



**Centros de Integración  
Juvenil, A.C.**

**Especialidad para Tratamiento de las Adicciones  
11ª Generación**

**2014 – 2015**

**Reporte de Investigación**

Para obtener el Diploma y Cédula de  
Especialista para el Tratamiento de las Adicciones

**Tema:**

**NIVELES DE DEPENDENCIA A NICOTINA EN UNA MUESTRA DE MUJERES  
PRIVADAS DE SU LIBERTAD EN EL HOSPITAL GENERAL TORRE MEDICA  
TEPEPAN**

**Alumno:**

**Dr. Argemiro José Genes Naar**

**Asesor:**

**Psiquiatra Dr. Mario González Zavala.**

## Indice

	Página
1.- Antecedentes y Marco teórico -----	3
2.- Relevancia del estudio -----	14
3.- Planteamiento del problema -----	14
4.- Objetivo principal -----	14
5.- Objetivo específico -----	14
6.- Justificación -----	14
7.- Hipótesis -----	15
8.- Metodología -----	15
9.- Definición de variables de estudio -----	16
10.- Instrumentos -----	16
11.- Análisis de datos estadístico -----	17
12.- Ética y confidencialidad -----	23
13.- Discusión -----	23
13.- Limitaciones -----	24
13.- Conclusiones -----	25
14.- Referencias -----	26
15.- Cronograma -----	28
16.- Anexos -----	29

# **NIVELES DE DEPENDENCIA A NICOTINA EN UNA MUESTRA DE MUJERES PRIVADAS DE SU LIBERTAD EN EL HOSPITAL GENERAL TORRE MEDICA TEPEPAN**

## **1.- Antecedentes y Marco teórico:**

### **CENTRO FEMENIL DE READAPTACION SOCIAL TEPEPAN:**

Inaugurado en mayo de 1976, inicio sus funciones para albergar a la población varonil y femenil con enfermedad psiquiátrica y/o inimputable. Dos años después los internos fueron transferidos a otras instalaciones y en noviembre de 1982 empezó a funcionar como Centro Femenil de Readaptación Social Tepepan para recibir a la población femenil proveniente de la cárcel de mujeres Santa Martha Acatitla ante su inminente cierre. En 1987, las mujeres procesadas fueron trasladadas a los reclusorios preventivos femeniles norte y sur, quedándose en el Centro Tepepan únicamente las mujeres sentenciadas. A mediados de 2004, las personas sentenciadas fueron transferidas al Cefereso y el Centro Tepepan se quedó únicamente con internas con enfermedades psiquiátricas o crónico-degenerativas. En los últimos años, por razones de seguridad, por acercamiento familiar o por necesidades de tratamiento médico y/o psiquiátrico, se han ido trasladando más internas. En junio de 2010 albergaba a un total de 217 mujeres, principalmente mujeres sentenciadas por delitos del fuero común.

### **Torre Médica Tepepan:**

Las internas de este centro tienen acceso a los servicios de atención médica general y de especialidad que se encuentran dentro de las instalaciones. Adscrita a la Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, esta unidad hospitalaria fue habilitada para brindar atención médica de segundo nivel y consulta de diversas especialidades, incluyendo la atención médica quirúrgica y de hospitalización para la población varonil y femenil en situación de reclusión.

Actualmente Torre Medica Tepepan cuenta con los siguientes servicios; Cirugía General, Cirugía Maxilofacial, Anestesiología, Cardiología, Ginecología, Medicina Interna, Ortopedia y traumatología, otorrinolaringología, pediatría, psiquiatría, psicología, nutrición, odontología, oftalmología, laboratorios y rayos x. Así como consulta externa y de urgencias.

## Calidad de la atención en la unidad médica:

Este hospital se distingue por un acceso relativamente rápido a las consultas: 93% de las personas entrevistadas por la Comisión de Derechos Humanos, dice conseguir siempre ficha para consulta el mismo día que la requiere. La mitad de mujeres entrevistadas por este organismo reporto esperar menos de 20 minutos para pasar a consulta, la otra mitad espera en promedio 40 minutos para ser atendida. 97 % reportan tener un expediente en la unidad médica, 89% dice que el personal médico revisa y actualiza siempre el expediente. Pocas internas reportan consultas de menos de 15 minutos. La mayoría de las internas valora una buena atención e información recibida y confirma que el tratamiento le ayuda a recuperar su salud.

## TABAQUISMO:

Un problema de salud pública mundial es el consumo de tabaco. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el tabaquismo representa la segunda causa principal de muerte en el mundo; esto supone casi cinco millones de muertes cada año. Los cálculos de la OMS señalan que para el año 2020 causará el doble de defunciones que las actuales, esto es, cerca de 10 millones de muertes.<sup>1</sup> Esta elevada cifra contrasta de forma notable con las cifras que publicó hace seis años la propia OMS, basadas en el consumo de aquel tiempo; en esa oportunidad se señalaba que en el año 2020 habría 8.4 millones de muertes anuales por enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco. En cuanto al número mundial de fumadores, alrededor de 1,300 millones de personas consumen tabaco; casi 1,000 millones son hombres y 250 millones son mujeres.

Además de la magnitud de la epidemia deben agregarse los costos elevados consecutivos al consumo de tabaco, en particular en países en vías de desarrollo. Estos costos incluyen los de la atención de las enfermedades secundarias al tabaquismo, la muerte en edades productivas y la disminución de la productividad en los enfermos, entre otros. Sin embargo, el panorama es aún más sombrío al considerar la relación estrecha entre el tabaquismo y la pobreza, ya que, de acuerdo con la OMS, las familias de escasos recursos ocupan hasta 10% del gasto familiar para adquirir tabaco, lo que a su vez modifica la dinámica familiar al disponer de menores recursos para la alimentación, la educación y la atención a la salud. En México la información se obtuvo de la Encuesta de Ingresos y Gastos de los Hogares de Vázquez-Segovia y colaboradores, en la cual se advierte que los hogares con menor ingreso emplearon una mayor proporción de éste en el consumo de tabaco. El estudio, que se realizó en hospitales de referencia de la Secretaría de Salud, calculó un costo anual por atención médica (para la

institución) de 1,464 dólares para enfermedades cardiovasculares, 628 dólares para el cáncer de pulmón y 210 dólares para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Hoy en día la evidencia científica generada en los últimos 40 años demuestra que el tabaco es uno de los productos más nocivos para la salud y que la nicotina es una sustancia que induce adicción, por lo que el combate a su consumo se ha convertido para todos los sistemas de salud del mundo en una prioridad, toda vez que el tabaco es una de las principales causas prevenibles de enfermedad y muerte. En este panorama mundial, se reconoce como un logro sin precedentes el establecimiento por la OMS del Convenio Marco para el Control del Tabaco, que permite a los países suscritos conjuntar políticas, directrices, esfuerzos y recursos para combatir el tabaco en todo el mundo. México fue el primer país en América Latina en refrendar el Convenio Marco para el Control del Tabaco tras reconocer la magnitud del problema que ocasiona el consumo de tabaco, tanto en adultos como en menores de edad. Este convenio entró en vigor el 27 de febrero de 2005, luego de que lo ratificaron más de 40 países. Mediante esta firma se demuestra que los gobiernos de los países del mundo están comprometidos con la disminución del tabaquismo y sus efectos sobre la salud de sus poblaciones.

Para el éxito de la lucha contra el tabaquismo es indispensable contar con información y análisis permanentes, con objeto de orientar las medidas de prevención y control que fortalezcan la política fiscal del tabaco, eliminar la publicidad de los productos, crear ambientes y espacios libres de humo, evitar el acceso de los adolescentes al producto, suministrar información de manera permanente a la población sobre los daños, ofrecer opciones de tratamiento a los fumadores.

Distribución del tabaquismo en México:

Desde 1988 México ha fortalecido la vigilancia epidemiológica de las adicciones, lo cual permite contar con una visión más clara del tabaquismo en el país. De esta manera es posible idear mejores lineamientos para detener la epidemia. Se cuenta con información periódica sobre el tabaquismo desde 1988, a partir de las Encuestas Nacionales de Adicciones (ENA), encuestas en grupos poblacionales específicos y estudios de accesibilidad al producto por menores de edad, entre otras fuentes. Las Encuestas Nacionales de Adicciones de 1988, 1993 y 1998 se llevaron a cabo en personas de 12 a 65 años de edad de áreas urbanas. Estas encuestas se basan en un diseño muestral probabilístico, polietápico y estratificado por conglomerados. De manera adicional, se dispone de información de la Encuesta de Adicciones 2002, que incluye datos de las áreas urbana y rural,

pero utiliza una metodología diferente a las anteriores, ya que posee un marco muestral de representación estadística nacional. En 1990 se estableció de manera formal en México el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA), con el propósito de conocer la conducta de la población sobre el consumo de sustancias lícitas e ilícitas. Sin embargo, es hasta el año 2001 cuando se incorpora en este sistema la información proveniente de las clínicas de tabaco, como parte de la producción de información y vigilancia periódica de la epidemia del tabaquismo en México.

Los datos de la ENA 2002 indican que casi 14 millones (26.4%) de personas del área urbana entre 12 y 65 años de edad son fumadoras activas. A pesar de que se observa con claridad un incremento del número de fumadores, de nueve millones en 1988 a casi 14 millones en 2002, la prevalencia sólo muestra un discreto aumento, de 25.8% en 1988 a 26.4% en 2002. Además, en este último año se identificó un número mayor de individuos que nunca han fumado y menos ex fumadores. En contraste, la mayoría de las personas en el área rural de 12 a 65 años de edad corresponde a no fumadores (70.7%). Sólo 14.3% (2.4 millones) de los sujetos fuma.

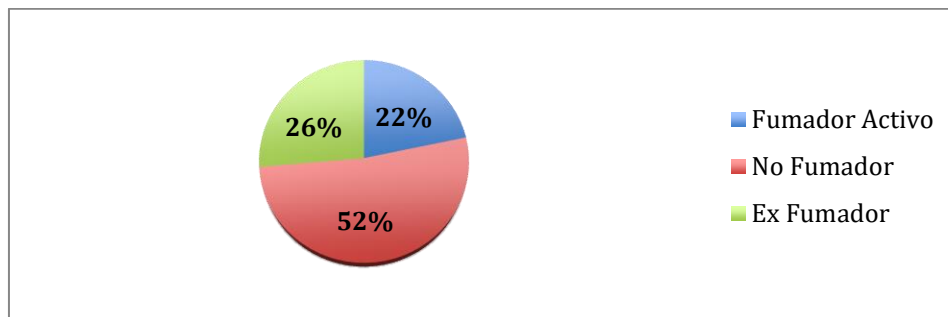
Asimismo, desde 1988 se observa en el área urbana la misma tendencia de fumadores por sexo y son sobre todo los hombres los que fuman más (66.4% de hombres y 33.6% de mujeres en 2002). Sin embargo, se observa un mayor consumo de tabaco en las mujeres, ya que en 1988 sólo 29% de los fumadores correspondía a mujeres. De manera similar, en el área rural casi todos los fumadores son masculinos (86.5% de hombres y 13.5% de mujeres).

En cuanto a la edad de inicio, se advierte que el consumo de tabaco comienza a una edad cada vez más temprana. Al considerar la proporción de fumadores que iniciaron el consumo de tabaco antes de los 18 años, se reconoce una tendencia creciente entre los años 1988, 1993 y 1998 (52.2, 56.8 y 61.4%, respectivamente). Para 2002 esta proporción mostró una discreta disminución, alrededor de 58%. De modo adicional, se puede señalar que en la ENA 2002 se observa un desplazamiento de la edad hacia inicios cada vez más tempranos, en comparación con la ENA 1988. Datos de las clínicas de tabaco del SISVEA señalan que, en 2003, 55% de los individuos que acudieron comenzaron el hábito entre los 10 y 14 años de edad; para el año 2004, 80% inició el consumo de tabaco antes de los 18 años.

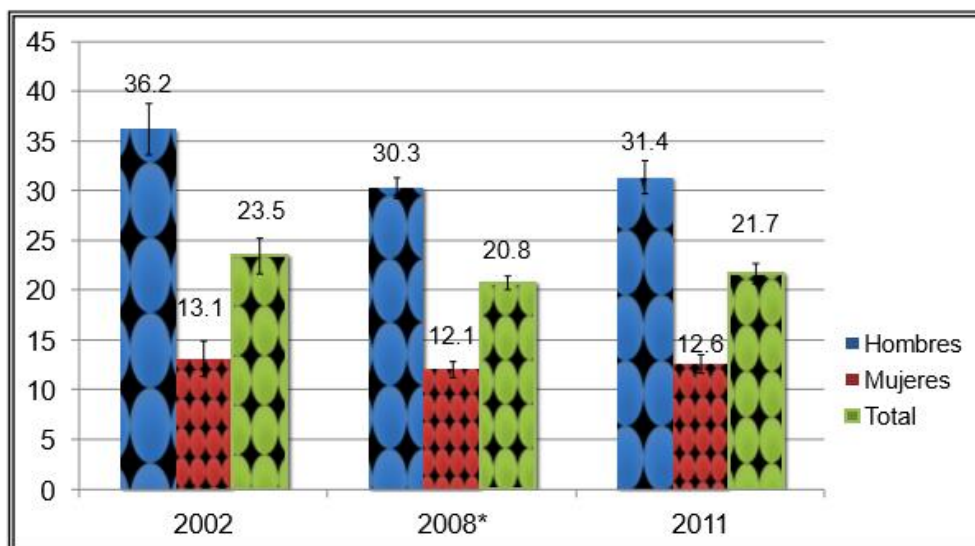
Respecto al consumo de nicotina, las pacientes mostraron diferentes niveles de dependencia lo cual demuestra nuestra hipótesis, pues en un 40% la dependencia es moderada y un 4% fue alto, por lo tanto, la frecuencia del consumo de nicotina

es mayor en esta población que en la población general. Sin embargo, las pacientes que mostraron mayor riesgo son, los trastornos mentales, principalmente: Trastornos del estado de ánimo y trastornos de personalidad ambos representando el 49.9% de la muestra. Mientras que los trastornos orgánicos se ubican en segundo lugar con el 30% en la población.

En relación a la prevalencia del consumo de nicotina de la ENA 2011, encuesta Nacional de Adicciones se muestra:



Prevalencia de consumo activo de tabaco en el último año según sexo. Población de 12 a 65 años. México, ENA 2002, 2008 y 2011.



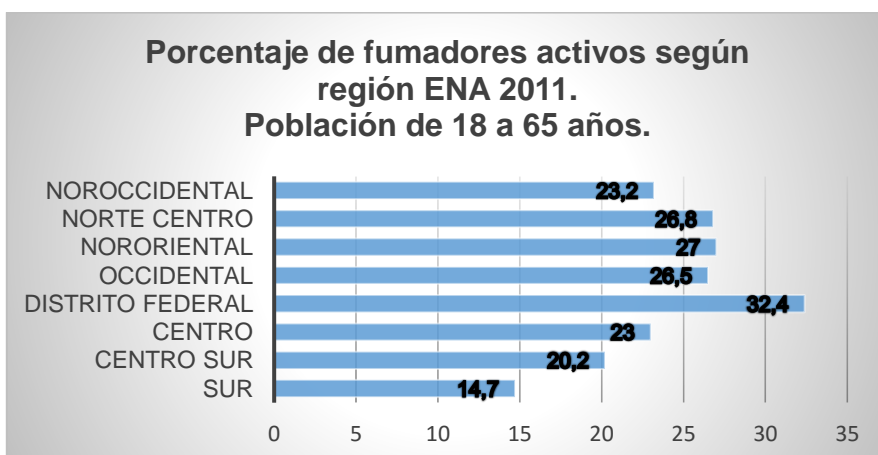
El consumo de tabaco y la exposición a su humo se mantienen como la primera causa de muerte prevenible a nivel mundial. Un poco más de mil millones de personas fuman tabaco en todo el mundo y su consumo mata prematuramente a

cerca de 6 millones de personas, causando pérdidas económicas de miles de dólares.

Prevalencia de exposición al humo de tabaco según lugar y sexo. Población de 18 a 65 años, México ENA 2011.

	Fumador pasivo	Expuesto en casa	Expuesto en escuela	Expuesto en trabajo
<b>Hombres</b>				
18-24	44.2	16	19	20.9
25-44	35.3	8.2	1.2	30.3
45-65	24.2	7.1	0.4	18.2
Total	34.5	10	5.8	24.2
<b>Mujeres</b>				
18-24	34.3	22.5	11.2	6.9
25-44	23.5	17.1	1.1	8.1
45-65	22.4	18.1	0.1	5.5
Total	25.2	18.4	2.7	7
<b>Total</b>				
18-24	38.2	20	14.2	12.3
25-44	26.8	14.5	1.1	14.4
45-65	22.9	14.9	0.2	9.2
<b>Total</b>	28.1	15.8	3.7	12.4

Porcentaje de fumadores activos según región. Población de 18 a 65 años. México, ENA 2011.





## Tabaquismo en adultos:

En cuanto a los fumadores adultos de 18 a 65 años de edad, la prevalencia es de 30.2% (12.9 millones) en el área urbana. La prevalencia por sexo es de 45.3% en hombres y 18.4% en mujeres. En el área rural, 16.6% (2.2 millones) es fumador (32.3% de hombres y 4.2% de mujeres).

En cuanto a la edad de los fumadores actuales del área urbana, casi todos son jóvenes de 18 a 29 años de edad (40.8%). En el área rural, la mayor parte de los fumadores se encuentra en los extremos de la vida: 28.8% en el grupo de 18 a 29 años y 27.1% en los de 50 a 65 años.

La edad de inicio de los adultos fumadores en áreas urbanas tuvo lugar a temprana edad, cuando eran menores: 41.1% entre los 15 y 17 años. Sólo 3.7% inició entre los 26 y 35 años y 1.3% a edades mayores de 35 años. Para el área rural, 39.7% comenzó entre los 18 y 25 años. Una proporción similar en las dos áreas empezó entre los 11 y 14 años de edad (12% en el urbano y 15% en el rural). Puede agregarse que la edad de inicio por sexo muestra algunas diferencias. Los hombres, en las áreas urbana y rural, inician el hábito a edades más tempranas en comparación con las mujeres.

Los fumadores adultos muestran un patrón de consumo de cigarrillos similar al de los adolescentes en las zonas urbana y rural. En la primera, 64% fuma 1 a 5 cigarrillos; y en la segunda 52.6%. Otros estudios han proporcionado más información sobre el número de cigarrillos fumados. En 1999 se llevó a cabo un estudio en fumadores para identificar los niveles en saliva de cotinina, el principal metabolito de la nicotina, y la relación con el número de cigarrillos fumados; en estas investigaciones se estableció que existía una relación positiva entre ellos y se encontró que el número de cigarrillos era de 10.2 para los hombres y 5.8 para las mujeres, con niveles de cotinina de 160 (DE = 14) y 117 (DE = 8.2), respectivamente.

La escolaridad de los fumadores adultos del área urbana fue mayor respecto del área rural: 26.6% ha cursado la secundaria en la zona urbana, mientras que en el área rural sólo 18 y 16.8% carece de toda educación formal.

## Tabaquismo en mujeres:

En la actualidad se conocen bien los daños a la salud consecutivos al tabaco; empero, en los últimos años también se han documentado los trastornos que puede provocar el tabaquismo pasivo. Un fumador involuntario es el sujeto no fumador que se expone al humo del tabaco de personas fumadoras al convivir con éstas; se considera que el humo ambiental del tabaco contiene en esencia las mismas sustancias carcinógenas y los agentes tóxicos que inhalan directamente los fumadores.

Datos de las ENA señalan que, en 1988, 42.5% de la población era fumador pasivo expuesto al humo del tabaco en su casa. Cinco años después, 41% de la población era fumador involuntario, casi todos sin antecedentes de fumar (71%) y del sexo femenino. De estos fumadores pasivos, 31% tenía menos de 18 años. Para 1998 se calculó que 52.6% de la población era fumador pasivo, en su mayoría mujeres, y para 2002 los fumadores pasivos representaron sólo 36.1%.

El consumo de tabaco en mujeres es cada vez más frecuente y representa serios problemas de salud pública. De los más de mil millones de fumadores que hay en el mundo, el 20 por ciento son mujeres, mientras que en México los hombres mayores de 15 años (24.8%) que fuman son más que las mujeres (7.8%). Aproximadamente ocho millones de hombres y 2.8 millones de mujeres son fumadores actuales.

La incorporación de la mujer al consumo de tabaco inició como una muestra de la liberación femenina, donde se consideró que fumar era un signo de igualdad entre hombres y mujeres. Asimismo, la incorporación de las mujeres al ámbito laboral y acciones en pro de los derechos de las mujeres estimularon que las mujeres se adentraran al hábito de fumar.

La industria tabacalera incrementa anualmente la inversión en publicidad dirigida especialmente a la mujer joven y a los/las jóvenes y niños/as para transformarlos en nuevos fumadores.

En México, de la población de 12 a 65 años, 18.5 por ciento reportó ser fumador activo, lo cual representa cerca de 14 millones de mexicanos fumadores; 17.1 por ciento corresponde a ex fumadores y 64.4 por ciento no había fumado.

El consumo de tabaco en los hombres fue de 27.8 por ciento y de 9.9 por ciento en las mujeres, según la Encuesta Nacional de Adicciones 2008.

Los fumadores activos de entre 12 y 65 años iniciaron el consumo diario de cigarrillos a los 16.7 años, en promedio; los hombres a los 16 años y las mujeres a los 18 años. La edad promedio de consumo de tabaco por primera vez en la población adolescente fue de 13.7 años.

Las dos razones más importantes para el inicio del consumo de tabaco fueron la curiosidad y la convivencia con fumadores.

Algunas mujeres adolescentes se inician en el tabaquismo porque piensan erróneamente que les ayudará a controlar su peso o son influidas por diferentes factores culturales, psicosociales y socioeconómicos. El consumo de tabaco en mujeres adultas está más relacionado con estados afectivos como depresión, estrés y ansiedad, motivos por los cuales se refugian en el consumo de adicciones, siendo un escape a las condiciones agobiantes que viven, en el ámbito laboral, familiar y la doble jornada de trabajo.

La epidemia del consumo de tabaco se caracteriza por desarrollarse en varias etapas. En la primera, el consumo de cigarrillos en los hombres es considerablemente mayor al de las de las mujeres. Sin embargo, después de un período de 10 a 20 años, los índices de tabaquismo de las mujeres aumentan cada vez más rápido hasta que hombres y mujeres registran los mismos hábitos de consumo.

En el ámbito nacional, los fumadores activos fuman siete cigarrillos al día en promedio; los adolescentes cinco cigarrillos y los adultos siete. La duración promedio del hábito de fumar diariamente en los adolescentes (12-17 años) fue de 2.2 años y de 11.4 años en los adultos (18-65 años).

Según la Organización Mundial de la Salud, las mujeres se enfrentan a las mismas complicaciones del consumo de tabaco que los hombres, tales como las enfermedades cardiovasculares, cáncer y enfermedades respiratorias crónicas. Sin embargo, algunas de estas complicaciones son más severas en las mujeres. Adicionalmente, en las mujeres fumadoras se afecta el sistema óseo y el sistema reproductivo. Las consecuencias del cigarrillo sobre la población femenina son más aún devastadoras que en los hombres, porque tienen más probabilidades de sufrir esterilidad y problemas para concebir. Fumar durante el embarazo aumenta los riesgos de parto prematuro, mortinato producto nacido muerto y muerte del recién nacido, y puede disminuir la producción de leche materna, además de aumentar el riesgo de muchos cánceres de la mujer, en particular el del cuello uterino.

Por otra parte, la nicotina contenida en el humo del tabaco puede causar la constricción de los vasos sanguíneos del cordón umbilical, disminuyendo así el aporte de oxígeno y de nutrientes al feto y ocasionando alteraciones en su desarrollo. Es por ello que el riesgo de aborto y de que los niños tengan bajo peso al nacer son dos de las complicaciones más frecuentes de los embarazos de mujeres fumadoras. En concreto, el riesgo de nacimiento de bebés con bajo peso es 2,5 veces mayor que en las gestantes no fumadoras. Esta probabilidad se reduciría notablemente si la futura madre dejara de fumar en el momento que conoce su embarazo o, mejor aún, cuando decide quedarse embarazada. Hay que tener en cuenta que la nicotina inhalada con el humo del tabaco a la leche materna, lo que puede afectar negativamente a la salud del lactante.

Morbilidad y mortalidad atribuibles al tabaquismo:

Se conoce desde hace varios años que el consumo de tabaco y la exposición al humo inducen una elevada morbilidad y mortalidad por enfermedades, en particular del sistema circulatorio y respiratorio, entre ellas las neoplasias.<sup>18</sup> La relación entre el consumo del tabaco y el incremento del riesgo de padecer cáncer es significativa; desde 1950, Richard Doll y Bradford Hill, al analizar el incremento de muertes por cáncer pulmonar en médicos en Inglaterra, reconocieron en el tabaco la causa directa de dicho aumento;<sup>19</sup> esto lo confirmó el primer Surgeon General Report de Estados Unidos, según el cual el tabaquismo era un importante factor de riesgo prevenible de enfermedad y muerte. La OMS señala que el tabaquismo causa por lo menos 80% de los cánceres de pulmón en los países desarrollados.

El efecto del tabaquismo en la población mexicana como problema de salud pública se basa en las tasas de morbilidad y mortalidad de padecimientos relacionados con su consumo. Desde hace varios años en México, la enfermedad isquémica del corazón y los tumores malignos de pulmón, bronquios y tráquea ocupan los primeros lugares en la mortalidad general. Si bien en este país es incipiente la determinación del riesgo atribuible al consumo del tabaco en trastornos como la afección isquémica del corazón, la enfermedad cerebrovascular y el cáncer, un estudio de mortalidad proporcional y determinación de fracción atribuible realizado en la Delegación Coyoacán en la Ciudad de México ofrece información al respecto. En este protocolo se encontró que 30% de las personas que fallecieron en 1998 en dicha delegación había fumado durante los últimos 10 años de su vida y que 18% fumó durante el año anterior al deceso. Se calculó un riesgo atribuible por tabaquismo de 45% en la población general para las enfermedades del sistema circulatorio (angina de

pecho, hemorragia cerebral, aterosclerosis, embolia y trombosis arteriales), de 60% para las enfermedades del sistema respiratorio y de 85% para las neoplasias. Estos resultados no son muy diferentes en comparación con las cifras del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos para cada padecimiento relacionado con el consumo de tabaco.

A partir de esta evidencia se han realizado cálculos de la mortalidad preliminar de 2004 para medir los efectos de la epidemia por el consumo de tabaco en México. El número total de muertes anuales atribuibles al tabaquismo por enfermedades concomitantes es de más de 60 mil (165 muertes al día), 38% de éstas (22 778 defunciones) consecutivo a enfermedad isquémica del corazón, 29% (17 390 muertes) a enfisema, bronquitis crónica y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), 23% (13 751 defunciones) a enfermedad cerebrovascular y 10% a cáncer de pulmón, bronquios y tráquea (6 168 muertes).

El hábito de fumar es responsable de aproximadamente un 87 por ciento de las muertes por cáncer de pulmón, uno de los cánceres más difíciles de tratar. Este tipo de cáncer es la segunda causa de muerte por cáncer entre los hombres y la tercera en el caso de las mujeres, según cifras del Instituto Nacional de Cancerología.

El sector salud destina al año aproximadamente 30 mil millones de pesos, 0.3 por ciento del producto interno bruto, en la atención y tratamiento de pacientes que presentan enfermedades relacionadas con el tabaco, de acuerdo con el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.

Las mujeres tienen, por supuesto, todos los riesgos asociados al hábito de fumar, pero también presentan otros específicos en relación a los hombres. Uno de los ejemplos más claros es que una mujer fumadora tiene contraindicados los anticonceptivos orales, ya que aumenta significativamente el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares, hasta el punto, por ejemplo, de multiplicarse por diez las posibilidades de sufrir un infarto de miocardio.

El tabaco, además, puede afectar también al metabolismo hormonal sexual y causar una mayor predisposición a tener menstruaciones dolorosas e irregulares, reducir las posibilidades de embarazo e incluso llevarla a la infertilidad. Asimismo, las mujeres fumadoras sufren un adelanto medio de la menopausia de entre dos y tres años con respecto a las mujeres que nunca han fumado, con el consecuente aumento del riesgo cardiovascular y de osteoporosis.

## **2.- Relevancia del estudio:**

Con el tipo de población que nos ocupa y en el escenario ya mencionado, no se han realizado estudios referentes a la frecuencia y su relación con la dependencia a la nicotina por lo que este trabajo es prioritario y, a la vez, fundamental en el establecimiento de parámetros claros para la construcción o redefinición de las estrategias de prevención y tratamientos más especializados para incrementar la efectividad de los mismos en mujeres privados de su libertad derivados a Torre Medica Tepepan.

Además de mostrar datos epidemiológicos básicos sobre dependencia al tabaco, indaga sobre la frecuencia y los niveles en que los individuos atribuyen a diferentes patrones de consumo y establece relaciones entre ambos fenómenos y la presencia de conductas de riesgo.

## **3.- Planteamiento del problema:**

¿Qué porcentaje de mujeres en el Hospital General Torre Médica Tepepan tienen dependencia a nicotina?

## **OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

**4.- OBJETIVO PRINCIPAL:** Conocer la frecuencia de dependencia a nicotina en una muestra de mujeres en el hospital torre médica Tepepan.

### **5.- OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

1. Describir los grados de dependencia a nicotina en una muestra de mujeres en el hospital general torre medica Tepepan.

2. Describir las características sociodemográficas de la muestra de mujeres en el hospital general torre medica Tepepan.

3. Describir las enfermedades comorbidas de la muestra de mujeres en el hospital general torre medica Tepepan.

### **6.- Justificación:**

La relación entre la dependencia a la nicotina y los grados de consumo (leve, moderado y severo) resulta un ámbito de la investigación epidemiológica que ha adquirido relevancia en nuestro país durante la presente década. Esta relación es sumamente importante, sobre todo para el diseño de programas de prevención,

así como para la evaluación de diferentes modelos de intervención en el campo de la salud.

Cabe destacar que, en el fenómeno de dependencia al tabaco, juega un papel determinante en la relación del grado de frecuencia que se presentan sobre dicho acto, en donde se puede identificar la correspondencia entre ambos aspectos como un vínculo entre actitud y acción. En este sentido, se ha establecido que las actitudes favorecidas por la interacción social y las creencias derivadas facilitan la iniciación y el mantenimiento en el consumo del tabaco.

Por otra parte, la necesidad de indagar sobre los niveles de dependencia relacionados con el consumo del tabaco, en mujeres privadas de su libertad ubicadas en un régimen hospitalario, es un aspecto prioritario para determinar el papel que desempeña el sistema de salud. Además, cabe destacar que, en lo que a dependencia respecta, se ha encontrado una importante proporción de personas que reportaron haber fumado aun presentando una enfermedad médica crónica. Retrospectivamente, ha llamado fuertemente la atención el contacto frecuente de las personas privadas de su libertad con la situación de dependencia al tabaco, tanto antes de ser catalogadas como merecedoras de una sentencia como durante el cumplimiento de la misma, lo cual ha sido revelado por diversos estudios nacionales.

## **7.- Hipótesis**

HI: La frecuencia de dependencia a nicotina es mayor en esta población que en la población general.

HO: La frecuencia del consumo de nicotina no es mayor en esta población que en la población general.

## **8.- Metodología:**

Se trata de un estudio transversal descriptivo, de una muestra de 50 pacientes (por cuota), conformada por mujeres atendidas en la torre médica Tepepan dentro del reclusorio femenino que fueron evaluadas en un periodo de 30 días. Previo a cumplir con los criterios de inclusión (principalmente el ser consumidoras activas de tabaco), se les aplicaron los instrumentos clinimétricos: test de Fagerström y un cuestionario de recolección de datos sociodemográficos.

A lo anterior, primero se les informo sobre el estudio y se les proporcionó un consentimiento informado, el cual tuvieron que firmar si estaban de acuerdo.

Los resultados se presentan en porcentajes válidos que excluyen casos “sin información” y aquellos que no cumplen las condiciones requeridas para el análisis.

## 9. y 10. - DEFINICIÓN DE VARIABLES DE ESTUDIO E INSTRUMENTOS:

### -Edad

Tipo de variable: Cuantitativa continúa

Escala de medición: Años cumplidos

### -Estado Civil

Tipo de Variable: Cualitativa Nominal

Escala de Medición: Soltero, casado, viudo, divorciado, unión libre.

### -Lugar de Origen

Tipo de Variable: Cualitativa Nominal

Escala de Medición: Ciudad de México, estado o provincia, extranjera

### -Religión

Tipo de Variable: Cualitativa Nominal

Escala de Medición: Católica, cristiana, protestante, ateo, otra.

### -Ocupación Laboral Previa

Tipo de Variable: Cualitativa Nominal

Escala de Medición: Empleado/desempleado (dicotómica)

### Nivel Socioeconómico

Tipo de variable: Cualitativa nominal

Escala de medición: menor a \$ 7,000 o mayor a \$ 7,000 mensuales.

### -Escolaridad

Tipo de variable: Cualitativa Nominal

Escala de Medición: Analfabeta, primaria, secundaria, preparatoria y licenciatura.

### -Dependencia al tabaco

Tipo de variable: Cualitativa Nominal

Escala de medición: Se usará como tamizaje el test de Fagerstom de dependencia de nicotina.

### -Marca de cigarrillos.

Tipo de variable: Cualitativa categórica

Escala de medición: Pregunta abierta



-Grupo con el que se inició el consumo de tabaco

Tipo de variable: Cualitativa categórica

Escala de medición: Amigos, pareja, familia, otro

-Edad a la que se inició el consumo de tabaco

Tipo de variable: Cuantitativa Nominal

Escala de medición: Numérica

-Circunstancias actuales de encarcelamiento

Tipo de variable: Cualitativa Nominal

Escala de medición: Cuestionario tipo escala Likert el cual se dividirá en áreas, A)

Necesidades básicas: características físicas de equipamiento de la celda y del lugar donde permanece en el día, elementos de aseo, características de la alimentación, uso del tiempo libre, actividades en la institución. B) Atención primaria: Aseo e higiene personal, conocimientos de los servicios de salud en el reclusorio. C) Salud mental: Riesgo de problemas de salud mental por deterioro.

-Enfermedad medica crónica

Tipo de variable: Cualitativa Nominal

Escala de medición: Se recurrirá a criterios diagnósticos de la CIE-10 para hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus, enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

-Conductas delictivas

Tipo de variable: Cualitativa Nominal

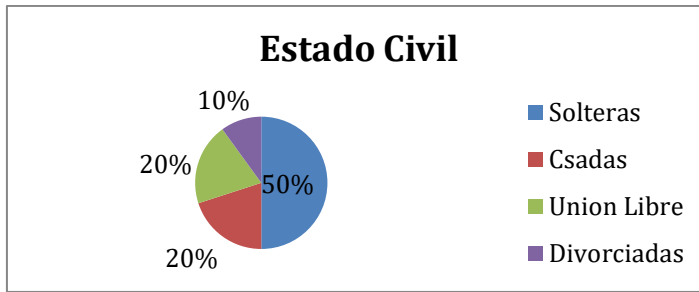
Escala de medición: Delitos contra la salud, delitos relacionados con armas, robo, fraude, homicidio, secuestro.

## **11.- ANALISIS DE DATOS ESTADISTICO:**

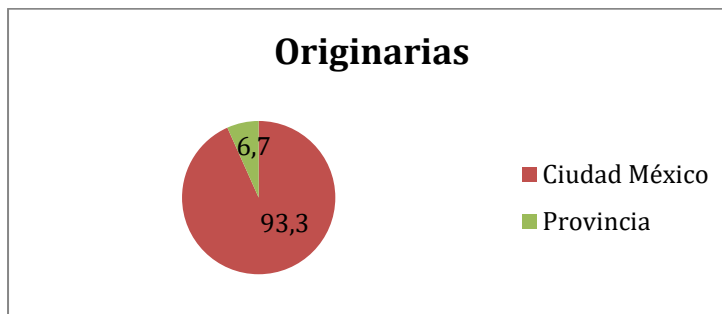
El análisis del estudio se realizó con estadística descriptiva.

### **RESULTADOS**

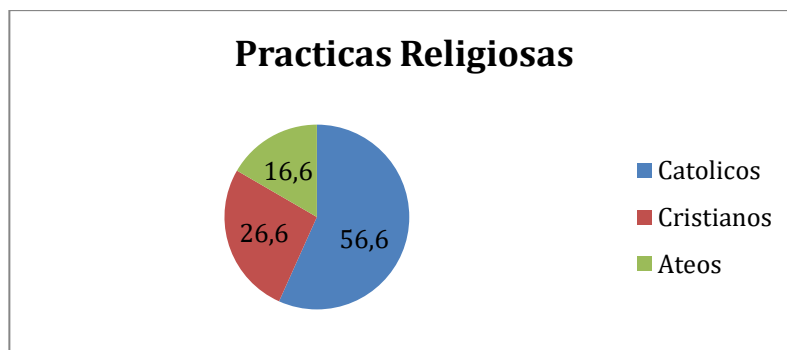
La muestra estuvo compuesta por 50 mujeres con edad promedio de 33.4 años de edad. Donde el 50% son solteras, un 20% son casadas, el otro 20% vive en unión libre y el 10 % restante corresponde a la población divorciada o viuda.



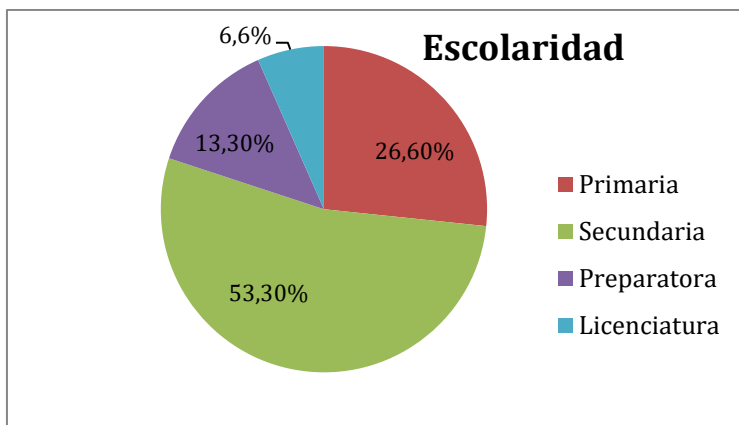
EL 93.3% son originarias de la ciudad de México y el 6.7% restantes nació en provincia.



En cuanto a prácticas religiosas se encontró que la religión predominante es el catolicismo con 56.6%, el 26.6% está el cristianismo y un 16.6% son ateas. Nos encontramos también con el hecho de que un 53.3% se encontraban empleadas y un 46.6% se encontraban desempleadas antes de su detención.

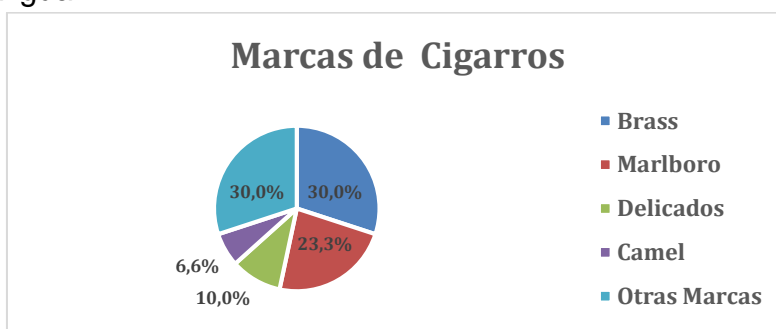


En el análisis de datos sobre escolaridad, hayamos que un 53.3% curso hasta la secundaria, un 26.6% nivel primario, preparatoria en un 13.3% y licenciatura solo en un 6.6%.



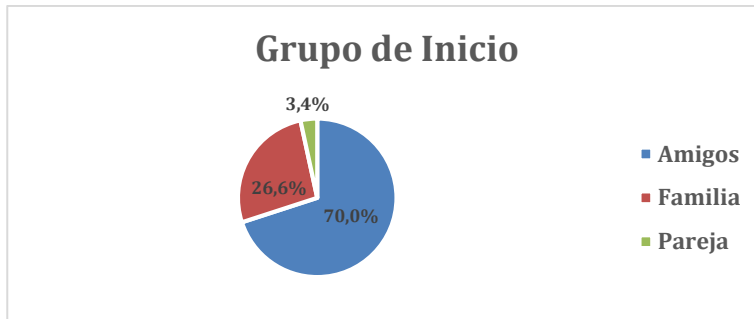
En cuanto a circunstancias socioeconómicas el 90% de las internas tenía ingresos menores a 7 mil pesos al mes y solo el 10% poseían un ingreso mayor a 7 mil pesos mensuales.

Las marcas de cigarrillos que se consumen dentro del centro de reinserción social son las siguientes; Brass un 30%, Marlboro en un 23.3%, Delicados en un 10%, Camel en un 6.6% y el 30% de la población no especifican marcas ya que dicen que les da igual.

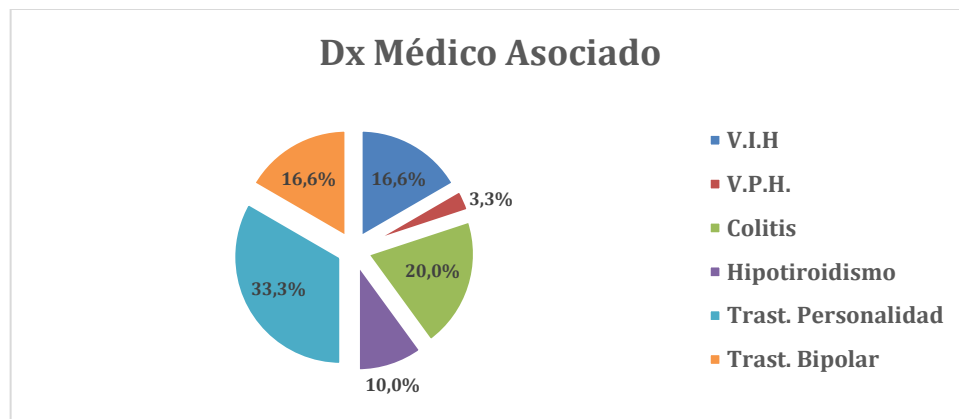


Mientras que la edad promedio donde se inició con el consumo de nicotina es de 16.6 años.

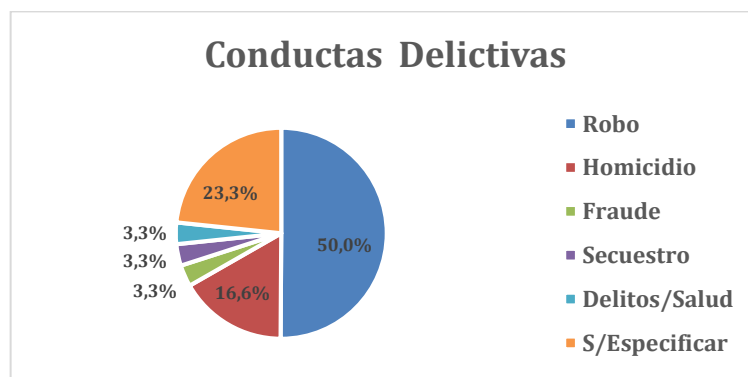
El grupo con el que se inicia dicha conducta responde al 70% amigos, 26.6% familia y un 3.4% con su pareja.



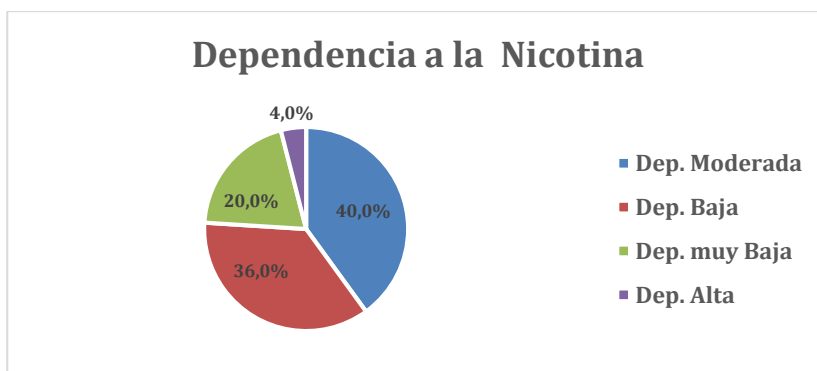
En cuanto a diagnósticos médicos asociados, se observa que en enfermedades infecto contagiosas el Virus de Inmunodeficiencia Adquirida está presente en un 16.6%, Virus del Papiloma Humano en un 3.3%, sobre los trastornos orgánicos, colitis en un 20% e hipotiroidismo en un 10%, finalmente los trastornos psiquiátricos son en un 33.3% los trastornos de la personalidad y en un 16.6% el trastorno bipolar.



Sobre las conductas delictivas que ocasionaron su ingreso están distribuidas de la siguiente manera; robo en un 50%, homicidio en un 16.6%, fraude un 3.3%, secuestro 3.3%, delitos contra la salud 3.3% y sin especificar 23.3% esto quiere decir que dejaron este rubro sin responder.



En la dependencia a nicotina las pacientes se clasificaron de la siguiente manera, según los resultados del test de Fagerstrom, en un 40% aparece una dependencia moderada, en un 36% la dependencia es baja, muy baja en un 20% y alta solamente en un 4%, cabe resaltar y es de llamar la atención que no existe un grado extremo de dependencia física.



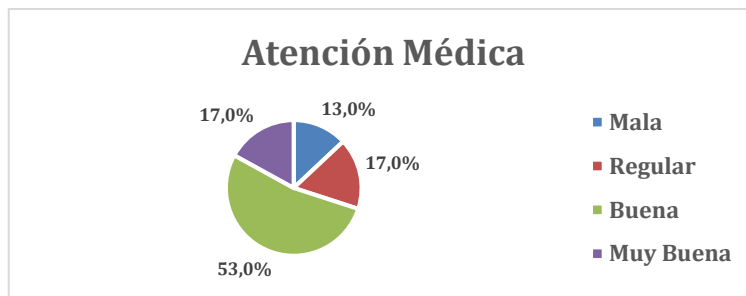
Distribución de frecuencia:

CATEGORIAS	CODIGOS	FRECUENCIAS	PORCENTAJE VALIDO
Dependencia física muy baja	1	10	20%
Dependencia física baja	2	18	36%
Dependencia física moderada	3	20	40%
Dependencia física alta	4	2	4%
Grado extremo de dependencia física	5	0	0%

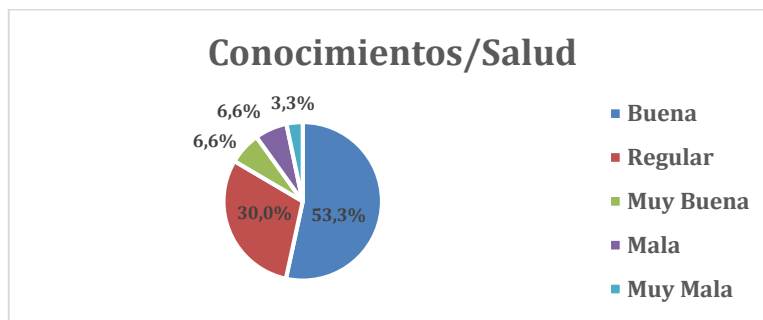
El análisis cualitativo en cuanto a instalaciones sanitarias nos dice que el 30% las considera como regulares, un 34% como buenas, solo un 7% las considera muy buenas, en cuanto a características muy malas se encuentra en un 12.4% y un 16.6% para malas.



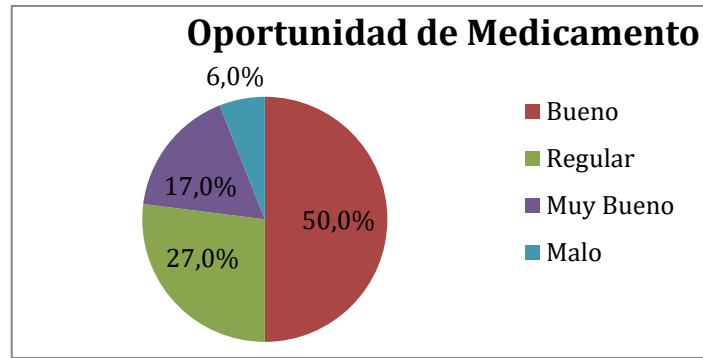
Sobre como consideran la atención médica que reciben, se distribuye de la siguiente manera, un 13% considera que es mala, en un 17% regular, un 53% la percibe como buena y muy buena en un 17%.



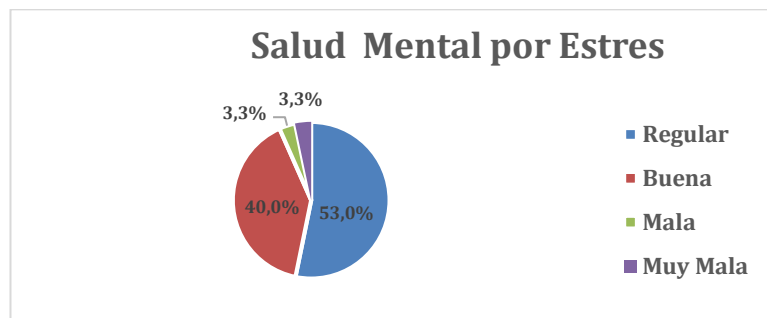
Sobre los conocimientos de salud que poseen las internas de los servicios que se ofrecen, los perciben de la siguiente manera 53.3% como buenos, 30% regulares, un 6.6% como muy buenos, así el mismo porcentaje de 6.6% para malos y un 3.3% para muy malos.



Mientras que, en la percepción de recibir oportunamente los medicamentos, se distribuye así un 50% lo califica como bueno, el 27% considera que es regular, un 17% piensa que es muy bueno y solo un 6% tiene la creencia de ser malo.



Las internas consideran que su salud mental por estrés, ansiedad u otros factores es regular en un 53%, buena en un 40% y 3.3 % considera que es mala, el mismo porcentaje 3.3% se repite para muy mala.



## 12.- ETICA Y CONFIDENCIALIDAD:

El presente trabajo fue sometido a evaluación y aceptado por el Comité de Ética e Investigación Clínica del Hospital General Torre Medica Tepepan.

## 13.- DISCUSIÓN

En esta muestra se sugiere la relación de consumo de tabaco en padecimientos psiquiátricos, esto nos aporta evidencia para futuras investigaciones, las cuales podrían enfocarse a la correlación de los distintos trastornos psiquiátricos y la dependencia a la nicotina, donde sería importante identificar diversos factores psiquiátricos y psicológicos que intervienen en el consumo.

A pesar de lo anterior, es relevante que la mayoría de las pacientes consideran que su salud mental por factores como estrés o ansiedad va de regular a buena y solo un 3.3% considera que es mala.

Generalmente el estudio muestra que la atención medica que reciben, tanto del

personal, instalaciones y medicación es buena, por lo que esto es un factor a favor, pues servirá para detectar oportunamente y tratar cualquier padecimiento que se vea agravado por el consumo de nicotina sin importar el grado de dependencia, y proporcionar la atención o intervención adecuada.

En el ámbito penitenciario, por otra parte, se han comenzado a introducir sistemáticamente programas de tratamiento y rehabilitación en diversas sustancias, entre ellas el tabaco.

Sin embargo, un porcentaje muy significativo de la población penal registra trayectorias de abuso de nicotina, lo que debería tratarse dentro de un plan integral de tratamiento para esta población, sería la rehabilitación y reinserción social.

Por lo que al sector salud le compete la aplicación de un programa de tratamiento, que contenga el tipo de intervenciones adecuadas a la población clave, recursos humanos capacitados para realizar la aplicación de instrumentos de evaluación, así como de los procesos y cambios de fase que muestre el paciente, dentro de las cárceles los programas ambulatorios en medio libre, dan buenos resultados. Los programas con objetivos y metas flexibles dan mejores resultados que los programas más rígidos, especialmente los que tienen la capacidad de adaptarse a las necesidades individuales.

## **LIMITACIONES**

Al tratarse de un estudio transversal descriptivo, nos encontramos con la primera limitación de un sesgo de información, el cual puede ocurrir debido al cambio en el nivel de frecuencia a través del tiempo, mujeres que en el momento en el que se realizó el estudio disminuyera su dependencia debido a diversos factores principalmente el económico y más en ambientes carcelarios, sin embargo, en meses anteriores o posteriores al estudio pudo ser mayor. También es importante considerar que de ser así produciría enfermedad leve y de larga duración a futuro, aun cuando no produzca riesgo de enfermar en el momento presente, pero la frecuencia de dependencia podría ser más elevada de lo que se cree actualmente, por lo tanto, representaría un mayor riesgo aparente.

Otra limitante sería un sesgo de selección, que se produciría al momento de reclutar a las mujeres participantes del estudio. Pues si las que aceptaron participar presentan una menor o mayor dependencia, o menor o mayor riesgo de enfermedades futuras en comparación con la población base, entonces esto abriría la pauta a futuros estudios con fines comparativos para ver y analizar cómo se comporta esta población en general a través del tiempo, o bien podría tratarse de futuros estudios de corte longitudinal para las mujeres privadas de su libertad.



### **13. CONCLUSIONES:**

La minimización de riesgos en la salud es un factor importante para desencadenar el consumo de tabaco. Se ha señalado que una educación deficiente, las presiones y costumbres familiares, la aceptación del individuo en grupos culturales aunado a un desconocimiento de los riesgos que representa el consumo de estas sustancias fomentan el consumo de tabaco, en individuos vulnerables.

Las estrategias limitadas para afrontar problemas, distorsiones cognitivas que muestran algunos padecimientos psiquiátricos provocan la búsqueda de solución a sus malestares lo que conlleva a consumo inicial tabaco.

El consumo de tabaco provocan cambios adaptativos en el individuo, la nicotina induce procesos de sensibilización a nivel mental en individuos vulnerables, provocando su adaptación, lo que puede significar el inicio de un proceso adictivo, incrementando el riesgo para consumir otras drogas de abuso y de manejo médico.

La combinación de un trastorno mental y nicotina contribuye a que se incremente el deterioro del individuo, la inconstancia en el tratamiento incrementa la morbilidad y lo que podría empeorar el cuadro son las circunstancias del encierro o encarcelamiento.

Por tal motivo es necesario implementar programas específicos y estrategias encaminadas a involucrar el área de salud mental para mujeres privadas de su libertad, pues muestran mayor vulnerabilidad en el momento de su encarcelamiento.

La sensibilización de esta población es más compleja, pues cuando entran en confrontación con el sistema de justicia sus resistencias psicológicas son mayores y quizás, minimizan los riesgos para su salud que se podría derivar del consumo de tabaco, por eso las intervenciones deben estar enfocadas a la prevención, la detección oportuna del consumo de tabaco en estas mujeres, determinaría una mejora de su condición médica, cualquiera que esta sea, limitando de esta manera las complicaciones que se pueden originar de ambos padecimientos disminuyendo los costos de la atención.

#### 14.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. SOBRADIEL GARCIA VICENTE - Consumo de tabaco y patología psiquiátrica. Trastornos adictivos. 2007 ENE; 9(1)
2. JOSE LUIS LARRAÑAGA. COMORBILIDAD DE TRASTORNOS MENTALES EN ADICIONES. Liberaddictus, ISSN 1405 - 6569, N° 95, 2007, págs. 3 -9.
3. JOSE LUIS LARRAÑAGA. TABAQUISMO Y PSIQUIATRÍA. MEDUNAB vol. 5 N° 13 mayo 2002.
4. ADALBERTO CAMPOS ARIAS. TABAQUISMO Y TRASTORNOS MENTALES POBLACION GENERAL: UNA REVISION SISTEMATICA. Salud UIS, PDF.
5. KALMAN D, MORISSETTE SB GEORGE TP. Co - morbidity of smoking in patients with psychiatric and substance use disorders. Am J Addict 2005; 14:106 -123.
6. ALCOHOL TABACO Y DETERIORO COGNOSCITIVO, EN ADULTOS MEXICANOS MAYORES DE 65 AÑOS. Salud Pública Méx. 2007; supl 4 S467 - S474.
7. MURPHY JM et al. CIGARRETE SMOKING IN RELATION TO DEPRESION. Historical trends from Stirling Count y Study. Am J Psychiatry 2003 Sep 160: 1663 - 9.
8. NUNES E. & ROUNSAVILLE. COMORBILIDAD DE USO DE SUSTANCIAS CON OTROS TRASTORNOS MENTALES: DSM IV EDICION DEL "DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS" (DSM IV AL DSM V) Addiction, 101 (Suppl.1) ,89 -96.
9. LINO DIAZ BARRIGA. FARMACODEPENDENCIA: DIAGNOSTICO Y COMORBILIDAD PSIQUIATRICA [www.cij.gob.mx/paginas/PDF](http://www.cij.gob.mx/paginas/PDF)
10. JUDITH E TINTINALLI, MEDICINA DE URGENCIAS. TOXICOLOGIA Sección 13 Vol. 2 Págs. 1250, EDIT Mc Graw Hill 6ª edición 200.
11. CARL REDDY- JACOBS MB, ChB, MSc, MARTHA MA. TELLEZ ROJO; FERNANDO MENESES. POBREZA, JOVENES Y CONSUMO DE TABACO EN MEXICO. Salud Pública de México v 48 supl.1 Cuernavaca 2006.
12. JOSE EDMUNDO URQUIETA, MAURICIO HERNANDEZ – AVILA, BERNARDO HERNANDEZ. EL CONSUMO DE TABACO Y ALCOHOL EN JOVENES DE ZONAS URBANAS MARGINADAS DE MEXICO. Salud Publica Mèx. 2006; 48. Supl I: S 30-40.
13. Medina-Mora, Ma. Elena; Borges, Guillermo; Lara Muñoz Carmen; Benjet Corina Prevalencia de Trastornos mentales y uso de servicios: Resultados

de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, Vol. 26, No. 4, agosto 2003 pp. 1-16

14. Organización Mundial de la Salud. Clasificación internacional de enfermedades CIE-10 . Décima versión.
15. Merikangas KR, Mehta RL, Mohar BE, Walters EE, Swendsen JD, Aguilar-Gaxiola, et al. Comorbidity of substance use disorders with mood and anxiety disorders: results of the International Consortium in Psychiatric Epidemiology. *Addict Behav.* 1998;23:893–907.

**15.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:**

<b>OCTUBRE</b>	<b>NOVIEMBRE</b>	<b>DICIEMBRE</b>	<b>ENERO</b>	<b>FEBRERO</b>
Diseño del estudio.				
	Evaluación del comité de ética H.G.T.M-Tepepan.			
		Reclutamiento de pacientes.		
			Reclutamiento de pacientes.	
				Análisis de datos y redacción de trabajo final.

**16.- ANEXOS:**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

NOMBRE \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

1. Le pedimos formar parte de este estudio médico que tiene como objetivo, evaluar la dependencia a tabaquismo de los pacientes tratados en el servicio de Hospital General Torre Médica Tepepan.
2. Si acepta participar, el estudio esto consistirá en lo siguiente:
  - Se le aplicará una escala clínica llamada Test de Fagerström que se compone de 6 preguntas áreas que evalúan el grado de dependencia a nicotina. Dicha escala se le aplicara en una sola sesión.
  - Se anexará a la escala clínica, una hoja de recolección de datos, cuyo manejo será únicamente estadístico.
3. El estudio no tiene ningún riesgo.
4. La participación no le traerá beneficios personales.
5. Toda la información proporcionada será manejada de forma confidencial.
6. La participación en este estudio es voluntaria por lo que usted tiene derecho a rehusarse a estar en el estudio o retirarse en cualquier momento.
7. Esto no afectará su futuro cuidado médico en el Hospital General Torre Médica Tepepan.

Si tuviera alguna pregunta o duda acerca del estudio, puede realizar todas las preguntas que considere pertinentes antes de responder. SU FIRMA INDICA QUE USTED HA DECIDIDO FORMAR PARTE DE LA INVESTIGACIÓN, QUE HA LEIDO Y COMPRENDIDO LA INFORMACIÓN ANTERIOR Y QUE SE LE HA EXPLICADO.

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Investigador

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Testigo

## **Dependencia al tabaco: test de Fagerström**

- Este test permite medir el grado de dependencia psíquica y comportamental al tabaco.
- El puntaje obtenido varía entre 1 y 10 puntos lo cual permite establecer varios grados de dependencia: del más bajo al más alto.
- Los resultados obtenidos permiten adaptar los tratamientos para dejar de fumar.

### **Preguntas del test**

#### **1.- ¿Cuánto tiempo transcurre desde que se levanta hasta que fuma el primer cigarrillo?**

- Menos de 5 minutos...3 puntos.
- De 6 a 30 minutos... 2.
- De 31 a 60 minutos...1.
- Después de 60 minutos...0.

#### **2.- ¿Tiene problemas para fumar en lugares prohibidos?**

- Sí...1 punto.
- No...0.

#### **3.- ¿Qué cigarrillo le costaría más suprimir?**

- El primero de la mañana...1 punto.
- Cualquier otro... 0.

#### **4.- ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?**

- 10 o menos...0 puntos.
- De 11 a 20...1.
- De 21 o 30. ...2.
- 31 o más... 4.

#### **5.- ¿Fuma usted un cigarrillo tras otro?**

- Sí...1 punto.
- No...0.

#### **6.- ¿Fuma usted cuando está en cama debido a una enfermedad?**

- Sí...1 punto.
- No...0.

## **Resultados**

### **De 0 a 2 puntos: no dependencia**

- En este caso es posible dejar de fumar sin recurrir a sustitutos de nicotina.
- Es necesario ser precavido y abandonar de inmediato estos primeros hábitos de fumar.
- Para evitar el deseo de fumar es recomendable beber un vaso de agua, comer una manzana, practicar deporte.

### **De 3 a 4 puntos: bajo nivel de dependencia**

- En este caso es posible dejar de fumar sin recurrir a sustitutos de nicotina.
- Sin embargo, si dejar de fumar por su cuenta resulta imposible, entonces puede recurrir a los sustitutos nicotínicos.

### **De 5 a 6 puntos: nivel medio de dependencia**

En este caso se recomienda el uso de sustitutos nicotínicos.

### **De 7 a 10 puntos: un alto o muy alto grado de dependencia**

- En este caso es indispensable recurrir a un especialista en el tratamiento de la adicción al tabaco.
- Según el grado de dependencia (alto o muy alto), el especialista puede recetar sustitutos nicotínicos o algún otro medicamento.

## HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

NOMBRE: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: 1) Soltero 2) Casado 3) Viudo 4) Divorciado 5) Unión libre

LUGAR DE ORIGEN: 1) Ciudad de México 2) Otro estado de la República 3) Extranjero

RELIGIÓN: 1) Católica 2) Cristiana 3) Protestante 4) Ateo 5) Otra

OCUPACIÓN LABORAL PREVIA: 1) Empleado 2) Desempleado

NIVEL SOCIOECONÓMICO: 1) Menor a \$7 000 mensuales 2) Mayor a \$7 000 mensuales

ESCOLARIDAD: 1) Analfabeta 2) Primaria 3) Secundaria 4) Preparatoria 5) Licenciatura

MARCA DE CIGARRILLOS: \_\_\_\_\_

A QUE EDAD INICIO CONSUMIENDO TABACO: \_\_\_\_\_

CON QUE GRUPO INICIO EL CONSUMO DE TABACO: 1) Amigos 2) Pareja 3) Familia

CIRCUNSTANCIAS ACTUALES DE ENCARCELAMIENTO:

1. Considero que el espacio físico de mi estancia es: 1) muy malo 2) malo 3) regular 4) bueno 5) muy bueno.

2. Considero que las instalaciones sanitarias son: 1) muy malo 2) malo 3) regular 4) bueno 5) muy bueno.



3. Considero que las características de la alimentación que se proporciona es: 1) muy malo 2) malo 3) regular 4) bueno 5) muy bueno.

4. Considero que las actividades físicas (ejercicios) que se realizan dentro de la institución son:

1) Muy malo 2) malo 3) regular 4) bueno 5) muy bueno.

5. Considero que las actividades culturales, escolares y recreativas que se realizan dentro de la institución son: 1) muy malo 2) malo 3) regular 4) bueno 5) muy bueno.

6. Considero que las instalaciones médicas son: 1) muy malo 2) malo 3) regular 4) bueno 5) muy bueno.

7. Considero que la atención médica que se recibe es: 1) muy malo 2) malo 3) regular 4) bueno 5) muy bueno.

8. Considero tener conocimientos de los servicios de salud que se proporcionan: 1) muy malo 2) malo 3) regular 4) bueno 5) muy bueno.

9. Considero recibir de manera oportuna los medicamentos: 1) muy malo 2) malo 3) regular 4) bueno 5) muy bueno.

10. Considero que mi salud mental por estrés, ansiedad, y otros factores es: 1) muy malo 2) malo 3) regular 4) bueno 5) muy bueno.

ENFERMEDAD MÉDICA CRÓNICA: 1) Hipertensión Arterial Sistémica  
2) Diabetes Mellitus 3) Enfermedad Obstructiva Crónica 4) Otra, especificar cual:

---

CONDUCTAS DELECTIVAS: 1) Delitos contra la salud 2) Delitos relacionados con armas 3) Robo 4) Fraude 5) Homicidio 6) Secuestro

