



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 7**

T E S I S

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

**MOTIVACIÓN PARA DEJAR DE FUMAR EN MUJERES FUMADORAS DE 20 A
59 AÑOS EN UNA CLÍNICA DE PRIMER NIVEL**

PRESENTA:

**KARLA SARAI MARTINEZ VILLARRUEL
MÉDICO RESIDENTE DE TERCER AÑO
ESPECIALIZACIÓN MÉDICA EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°7. IMSS**

**DRA. SANDRA VEGA GARCÍA
INVESTIGADOR RESPONSABLE Y ASESOR CLÍNICO
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
ESPECIALISTA EN EL TRATAMIENTO DE ADICCIONES
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 7 IMSS**

**DR. MANUEL MILLÁN HERNÁNDEZ
ASESOR METODOLÓGICO
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
MAESTRO EN GESTIÓN DIRECTIVA EN SALUD
DOCTORANTE EN ALTA DIRECCIÓN EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
HOSPITAL DE PSIQUIATRÍA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 10 IMSS
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN EN EDUCACIÓN MÉDICA
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN MÉDICA, FACULTAD DE MEDICINA, UNAM.**

**CIUDAD DE MÉXICO, AGOSTO 2021
Número de folio: F-2020-3703-039
Número de registro: R-2020-3703-060**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

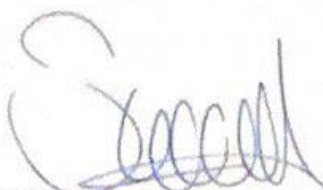
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**MOTIVACIÓN PARA DEJAR DE FUMAR EN MUJERES FUMADORAS DE 20 A 59
AÑOS EN UNA CLÍNICA DE PRIMER NIVEL**

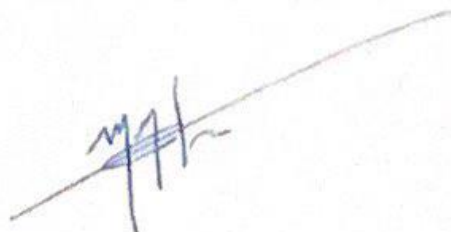
AUTORIZACIONES



**KARLA SARAI MARTINEZ VILLARRUEL
MÉDICO RESIDENTE DE TERCER AÑO
ESPECIALIZACIÓN MÉDICA EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°7. IMSS**




**DRA. SANDRA VEGA GARCÍA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
ESPECIALISTA EN EL TRATAMIENTO DE ADICCIONES
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 7 IMSS
INVESTIGADOR RESPONSABLE Y ASESOR CLÍNICO**



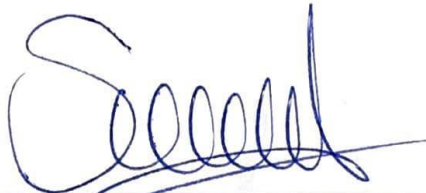
**DR. MANUEL MILLÁN HERNÁNDEZ
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
MAESTRO EN GESTIÓN DIRECTIVA EN SALUD
DOCTORANTE EN ALTA DIRECCIÓN EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
HOSPITAL DE PSIQUIATRÍA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 10 IMSS
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN EN EDUCACIÓN MÉDICA
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN MÉDICA, FACULTAD DE MEDICINA, UNAM.
ASESOR METODOLÓGICO**

MOTIVACIÓN PARA DEJAR DE FUMAR EN MUJERES FUMADORAS DE 20 A 59 AÑOS EN UNA CLÍNICA DE PRIMER NIVEL

AUTORIZACIONES



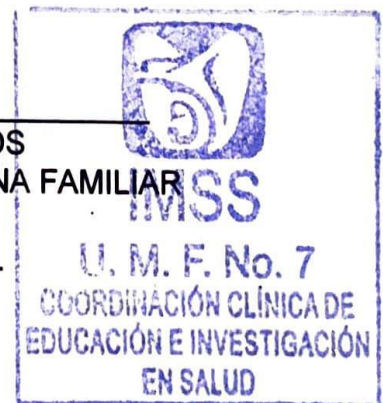
**DR. IVÁN SANTOS JIMÉNEZ
DIRECTOR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 7
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**



**DRA. SANDRA VEGA GARCÍA
COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 7
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**



**DRA. MARIANA GABRIELA VILLARREAL ÁVALOS
PROFESORA TITULAR DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 7
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

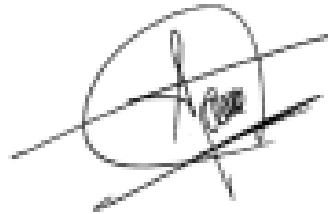


CIUDAD DE MÉXICO


AGOSTO 2021

MOTIVACIÓN PARA DEJAR DE FUMAR EN MUJERES FUMADORAS DE 20 A 59 AÑOS EN UNA CLÍNICA DE PRIMER NIVEL

AUTORIZACIONES



DR. JAVIER SANTACRUZ VARELA
JEFE DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR

CIUDAD DE MÉXICO

AGOSTO 2021

DICTAMEN DE APROBADO (COMITÉ DE INVESTIGACIÓN)



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 3703.
U MED FAMILIAR NUM 21

Registro COFEPRIS 17 CI 09 017 017

Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 09 CEI 003 20190403

FECHA Miércoles, 26 de agosto de 2020

M.E. SANDRA VEGA GARCIA

PRESENTE

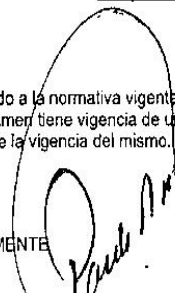
Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **MOTIVACIÓN PARA DEJAR DE FUMAR EN MUJERES FUMADORAS DE 20 A 59 AÑOS EN UNA CLÍNICA DE PRIMER NIVEL** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

R-2020-3703-060

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE


Dr. PAULA AVALOS MAZA
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3703

[Imprimir](#)

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

AGRADECIMIENTOS

Primero que nada, agradezco a mi esposo Rosendo y a mi hijo Adrián, quienes siempre mostraron su apoyo incondicional, su amor y su paciencia, porque al final del día siempre estaban con una sonrisa para alentarme a seguir adelante, son mi motor de vida.

Agradezco a mis padres Luis y Lula, por enseñarme que todo es posible, por cuidar de mi familia cuando más lo necesite, por su amor y apoyo infinito, gracias.

Agradezco a mi hermana Marilui y a Ulises, por siempre estar en lo bueno y en lo no tan bueno, son un gran ejemplo ha seguir.

Agradezco a mi familia porque de una u otra forma, siempre han estado presentes en cada uno de mis logros, gracias por creer en mí,

Gracias a cada uno de mis maestros, médicos adscritos, compañeros y amigos de residencia por sus conocimientos y experiencias compartidas.

Gracias a la Dra. Sandra Vega García y al Dr. Manuel Millán Hernández por su apoyo y orientación para poder realizar este trabajo.

Agradezco al personal de la UMF 7, porque ayudaron en hacer de una u otra forma el camino más fácil.

Gracias UNAM por darme la gran oportunidad de ser parte de este gran equipo y formarme en un inicio como médico general y ahora como especialista en medicina familiar. Gracias IMSS por abrirme las puertas y poder llevar a cabo mi formación académica.

Gracias Dios por nunca soltarme.

ÍNDICE

Resumen.....	7
Marco Teórico.....	8
Justificación.....	21
Planteamiento del problema.....	21
Pregunta de investigación.....	21
Objetivos.....	22
Hipótesis.....	22
Material y Métodos.....	23
Diseño de Investigación.....	24
Población, Lugar y Tiempo.....	26
Muestra.....	26
Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.....	27
Variables.....	28
Diseño estadístico.....	30
Instrumento de Recolección.....	30
Método de Recolección.....	31
Maniobras para controlar y evitar sesgos.....	32
Consideraciones éticas.....	33
Recursos.....	36
Factibilidad, Difusión y Trascendencia.....	36
Cronograma.....	37
Resultados.....	38
Discusión.....	40
Conclusión.....	41
Referencias Bibliográficas.....	43
Anexos.....	48
Anexo 1: Consentimiento informado.....	48
Anexo 2: Hoja de recolección de datos. Prueba de Richmond.....	49
Anexo 3: Cronograma de actividades.....	50
Anexo 4: Tablas y Gráficas.....	51

RESUMEN

MOTIVACIÓN PARA DEJAR DE FUMAR EN MUJERES FUMADORAS DE 20 A 59 AÑOS EN UNA CLÍNICA DE PRIMER NIVEL

Autores: Martínez Villarruel Karla Sarai ¹, Vega García Sandra ², Millán Hernández Manuel ³

¹ Residente del tercer año de la especialidad en Medicina Familiar de la U.M.F.7, ² Especialista en Medicina Familiar U.M.F. 7, ³ Especialista en Medicina Familiar U.M.F.10

Antecedentes: El tabaquismo es un factor de riesgo para enfermedades y muertes prevenibles, su prevalencia es elevada y ha aumentado su incidencia en mujeres, incrementando su morbi-mortalidad. La tasa de éxito para el abandono de tabaco se asocia a un nivel elevado de motivación para dejar de fumar, la cual se puede medir a través de la prueba de Richmond.

Objetivo: Evaluar la motivación para dejar de fumar en mujeres fumadoras de 20 a 59 años de la UMF n°7, CDMX.

Material y Método: Estudio Descriptivo, Observacional, Transversal y Prospectivo en derechohabientes aplicando la prueba de Richmond a mujeres de 20 a 59 años, para identificar el nivel de motivación para dejar de fumar.

Resultados: Se realizó el análisis de 382 mujeres fumadoras, donde el grupo de edad con mayor frecuencia fue el de 30-39 años con un 34%, el 72.3% son empleadas, encontrando un 45.3% con un nivel de escolaridad bachillerato-preparatoria, se observó que el 53.1% se encontraban en unión libre o casadas y el 56.5% tenían un nivel de motivación alto para dejar de fumar.

Conclusiones: La asociación entre el nivel de escolaridad y el nivel de motivación para dejar de fumar, con un nivel de confianza del 95%, se obtuvo la X^2 de 19.34, existiendo una asociación estadísticamente significativa, sin embargo, no se encontró asociación estadísticamente significativa entre la edad, la ocupación, estado civil y nivel de motivación para dejar de fumar.

Palabras Clave: Tabaquismo, mujeres, Prueba de Richmond

MARCO TEÓRICO

1. INTRODUCCIÓN

El consumo de tabaco es a nivel mundial el principal factor de riesgo que causa enfermedades y muertes prevenibles. Las principales enfermedades no transmisibles (cardiovasculares, respiratorias crónicas, cáncer y diabetes) provocan a nivel mundial el 70% de defunciones al año, teniendo en común al tabaco como factor de riesgo.¹

El tabaquismo es una enfermedad que provoca dependencia física, psicológica y social, la dependencia física se produce por la nicotina, sustancia altamente adictiva, que estimula de manera directa al núcleo accumbens, regulador de sensaciones como el placer, risa, miedo y agresión, la dependencia psicológica se asocia a experiencias vivenciales agradables y la dependencia social se relaciona con la legalidad, aceptación social y sensación de poder sobre todo en adolescentes y mujeres. Una persona fumadora es la que ha consumido más de 100 cigarrillos en toda su vida, provocando alteraciones multiorgánicas de manera progresiva. El daño a la salud depende de la cantidad y frecuencia de inhalación del humo, del tipo de cigarrillos, de la exposición a gas radón, asbestos, éteres de clorometilo, radiaciones, contaminación ambiental, hábitos alimenticios y edad de inicio del consumo.²

La mortalidad en mujeres atribuible al tabaquismo ha aumentado, en contraste con la mortalidad en hombres, la cual permanece constante; además, se ha observado que, en las mujeres existe un mayor riesgo de padecer enfermedades y sus complicaciones, debido a que inhalan más profundo el humo del cigarrillo, absorbiendo mayor cantidad de nicotina para conseguir la sensación deseada.³

El tabaquismo en nuestro país es un grave problema de salud pública por su alta prevalencia, donde niños, jóvenes y mujeres son los grupos más vulnerables, por lo tanto, la detección de personas fumadoras o expuestas al humo del tabaco debe realizarse en todos los usuarios de los servicios de salud, investigando su historial de tabaquismo, motivación para dejarlo y complicaciones derivadas de su consumo.⁴

2. TABAQUISMO

2.1 DEFINICIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al tabaquismo como:

*“Enfermedad adictiva crónica que evoluciona con recaídas”.*⁵

Sin embargo, al ser el tabaquismo una enfermedad relacionada al uso de sustancias, provocando trastornos adictivos es conveniente mencionar la definición de la Asociación Americana de Psiquiatría y el DSM V:

“Trastorno por consumo de tabaco: provoca deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:

1.- Se consume tabaco con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.

2.- Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandono o controlar el consumo de tabaco.

3.- Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir tabaco o consumirlo.

4.- Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir tabaco.

5.- Consumo recurrente de tabaco que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar (p. ej. Interferencia en el trabajo).

6.-Consumo continuado de tabaco a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del tabaco (p.ej. discusiones con otros sobre el consumo de tabaco).

7.- El consumo de tabaco provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.

8.- Consumo recurrente de tabaco en situaciones en las que provoca un riesgo físico (p. ej. Fumar en la cama)

9.- *Se continúa con el consumo de tabaco a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el tabaco.*

10.- *Tolerancia: necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de tabaco para conseguir el efecto deseado y/o un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de tabaco.*

11.- *Abstinencia: presencia de síndrome de abstinencia característico del tabaco y/o se consume tabaco para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia”.⁶*

Desde el punto de vista de la Norma Oficial Mexicana el tabaquismo se define como:

“Dependencia o adicción al tabaco y sus sucedáneos, en su forma natural o modificada, en las diferentes presentaciones, que se utilicen para ser fumado, chupado, mascado o utilizado como rapé”.⁷

Teniendo en cuenta que en nuestro país contamos con instrumentos en los cuales nos apoyamos para realizar diagnósticos, tratamientos y prevención es importante mencionar la definición de tabaquismo que utiliza la Guía de Práctica Clínica, la cual nos dice:

“El consumo de sustancias psicoactivas (psicotrópicos y psicofármacos), se define al rubro genérico que agrupa diversos patrones de uso y abuso de estas sustancias, ya sean medicamentos o tóxicos naturales, químicos o sintéticos. Los trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de tabaco se encuentran definidos como parte de los “Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas” clasificándose aún de acuerdo con el DSM IV en un período continuado de doce meses”.⁴

2.2 EPIDEMIOLOGÍA

De acuerdo con cifras reportadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) 2019, el tabaco es responsable de la muerte del 50% de sus consumidores, anualmente más de 8 millones de personas fallecen a consecuencia del tabaco, de las cuales, más de 7 millones son secundarias al consumo directo y aproximadamente 1.2 millones por exposición indirecta al humo del tabaco. En el mundo hay mil cien

millones de fumadores, 80% de ellos viven en países de ingresos medianos a bajos.⁸ Se le atribuye el 12% de la mortalidad a nivel mundial y el 16% de la mortalidad del continente americano (17% de la mortalidad en hombres y 15% de la mortalidad en mujeres). Es responsable del 15% de muertes por enfermedades cardiovasculares, 26% de muertes por cáncer y 51% de muertes por enfermedades respiratorias crónicas. Sin embargo, la OMS, observó una disminución del 2.8% en la prevalencia de tabaquismo del año 2007 al 2015 en países de alto ingreso, donde aproximadamente el 85% de su población cuenta con medidas para el control del tabaco, hablando específicamente del continente americano, se observó una disminución de 4.7%. En conclusión, a nivel mundial 1 de cada 5 adultos consume tabaco, con una prevalencia del 35% en hombres y 6% en mujeres. Cabe mencionar que, en el continente americano el consumo masculino es del 22% y el femenino es del 12%, con una razón de 1.7 hombres por 1 mujer.¹

En México, la prevalencia de tabaquismo en la población adulta (mayores de 15 años) es del 16.4% (14.3 millones). Del total de la población adulta con tabaquismo activo, el 25.2% (10.6 millones) son hombres y el 8.2% (3.8 millones) son mujeres.⁹ De acuerdo con La Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) 2016-2017, en México mueren 43 000 personas por enfermedades asociadas al consumo de tabaco (8.4% de la mortalidad en el país), además encontraron que del total de fumadores, 6.4% fuman diario y 11.1% fuma de manera ocasional, con una prevalencia del 10% en hombres y 3.1% en mujeres, la edad de inicio en su consumo es de 21 años en mujeres y 18.8 años en hombres, con un promedio de 7.4 cigarros al día (mujeres 6.4, hombres 7.7), cabe mencionar que el 16.1% de las mujeres de 12 a 65 años son fumadoras pasivas, a nivel nacional las mujeres que pertenecen al grupo de edad de 18 a 24 años son las que tienen mayor consumo de tabaco, hablando exclusivamente de la Ciudad de México el grupo de 25 a 30 años es el de mayor frecuencia y el 74.3% de las fumadoras activas están interesadas en dejar de fumar. Respecto a la prevalencia de tabaquismo en la Ciudad de México es de 27.8% (1.9 millones de personas son fumadores activos) de los cuales 653 mil son mujeres y 1.2 millones son hombres, con un promedio de 6.3 cigarros al día, sin embargo, la prevalencia en adolescentes es similar, siendo de 8.7% en mujeres y 8.8% en hombres y siendo el estado con mayor prevalencia de

tabaquismo, ocupa el noveno lugar en tabaquismo pasivo y es el estado con menor porcentaje de intentos de cesación de tabaco en el último año.¹⁰

2.3 IMPACTO SOCIOECONÓMICO

La OMS realizó el “Informe de la Salud en el Mundo” donde reporta los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por el consumo de alcohol y tabaco que fue de 8.9 años, teniendo un gran impacto en el Sector Salud y Laboral por el cuidado de enfermedades secundarias al consumo de éstos, la muerte en edades productivas y pérdida o disminución de la productividad de los enfermos. En nuestro país, la pérdida de años de vida saludables secundario al tabaquismo representa el 3.5% del total que se pierde a nivel nacional y el 4.3% en el medio urbano.¹¹ De acuerdo con la Encuesta Global de Tabaquismo en adultos, la mortalidad secundaria al tabaquismo causa pérdidas económicas valoradas en más de medio billón de dólares, por lo que la OMS estima que si no se aplica a nivel mundial los acuerdos establecidos en el “Convenio Marco para el control del Tabaco”, se pueden provocar mil millones de defunciones a lo largo del siglo.⁹

El gasto que el tabaquismo genera a nivel mundial es mayor a los 500 mil millones de dólares, distribuidos en el sector salud y en la productividad perdida, en contraste con la recaudación de impuestos sobre el consumo de tabaco que es de 145 mil millones de dólares. Una de las consecuencias del consumo de tabaco es el empobrecimiento de la población con bajo ingreso, ya que es en ellos en quienes se registra la mayor prevalencia de tabaquismo y menor capacidad de solventar los gastos generados por la atención médica, además de provocar la muerte prematura de quienes solventan los gastos del hogar. Por lo tanto, los países que disminuyan la prevalencia de tabaquismo obtendrán enormes beneficios sanitarios y reducción en los costos sociales y del sistema de salud.¹²

En América Latina el gasto atribuible al tabaquismo que tienen los sistemas de salud es de aproximadamente 33 mil millones de dólares, que equivale al 0.5% del producto interno bruto (PIB) y al 7% de todo lo que América Latina gasta en salud.¹³

Es importante conocer las consecuencias económicas del tabaquismo para la planeación de políticas de salud pública que proporcionen recursos para la atención de enfermedades relacionadas a su consumo. De acuerdo con la información censal

de la Coordinación de Prestaciones Económicas del IMSS 2006-2009, el monto erogado atribuible al tabaquismo fue de 143.9 millones de pesos, del cual el Infarto Agudo al Miocardio fue el padecimiento más costoso con 106.1 millones de pesos y el menos costoso fue el cáncer pulmonar con 2.03 millones de pesos. Por otro lado, el monto para subsidiar las incapacidades en la Ciudad de México fue del 19% por cáncer pulmonar, 14.3% para enfermedades cerebrovasculares, 22.1% para Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica y 12.6% para Infarto Agudo al Miocardio, el gasto por productividad pérdida, secundario a días de incapacidad, fue de 298.2 millones de pesos en total, representando casi 1 140 000 días-hombre perdidos atribuibles al consumo de tabaco. El total de productividad pérdida a causa de estas enfermedades fue de 733.9 millones de pesos, de los cuales, 437.8 millones pueden atribuirse al tabaquismo. A pesar de la importancia del tema y de la pérdida económica en el IMSS, no se encontró información actualizada sobre el monto erogado atribuible al tabaquismo.¹⁴

Por lo tanto, los daños provocados por el consumo de tabaco son a nivel individual, social y económica, sin embargo, aún no existe un instrumento metodológico basado en evidencia científica en el Sistema Nacional de Salud, que facilite llevar a cabo medidas preventivas y terapéuticas para el tabaquismo.⁴

3. TABAQUISMO EN MUJERES

La edad de inicio del tabaquismo en mujeres es a edades tempranas, por lo que uno de los objetivos de la Industria tabacalera ha sido atraer a fumadores jóvenes, desarrollando publicidad dirigida a mujeres y niñas, utilizando el tabaco como símbolo de poder y seguridad. El estudio realizado por Ruiz Hernández et al. (2018) fue que el 74.02% de las fumadoras iniciaron a fumar siendo menores de edad y que el 48.5% contaba con al menos educación media superior.³ Hablando específicamente de aspectos sociodemográficos que predominan en las mujeres que fuman, la investigación realizada por Míguez y Pereira (2018), observaron que el 70.3% eran mayores de 30 años, el 76.5% tenían pareja, el 62.2% trabajaban y el 70.6% tenían estudios no universitarios.¹⁵

De acuerdo con las investigaciones por Peña García, y Esparza Almanza los motivos para el consumo de tabaco son psicológicos en un 37.9%, físicos en un 24.78% y

sociales en un 22.16%.¹¹ García García et,al, (2013) encontraron que el deseo de experimentar sensaciones y/o emociones positivas, incrementar el número de relaciones sociales, sofisticación social y disminución de peso, fueron los motivos que predominan para iniciar el consumo de tabaco en mujeres, haciendo hincapié en la clasificación de los fumadores de acuerdo con Tapia en: experimentadores (menos de 100 cigarrillos en su vida), usuarios (100 cigarros en su vida y actualmente fuman) y dependientes (fuman diario y en un tiempo menor a 30 minutos después de haber despertado).¹⁶

Por otra parte, Sansores RH y Ramírez Venegas (2011), refieren que la mayoría de las mujeres fuman para disminuir sensaciones desagradables en contraste con los hombres que lo hacen como efecto placentero y que en base al National Institute of Drug Addiction (NIDA), las mujeres metabolizan más rápido la nicotina, provocando mayor sensibilidad a su efecto, motivo que explicaría lo difícil que les resulta abandonar el hábito tabáquico.¹⁷ Del mismo modo Lira Mandujano et.al. (2018) encontró en diferentes estudios que los factores presentes en las mujeres asociados con el inicio, progresión y mantenimiento del tabaquismo son la presencia de depresión, vulnerabilidad a la depresión, ansiedad, bajo afecto positivo y alto afecto negativo (miedo, angustia, tristeza, irritabilidad, tensión, impaciencia, inquietud y estrés), presentando un síndrome de abstinencia más grave en comparación a los hombres por lo que usan al cigarro para aliviar la sintomatología, provocando un gran impacto en el bienestar familiar y económico.¹⁸

4. MOTIVACIÓN PARA DEJAR DE FUMAR (PRUEBA DE RICHMOND)

Es importante conocer el nivel de motivación de cada paciente para dejar de fumar, ya que se ha demostrado que el tratamiento será más efectivo en aquellos que estén más motivados para dejar de hacerlo. El grado de motivación para dejar de fumar, se puede valorar de manera cualitativa, interrogando de manera directa al paciente sobre el interés en dejar de hacerlo, sin embargo, existen métodos cuantitativos como la prueba de Richmond que valora el nivel de motivación en una escala de 0 a 10 puntos y consta de 4 preguntas. En la investigación realizada por Granda et.al. (2018) encontraron que hay una relación inversamente proporcional entre el nivel de motivación y el nivel de dependencia al cigarrillo.¹⁹ Del mismo modo Valera-Fernández et. al. (2019) refieren que el resultado obtenido en la prueba de Richmond,

permite ubicar a las personas en las etapas de Prochaska y DiClemente y de esta manera realizar una intervención oportuna en el paciente.²⁰ Sin embargo Sepúlveda SJ et al (2016) realizaron un estudio para valorar el nivel de motivación para dejar de fumar, utilizando la prueba de Richmond, encontrando que solo el 11.7% mostraban un alto nivel de motivación, de los cuales la mayoría eran hombres, concluyendo que el personal de salud debería de realizar intervención en la etapa de precontemplación del modelo de Prochaska y Diclemente, informándoles las complicaciones provocadas por el tabaquismo.²¹ Cabe mencionar que la Prueba de Richmond no está validada en población mexicana.⁴

5. ENFERMEDADES ASOCIADAS AL TABAQUISMO

El cigarrillo está compuesto por más de 7 mil sustancias químicas, 400 de ellas son muy tóxicas y 69 son carcinógenos, por lo que aumenta 10 veces el riesgo padecer cáncer en general, 20 veces el riesgo de muerte por cáncer de pulmón y Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica y 2.5 veces el riesgo de muerte por enfermedad isquémica del corazón.¹⁰ Además provoca que padecimientos como sobrepeso, obesidad, hipertensión y diabetes mellitus se compliquen.⁴ La nicotina, sustancia adictiva, llega a nivel cerebral 10 a 19 segundos posterior a la inhalación del humo, provocando liberación de dopamina, noradrenalina y otros neurotransmisores, que generan sensación de placer, aumenta el nivel de concentración y relajación en el individuo.²²

5.1 ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

Las investigaciones realizadas por Sansores y Ramírez Venegas (2011), mencionan que las mujeres tienen un 42% de riesgo de desarrollar patologías circulatorias secundario al tabaquismo a diferencia de los hombres que es del 29%.¹⁷ De acuerdo con la declaración de la American Heart Association, indica que el tabaquismo aumenta 7 veces el riesgo de padecer un Infarto Agudo al Miocardio.²³ De igual forma García Bello (2017) comenta que las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en la mujer en países desarrollados, siendo el tabaquismo un factor de riesgo importante para su desarrollo.²⁴ Asimismo Berenguer G. (2016) menciona que el riesgo de muerte por enfermedad cardíaca en mujeres es del 31% por cada 10 cigarrillos consumidos al día. El tabaquismo es un factor de riesgo modificable para el

desarrollo de enfermedad cerebrovascular, con un riesgo relativo de 1.86 en mujeres.²⁵ Asimismo, Arnao V et. al. (2017) refieren que, en mujeres, el abuso en su consumo aumenta 3 veces el riesgo de desarrollar hemorragia subaracnoidea y tienen un 20% de riesgo para desarrollar hemorragia subaracnoidea aneurismática. El tabaco es el principal factor de riesgo para el desarrollo de enfermedad vascular periférica, estimando que el 80 % de los pacientes con claudicación intermitente fuman más de 2 paquetes por día.²⁶

5.2 ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC) Y CÁNCER DE PULMÓN

La presentación de EPOC en ellas es a edades más tempranas, por lo cual Mayoralas et.al. (2016) realizó un estudio multicéntrico donde encontró un promedio de 30 años de consumo de tabaco, con un índice de paquetes al año de 35.7 y la edad promedio de diagnóstico fue de 54.1 años; de las cuales el 80.8% fueron diagnosticadas por Neumólogo, 14.4% en primer nivel de atención y 4.9% por otros.²⁷ De igual manera Sansores y Ramírez Venegas (2011) refieren que el factor de riesgo predominante es el tabaco y son más susceptibles al desarrollo de EPOC grave, secundario a un nivel de obstrucción más importante.¹⁷

El cáncer de pulmón ocupa el segundo lugar en frecuencia a nivel mundial en mujeres, siendo el tabaco el principal factor de riesgo, en las investigaciones de Fidler B. et.al. (2020), refieren que los cigarrillos con filtro utilizados en la actualidad, distribuyen el humo de tabaco en regiones periféricas del pulmón, provocando el subtipo adenocarcinoma.²⁸ Por otro lado Malhotra et. al. (2016), encontraron que en México la tasa de mortalidad por cáncer pulmonar es de 3.5 por cada 100.000 mujeres y se relaciona con la duración del consumo de tabaco.²⁹ También Sansores y Ramírez Venegas (2011) descubrieron que las mujeres tienen un riesgo mayor del 20 al 70% de desarrollar cáncer de pulmón respecto a los hombres.¹⁷

5.3 PATOLOGIAS GINECO-OBSTÉTRICAS

CÁNCER DE MAMA

La presencia de cáncer de mama depende de los años de consumo de tabaco y edad de inicio, por lo que Passarelli et. al. (2016) realizaron un estudio multicéntrico,

observando que el 20% de las mujeres fumaron hasta 1 año previo al diagnóstico (mujeres jóvenes, con nivel bajo en educación, propensas al consumo de alcohol y baja realización de mastografías), con una edad promedio del diagnóstico de 58 años, observando que las de mayor riesgo relativo de muerte, tenían un consumo mayor a 30 años, un índice de 30 paquetes al año y un abandono del hábito tabáquico menor a 5 años antes del diagnóstico.³⁰ De la misma forma Goldvaser et. al. (2017) encontraron que el consumo de tabaco, provoca subtipos de cáncer de mama más agresivos.³¹ Igualmente Sansores y Ramírez Venegas (2011) refieren que las fumadoras tienen 25 veces más riesgo de desarrollar cáncer de mama, comparado a los que no fuman.¹⁷

CÁNCER CÉRVICO-UTERINO

De acuerdo con Vargas Hernández et.al. (2018), el riesgo de padecer cáncer cervicouterino es 21% mayor en mujeres que fuman, además de tener un riesgo de 83% para desarrollar lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado, refieren que consumir 15 cigarrillos al día duplica el riesgo de presentación en comparación con la infección por el Virus del Papiloma Humano.³² Del mismo modo Núñez Troconis (2017), observó que en fumadoras aumenta el riesgo, incluso posterior al control de la infección por VPH aunado a que tienen menor realización de citología vaginal.³³ Asimismo Sansores RH y Ramírez Venegas A (2011) mencionan existe una asociación positiva a la cantidad de cigarrillos consumidos, con un riesgo de 12 veces mayor en fumadoras activas y ex fumadoras respecto a las que nunca han fumado.¹⁷

INFECCIÓN POR VIRUS DE PAPILOMA HUMANO (VPH).

El tabaquismo predispone a la infección por VPH, con una prevalencia de 22% en fumadoras y 16% en ex fumadoras, con una probabilidad de desarrollar la infección al consumir 5 cigarrillos al día del 40% y del 100% al consumir 15 cigarrillos.¹⁷ Por otro lado, Nuñez Troconis (2017) describe que la infección por VPH no es suficiente para el desarrollo de cáncer y requiere de factores adicionales como el tabaco para la progresión e invasión de la infección, ya que existe mayor carga viral de VPH 16 y 18 en fumadoras.³³

INFERTILIDAD

Las investigaciones de Ramos Reyes et. al. (2019) refieren que el tabaco es responsable del 13% de infertilidad femenina, del fracaso al tratamiento de reproducción asistida en un alto porcentaje y de alterar la función tubárica y ciliogenesis, incrementando el riesgo de embarazo ectópico.³⁴ Igualmente Sarokhani et. al. (2017) mencionan que el tabaquismo aumenta 1.6 veces el riesgo de infertilidad.³⁵ Del mismo modo Sansores RH y Ramírez Venegas (2011) refieren que las fumadoras de más de 5 paquetes al año aumenta un 320% la probabilidad de no embarazarse y el consumo de 20 cigarrillos al día, aumenta un 300% el riesgo de embarazo ectópico.¹⁷

5.4 COMPLICACIONES PERINATALES

El consumo de tabaco durante y posterior al embarazo es un importante factor de riesgo para la morbi-mortalidad infantil, provocando: bajo peso al nacer, complicaciones respiratorias, muerte súbita del lactante, malformación cardíaca, entre otras. Las investigaciones realizadas por Cerda et.al. (2017), encontraron que la prevalencia de tabaquismo activo en mujeres embarazadas fue del 28% y de tabaquismo pasivo del 65.7%, encontrando que 1 de cada 9 prematuros o con bajo peso al nacer y 1 de cada 3 muertes por síndrome de muerte súbita, se relacionan con el consumo de tabaco.³⁶ Del mismo modo Carrion Valero (2014), refiere que aumenta 2 veces el riesgo de síndrome de muerte súbita del recién nacido por el consumo prenatal y 1.94 veces en el consumo postnatal, además, la exposición del humo del tabaco durante la infancia produce: trascendencia de la adicción, disminución de la función pulmonar, crisis asmática, riesgo de enfermedad meningocócica y aumenta el riesgo de cáncer. Los riesgos obstétricos en fumadoras son: embarazo ectópico, aborto espontáneo, parto prematuro, placenta previa, hemorragia obstétrica, ruptura prematura de membranas.³⁷ Asimismo Sansores y Ramírez Venegas (2011) refieren que el tabaquismo ocasiona pérdida de peso de 50-300 gramos en los recién nacidos, con una relación inversa entre el número de cigarrillos consumidos y peso del producto al nacimiento.¹⁷

5.5 EXPOSICIÓN AL HUMO DEL TABACO Y ASMA EN MENORES

De acuerdo con Carrión Valero (2014), el asma es frecuente en hijos de madres que fumaron durante su embarazo, la mayoría de estos pacientes tienen mal control de la enfermedad, con sibilancias persistentes, disnea, tos, despertares nocturnos y visitas frecuentes al servicio de urgencias.³⁷ Por otra parte Sansores RH y Ramírez Venegas (2011) refieren que secundario a las sustancias del humo del tabaco, se produce una inflamación del revestimiento respiratorio, ocasionando infecciones de vías respiratorias inferiores recurrentes y si hubo exposición intrauterina, el recién nacido presentará alteraciones en el desarrollo embriológico de pulmones y bronquios, provocando hiperreactividad bronquial.¹⁷

5.6 OSTEOPOROSIS Y FRACTURAS

La investigación realizada por Muso Pilchisaca, et. al (2018) se encontró que el consumo de tabaco aumenta el riesgo de osteoporosis ³⁸ Del mismo modo Sansores RH y Ramírez Venegas (2011) refieren que el tabaco disminuye la densidad ósea, observando que mujeres que fuman menos de 3 paquetes al año tienen un riesgo de 59%, mientras que las que fuman más de 3 paquetes al año, el riesgo aumenta hasta un 155%, además la prevalencia de osteoporosis en fumadoras post-menopáusicas es del 30%, presentando un riesgo de 272% de fracturas, siendo la fractura de cadera, la más frecuente.¹⁷

6. MEDIDAS PREVENTIVAS Y TERAPÉUTICAS

En el año 2005, la OMS crea un “Marco Convenio para el control del Tabaco” con medidas costo efectivas para el control del tabaco, que protegen a dos terceras partes de la población mundial.³⁹ Sin embargo, es hasta el año 2008, cuando la OMS implementó seis medidas efectivas basadas en evidencia para el control del tabaco, conocidas como “MPOWER”: 1) Monitorear y vigilar el consumo de tabaco y las políticas de prevención, 2) Proteger a la población del humo del tabaco, **3) Ofrecer ayuda para dejar el tabaco, 4) Advertir de los peligros del tabaco**, 5) Hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio del tabaco y 6) Aumentar los impuestos al tabaco. México fue el primer país de América en implementar las medidas del Convenio Marco para el control del Tabaco, con la aprobación de leyes como: ambientes 100% libres del humo de tabaco, aumentó en los impuestos al

tabaco, imágenes con advertencias sanitarias en sus productos, además de alcanzar altas puntuaciones del programa MPOWER, sin embargo, se encontró en la encuesta GATS 2015, que solo el 19.3% de los fumadores fue aconsejado por los profesionales de la salud en los últimos 12 meses para dejar de fumar.⁹

El paciente fumador debe tener un abordaje diagnóstico y terapéutico dinámico, tomando en cuenta que su tratamiento podrá pasar por diferentes etapas, hasta conseguir la abstinencia. La Guía de Práctica Clínica, menciona el modelo transteórico realizado por Prochaska y DiClemente, que es un elemento predictivo de adherencia y eficacia del tratamiento, consiste en 6 fases: pre-contemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento y finalización.⁴ Dentro del abordaje terapéutico, es importante proporcionar al paciente la información sobre los beneficios que se obtendrán en su salud e impulsarlo en la permanencia del tratamiento, de acuerdo con Peña Corona et.al, (2003), estos beneficios se obtendrán desde los primeros 20 minutos con normalización de la presión arterial, frecuencia cardiaca y temperatura hasta los 15 años con disminución de la probabilidad de desarrollar cáncer de pulmón, vejiga, boca, laringe y enfermedades del corazón.²

Por otro lado, las investigaciones realizadas por Sansores RH y Ramírez Venegas (2011), encontraron que el tratamiento en las mujeres, es de mayor dificultad y que el tratamiento farmacológico no es suficiente para la abstinencia total, por lo que la terapéutica ideal en ellas es el tratamiento farmacológico y conductual combinado, con programas nutricionales, psicológicos para el manejo del estrés, control emocional y resolución de problemas.¹⁷

En base a todas las consecuencias que provoca el consumo de tabaco en mujeres, es necesario realizar una revisión del cumplimiento de la Ley General para el Control del Tabaco (LGCT) e implementar nuevas reformas orientadas a la prohibición total de la publicidad, promoción y patrocinio de los productos de tabaco, además de vigilar eficaz y prioritariamente la prohibición de venta de cigarrillos a menores de edad, impulsar campañas de detección temprana del consumo de tabaco y ofrecer atención especializada a las mujeres fumadoras.³

JUSTIFICACIÓN

El aumento del consumo de tabaco en mujeres ha ocasionado la progresión y complicación de enfermedades relacionadas al tabaquismo como Infarto Agudo al Miocardio, Evento Vascular Cerebral, Cáncer de Pulmón, Cáncer de mama, Cáncer cervicouterino, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, padecimientos gineco-obstétricos, sin dejar a un lado el daño a la salud en los hijos por la exposición pasiva al humo de tabaco. Es importante conocer el nivel de motivación para dejar de fumar, ya que se ha encontrado una relación proporcional entre el nivel de motivación y la tasa de éxito en el tratamiento para la disminución en el consumo de tabaco, logrando la abstinencia total, además de iniciar medidas educativas a las mujeres que tengan un nivel bajo de motivación, esperando que en un corto periodo inicien la fase de contemplación para la deshabituación tabáquica y por lo consiguiente evitar las complicaciones originadas por el tabaquismo, con el propósito de encontrar beneficios a nivel individual, familiar, social y económico, ya que se ha visto que en un periodo de 4 años, el IMSS erogó un monto de 143.9 millones de pesos para patologías asociadas al consumo de tabaco y 298.2 millones de pesos en productividad perdida secundario a días de incapacidad.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El tabaquismo es el principal factor de riesgo para enfermedades y muertes prevenibles. Actualmente en nuestro país es un grave problema de salud pública por su elevada prevalencia, además, el incremento del tabaquismo en mujeres ha provocado un aumento en la incidencia de padecimientos asociados a su consumo, teniendo como consecuencia, repercusiones catastróficas a nivel individual, familiar, social y económico. Es importante la implementación de un instrumento validado en la población mexicana, para valorar el nivel de motivación para dejar de fumar, que se pueda realizar de manera rápida y sencilla durante la consulta y nos permita tomar decisiones sobre el tratamiento requerido en las pacientes.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el nivel de motivación para dejar de fumar en mujeres fumadoras de 20 a 59 años de la UMF n°7, CDMX?

OBJETIVO GENERAL

Evaluar el nivel de motivación para dejar de fumar en mujeres fumadoras de 20 a 59 años de la UMF n°7, CDMX.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Medir la frecuencia de motivación alta, media y baja para dejar de fumar en mujeres fumadoras de 20 a 49 años de la UMF No. 7

Medir la edad, escolaridad, estado civil y ocupación de las mujeres fumadoras de 20 a 59 años de la U.M.F. No.7

HIPÓTESIS

Una investigación exploratoria generalmente antecede a otro tipo de investigaciones, ayuda a examinar un tema del cual se tiene muchas dudas o no se ha abordado antes, se utiliza en problemas poco estudiados para preparar el terreno a nuevos estudios con alcances diferentes.

El alcance de los estudios exploratorios condiciona el no requerir de formulación de hipótesis debido a que no buscan explicaciones aparentes de la relación entre variables. Sin embargo, con fines académicos para cubrir los resultados de aprendizaje esperados, se formularon como guía las siguientes hipótesis:

-Hipótesis Alterna (H1):

Existe motivación para dejar de fumar en mujeres fumadoras de 20 a 59 años de la UMF n°7, CDMX

-Hipótesis Nula (H0):

No existe motivación para dejar de fumar en mujeres fumadoras de 20 a 59 años de la UMF n°7, CDMX

MATERIAL Y MÉTODOS

-Periodo y Sitio de estudio:

El estudio se realizó en el periodo comprendido de Agosto a Noviembre del 2020. Este estudio se llevó a cabo en la Unidad de Medicina Familiar n°7, Delegación 4 Sur, IMSS, ubicada en Calzada de Tlalpan No. 4220, Colonia Huipulco C.P. 01400, Delegación Tlalpan, Ciudad de México.

-Universo y Población de trabajo:

Mujeres fumadoras de 20 a 59 años derechohabientes a la Unidad de Medicina Familiar N° 7.

-Unidad de observación:

Información de hojas de recolección de datos individualizada.

- Unidad de análisis:

Hoja de recolección de datos con Prueba de Richmond

-Diseño de estudio. Tipo de diseño epidemiológico:

Descriptivo, transversal, prolectivo y observacional.

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Eje I. Según la finalidad del estudio.

Según el control de las variables o del análisis y alcance de los resultados.

- **DESCRIPTIVO:** Consiste en describir una enfermedad o características en una/s poblaciones/es determinada/s.
- **ESTUDIO DE PREVALENCIA:** Se describe una serie de variables en una población determinada y en un momento determinado. La unidad de análisis es el individuo.

Eje II Según la dirección del estudio.

Según el número de una misma variable o el periodo y secuencia de estudio.

- **TRANSVERSAL:** Es un estudio que se realiza con los datos obtenidos en “un momento” concreto de tiempo. Donde se examina la relación entre una enfermedad y una serie de variables en una población determinada y en un momento dado del tiempo.

Eje III Según la temporalidad del estudio.

Según el proceso de causalidad o tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información (cronología).

- **PROLECTIVO:** Un estudio es Prolectivo cuando la obtención de la información se realiza simultáneamente con la ocurrencia de la maniobra y, por lo tanto, simultáneo a la ocurrencia del resultado

Eje IV Según la asignación del factor estudio.

Según la inferencia del investigador en el fenómeno que se analiza.

- **OBSERVACIONAL:** El investigador no interviene. Se limita a observar, medir, y analizar determinadas variables, sin ejercer un control directo de intervención. (estudios de prevalencia)

DISEÑO DE ESTUDIO

POBLACIÓN O UNIVERSO

Mujeres de 20 a 59 años con tabaquismo activo en los últimos 12 meses, que sean derechohabientes de la UMF 7 de agosto a noviembre del 2020

OBJETIVO

Evaluar la motivación para dejar de fumar en mujeres fumadoras de 20 a 59 años de la UMF N°7, CDMX

TIPO DE ESTUDIO

- Descriptivo
- Transversal
- Prolectivo
- Observacional

TAMAÑO DE LA MUESTRA SELECCIONADA
n= 382

HIPÓTESIS

- H₁:** Existe motivación para dejar de fumar en mujeres fumadoras de 20 a 59 años de la UMF n°7, CDMX
- H₀:** No existe motivación para dejar de fumar en mujeres fumadoras de 20 a 59 años de la UMF n°7, CDMX

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Crterios de Inclusión:

- Mujeres Derechohabientes del IMSS adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No 7, de 20 a 59 años,
- Mujeres Derechohabientes a la Unidad de Medicina Familiar con tabaquismo activo en los últimos 12 meses

Crterios de no inclusión

- Mujeres que no se encuentren dentro del rango de edad de 20 a 59 años
- Mujeres con tabaquismo pasivo o ex fumadoras

Crterios de Exclusión:

- Mujeres que no autorizaron la aplicación del cuestionario a través del consentimiento informado.

Crterios de Eliminación:

- Mujeres que no hayan proporcionado datos completos y cuenten con instrumento de recolección de datos con espacios sin requisitar.

VARIABLES DEL ESTUDIO

Variable dependiente: Dejar de fumar

Variable Independiente: motivación, edad, ocupación, escolaridad, estado civil,

- 1.-Recolección de datos hoja de recolección de datos
2. Captura de datos matriz
3. Análisis de resultados

Elaboró Karla Sarai Martínez Villarruel

POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO

Mujeres de 20 a 59 años, con tabaquismo activo en los últimos 12 meses, derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar N°.7 en el periodo agosto-noviembre del 2020

MUESTRA

El cálculo del tamaño de la muestra se realizó con una fórmula para establecer diferencias de proporciones en población finita.

De acuerdo con los datos obtenidos del Diagnóstico de Salud 2019 de la Unidad de Medicina Familiar N° 7 el censo de mujeres de 20 a 59 años del turno matutino y vespertino es de 87 663 pacientes

Cálculo del tamaño de la muestra:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot q}{[e^2 \cdot (N-1)] + [Z^2 \cdot p \cdot q]}$$

Sustituyendo la fórmula:

-N: Tamaño de la población: mujeres de 20-59 años: 87 663

-Valor Z con un intervalo de confianza al 95%: es de 1.96%, donde $Z^2 = 3.84$

-p: variabilidad positiva 0.5

-q: variabilidad negativa 0.5

-e: porcentaje de error 5%: 0.05, donde $e^2 = 0.0025$

Muestra=

$$\frac{87\ 663 (1.96)^2 (0.5) (0.5)}{[(0.05)^2 (88663-1)] + [(1.96)^2 (0.5) (0.5)]}$$
$$\frac{87\ 663(0.96)}{[(.0025) (87\ 662)] + [3.84 \times 0.5 \times 0.5]}$$
$$\frac{84\ 156}{[219.1] + [0.96]}$$

$$84\ 156 / 220 = 382$$

Tamaño de la muestra: 382

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de Inclusión:

- Mujeres Derechohabientes del IMSS adscritas a la Unidad de Medicina Familiar N° 7, de 20 a 59 años
- Mujeres Derechohabientes a la Unidad de Medicina Familiar con tabaquismo activo en los últimos 12 meses

Criterios de no inclusión

- Mujeres que no se encuentren dentro del rango de edad de 20 a 59 años
- Mujeres con tabaquismo pasivo o ex fumadoras

Criterios de Exclusión:

- Mujeres que no autorizaron la aplicación del cuestionario a través del consentimiento informado.

Criterios de Eliminación:

- Mujeres que no hayan proporcionado datos completos y cuenten con instrumento de recolección de datos con espacios sin requisitar.

VARIABLES

Variables del estudio:

Variable dependiente: Dejar de fumar

Variable Independiente: Motivación

Variables sociodemográficas:

Edad

Ocupación

Escolaridad

Estado Civil

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operativa	Tipo de Variable	Escala de Medición
Edad	Tiempo que ha vivo una persona contando desde su nacimiento	Años de vida cumplidos al momento del estudio	Cualitativa	Edad en años a)20-29 años b)30-39 años c) 40-49 años d) 50-59 años
Ocupación	Actividad o trabajo al que se dedica una persona, especialmente el qué hace para ganarse la vida	Actividad de la mujer al momento del estudio	Cualitativa nominal	a) ama de casa b) empleada c) estudiante
Escolaridad	Estudios que una persona ha acreditado en una institución educativa	Grado académico de la mujer al momento del estudio	Cualitativa ordinal	a) Analfabeta b) Primaria c)Secundaria d)Preparatoria e) Licenciatura f) Posgrado
Estado Civil	Situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación con otra, con	Situación personal en la que se encuentra la mujer	Cualitativa nominal	a)Casada o Unión Libre b)Soltera

	quien se crean lazos jurídicamente reconocidos	en relación con otra.		
Motivación	Es un estado interno que activa, dirige y mantiene la conducta de las personas, encargada de estimular para hacer un esfuerzo con el objetivo de alcanzar cierta meta	Estímulo interno de la mujer para realizar un esfuerzo para alcanzar una meta	Cualitativa ordinal	a) Baja motivación b) Media motivación c) Alta motivación
Mujer	Conjunto de caracteres anatomofisiológicos característicos del sexo femenino	Persona del sexo femenino	Cualitativa nominal	Mujer
Fumadoras	Persona que tiene el hábito de fumar	Mujer que tiene hábito de fumar	Cualitativo Nominal Dicotómico	a)Si b)No
Dejar de Fumar	Abandono o suspensión del consumo de tabaco	No volver a consumir tabaco. Se obtendrá de lo referido por la mujer	Cualitativa Nominal Dicotómica	a) Si b) No
Interés en dejar de fumar	Actitud de la persona que siente deseo de dirigir su atención hacia algo o alguien que lo atrae o le inspira curiosidad	Deseo de la mujer para suspender el consumo de tabaco. Se obtendrá de lo referido por la mujer	Cualitativa Ordinal	a) Ninguno b) Poco c) Bastante d) Mucho
Intención en dejar de fumar	Propósito o voluntad de suspender el consumo de tabaco	Voluntad que tiene la mujer para dejar de fumar. Se obtendrá de lo referido por la mujer	Cualitativa Ordinal	a)Definitivamente no b)Quizás c)Si d)Definitivamente si
Posibilidad de continuar sin fumar	Posibilidad: Circunstancia u Ocasión de que una cosa exista, ocurra o pueda realizarse Continuar: Seguir haciendo lo que ya se había empezado	Probabilidad de que la mujer permanezca sin fumar	Cualitativa ordinal	a)Definitivamente no b)Quizás c)Si d)Definitivamente si

DISEÑO ESTADÍSTICO

Se realizó la medición de las variables cualitativas (edad, escolaridad, ocupación, estado civil, motivación, mujer, fumadoras, dejar de fumar, interés en dejar de fumar, intención en dejar de fumar, posibilidad de continuar sin fumar), por medio del Instrumento de Medición. Posteriormente, se elaboró el recuento de cada una de ellas de acuerdo con su clasificación correspondiente a las escalas utilizadas en la operacionalización de las variables respectivamente. Se elaboraron las tablas y gráficas necesarias que permitan la inspección de los datos recabados. Se efectuó la síntesis de los datos, para las variables cualitativas, se calculó la frecuencia y el porcentaje. Finalmente, se realizó el análisis de la búsqueda de diferencias estadísticamente significativas con las medidas de resumen obtenidas, así como las fórmulas estadísticas y tablas específicas correspondientes.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN

Hoja de recolección de datos basado y adaptado para este protocolo, interrogando aspectos sociodemográficos de las mujeres fumadoras y posteriormente se realizó la **Prueba de Richmond**: Instrumento heteroadministrado, se aplica a población general con tabaquismo activo, consta de 4 ítems que permiten valorar el grado de motivación para dejar de fumar. El rango de puntuación oscila entre 0 y 10 puntos. La primera pregunta interroga si al paciente le gustaría dejar de fumar si pudiera hacerlo fácilmente, con respuesta dicotómica Sí= 1 punto, No= 0 puntos, la segunda pregunta valora las ganas de querer dejar de fumar con respuesta de nada= 0 puntos, poca= 1 punto, bastante= 2 puntos, mucha= 3 puntos, la tercer pregunta indaga sobre el intento en dejar de fumar en las próximas dos semanas con respuesta de Definitivamente No=0 puntos, Quizás= 1 punto, Si= 2 puntos y Definitivamente sí= 3 puntos, la cuarta pregunta valora la probabilidad de continuar sin fumar durante 6 meses con respuesta de: Definitivamente no=0 puntos, Quizás= 1 punto, Si=2 puntos y Definitivamente sí= 3 puntos. Los puntos de corte detectados sobre el nivel de motivación para la cesación de tabaco son: 0-4 puntos: baja motivación, 5-6: motivación media y mayor a 7 puntos: alta motivación. Cabe mencionar que no está validado en la población mexicana. (Anexo 2).

MÉTODO DE RECOLECCIÓN

1. Mujeres que cumplieron con los criterios de inclusión durante el tiempo de espera en la consulta externa de ambos turnos de la Unidad de Medicina Familiar N°7
2. Se abordó a mujeres, proporcionándoles de manera breve, información sobre la intención, utilidad y beneficios de la investigación que se realizaría y se explicó de manera concisa las enfermedades y complicaciones asociadas al tabaquismo, así como los beneficios que se obtienen al dejar de fumar.
3. Se entregó carta de consentimiento informado (Anexo 1) e instrumento de recolección de datos (Anexo 2) en caso de aceptar la participación en la investigación.
4. Se firmó el consentimiento informado garantizando la confidencialidad de la información.
5. Se procedió a realizar las preguntas del Instrumento de recolección de datos, empleando el material necesario para su realización (pluma)
6. Se recolectaron los instrumentos aplicados a la población de estudio para su respectivo análisis, durante el periodo de agosto-noviembre 2020.

MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS

I. Control de sesgos de información.

- Se realizó búsqueda intencionada de artículos científicos en plataformas electrónicas mediante la ficha técnica de medicina basada en evidencias.
- Los participantes desconocían las hipótesis específicas bajo investigación.
- El formato creado para la recolección de datos fue sometido a una revisión por parte del comité de investigación, verificando su estructura y precisión de los datos requeridos.
- Se explicó de manera verbal a los participantes la forma correcta de llenado del instrumento de recolección de datos para evitar confusiones, aclarando dudas que surjan, evitando que las respuestas influyan en los resultados de la encuesta.

II. Control de sesgos de selección.

- Se evaluaron los criterios de inclusión, exclusión y eliminación durante la selección de participantes para el estudio.
- Se eligió una muestra representativa de la población en estudio realizando un muestreo aleatorio simple

III. Control de sesgos de análisis.

- Se creó una matriz de datos, para registrar y analizar los datos de forma correcta. Para minimizar los errores durante el proceso de captura de información, se verificaron los datos recabados
- Los resultados se analizaron por el programa S.P.S.S 20. Para el análisis de los resultados se calculó la frecuencia y porcentajes. No se manipularon los resultados con la intención de lograr los objetivos de conclusiones.

IV. Control de sesgos de medición.

- Se utilizaron escalas de medición del instrumento en base a la bibliografía para evitar errores en la interpretación de resultados.

CONSIDERACIONES ÉTICAS:

Se considera este estudio con el título de MOTIVACIÓN PARA DEJAR DE FUMAR EN MUJERES FUMADORAS DE 20 A 59 AÑOS EN UNA CLÍNICA DE PRIMER NIVEL, cumple con los aspectos éticos de acuerdo con el reglamento de la Ley de Salud en materia de investigación para la salud vigente desde el 2007 en base al segundo título, artículo 17 como investigación sin riesgo ya que solo se realizó una encuesta y no se consideran problemas de temas sensibles para los pacientes, se cuidó el anonimato y la confidencialidad de todos los datos obtenidos en la investigación y capítulo 1.

De acuerdo con el título segundo de los Aspectos Éticos de la investigación en Seres Humanos Capítulo I artículos 13, 14, 16 y 17, artículo 20 con la realización del consentimiento informado, NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. La investigación científica, clínica, biomédica, tecnológica y biopsicosocial en el ámbito de la salud, son factores determinantes para mejorar las acciones encaminadas a proteger, promover y restaurar la salud del individuo y de la sociedad en general. De acuerdo con la Ley General de Salud, título primero, capítulo uno, de acuerdo con el artículo 1,2.

Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. (comprobado el 05 de diciembre del 2008), apartado 25. El investigador se apegó a la pauta 12 de la confidencialidad de la declaración de Helsinki al tomar medidas para proteger la confidencialidad de dichos datos, omitiendo información que pudiese revelar la identidad de las personas, limitando el acceso a los datos, o por otros medios. En la pauta 8 de la investigación en que participan seres humanos se relaciona con el respeto por la dignidad de cada participante, así como el respeto por las comunidades y la protección de los derechos y bienestar de los participantes. Se consideran los lineamientos de la OMS en las guías de consideraciones éticas para las poblaciones CIOMS.

Riesgo de la Investigación

El estudio se llevó a cabo por medio de una hoja de recolección de datos, para obtener datos sociodemográficos y se realizó la Prueba de Richmond para conocer el nivel de

motivación para dejar de fumar, por lo cual no se expone a ninguna mujer a ningún riesgo de acuerdo a los Artículos 13,14 16 y 17; artículo 20 con la realización del consentimiento informado, Norma Oficial Mexicana, NOM-012-SSA3-2012, que establecen los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos, que se relaciona con estudio en personas y con el consentimiento informado aplicado en mi estudio.

Contribuciones y beneficios del estudio para los participantes y la sociedad en su conjunto.

Con este estudio se pretendió determinar el nivel de motivación para dejar de fumar que tienen las mujeres fumadoras de 20 a 59 años y saber cuántas mujeres serán capaces de iniciar medidas terapéuticas con una elevada tasa de éxito al tratamiento y de esta manera disminuir la incidencia de enfermedades y/o complicaciones relacionadas al consumo crónico de tabaco.

Confidencialidad

Se realizó de acuerdo con lo establecido en el Código de Nüremberg, el cual es un sistema de principios de ética en investigación; primer documento que planteó explícitamente la obligación de solicitar el Consentimiento Informado y expresión de la autonomía del paciente. Dentro de este código se cumplen ciertos principios para la realización de dicho proyecto como: Absolutamente esencial el consentimiento voluntario del sujeto, la investigación será útil para el bien de la sociedad, el estudio fue diseñado de tal manera que los resultados obtenidos justifican su desarrollo, se evitó todo sufrimiento físico, mental y daño innecesario, no se puso en peligro la vida del sujeto, no se puso de manifiesto algún daño, incapacidad o muerte, fue conducido solamente por personas científicas calificadas y los sujetos estudiados podían salir del estudio en cualquier momento si así lo hubieran deseado.

El informe Belmont presenta los principios éticos y pautas para la protección de sujetos humanos de la investigación. El informe establece los principios éticos fundamentales subyacentes a la realización aceptable de la investigación en seres humanos tomando en consideración los siguientes principios:

1. **Respeto a las personas:** Los individuos deben ser tratados como agentes autónomos y segundo, las personas con autonomía disminuida tienen derecho a protección.

2. **Beneficencia:** Las personas son tratadas éticamente no sólo respetando sus condiciones y protegiéndolas del daño, sino también haciendo esfuerzos para asegurar su bienestar: 1) no hacer daño; 2) aumentar los beneficios y disminuir los posibles daños lo más que sea posible.

3. **Justicia:** Los iguales deben ser igualmente tratados.

Condiciones en las cuales se solicita el consentimiento

De acuerdo con la Ley General de Salud (Artículos 21-2), este estudio cuenta con una Carta de Consentimiento Informado donde se aplica riesgos y beneficios de su participación y en qué consistirá la misma.

Se considera este estudio de acuerdo con el reglamento de la Ley de Salud en materia de investigación para la salud vigente desde el 2007 en base al segundo título, artículo 17 como investigación sin riesgo ya que solo se realizó la aplicación de una encuesta, no se consideran problemas de temas sensibles para los pacientes y se cuidó el anonimato y confidencialidad de todos los datos obtenidos en la investigación.

En caso pertinente, aspectos de bioseguridad.

En este protocolo no es necesario

Conflictos de interés.

El grupo de investigadores no recibe financiamiento externo y no se encuentra en conflicto de interés al participar en el presente estudio.

RECURSOS

Recursos humanos: Un investigador residente de medicina familiar (Dra. Karla Sarai Martínez Villarruel), un asesor clínico para revisión de protocolo (Dra. Sandra Vega García), un asesor metodológico para revisión del protocolo, diseño estadístico, interpretación de datos clínicos (Dr. Manuel Millán Hernández).

Recursos materiales: Hojas de recolección de datos impresas (aproximadamente 390 hojas blancas tamaño carta), plumas, correctores, Equipo de cómputo HP con programa operativo Windows 10, impresora HP, USB para almacén de datos como respaldo.

Recursos físicos: Se cuenta con la Unidad de Medicina Familiar N° 7, salas de espera de la consulta externa, sala de cómputo de la Coordinación de Enseñanza.

Financiamiento: Los gastos de esta investigación corrieron por cuenta de la investigadora médico residente de Medicina Familiar Dra. Karla Sarai Martínez Villarruel

FACTIBILIDAD, DIFUSIÓN Y TRASCENDENCIA

Factibilidad

Fue factible realizar el estudio, ya que los recursos y los pacientes se encuentran en la unidad sede y no implica procedimientos invasivos para el paciente.

Difusión

Este estudio en su versión impresa como tesis será presentada para la obtención del grado de especialidad en medicina familiar, también será entregado un ejemplar en diferentes bibliotecas y en la UNAM.

Trascendencia

El tabaquismo es un factor de riesgo asociado a enfermedades y muertes prevenibles. En los últimos años la incidencia en mujeres ha aumentado, ocasionando la presentación de patologías que antes no eran tan frecuentes en ellas además del incremento del cáncer de mama y cervicouterino, teniendo una repercusión

importante en los gastos en atención médica. Con este estudio se pretendía conocer el número de mujeres fumadoras con alto nivel de motivación para dejar de fumar en quienes la tasa de éxito al tratamiento es elevada y de esta forma disminuir las complicaciones ocasionadas por el tabaquismo crónico.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

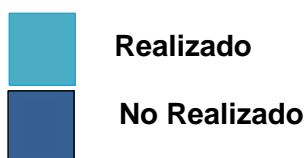
MOTIVACIÓN PARA DEJAR DE FUMAR EN MUJERES FUMADORAS DE 20 A 59 AÑOS EN UNA CLINICA DE PRIMER NIVEL

Martínez Villarruel Karla Sarai ¹, Vega García Sandra ², Millán Hernández Manuel ³

¹Residente de tercer año de la especialidad en Medicina Familiar de la UMF 7, ² Especialista en Medicina Familiar UMF 7,

³ Especialista en Medicina Familiar. UMF 10

Fecha	Marzo 2020	Abril-Mayo 2020	Junio-Julio 2020	Agosto-Septiembre 2020	Octubre-Noviembre 2020	Diciembre 2020-Enero 2021	Febrero-Marzo 2021	Abril-Mayo 2021	Junio 2021	Octubre 2021
Título	Realizado	No Realizado	No Realizado	No Realizado	No Realizado	No Realizado	No Realizado	No Realizado	No Realizado	No Realizado
Marco Teórico y planteamiento o del problema	Realizado	Realizado	Realizado	No Realizado	No Realizado	No Realizado	No Realizado	No Realizado	No Realizado	No Realizado
Hipótesis y variables	No Realizado	Realizado	Realizado	No Realizado	No Realizado	No Realizado	No Realizado	No Realizado	No Realizado	No Realizado
Objetivos	No Realizado	No Realizado	Realizado	No Realizado	No Realizado	No Realizado	No Realizado	No Realizado	No Realizado	No Realizado
Cálculo de la muestra	No Realizado	No Realizado	Realizado	No Realizado	No Realizado	No Realizado	No Realizado	No Realizado	No Realizado	No Realizado
Presentación ante el comité y registro	No Realizado	No Realizado	No Realizado	Realizado	No Realizado	No Realizado	No Realizado	No Realizado	No Realizado	No Realizado
Aplicación de encuestas	No Realizado	No Realizado	No Realizado	No Realizado	Realizado	Realizado	No Realizado	No Realizado	No Realizado	No Realizado
Análisis de resultados	No Realizado	No Realizado	No Realizado	No Realizado	No Realizado	No Realizado	Realizado	No Realizado	No Realizado	No Realizado
Elaboración de Discusión y conclusiones	No Realizado	No Realizado	No Realizado	No Realizado	No Realizado	No Realizado	No Realizado	Realizado	No Realizado	No Realizado
Presentación de Tesis	No Realizado	No Realizado	No Realizado	No Realizado	No Realizado	No Realizado	No Realizado	No Realizado	Realizado	Realizado



RESULTADOS

Análisis Univariado

Se realizó el análisis de 382 sujetos de estudio con los siguientes resultados.

En lo que respecta a la variable **Edad**, se obtuvo lo siguiente:

En el grupo de 20 a 29 años: 90 participantes que representan el 23.6%, en el grupo de 30-39 años: 130 participantes que representan el 34%, en el grupo de 40-49 años: 79 participantes que representan el 20.7% y en el grupo de 50-59 años: 83 participantes que representan el 21.7%. **Ver Tabla 1 y Gráfica 1.**

En lo que concierne a la variable **Ocupación**, se encontró lo siguiente:

En el grupo de ama de casa: hubo 81 participantes que representan el 21.2%, en el grupo de empleada: hubo 276 participantes que representan el 72.3% y en el grupo de estudiante: hubo 25 participantes que representan el 6.5%. **Ver Tabla 2 y Gráfica 2.**

De acuerdo con la variable **Escolaridad**, se observó lo siguiente:

En el grupo de Analfabeta: fueron 4 participantes representando el 1%, en el grupo de primaria: fueron 17 participantes representando el 4.5%, en el grupo de Secundaria: fueron 101 participantes representando el 26.4%, en el grupo de Preparatoria-Bachillerato: fueron 173 participantes representando el 45.3%, en el grupo de Licenciatura: fueron 78 participantes representando el 20.4% y en el grupo de Posgrado: fueron 9 participantes representando el 2.4% . **Ver Tabla 3 y Gráfica 3.**

En lo que corresponde a la variable **Estado Civil**, se adquirió lo siguiente:

En el grupo de casada o en unión libre: 203 participantes que representan el 53.1% y en el grupo de soltera: 179 participantes que representan el 46.9%. **Ver Tabla 4 y Gráfica 4.**

En lo que respecta a la variable **Motivación** se obtuvo lo siguiente:

En el grupo de Baja motivación: hubo 63 participantes, representando el 16.5%, en el grupo de Media motivación: hubo 103 participantes, representando el 27% y en el grupo de Alta motivación: hubo 216 participantes, representando el 56.5%. **Ver Tabla 5 y Gráfica 5.**

Análisis bivariado

Se buscó la asociación de variables sociodemográficas con nuestra variable de estudio (motivación para dejar de fumar), encontrando lo siguiente.

Respecto a la **Asociación edad y motivación para dejar de fumar:**

En el grupo de 20 a 29 años: 9 presentaron baja motivación, 30 media motivación y 51 alta motivación, en el grupo de 30 a 39 años: 29 presentaron baja motivación, 31 media motivación y 70 alta motivación, en el grupo de 40 a 49 años: 9 presentaron baja motivación, 26 media motivación y 44 alta motivación y en el grupo de 50-59 años: 16 presentaron baja motivación, 16 presentaron media motivación y 51 presentaron alta motivación. **Ver Tabla 6 y Gráfica 6**

En lo que concierne a la **Asociación Ocupación y motivación para dejar de fumar:**

En el grupo de ama de casa: 13 mostraron baja motivación, 18 media motivación y 50 alta motivación, en el grupo de empleada: 48 mostraron baja motivación, 78 media motivación y 150 alta motivación y en el grupo de estudiante: 2 mostraron baja motivación, 7 media motivación y 16 alta motivación **Ver Tabla 7 y Gráfica 7.**

De acuerdo con la **Asociación Escolaridad y motivación para dejar de fumar:**

En el grupo de Analfabeta: 0 tenían baja motivación, 1 tenía media motivación y 3 tenían alta motivación, en el grupo de Primaria: 2 tenían baja motivación, 9 media motivación y 6 alta motivación, en el grupo de Secundaria: 14 tenían baja motivación, 30 media motivación y 57 alta motivación, en el grupo de Preparatoria-Bachillerato: 30 tenían baja motivación, 44 media motivación y 99 alta motivación, en el grupo de Licenciatura: 12 tenían baja motivación, 17 media motivación y 49 alta motivación y en el grupo de Posgrado: 5 tenían baja motivación, 2 tenían media motivación y 2 tenían alta motivación. **Ver Tabla 8 y Gráfica 8**

En lo que corresponde a la **Asociación Estado Civil y motivación para dejar de fumar:**

En el grupo de Casada-Unión libre: 36 presentaban baja motivación, 50 media motivación y 117 alta motivación y en el grupo de Soltera: 27 presentaban baja motivación, 53 media motivación y 99 alta motivación. **Ver Tabla 9 y Gráfica 9**

DISCUSIÓN

En nuestro estudio, el grupo de edad que tuvo mayor frecuencia correspondió al de 30-39 años que representa el 34%. A diferencia de los resultados obtenidos en la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) 2016-2017, a nivel nacional la mayor frecuencia de mujeres fumadoras corresponde al grupo de edad de 18 a 24 años, sin embargo, en la Ciudad de México el grupo de mayor frecuencia fue el de 25 a 30 años. Nuestro resultado probablemente ocurrió debido a que este grupo de población acude con mayor frecuencia a solicitar los servicios de atención médica que proporciona nuestra Unidad de Medicina Familiar, además, probablemente este grupo de edad sea el que desarrolla mayor afección a su esfera emocional secundario a sus actividades de género.

La variable Ocupación, el 72.3% correspondía a la categoría empleada en nuestro estudio. Al igual que el estudio de Míguez y Pereira en el año 2018, observaron que, el 62.2% de las mujeres fumadoras, representando al grupo más frecuente, eran trabajadoras. El resultado que obtuvimos, probablemente se deba a que la población laboralmente activa es la que cuenta con derechohabencia y por lo tanto acude a atención médica, además al ser mujeres económicamente activas pueden solventar el gasto de los cigarrillos, favoreciendo el apego al tabaco.

Respecto a la variable Escolaridad, el grupo de Preparatoria-Bachillerato fue el que presentó mayor frecuencia, representando un 45.3%. Del mismo modo, Ruiz Hernández y colaboradores en el año 2018, encontraron en su población de estudio que el grupo con mayor frecuencia era el de nivel preparatoria. Estos resultados probablemente se deban a que, al tener una formación académica de nivel medio superior, son mujeres con responsabilidades laborales que pueden influir en su estado emocional y favorecer el consumo de tabaco.

El grupo de mayor frecuencia respecto a la variable Estado Civil fue el de Casada o Unión libre que representó el 53.1%. Resultados similares se observaron en la población de estudio de Míguez y Pereira en el año 2018, ya que el 76.5% tenían pareja. Estos resultados se deben probablemente a que situaciones familiares que modifican los ciclos vitales de las personas, impactan en sus dinámicas.

De acuerdo con la variable Motivación, el grupo de mayor frecuencia fue el de Alta Motivación que representa el 56.5%. Al igual que la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) 2016-2017, describieron en su población de estudio que las mujeres tienen mayor interés en dejar de fumar. Esto se debe probablemente a que se tiene el conocimiento sobre el daño a la salud que provoca el cigarrillo en ellas y en su familia.

CONCLUSIÓN

En este estudio de 382 personas, la edad más frecuente fue el grupo de 30 a 39 años (34%), la ocupación más frecuente fue el de empleada (72.3%), la escolaridad más frecuente fue la de preparatoria-bachillerato (45.3%), el estado civil más frecuente fue el de casada-unión libre (53.1%) y en la motivación fue el de alta motivación (56.5%). Por lo tanto, en continuidad con el ejercicio académico planteado en el desarrollo de hipótesis para estudios exploratorios, aceptamos la Hipótesis Alternativa (H1): Existe motivación para dejar de fumar en mujeres fumadoras de 20 a 59 años de la UMF N°7, CDMX

Además, la asociación Edad y motivación para dejar de fumar, se realizó la tabla de contingencia de 4 x 3, que corresponde a 6 grados de libertad en un valor de p de 0.05 con punto crítico de 12.59. Nuestro resultado de X^2 fue de 11.81 por lo que llegamos a la siguiente conclusión: No existe asociación estadísticamente significativa entre estas dos variables.

En cuanto a la asociación Ocupación y motivación para dejar de fumar, se realizó la tabla de contingencia de 3 x 3, que corresponde a 4 grados de libertad en un valor de p de 0.05 con punto crítico de 9.48. Nuestro resultado de X^2 fue de 2.96 por lo que llegamos a la siguiente conclusión: No existe asociación estadísticamente significativa entre estas dos variables.

Por otra parte, la asociación Escolaridad y motivación para dejar de fumar, se realizó la tabla de contingencia de 6 x 3, que corresponde a 10 grados de libertad en un valor de p de 0.05 con punto crítico de 18.30. Nuestro resultado de X^2 fue de 19.34 por lo que llegamos a la siguiente conclusión: Si existe asociación estadísticamente significativa entre estas dos variables.

Finalmente, la asociación Estado civil y motivación para dejar de fumar se realizó la tabla de contingencia de 2 x 3, que corresponde a 2 grados de libertad en un valor de p de 0.05 con punto crítico de 5.99. Nuestro resultado de X^2 fue de 1.37 por lo que

llegamos a la siguiente conclusión: No existe asociación estadísticamente significativa entre estas dos variables.

Por lo tanto, podemos concluir que un alto porcentaje de mujeres tiene alta motivación para dejar de fumar, es en ellas en quienes podemos iniciar medidas terapéuticas con alta probabilidad de éxito en el tratamiento, además el médico familiar debe cumplir con los ejes de la medicina familiar de continuidad, integralidad y medidas anticipatorias, es por ello que debe interrogar en toda consulta médica la presencia de tabaquismo activo o exposición pasiva al humo de tabaco y el nivel de motivación para dejar de fumar y así empezar a llevar a cabo el tratamiento, la prevención y la promoción a la salud. De lo anterior deriva la importancia de validar un instrumento rápido y sencillo que podamos realizar en la consulta para valorar el nivel de motivación para dejar de fumar y nos permita tomar decisiones terapéuticas oportunas, además de detectar a las pacientes con un nivel bajo de motivación que requieran de crear conciencia sobre el daño a la salud que esta adicción les provoca, esperando que en un corto periodo de tiempo inicien la fase de contemplación para la deshabitación tabáquica y así disminuir la presencia de enfermedades y muertes asociadas al tabaquismo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Organización Panamericana de la Salud [Internet]. Informe sobre el control del tabaco en la Región de las Américas (Washington, D.C.); 2018 [citado 10 de enero de 2020]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/10665.2/49237>
- 2.- Peña CM, Ponciano RG, Sansores MR, Hernández ÁM, Ocampo OA, Fuentes IP. Consejo médico ante el problema del tabaquismo en México. Rev Sanid Milit Mex. 2003; 57(3): 162-166
- 3.- Ruíz HA, Beverido SP, Salas GB, Ortíz LM. Publicidad y consumo de tabaco en mujeres de la Ciudad de México. Rev Méd Univ Veracruzana. 2018; 18(1): 57-74
- 4.- Guía de Práctica Clínica [Internet]. Prevención, diagnóstico y tratamiento del consumo de tabaco y humo ajeno, en el primer nivel de atención (México): 2009 [citado 12 de enero 2020]. Disponible en: www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html
- 5.- Ascanio S, Barrenechea C, De León M, García T, Gómez E, González G, et. al. Manual Nacional de Abordaje del Tabaquismo en el primer nivel de atención. [Internet]. (Uruguay); [citado 19 de junio del 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/fctc/reporting/Annexsixurue.pdf>
- 6.- Arlington VA. Guía de consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5. American Psychiatric Publishing Washington DC; 2014. 306 p.
- 7.- Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 [Internet]. Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. (México): Secretaría de Salud; 2009 [citado 12 enero del 2020]. Disponible en: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/norma_oficial_nom.pdf
- 8.- Organización Mundial de la Salud [Internet]. Tabaco (Washington D.C); 2019 [citado enero 15, 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
- 9.- Organización Panamericana de la Salud [Internet]. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos. México 2015 (México); 2017 [citado 13 enero de 2020]. Disponible en:

https://www.insp.mx/resources/images/stories/2017/Avisos/docs/180315_gats_espanol_2015.pdf

10.- Reynales SL, Zavala AL, Paz BW, Gutiérrez TD, García BJ, Rodríguez AM. et. al. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Tabaco. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones [Internet] México: Secretaría de Salud; 2017 [Citado 07 de junio del 2020]. Disponible en: www.conadic.gob.mx

11.- Peña GG, Esparza AS. Alcohol y Tabaco: Dependencia, Motivos, Desórdenes y Consumo en estudiantes Mazatlecos. Rev Conj Sociológicas. 2017; 5(13): 142-174

12.- Blanco A, Sandoval RS, Martínez LL, Betania CR. Diez años del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco: avances en las Américas. Salud pública de México. 2017; 59 (1): 117-125

13.-Pichón RA, Bardach A, Augustovski F, Alcaráz A, Reynals SL, Teixeira PM, et al. Impacto económico del tabaquismo en los sistemas de salud de América Latina: un estudio en siete países y su extrapolación a nivel regional. Rev Panam Salud Pública. 2016; 40(4): 213-221

14.- Guerrero LC, Reynales SL, Jiménez RJ, Karam AR, Maldonado CC, Camacho SR. Costos por ausentismo laboral atribuibles al consumo de tabaco en el Instituto Mexicano del Seguro Social y en México, 2006-2009. Salud Pública de México. 2012; 54 (3): 233-241

15.- García GP, Esparza AS, Ávila MM, Hinojosa GL. Motivación para el consumo de tabaco en jóvenes universitarios. Ciencia UANL. 2013; 16 (60): 44-51

16.- Miguez MC, Pereira B. Prevalencia y Factores de riesgo del consumo de tabaco en el embarazo temprano. Rev Esp Salud Pública. 2018; 92: 1-14

17.- Sansores RH, Ramírez VA. Mujeres...Entre colillas. Ed Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas. México. 2011: 1-111

- 18.- Lira MJ, Valdez PE, Núñez LM, Pech PD, Morales CS, Cruz MS. Ansiedad, depresión, afecto negativo y positivo asociados con el consumo de tabaco en universitarias. *Rev Intern de Invest en Adicc.* 2018; 4(1): 4-12
- 19.- Granda OJ, Pascual LJ, Asensio SS, Solano RS, García RM, Martínez MM, et al. ¿Existe asociación entre el grado de dependencia por la nicotina y la motivación para dejar de fumar? *Arch Bronconeumol.* 2018 [Citado el 06 de junio del 2020]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.arbres.2018.08.003>
- 20.- Valera FM, Suárez PR, Aceña DR, Aliart PX, González CA, Fonseca CF. Effectiveness of a Brief Intervention on anti-smoking motivation in drug addict patients staying in a UHD. *Rev Enfermería Global.* 2019; 54:71-78
- 21.- Sepúlveda SJ, Canca SJ, Rivas RF, Martin GM, Lorente MC, Timonet AE. Evaluación de la motivación para la cesación tabáquica en pacientes hospitalizados. *Enferm Clin.* 2016; [citado el 20 de junio del 2020]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2016.11.005>
- 22.- Leal BM, Ocampo MA, Cicero R. Niveles de asertividad, perfil sociodemográfico, dependencia a la nicotina y motivos para fumar en una población de fumadores que acude a un tratamiento para dejar de fumar. *Salud Mental.* 2010; 33(6): 489-497
- 23.- Mehta LS, Beckie TM, DeVon HA, Grines CL, Krumholz HM, Johnson MN, et al. Acute Myocardial Infarction in Women A Scientific Statement From the American Heart Association. *American Heart Association Circulation.* 2016; 33 (9): 916-947
- 24.- García BL, Cáceres C, Gómez N, Paniagua M, Lovera O, Centurión OA. Factores de riesgo y cardiopatías prevalentes en mujeres internadas en la división de medicina cardiovascular del Hospital de Clínicas. *Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud.* 2017; 15(2): 45-55
- 25.- Berenguer GL, Pérez RA. Factores de riesgo de los accidentes cerebrovasculares durante un bienio. *MEDISAN.* 2016; 20(5): 621-629
- 26.- Arnao V, Fedele M, Altavilla R, Caso V, Conventional vascular and specific risk factors for intracerebral hemorrhage in females. *Ital J Gender Specific Med.* 2017;3 (3): 98-103

- 27.- Mayoralas SA, Díaz LS, Antón E, Ribera X, Unzueta I, Martín A. Características clínicas y sociodemográficas de mujeres diagnosticadas de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en España: estudio ECME. *Rev Patol Respir*. 2016; 19(1): 3-10
- 28.- Fidler BM, Torre L, Bray F, Ferlay J, Jemal A. Lung Cancer incidence in young women vs young men: a systematic analysis in 40 countries. *Int J Cancer*. 2020; [Citado el 20 de febrero del 2020]. Disponible en: doi: 10.1002/ijc.32809.
- 29.- Malhotra J, Malvezzi M, Negri E, La Vecchia C, Boffetta P. Risk factors for lung cancer worldwide. *Eur Respir J*. 2016; 48 (3): 889-902
- 30.- Passarelli MN, Newcomb PA, Hampton JM, Trentham DA, Titus LJ, Egan KM, et al. Cigarette smoking before and After Breast Cancer Diagnosis: Mortality from Breast Cancer and Smoking Related Diseases. *J Clin Oncol*. 2016; 34(12): 1315-1322.
- 31.- Goldvaser H, Gal O, Rizel S, Hendler D, Neiman V, Shochat T, et al. The association between smoking and breast cancer characteristics and outcome. *BMC Cancer*. 2017; 17: 624-631
- 32.- Vargas HV, Muñoz CS, Sam SS, Barrientos VG. Factores de riesgo para cáncer cervicouterino. *Rev Enf Trac Gen Inf*. 2018; 11(1-4): 41-49
- 33.- Nuñez TJ. Cigarrillo y cáncer de cuello uterino. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2017; 82 (2): 232-240
- 34.- Ramos RA, Alkon MT, Luna RM, Cervantes BE, Hernández NC, Sandler B. Efecto del tabaquismo en la fertilidad femenina y masculina. *Rev Mex Med Reproducción*. 2019;10 (2):1-13
- 35.- Sarokhani M, Veisani Y, Mohamed A, Delpisheh A, Sayehmiri K, Direkvand MA, et al. Association between cigarette smoking behavior and infertility in women: a case-control study. *Biomed Res Ther*. 2017; 4(10):1705-1715
- 36.- Cerda J, Bambs C, Vera C. Infant morbidity and mortality attributable to prenatal smoking in Chile. *Rev Panam Salud Pública*. 2017; [Citado el 13 de marzo del 2020] Disponible en: doi: 10.26633/RPSP.2017.106

37.- Carrión VF. El tabaquismo antes de nacer. Consecuencia y tratamiento. Rev Med Resp. 2014; 7 (3): 43-54

38.- Muso PC, Moreno AID, Sánchez HN, Jaens CP. Osteoporosis enfermedad silenciosa. Rev Cient. Mundo de la Investigación y el Conocimiento. 2018; 2 (3): 705-721

39.- Organización Mundial de la Salud [Internet]. Convenio Marco para el Control del Tabaco. Ginebra; 2005 [citado 30 enero 2020]. Disponible en: https://www.who.int/fctc/text_download/es/

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento Informado

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN	
Nombre del estudio:	MOTIVACIÓN PARA DEJAR DE FUMAR EN MUJERES FUMADORAS DE 20 A 59 AÑOS EN UNA CLÍNICA DE PRIMER NIVEL
Patrocinador externo (si aplica):	NO APLICA
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar 7, del Instituto Mexicano del Seguro Social, ubicada en Calzada de Tlalpan No. 4220 Col. Huipulco. Alcaldía de Tlalpan, CP: 14307, Ciudad de México. En los meses comprendidos: Agosto a septiembre del 2020
Número de registro:	R-2020-3703-060
Justificación y objetivo del estudio:	La investigadora me ha informado que el tabaquismo es el principal factor de riesgo para enfermedades y muertes prevenibles y que ha incrementado su consumo en mujeres. El objetivo de este estudio es conocer el nivel de motivación para dejar de fumar en mujeres fumadoras de 20 a 59 años de la UMF 7 Tlalpan.
Procedimiento:	La investigadora me ha informado que responderé un cuestionario para evaluar el nivel de motivación que tengo para dejar de fumar, conocer mi edad, escolaridad, estado civil y ocupación, el cual se realizará en un tiempo aproximado de 5 minutos.
Posibles riesgos y molestias:	La investigadora me ha explicado que al participar en este estudio NO existe riesgos a la salud y es poco probable que me genere molestias o inquietudes al contestar las preguntas, en caso de presentarlas, ella me podría ayudar a resolverlas.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	La investigadora me explicó que obtendré como beneficio conocer el nivel de motivación que tengo para dejar de fumar, en base al resultado obtenido y a través de mi médico familiar poder tener un tratamiento para dejar de fumar con beneficios a mi salud.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	La investigadora me dará a conocer el nivel de motivación que tengo para dejar de fumar, proporcionando seguimiento y tratamiento de manera inicial en mi consultorio, con envío a otras áreas de la salud como trabajo social, estomatología, psicología, psiquiatría, para evitar complicaciones derivadas del tabaquismo.
Participación o retiro:	Estoy consciente que mi participación es de tipo voluntaria y que soy libre de abandonar el estudio de investigación en el momento que así lo decida sin que esto afecte mi atención dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social.
Privacidad y confidencialidad:	La investigadora me garantiza confidencialidad de mi información personal y solo será utilizada para fines de este trabajo de investigación.
En caso de colección de material biológico (si aplica): NO APLICA	
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): SI APLICA	
Beneficios al término del estudio:	Determinar el nivel de motivación que tienen las mujeres para dejar de fumar y saber cuántas mujeres podrían iniciar medidas terapéuticas con alta probabilidad de éxito al tratamiento y así disminuir la incidencia de enfermedades y/o complicaciones relacionadas al consumo crónico de tabaco
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Sandra Vega García. Especialista en Medicina Familiar. Especialista en el Tratamiento de Adicciones Matrícula: 98380884 Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 7. Teléfono: 55732211 Extensión: 21478. Correo Electrónico: dra_svega@hotmail.com
Colaboradores:	Karla Sarai Martínez Villarruel Residente en Medicina Familiar. Matrícula: 97383944. Adscripción: Unidad De Medicina Familiar 7. Teléfono: 55732211 Extensión: 21478. Correo electrónico: karla_901118@hotmail.com Manuel Millán Hernández. Especialista En Medicina Familiar. Maestro En Gestión Directiva En Salud. Matrícula: 98374576. Adscripción: Unidad De Medicina Familiar 10. Teléfono: 56232300 Extensión: 75172. Correo Electrónico: drmanuelmillan@gmail.com
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 Individuo	_____ Martínez Villarruel Karla Sarai Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1 _____ Nombre, dirección, relación y firma	Testigo 2 _____ Nombre, dirección, relación y firma
Clave: 2810-009-013	

Anexo 2. Hoja de Recolección de datos

PRUEBA DE RICHMOND. MOTIVACIÓN PARA DEJAR DE FUMAR

MOTIVACIÓN PARA DEJAR DE FUMAR EN MUJERES FUMADORAS DE 20 A 59 AÑOS EN UNA CLINICA DE PRIMER NIVEL

Martínez Villarruel Karla Sarai ¹, Vega García Sandra ², Millán Hernández Manuel ³

¹Residente de tercer año de la especialidad en Medicina Familiar de la UMF 7, ² Especialista en Medicina Familiar UMF 7,

³ Especialista en Medicina Familiar. UMF 10

		Folio:
1.-	Fecha: (dd/mm/aaaa)___/___/___	
2.-	Nombre: _____ Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s)	
3.-	NSS: _____	
4.-	Turno: a) Matutino () b) Vespertino ()	
5.-	Edad: _____ años cumplidos a) 20-29 Años () b) 30-39 Años () c) 40-49 Años () d) 50-59 Años ()	()
6.-	Ocupación: _____ a) ama de casa b) empleada c) estudiante	()
7.-	Escolaridad: _____ a) Analfabeta () b) Primaria () c) Secundaria () d) Preparatoria () e) Licenciatura () f) Posgrado ()	()
8.-	Estado Civil: _____ a) Casada o Unión Libre () b) Soltera ()	()
9.-	¿Te gustaría dejar de fumar si pudieras hacerlo fácilmente? a) Si: () 1 punto b) No: () 0 puntos	()
10.-	¿Qué interés tienes en dejar de fumar? a) Ninguno: () 0 puntos b) Poco: () 1 punto c) Bastante: () 2 puntos d) Mucho: () 3 puntos	()
11.-	¿Intentarás dejar de fumar en las dos próximas semanas? a) Definitivamente No: () 0 puntos b) Quizás: () 1 punto c) Si: () 2 puntos d) Definitivamente si: () 3 puntos	()
12.-	¿Crees en la posibilidad de continuar sin fumar en los próximos seis meses? a) Definitivamente No: () 0 puntos b) Quizás: () 1 punto c) Si: () 2 puntos d) Definitivamente si: () 3 puntos	()

Anexo 3. Cronograma de Actividades.

MOTIVACIÓN PARA DEJAR DE FUMAR EN MUJERES FUMADORAS DE 20 A 59 AÑOS EN UNA CLINICA DE PRIMER NIVEL

Martínez Villarruel Karla Sarai ¹, Vega García Sandra ², Millán Hernández Manuel ³

¹Residente de tercer año de la especialidad en Medicina Familiar de la UMF 7, ² Especialista en Medicina Familiar UMF 7,

³ Especialista en Medicina Familiar. UMF 10

Fecha	Marzo 2020	Abril-Mayo 2020	Junio-Julio 2020	Agosto-Septiembre 2020	Octubre-Noviembre 2020	Diciembre 2020-Enero 2021	Febrero-Marzo 2021	Abril-Mayo 2021	Junio 2021	Noviembre 2021
Título	Realizado	No Realizado	No Realizado	No Realizado	No Realizado	No Realizado	No Realizado	No Realizado	No Realizado	No Realizado
Marco Teórico y planteamiento o del problema	Realizado	Realizado	Realizado	No Realizado	No Realizado	No Realizado	No Realizado	No Realizado	No Realizado	No Realizado
Hipótesis y variables	No Realizado	Realizado	Realizado	No Realizado	No Realizado	No Realizado	No Realizado	No Realizado	No Realizado	No Realizado
Objetivos	No Realizado	No Realizado	Realizado	No Realizado	No Realizado	No Realizado	No Realizado	No Realizado	No Realizado	No Realizado
Cálculo de la muestra	No Realizado	No Realizado	Realizado	No Realizado	No Realizado	No Realizado	No Realizado	No Realizado	No Realizado	No Realizado
Presentación ante el comité y registro	No Realizado	No Realizado	No Realizado	Realizado	No Realizado	No Realizado	No Realizado	No Realizado	No Realizado	No Realizado
Aplicación de encuestas	No Realizado	No Realizado	No Realizado	No Realizado	Realizado	Realizado	No Realizado	No Realizado	No Realizado	No Realizado
Análisis de resultados	No Realizado	No Realizado	No Realizado	No Realizado	No Realizado	No Realizado	Realizado	No Realizado	No Realizado	No Realizado
Elaboración de Discusión y conclusiones	No Realizado	No Realizado	No Realizado	No Realizado	No Realizado	No Realizado	No Realizado	Realizado	No Realizado	No Realizado
Presentación de Tesis	No Realizado	No Realizado	No Realizado	No Realizado	No Realizado	No Realizado	No Realizado	No Realizado	Realizado	Realizado



Realizado

No Realizado

Anexo 4. Tablas y Gráficas

Tabla 1. Edad según frecuencia y porcentaje en mujeres fumadoras de 20 a 59 años de una clínica de primer nivel.

		Edad			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	20-29 años	90	23.6	23.6	23.6
	30-39 años	130	34.0	34.0	57.6
	40-49 años	79	20.7	20.7	78.3
	50-59 años	83	21.7	21.7	100.0
Total		382	100.0	100.0	

Gráfica 1. Edad según frecuencia y porcentaje en mujeres fumadoras de 20 a 59 años de una clínica de primer nivel.

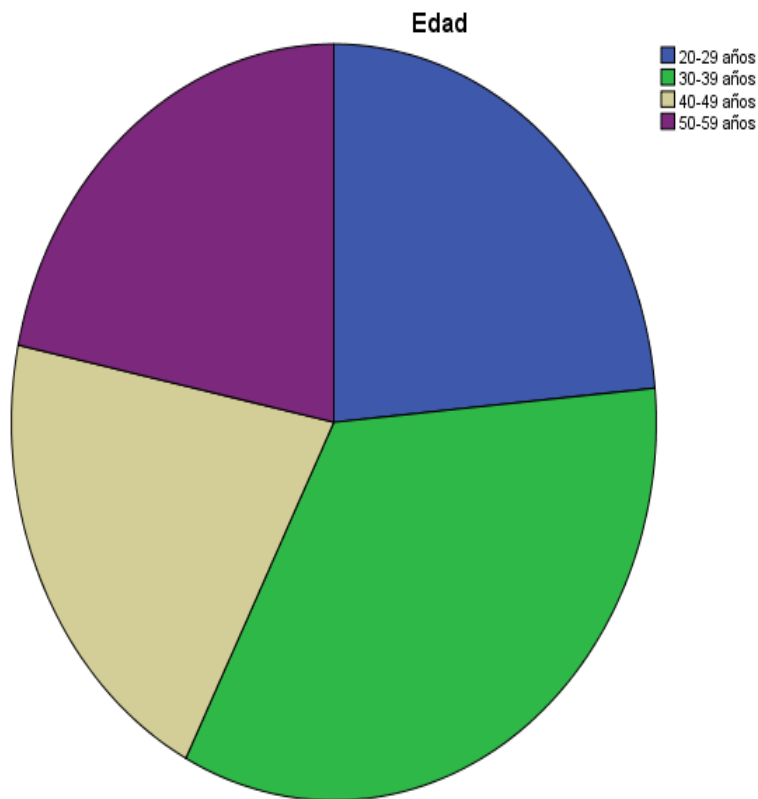


Tabla 2. Ocupación según frecuencia y porcentaje en mujeres fumadoras de 20 a 59 años de una clínica de primer nivel.

		Ocupación			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ama de casa	81	21.2	21.2	21.2
	Empleada	276	72.3	72.3	93.5
	Estudiante	25	6.5	6.5	100.0
	Total	382	100.0	100.0	

Gráfica 2. Ocupación según frecuencia y porcentaje en mujeres fumadoras de 20 a 59 años de una clínica de primer nivel.

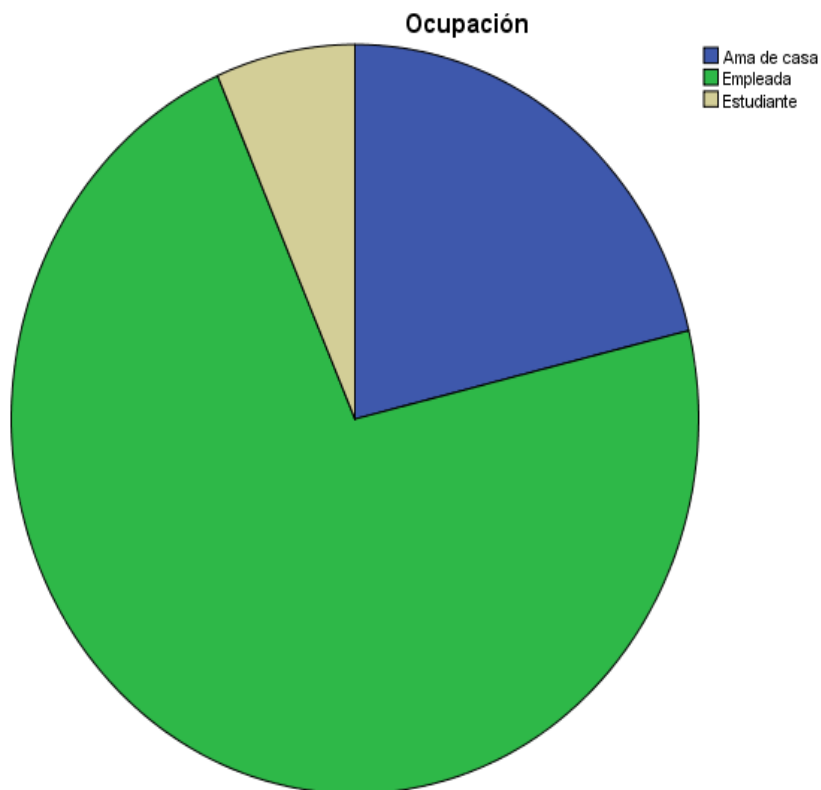


Tabla 3. Escolaridad según frecuencia y porcentaje en mujeres fumadoras de 20 a 59 años de una clínica de primer nivel.

		Escolaridad			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Analfabeta	4	1.0	1.0	1.0
	Primaria	17	4.5	4.5	5.5
	Secundaria	101	26.4	26.4	31.9
	Preparatoria-Bachillerato	173	45.3	45.3	77.2
	Licenciatura	78	20.4	20.4	97.6
	Posgrado	9	2.4	2.4	100.0
	Total	382	100.0	100.0	

Gráfica 3. Escolaridad según frecuencia y porcentaje en mujeres fumadoras de 20 a 59 años de una clínica de primer nivel

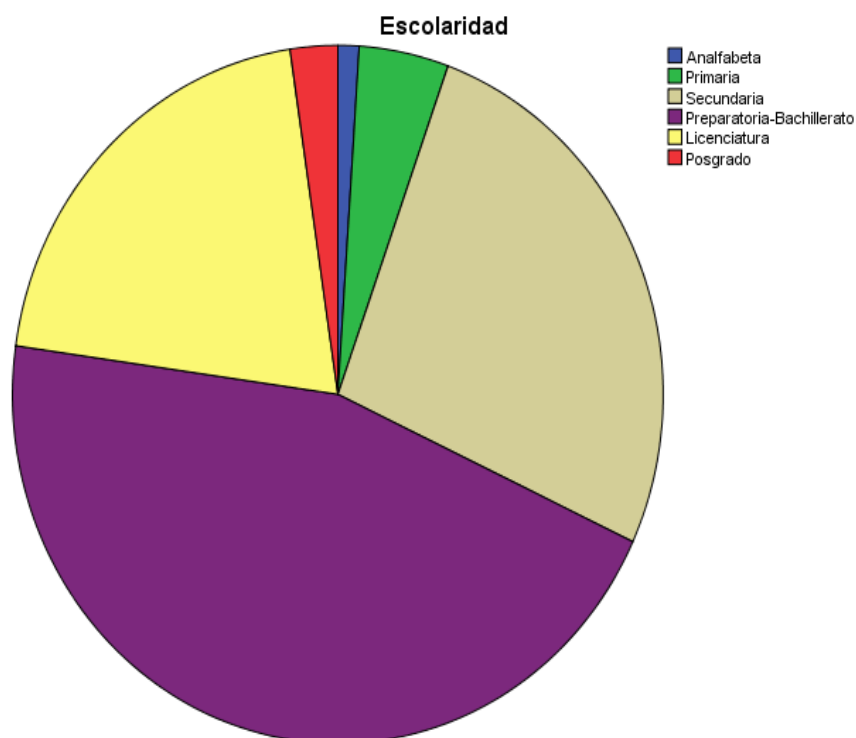


Tabla 4. Estado Civil según frecuencia y porcentaje en mujeres fumadoras de 20 a 59 años de una clínica de primer nivel.

		Estado Civil			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Casada-Unión Libre	203	53.1	53.1	53.1
	Soltera	179	46.9	46.9	100.0
	Total	382	100.0	100.0	

Gráfica 4. Estado Civil según frecuencia y porcentaje en mujeres fumadoras de 20 a 59 años de una clínica de primer nivel.

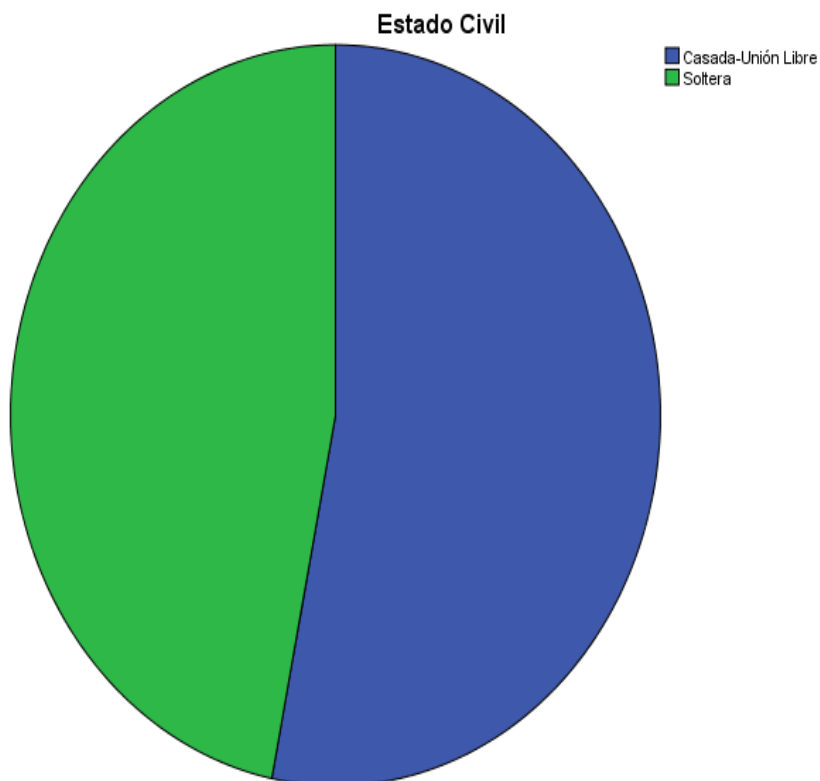


Tabla 5. Motivación para dejar de fumar según frecuencia y porcentaje en mujeres fumadoras de 20 a 59 años de una clínica de primer nivel.

		Motivación			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Baja Motivación	63	16.5	16.5	16.5
	Media Motivación	103	27.0	27.0	43.5
	Alta Motivación	216	56.5	56.5	100.0
Total		382	100.0	100.0	

Gráfica 5. Motivación para dejar de fumar según frecuencia y porcentaje en mujeres fumadoras de 20 a 59 años de una clínica de primer nivel.

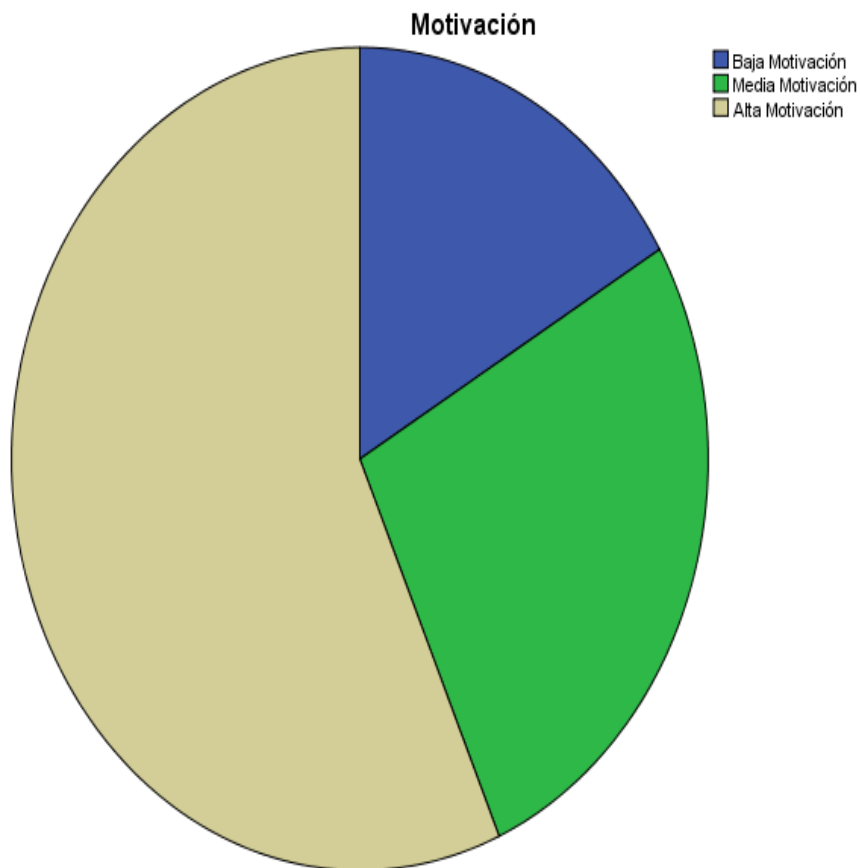


Tabla 6. Edad y motivación para dejar de fumar según frecuencia en mujeres fumadoras de 20 a 59 años de una clínica de primer nivel.

Tabla de contingencia Edad * Motivación

Recuento

		Motivación			Total
		Baja Motivación	Media Motivación	Alta Motivación	
Edad	20-29 años	9	30	51	90
	30-39 años	29	31	70	130
	40-49 años	9	26	44	79
	50-59 años	16	16	51	83
Total		63	103	216	382

Gráfica 6. Edad y motivación para dejar de fumar según frecuencia en mujeres fumadoras de 20 a 59 años de una clínica de primer nivel.

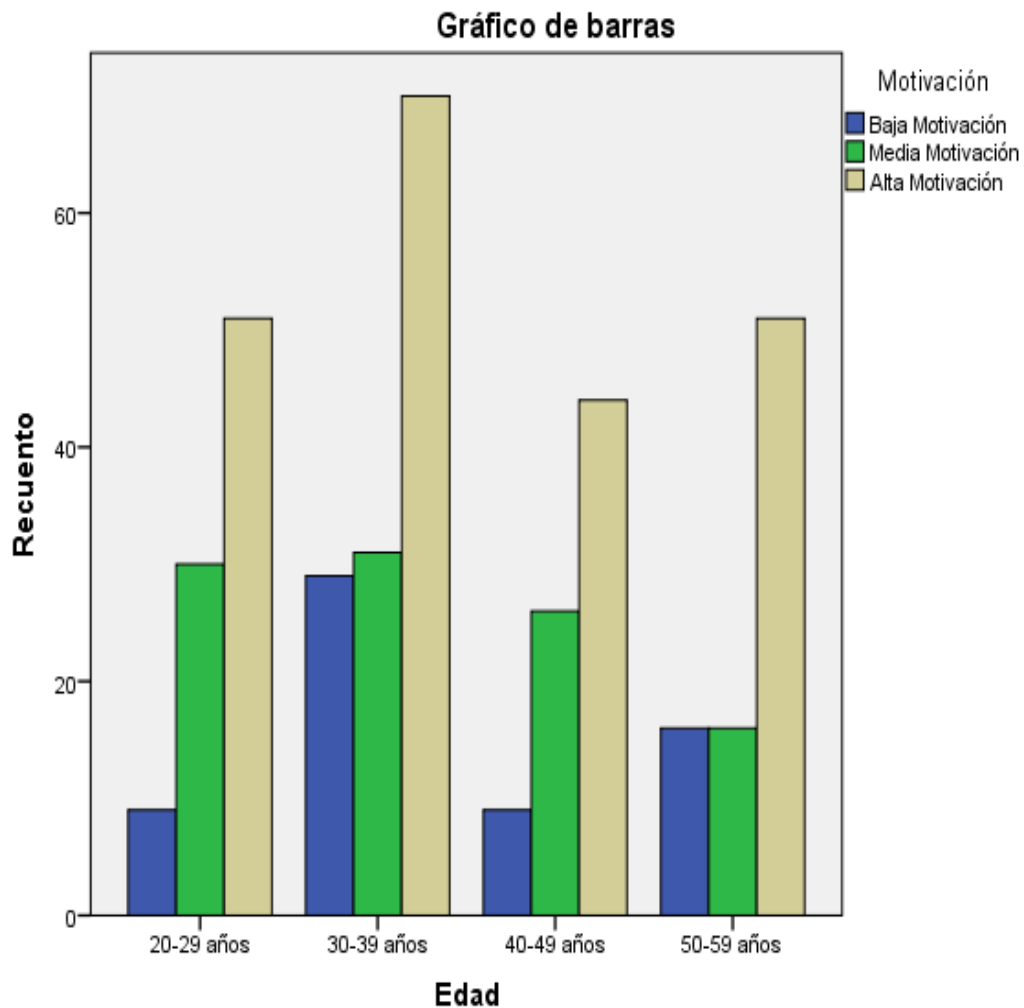


Tabla 7. Ocupación y motivación para dejar de fumar según frecuencia en mujeres fumadoras de 20 a 59 años de una clínica de primer nivel.

Tabla de contingencia Ocupación * Motivación

Recuento

		Motivación			Total
		Baja Motivación	Media Motivación	Alta Motivación	
Ocupación	Ama de casa	13	18	50	81
	Empleada	48	78	150	276
	Estudiante	2	7	16	25
Total		63	103	216	382

Gráfica 7. Ocupación y motivación para dejar de fumar según frecuencia en mujeres fumadoras de 20 a 59 años de una clínica de primer nivel.

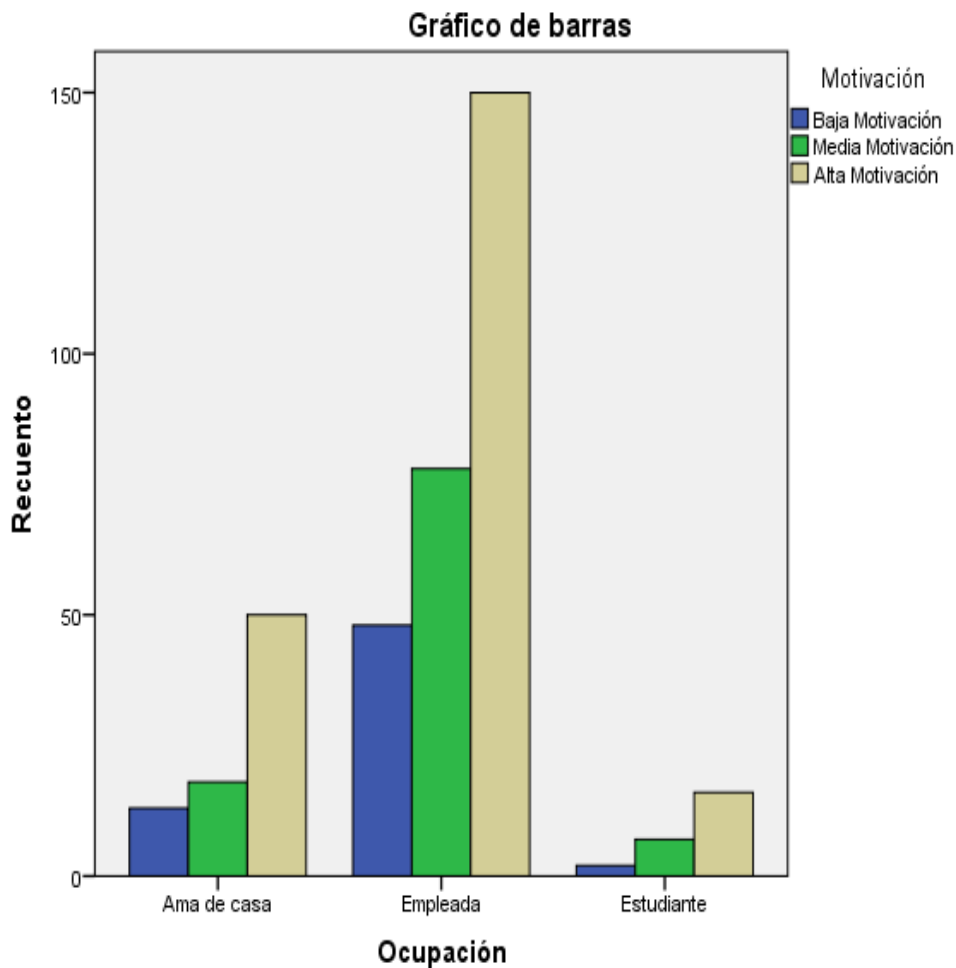


Tabla 8. Escolaridad y motivación para dejar de fumar según frecuencia en mujeres fumadoras de 20 a 59 años de una clínica de primer nivel.

Tabla de contingencia Escolaridad ^ Motivación

Recuento		Motivación			Total
		Baja Motivación	Media Motivación	Alta Motivación	
Escolaridad	Analfabeta	0	1	3	4
	Primaria	2	9	6	17
	Secundaria	14	30	57	101
	Preparatoria-Bachillerato	30	44	99	173
	Licenciatura	12	17	49	78
	Posgrado	5	2	2	9
Total		63	103	216	382

Gráfica 8. Escolaridad y motivación para dejar de fumar según frecuencia en mujeres fumadoras de 20 a 59 años de una clínica de primer nivel.

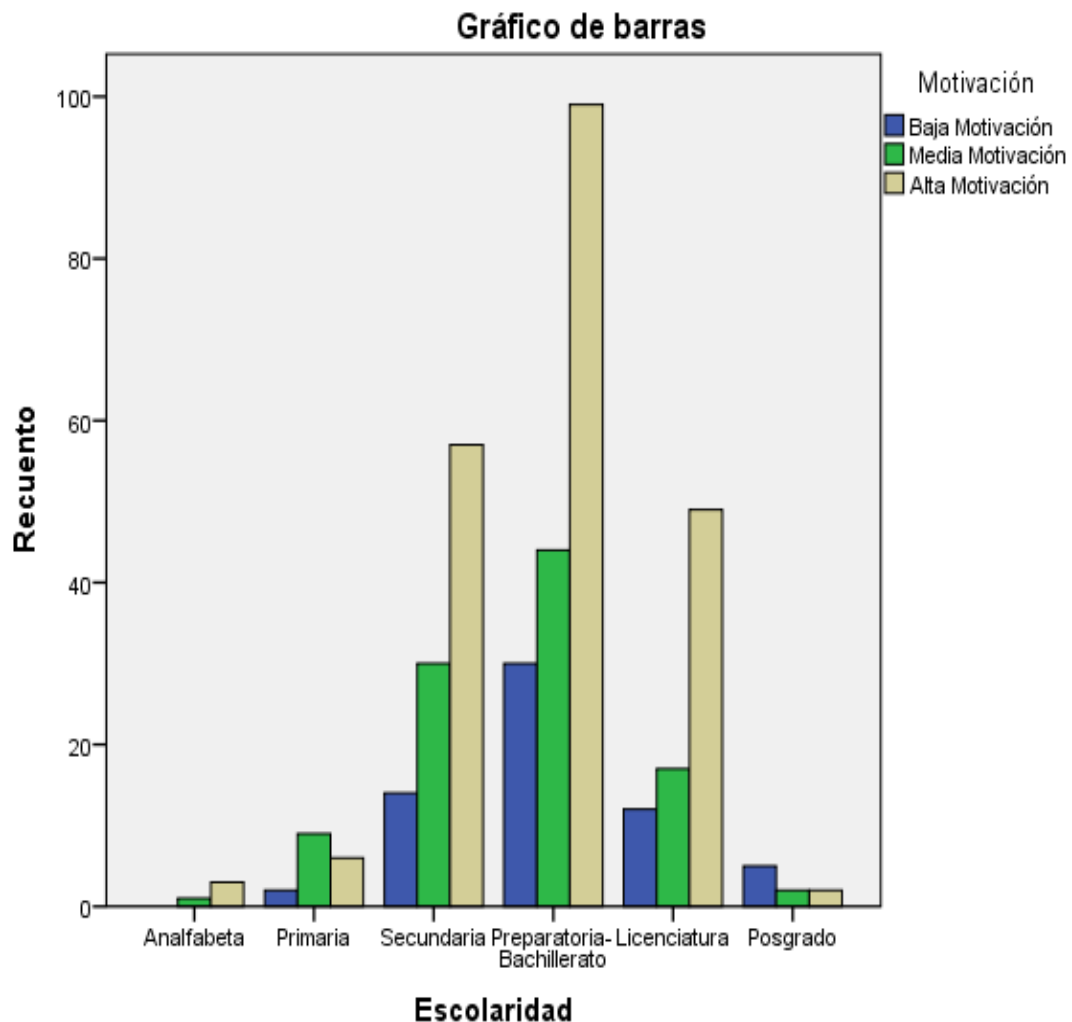


Tabla 9. Estado cívil y motivación para dejar de fumar según frecuencia en mujeres fumadoras de 20 a 59 años de una clínica de primer nivel.

Tabla de contingencia Estado Civil * Motivación

Recuento

		Motivación			Total
		Baja Motivación	Media Motivación	Alta Motivación	
Estado Civil	Casada-Unión Libre	36	50	117	203
	Soltera	27	53	99	179
Total		63	103	216	382

Gráfica 9. Estado cívil y motivación para dejar de fumar según frecuencia en mujeres fumadoras de 20 a 59 años de una clínica de primer nivel.

