a
pregnancy.
Preventive Medicine Reports, 4 (2016) pags. 481 -485.
23. Arief M, Shankar, Determination of awareness and nicotine dependency
level among shisha smokers in Malaysia, International Journal of
Pharmaceutical and Clinical Research 2016 ; 8 (6) : 543- 547.

13.- CONSENTIMIENTO INFORMADO

ASENTIMIENTO POR ESCRITO:

NOMBRE DEL ESTUDIO: DETERMINACION DEL NIVEL DE DEPENDENCIA A LA NICOTINA EN MUJERES FUMADORAS DE UMF NO 2

YO,

NOMBRE (S) APELLIDOS

Declaro que:

- 1.- He leído a me han leído la hoja de información y he entendido todo lo que ponen en ella
- 2.- Mi Médico ha contestado a todas las dudas que tenía sobre el estudio
- 3.- Sé que puedo decidir no participar en este estudio y que no pasa nada
- 4.- Sé que si decido participar responderé contestare algunas preguntas
- 5.- Sé que si cuando empiece el estudio tengo alguna duda, puedo preguntar a mi Medico las veces que sean necesarias
- 6.- Sé que cuando empiece el estudio y en cualquier momentos puedo decir que ya no quiero seguir participando y nadie me regañara con ello
- 8.- He decidido participar en el estudio

FIRMA DEL MENOR DE EDAD

LOS PADRES O TUTORES HAN FIRMADO EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

SI NO

UNAM

FUENTE: DIVISION DE INVESTIGACION

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

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: CLASIFICACION DEL NIVEL DE DEPENDENCIA A LA NICOTINA EN EL GENERO FEMENINO FUMADOR DE LA UMF No. 2 PUEBLA

Patrocinador externo (si aplica): NINGUNO

Lugar y fecha: Unidad de Medicina Familiar no 2 IMSS Puebla, 01 Julio 2017 a 31 Diciembre 2017

Número de registro: En trámite

Justificación y objetivo del estudio: Estimada Señorita o Señora, el presente estudio pretende clasificar el nivel de dependencia a la nicotina de las derechohabientes del género femenino fumadoras de la UMF no. 2 puebla, por medio de la aplicación del test de fagestrom. Se realiza el presente estudio debido a la alta dependencia a la nicotina en las mujeres, considerado actualmente como una de las primeras causas de muerte en las mismas.

Procedimientos: Estimada Señorita o Señora: si usted acepta participar en nuestro estudio se le aplicara un cuestionario para medir su grado de adicción al cigarro.

Posibles riesgos y molestias: Estimada Señorita o Señora el presente estudio no le generara ningún riesgo o molestia

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: Estimada Señorita o Señora al término de la aplicación del Test, se le proporcionara un documento con información sobre los efectos secundarios a corto mediano y largo plazo del hábito de fumar en la salud de las mujeres.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: Estimada Señorita o Señora se le darán resultados de forma personal en la UMF no 2 al término de la aplicación del cuestionario, así mismo se le proporcionara un documento con información acerca de las medidas preventivas para eliminar el tabaquismo.

Participación o retiro: Estimada Señora o Señorita usted podrá retirarse del estudio en el momento que así lo desee, sin que esto afecte de ninguna manera, la atención y servicio que recibe dentro del IMSS.

Privacidad y confidencialidad: Estimada Señorita o Señora el equipo de investigadores resguardara su información en todo momento y se maneja de manera confidencial, solo se autorizara para los fines del estudio citado, y nadie más tendrá acceso a sus datos personales cuidando los aspectos éticos del proceso de investigación.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio:

Estimada Señorita o Señora al término de la aplicación del Test, se le proporcionara un documento con información sobre los efectos secundarios a corto mediano y largo plazo del hábito de fumar en la salud de las mujeres.

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

Investigador Responsable: Dra. Rosa María Parra Arias Tel.: 2225071186

Colaboradores: Dra. María Lourdes Gutiérrez Vázquez Tel: 241 1641676

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

Nombre y firma del sujeto

Dra. María Lourdes Gutiérrez Vázquez

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013



15.- ANEXOS : CUESTIONARIO DE DEPENDENCIA DE NICOTINA DE FAGESTROM

FECHA: _____

NUMERO DE EXPEDIENTE:

NOMBRE DEL PACIENTE:

EXAMINESE USTED MISMO: marque el número de la respuesta correcta

1.- CUANTOS CIGARROS FUMA USTED AL DIA?

3 PUNTOS 31 O MÁS

2 PUNTOS 21 a

1 PUNTO 11 a

0 PUNTOS MENOS DE 10

2.- FUMA USTED MAS CIGARROS DURANTE LA PRIMERA PARTE DEL DIA,
QUE DURANTE EL RESTO DEL DIA?

1 PUNTO

0 PUNTOS

3.- CUANTO TIEMPO TRANSCURRE DESDE QUE USTED DESPIERTA
HASTA QUE FUMA EL PRIMER

CIGARRO?

3 PUNTOS MENOS DE 5 MIN

2 PUNTOS DE 6 A 30 MINU

1 PUNTO 31 A 60 MINUTO

0 PUNTOS MAS DE 60 MINU

4.- QUE CIGARRO LE ES MAS DIFICIL OMITIR?

1 PUNTO EL PRIMERO DE LA NA

0 PUNTOS ALGUN OTRO

5.- LE ES DIFICIL NO FUMAR DONDE ESTA PROHIBIDO?

1 PUNTO

0 PUNTO NO

6.- FUMA USTED CUANDO SE HALLA ENFERMO O INCLUSO EN CAMA?

1 PUNTO SI

0 PUNTOS NO

CONVERSION:

UNA PIPA= 3 CIGARROS

UN PURO = 3-4 CIGARROS

UN PURO PEQUEÑO = 3 CIGARROS

RESULTADO DE LA PRUEBA:

DE 0 A 3 PUNTOS: DEPÉNDENCIA BAJA

DE 4 A 7 PUNTOS: DEPENDENCIA MODERADA

8 PUNTOS O MAS: DEPENDENCIA ALTA

NOMBRE DEL APLICADOR:

_____ FIRMA: _____

FUENTE: CUESTIONARIO DE DEPENDENCIA DE NICOTINA DE
FASGESTROM (1991)