



Universidad Abierta Interamericana
Sede Regional Rosario
Facultad de Medicina

Título: “Epidemiología del tabaquismo en jóvenes universitarios”.

Alumno: Carina Danisa Ariel

Tutor: Dra. Cecilia Travella

Fecha de presentación: febrero de 2006

Índice

Índice.....	1
Resumen.....	2
Introducción.....	4
Marco teórico	6
Problema.....	15
Objetivos	15
Material y método.....	16
Resultados	18
Discusión.....	33
Conclusión	35
Bibliografía	37
Anexo	39

Resumen

El presente estudio es de tipo analítico observacional, para el mismo se analizaron los datos de una encuesta realizada entre 103 alumnos de la Universidad Abierta Interamericana, Sede Regional Rosario, Campus Lagos; durante noviembre y diciembre de 2005.

Con el objetivo de analizar las características generales de la población de jóvenes fumadores, conocer el tiempo, cantidad y patrón de consumo de cigarrillos, conocer el motivo que sustenta el hábito de fumar y el grado de dependencia a la nicotina, y conocer con qué frecuencia han intentado el abandono del hábito de fumar.

Se arribó a las siguientes conclusiones:

- a. el 58,25% de la población correspondía al sexo masculino y el 41,74% al sexo femenino.
- b. el 67,96% se ubicaba en el intervalo de 20 a 25 años
- c. en el 41,59% fumaban desde hace 5 a 9 años.
- d. el 94,17% refirió fumar diariamente.
- e. el 62,13% consumía 10 a 19 cigarrillos al día.
- f. el 85,43% refirió consumir otro tipo de drogas legales (alcohol, café, etc)
- g. Los motivos por los cuales se mantiene el hábito de fumar son en el 44,05% por placer; en el 28,67% por hábito; en el 26,57% por rutina, y en el 0,69% por otras causas

- h. el 21,35% de la población es dependiente de la nicotina.
- i. el 96,11% afirmó conocer los riesgos del hábito de fumar.
- j. el 65,04% manifestó no tener interés en programas de abandono del hábito de fumar.
- k. el 54,36% manifestó haber intentado dejar de fumar en algún momento sin lograr el resultado esperado.
- l. de los que intentaron dejar de fumar, el 73,21% presentó síndrome de abstinencia (28,91% aumento del apetito; 27,71% nerviosismo; 22,89% ansias de consumo; 10,84% disforia, y 9,63% insomnio)
- m. el 47,57% de la población se encuentra en la etapa de precontemplación, el 37,86% en la etapa de contemplación, y el 14,56% en la etapa de preparación
- n. el 24,27% de la población trabaja. De éstos, el 76% no tienen permiso para fumar en el ámbito laboral.

Introducción

El tabaquismo constituye hoy en día el principal factor de riesgo para diversas enfermedades, tales como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cánceres diversos (de pulmón, de cavidad oral, laringe, esófago, vejiga, riñón, páncreas y estómago) y trastornos cardiovasculares. Es además el factor de riesgo que más se puede evitar para reducir los costos de salud pública.

En los Estados Unidos fallecen alrededor de 430.000 personas por año debido a los efectos nocivos del tabaco, realizándose además un gasto enorme de salud, el cual se calcula entre los 50 y 73 billones de dólares anuales (1).

El hábito de fumar se inicia generalmente en la adolescencia y en la juventud. Existen estudios que señalan que el 50 % de los adolescentes que continúan fumando durante la adultez, morirán prematuramente debido a alguna enfermedad relacionada al tabaco (2).

Se calcula que de 100 adultos fumadores, el 71 % fumaban ya desde la adolescencia o juventud.

Se estima que a escala mundial el número de muertes producidas por el tabaco pasará de 3 millones en 1996 a 10 millones en el año 2025; la distribución no será uniforme, en los países desarrollados aumentará solo un 50%, mientras que en el resto del mundo será del 700%. La Organización Mundial de la Salud reconoció que se trata de la mayor epidemia global de los siglos XX y XXI. El consumo de Tabaco mostrará una transferencia de los países con políticas de prevención y restricción vigorosas hacia aquellos que no las desarrollen. Los países en vía de desarrollo serán los mas afectados, solo el 15% del mercado se concentrará en países ricos. La única posibilidad inmediata para los países en desarrollo, será prevención de factores de riesgo y lucha antitabáquica. (3)

Las enfermedades asociadas con el tabaco suceden 20 a 30 años después de iniciar el consumo, por lo que podemos predecirlas y eventualmente prevenirlas.

Si se lograra reducir la prevalencia del hábito de fumar en la adolescencia y/o juventud, esto tendría un impacto significativo en el descenso de la morbimortalidad relacionada al tabaco en la adultez.

Ya que la juventud es una de las etapas de la vida más afectadas es sumamente importante conocer cómo es el consumo de tabaco en este grupo, por ese motivo se lleva adelante este trabajo tomando como población de estudio un grupo de jóvenes universitarios de nuestro medio.

Marco teórico

Historia del Tabaco

Hasta 1514 no se conocía el tabaco en Europa. Hubo sustancias semejantes en Egipto, Persia (hoy Irán) y China, según documentaciones de la época. Pero fue Cristóbal Colón el primero que lo introdujo en España, luego de su segundo viaje a América. El tabaco se dispersó rápidamente a través de toda Europa, siendo utilizado solamente por la sociedad alta en forma de pipa (4). No fue sino hasta 1840 que apareció el primer cigarrillo, siendo producido en masa a finales del siglo XIX.

A pesar de que desde hace ya muchos años existía la sospecha de que el consumo del tabaco era perjudicial para la salud, las bases científicas de sus efectos son relativamente recientes.

Tabaco y mortalidad general

La expectativa de vida a cualquier edad está significativamente reducida en los fumadores de cigarrillos. Se estima que se pierden 5,5 minutos de vida por cada cigarrillo fumado. Así, un hombre de 30-35 años que fuma dos paquetes de cigarrillos al día, ve acortada su expectativa de vida entre 8 y 9 años en comparación con un no fumador de su misma edad.

Aproximadamente el 80% del exceso de mortalidad está relacionado con la cardiopatía coronaria, otras enfermedades cardiovasculares, el cáncer de pulmón, la bronquitis crónica, el enfisema y el asma. Las otras afecciones del exceso de mortalidad (cánceres de laringe, cavidad oral, esófago y vejiga urinaria, úlcera gástrica y todas las demás causas) son sólo responsables del 20% restante del exceso de mortalidad.

Son precisamente estos elevados índices de mortalidad y morbilidad, junto con las elevadas cifras epidemiológicas de prevalencia a las que nos referiremos en el apartado siguiente, los responsables de que el tabaquismo se haya convertido en el primer problema de salud pública en la actualidad en la mayoría de los países occidentales.

Datos epidemiológicos

Son fumadores actuales el 40,4% de la población general de ambos sexos entre 15 y 64 años (57,6% de los varones y 23,4% de las mujeres).

Los colectivos denominados ejemplares, es decir, cuyo ejemplo puede incidir en mayor grado en los hábitos sanitarios de la población (médicos, personal de enfermería y maestros), fuman más que la población general. Así, entre los médicos, las prevalencias halladas son del 51,3% en los varones, del 53,6% en las mujeres y del 51,9% en ambos sexos; entre el personal de enfermería se halló un 54,4% en los varones, un 39,3% en las mujeres y un 48,8% en ambos sexos, mientras que entre los maestros se observó un 50% en los varones, un 44% en las mujeres y un 47% en ambos sexos. Tales datos ponen claramente en evidencia la necesidad de modificar los hábitos y las actitudes de estos colectivos, sin lo cual difícilmente podrían llegar a tener éxito las campañas de lucha antitabáquica en nuestro país.

Subproductos del tabaco

La combustión del tabaco aporta una serie de subproductos potencialmente nocivos, entre los que destacan:

Nicotina. Se trata de un alcaloide, exclusivo de la *Nicotiana tabacum* y localizado en la periferia de sus hojas. Por su acción aditiva es la droga responsable del hábito de fumar; se trata de una droga *blanda*, que provoca dependencia psíquica, y refuerza el abuso repetitivo del tabaco, en un intento de autogratisfacción. Presenta acciones farmacológicas simpaticotónicas, por aumento de la liberación de noradrenalina, en el tejido nervioso, la médula suprarrenal y el tejido cromafín cardíaco; por ello eleva la frecuencia cardíaca y la presión arterial. Por el estímulo catecolamínico aumentan las necesidades miocárdicas y el riesgo de fibrilación ventricular, por estímulo desde marcapasos ectópicos. A pesar de un elevado poder de adicción y de su toxicidad aguda, la nicotina no sería una droga de las más peligrosas si su uso no entrañase el riesgo de absorber los demás constituyentes del humo del tabaco.

Monóxido de carbono. Este gas procede de la combustión incompleta en un microambiente pobre en oxígeno. Es tóxico, aún a dosis inferiores al 4% que alcanza en el flujo respirado por el fumador. Esta toxicidad deriva de la afinidad que presenta por la hemoglobina, con la que forma un compuesto estable, la *carboxihemoglobina*, que agrava los efectos de la nicotina al reducir la oferta de oxígeno al miocardio y disminuir el umbral de fibrilación ventricular.

Partículas sólidas. El *humo* de la combustión del tabaco contiene micropartículas, con tamaños entre 0,01 y 1 μm , que ejercen una acción irritante, directa y mecánica, sobre la mucosa respiratoria. Estas partículas también pueden ejercer acciones biofísicas ligadas a sus cargas eléctricas, de signo positivo. Una de las consecuencias de estas cargas positivas es la parálisis de los cilios vibrátiles bronquiales, con lo que aumenta la retención de secreciones y contaminantes, hecho que favorece las infecciones secundarias.

Compuestos químicos. La combustión del tabaco desprende una serie de compuestos químicos, y prácticamente todos ellos ejercen una acción *irritante* directa sobre la mucosa respiratoria; sin embargo, su mayor peligrosidad deriva de sus efectos *carcinogénicos*, seguros en algunos de ellos (que a continuación se destacan en cursiva) y probable en otros, que sólo se citan: a) compuestos inorgánicos, como el *arsénico*, *romo* y *níquel*, junto a cadmio y plomo; b) halógenos como el *cloruro de vinilo*; c) compuestos nitrogenados (*naftilamina* y *amoniobifenilo*, nitrosaminas, hidrazidas y nitropropano); d) compuestos aromáticos, monocíclicos como el *benceno* o policíclicos como el benzantraceno y el benzopireno, y e) otros compuestos potencialmente carcinogénicos, como aldehídos y pesticidas, como el DDT, muy persistente en tabacos procedentes de las plantaciones del Tercer Mundo.

La carcinogénesis de todos estos compuestos químicos es acumulativa y *estocástica*, similar a la de un síndrome de irradiación; su efecto es función de la dosis total absorbida y puede manifestarse a muy largo plazo, incluso en ex fumadores. No hay una relación lineal causa / efecto, ya que debe tenerse en cuenta una serie de factores de sensibilidad, de tipo racial (se ha señalado una mayor receptividad entre los americanos de raza negra y los chinos de la etnia

han), laborales, por exposición conjunta al asbesto y/o a las radiaciones ionizantes y, finalmente, a factores familiares hereditarios.

Trastornos asociados

El tabaquismo entraña una extensa gama de posibilidades nosológicas, así como un gran número de afectados; por su morbilidad y mortalidad elevadas constituye una de las peores plagas de nuestra civilización, siendo responsable de una reducción en la expectativa de vida, pérdida de horas de trabajo, exceso de ingresos hospitalarios y jubilaciones anticipadas por problemas cardiorrespiratorios.

Entre las afecciones estadísticamente imputables a un abuso en el consumo del tabaco destacan:

Procesos cardiocirculatorios. Desde taquicardias y crisis anginosas hasta infarto de miocardio, accidentes vasculares cerebrales, vasculopatías periféricas, (síndrome de Raynaud, claudicación intermitente) y trombosis.

Procesos broncopulmonares y respiratorios en general. Como faringolaringitis crónica, bronquitis de repetición, hiperreactividad bronquial y enfermedad pulmonar obstructiva crónica irreversible por fibrosis pulmonar.

Carcinoma broncogénico. La posible asociación entre tabaquismo y cáncer se observó hace ya un par de siglos por HILL y POTT; en 1914, YAMAGAWA e ICHIKAWA demostraron experimentalmente que el alquitrán del tabaco era cancerígeno, pero no fue hasta 1950 que DOLL, BRADFORD y HILL demostraron, estadísticamente que el 95% de los pacientes con cáncer de pulmón eran fumadores, confirmando la aseveración de WYNDER y GRAHAM en el sentido de que “el uso excesivo y prolongado del tabaco, especialmente de cigarrillos, parece ser un factor importante en la aparición del cáncer broncopulmonar”. La simple comparación de las curvas de consumo de tabaco y carcinoma broncogénico demuestra un paralelismo significativo, con un desfase determinado por el tiempo de acumulación de efectos.

Otros carcinomas. En líneas generales el tabaquismo parece aumentar la incidencia global de procesos neoplásicos, particularmente en sus localizaciones

en senos paranasales, lengua, cerebro, vejiga, mama, cuello uterino y glándulas endocrinas.

Otras afecciones. El tabaquismo duplica el riesgo de padecer una úlcera gastroduodenal y aumenta considerablemente el de gastritis atrófica, en ambos casos por disminución de la protección mucosa. Asimismo, empeora el curso de la enfermedad inflamatoria intestinal. (5)

Dependencia y síndrome de abstinencia

Si bien en el humo del tabaco se ha detectado una enorme cantidad de sustancias tóxicas, muchas de ellas con capacidad cancerígena, mientras que otras como el monóxido de carbono y la nicotina se hallan más claramente implicadas en la génesis de la patología cardiovascular y respiratoria, es no obstante esta última sustancia, la nicotina, la responsable directa de la génesis de la dependencia del tabaco.

Diagnóstico de la dependencia a la nicotina:

1. Uso diario de nicotina durante varias semanas como mínimo.
2. Interrupción o reducción brusca del consumo de nicotina seguido de la aparición, al cabo de 24 hs., de cuatro de los siguientes síntomas como mínimo: necesidad de nicotina, irritabilidad, frustración o ira, ansiedad, dificultad de concentración, inquietud, disminución del ritmo cardíaco, aumento de apetito o de peso.

Cómo organizar un programa anti-tabaco?

Los objetivos médicos que se persiguen son fundamentalmente dos: disminuir el riesgo de adquirir enfermedades y reducir la progresión de las enfermedades en caso que ya estén presentes.

Se debe comenzar con la premisa que se deben conocer bien los efectos que produce la nicotina en el organismo humano, explicar las distintas enfermedades que pueden ser evitadas con el cese del tabaco, recordando en todo momento de utilizar un lenguaje claro y comprensible. Debe conocer cuáles son los productos

que constituyen el tabaco y cuál es el daño estructural a nivel inflamatorio que ocasiona en la pared bronquial.

Hay etapas psicológicas que cada persona que quiere dejar de fumar ha transcurrido inevitablemente, sea en forma consciente o inconsciente (6):

1. **Precontemplación:** el fumador no está listo para dejar de fumar. No desea dejar de fumar y tampoco recibe consejo alguno para hacerlo.
2. **Contemplación:** el fumador está considerando dejar el hábito de fumar en los próximos 6 meses. Aún no está totalmente decidido, pero ya piensa en ello. Ante la duda que algo salga mal, mejor no hacerlo. Los pros y los contras tienen por ahora el mismo peso.
3. **Preparación:** el fumador está decidido a dejar de fumar en el próximo mes. Los pros superan a los contras. Comienza a averiguar por los programas para dejar de fumar.
4. **Acción:** ya ha dejado de fumar y está tratando de modificar su entorno continuamente para evitar la recaída.
5. **Mantenimiento:** ya ha dejado de fumar hace 6 meses.

Tratamiento Farmacológico:

La determinación de dar o no medicación surgirá de la entrevista personal, de la escala de dependencia de Fagerstrom (ver anexo) y las capacidades económicas del paciente.

Hasta hace poco tiempo el tratamiento médico de elección ha sido el reemplazo de la nicotina, a través de los chicles, parches, sprays nasales e inhaladores por aerosol. Hoy en día existen diversos tratamientos farmacológicos, incluso por vía oral que resultan ser muy efectivos.

- **Chicles de Nicotina:** es el tratamiento más barato. Existen en el mercado chicles que contienen 2 mg de nicotina. Se metaboliza rápidamente en su primer paso a través del hígado, por lo que los niveles séricos de nicotina son mínimos, pero aceptables. Muy pocas obras sociales y empresas de medicina prepaga cubren éste tipo de medicamento. Se pueden mascar

hasta 12-14 chicles diarios. Se debe asegurar que la dentadura esté en buen estado.

- **Parches de Nicotina:** la nicotina se absorbe por vía transdérmica en forma prolongada. Existen 3 concentraciones distintas: de 30 mg, de 20 mg y de 10 mg. Se deben colocar en zonas que tengan escaso vello, tales como la espalda, hombro y muslo, tratando de no utilizar el mismo lugar al día siguiente por la alta incidencia de irritación local. Debe instruirse al paciente que se coloque el parche después del baño y se lo retire antes del baño al día siguiente. En fumadores severos se inicia por lo general con un parche de 30 TTS al día durante 3 a 4 semanas, bajando a 20 TTS durante las 3 o 4 semanas subsiguientes, finalizando con los de 10 TTS por 2 semanas más (7).

Con el objeto de asegurar el seguimiento del paciente no se deben recetar todos los parches juntos, sino la cantidad para 15 días. Es un dispositivo costoso, pero debe informarse al paciente que el costo del tratamiento equivale a alrededor de 4 meses de consumo de cigarrillos, beneficiándolo no solo en ayudarlo a dejar de fumar sino desde el punto de vista económico.

- **Spray Nasal:** no está disponible en nuestro medio. Cada puff contiene 0,5 mg de nicotina. Se realizan alrededor de 5 puffs por hora para llegar al efecto deseado. Los efectos adversos más frecuentes son la irritación de la garganta, tos, sinusitis, palpitaciones y náuseas. La tasa de cesación es de alrededor del 15 %.
- **Nicotina inhalada:** tampoco hay disponibilidad en el país. Cada puff contiene 13 microgramos de nicotina. Para que tenga niveles aceptables en suero, deben realizarse 80 puffs para acumular la nicotina de un solo cigarrillo, calculándose el uso de 3 a 4 aerosoles por día (600 puffs por día).

Esta dosificación hace la nicotina inhalatoria poco práctica como tratamiento para dejar de fumar.

- **Fármacos por vía oral:** actualmente existen fármacos que se administran por vía oral. Durante mucho tiempo se han utilizado los tranquilizantes menores a bajas dosis, pero hay un fármaco que ha gravitado significativamente en la cesación al tabaquismo, que es el **bupropion** (8). Se trata de un antidepresivo no tricíclico que inhibe selectivamente la recaptación neuronal de catecolaminas, con efectos mínimos en la recaptación de la serotonina, por lo que no ejerce acción sobre la inhibición de la monoaminoxidasa (9). Dado que el síndrome de abstinencia probablemente se explique por el aumento de la actividad de las neuronas noradrenérgicas, el bupropion resulta un fármaco adecuado para el tratamiento del mismo, especialmente en tratamiento combinado (bupropion más parches de nicotina). Los efectos adversos del bupropion son la cefalea, boca seca, náuseas, insomnio, anorexia, constipación, alteraciones de la visión y del gusto. Las contraindicaciones son los antecedentes de convulsiones, alteraciones del sensorio, historia previa de anorexia o bulimia e hipertensión arterial no controlada. Se comienza con 1 comprimido de 150 mg con el desayuno, incrementando a partir del 4to día un segundo comprimido con la merienda, antes de las 16:00 horas para evitar el insomnio. Se le propone al paciente reducciones semanales progresivas en cuanto al consumo de tabaco, pactando una fecha para dejar de fumar. El bupropion debe ser mantenido hasta 30-60 días después de haber dejado de fumar. (10)

Fumar en el ámbito universitario:

En nuestro país se lleva adelante un Programa Nacional de Control del Tabaco, el mismo propone, entre otras muchas actividades, lograr que las instituciones relacionadas a la salud se conviertan en “una institución 100% libre de humo”. (13)

Las instituciones relacionadas a la salud ejercen un **rol social modélico**, por lo que la implementación de ambientes libres de humo, es una **estrategia** clave de control del tabaquismo en nuestro país.

Existen además normas nacionales, provinciales y municipales para las instituciones públicas. En la ciudad de Rosario las mismas son: (14)

- ordenanza 5476/ año 1992
- ordenanza 6631/ año 1998
- ordenanza 3946/ año 1985
- ordenanza 5861/ año 1994

Estas normativas le caben también a las Universidades, pero cada institución crea su propia reglamentación interna.

Problema

Características del tabaquismo en jóvenes de la Universidad Abierta Interamericana.

Objetivos

- Analizar las características generales de la población de jóvenes fumadores (carrera, sexo, edad)
- Conocer el tiempo, cantidad y patrón de consumo de cigarrillos.
- Conocer el motivo que sustenta el hábito de fumar y el grado de dependencia a la nicotina.
- Conocer con qué frecuencia han intentado el abandono del hábito de fumar y los eventos relacionados.

Material y método

El presente estudio es de tipo analítico observacional, para el mismo se analizaron los datos de una encuesta realizada entre los alumnos de las carreras de Medicina, Psicología, Ingeniería en Sistemas y Kinesiología, de la Universidad Abierta Interamericana, Sede Regional Rosario, Campus Lagos; durante noviembre y diciembre de 2005.

Criterios de inclusión en el estudio: que sean estudiantes universitarios y fumadores activos.

La muestra quedó conformada por 103 encuestas, correspondientes a alumnos de las diversas carreras.

Instrumento de recolección de datos: la encuesta se realizó mediante un cuestionario impreso con preguntas estructuradas dicotómicas y de respuesta múltiple, que fue completado por los mismos alumnos en forma anónima. (ver anexo 1)

Para la obtención de la información se requirió la autorización de la institución y el consentimiento de los propios alumnos.

Los resultados se tabularon según la carrera, y se ordenaron de acuerdo al sexo. (ver anexo 2)

Las variables analizadas fueron:

- Carrera
- Sexo
- Edad
- Hábito de fumar:
 - Tiempo de consumo (en años desde el inicio del hábito de fumar)
 - Patrón de consumo (diario, ocasional, fines de semana)
 - Cantidad consumida (en cigarrillos consumidos por día)
 - Co – consumo de otras drogas (legales e ilegales)
 - Frecuencia de co- consumo de otras drogas (diario, ocasional, fines de semana)

- Motivo por el cual se mantiene el hábito de fumar (placer, rutina, hábito, otros)
- Dependencia a la nicotina (según test de Fagerstrom- ver anexo 3)
- Conocimiento de los riesgos del hábito de fumar
- Abandono del hábito de fumar:
 - Interés en programas de abandono
 - Intento de abandono del hábito de fumar
 - Etapas de cambio (precontemplación, contemplación, preparación)
- Síndrome de abstinencia:
 - Aparición del síndrome de abstinencia
 - Síntomas del síndrome de abstinencia
- Trabajo y hábito de fumar
 - Trabajo (si trabaja o no trabaja)
 - Permiso para fumar en el ámbito laboral

Los datos se volcaron en una base de datos de Microsoft Excell.

Para el análisis de los datos se utilizaron técnicas estadísticas descriptivas (distribuciones de frecuencias, promedios, porcentajes) y medidas de tendencia central.

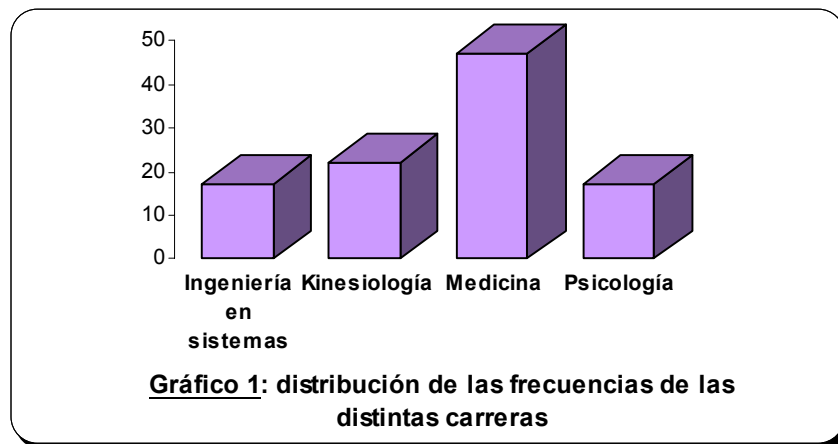
Resultados

Características de la población:

- Carrera

Carrera		
	f	%
Ingeniería en sistemas	17	16,50
Kinesiología	22	21,35
Medicina	47	45,63
Psicología	17	16,50
Total	103	

Tabla 1: frecuencias de las distintas carreras.

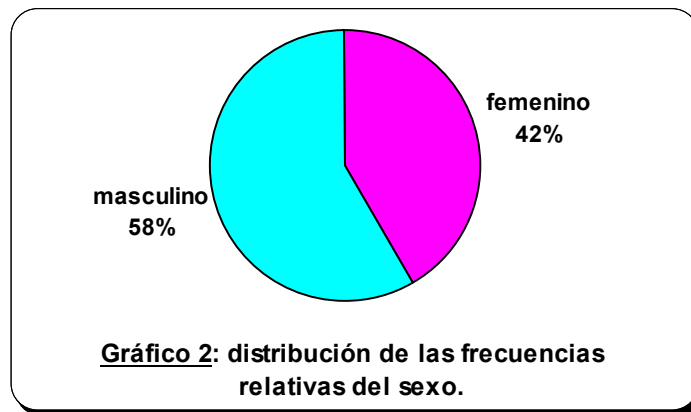


El 45,65% de los estudiantes universitarios corresponden a la carrera Medicina; el 21,35% a Kinesiología; el 16,5% a Ingeniería en sistemas, y el 16,5% a Psicología.

- **Sexo**

Sexo		
	f	%
femenino	43	41,74
masculino	60	58,25
Total	103	

Tabla 2: frecuencias del sexo de la población.

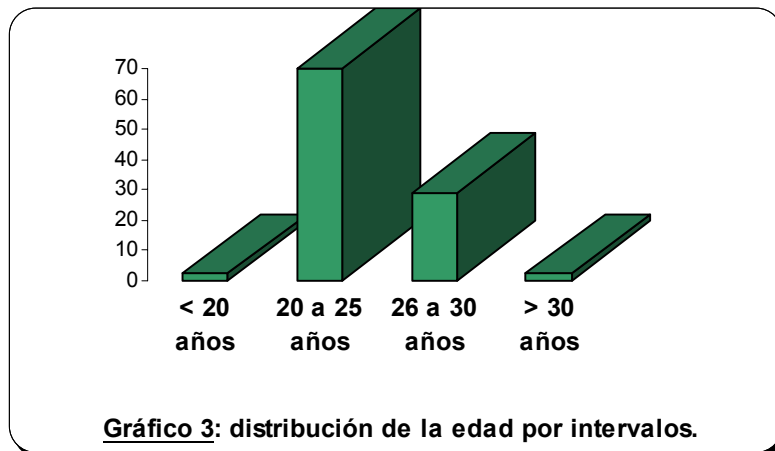


Del total de la población, el 58,25% corresponde al sexo masculino, y el 41,74% al sexo femenino.

- **Edad**

Edad		
	f	%
< 20 años	2	1,94
20 a 25 años	70	67,96
26 a 30 años	29	28,15
> 30 años	2	1,94
Total	103	

Tabla 3: frecuencias de la edad de la población.



La población presentó una media aritmética de 24,33 años, una mediana de 25 años, y una distribución modal de 25 años.

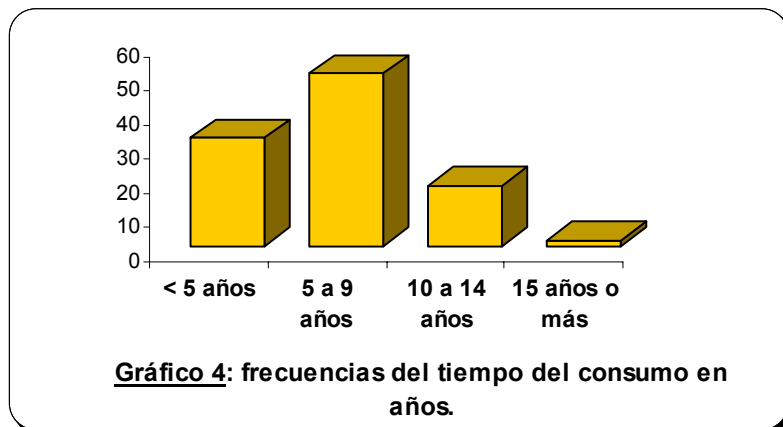
El 67,96% de la población se ubica en el intervalo de 20 a 25 años, el 28,15% en el intervalo de 26 a 30 años, el 1,94% en el intervalo de menores de 20 años, y el 1,94% en el intervalo de mayores de 30 años.

Hábito de fumar:

- **Tiempo de consumo**

Tiempo de consumo (en años)		
	f	%
< 5 años	32	31,06
5 a 9 años	51	49,51
10 a 14 años	18	17,47
15 años o más	2	1,94
Total	103	

Tabla 4: frecuencias del tiempo de consumo de cigarrillos, en años transcurridos desde el inicio.

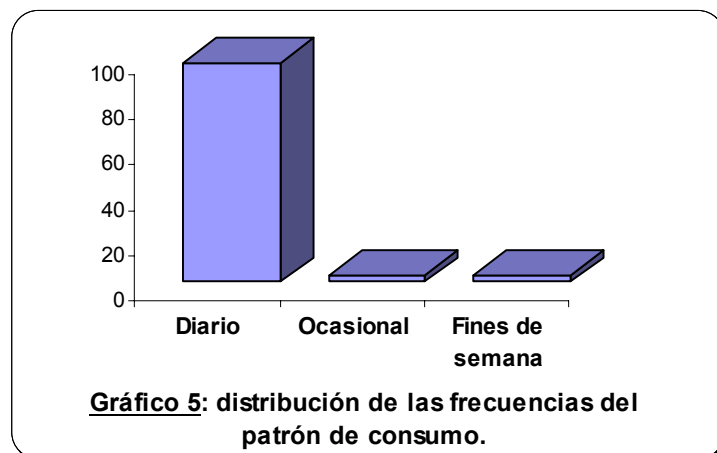


El 49,51% fuma desde hace 5 a 9 años; el 31,06% hace menos de 5 años que fuma; el 17,47% fuma desde hace 10 a 14 años, y el 1,94% desde hace 15 años o más.

- Patrón de consumo**

Patrón de consumo		
	f	%
Diario	97	94,17
Ocasional	3	2,91
Fines de semana	3	2,91
Total	103	

Tabla 5: frecuencias del patrón de consumo de cigarrillos.

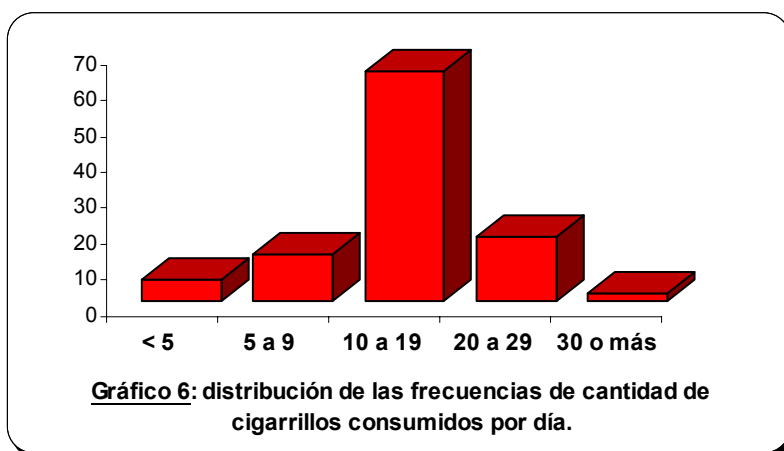


El 94,17% fuma diariamente; el 2,91% ocasionalmente, y el 2,91% fuma los fines de semana.

- **Cantidad consumida**

Cantidad consumida (por día)		
	f	%
< 5 cigarrillos	6	5,82
5 a 9 cigarrillos	13	12,62
10 a 19 cigarrillos	64	62,13
20 a 29 cigarrillos	18	17,47
30 cigarrillos o más	2	1,94
Total	103	

Tabla 6: frecuencias de la cantidad de cigarrillos consumidos por día.

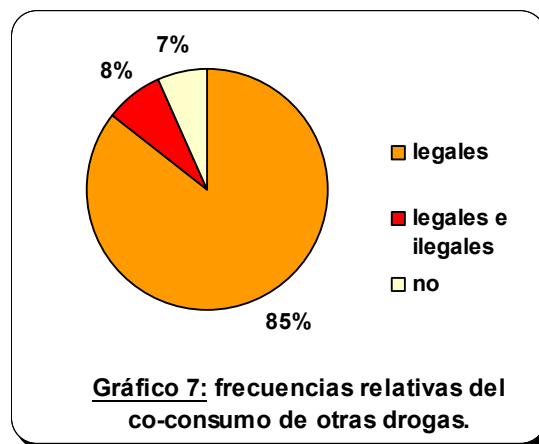


El 62,13% consume 10 a 19 cigarrillos al día; el 17,47% consume 20 a 29 cigarrillos al día; el 12,62% consume 5 a 9 cigarrillos al día; el 5,82% consume menos de 5 cigarrillos al día, y el 1,94% consume 30 cigarrillos o más al día.

- **Co-consumo de otras drogas**

Co-consumo de otras drogas		
	f	%
legales	88	85,43
legales e ilegales	8	7,76
no	7	6,79
Total	103	

Tabla 7: frecuencias de co-consumo de otras drogas.

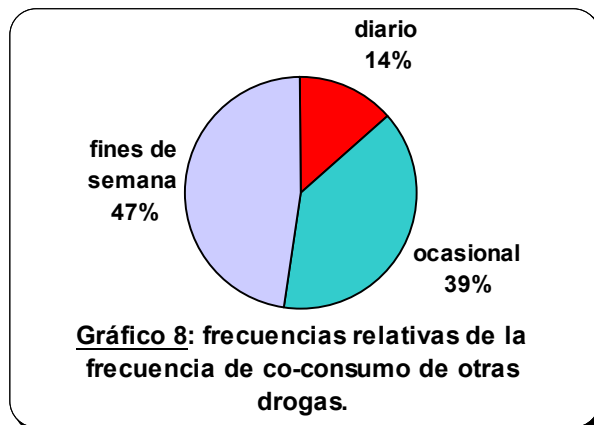


El 85,43% refiere consumir otro tipo de drogas legales (alcohol, café, etc.); el 7,76% refiere consumir drogas legales e ilegales, y el 6,79% refiere no consumir otras drogas legales o ilegales.

- **Frecuencia de co-consumo de otras drogas**

Frecuencia del co-consumo de otras drogas		
	f	%
diario	13	13,54
ocasional	37	38,54
fin de semana	46	47,91
Total	96	

Tabla 8: frecuencias de co-consumo de otras drogas

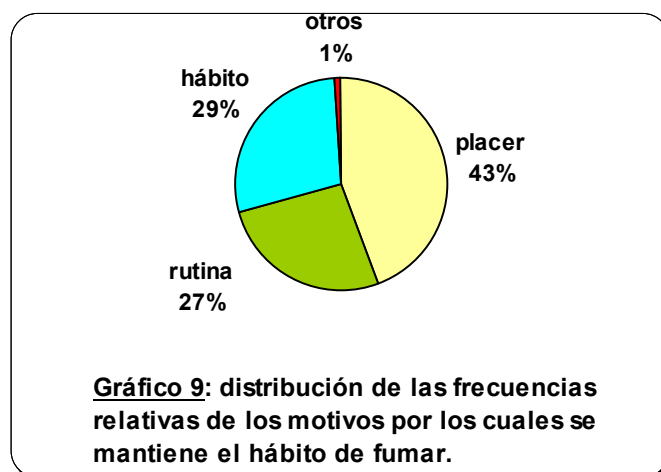


Del total de la población que refiere consumir otras drogas legales o ilegales (n=96), el 47,91% refiere hacerlo los fines de semana; el 38,54% ocasionalmente, y el 13,54% refiere consumo diario.

- **Motivo por el cual se mantiene el hábito de fumar**

Motivo por el cual se mantiene el hábito de fumar		
	f	%
placer	63	44,05
rutina	38	26,57
hábito	41	28,67
otros	1	0,69
Total	143	

Tabla 9: frecuencias de los motivos por los cuales se mantiene el hábito de fumar.



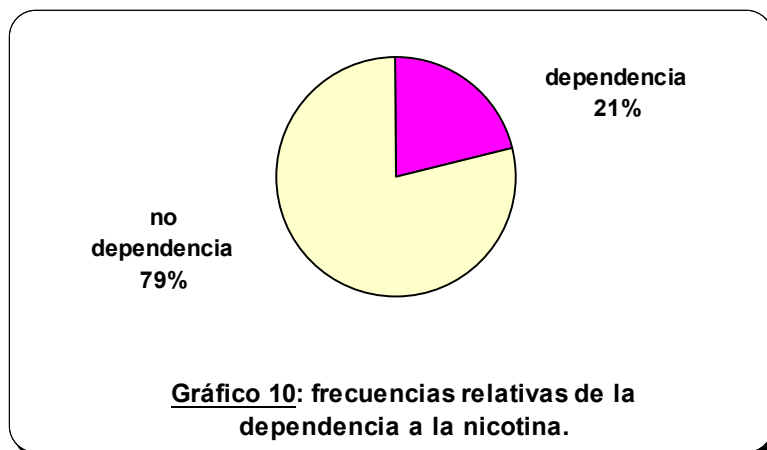
Los motivos por los cuales se mantiene el hábito de fumar son en el 44,05% por placer; en el 28,67% por hábito; en el 26,57% por rutina, y en el 0,69% por otras causas (como ser la presión ejercida por el grupo de pares).

- **Dependencia a la nicotina**

La dependencia a la nicotina se evaluó mediante el test de Fagerstrom.

Dependencia (según puntaje test de Fagerstrom)		
	f	%
dependencia	22	21,35
no dependencia	81	78,64
Total	103	

Tabla 10: frecuencias de los resultados del test de dependencia a la nicotina de Fagerstrom.

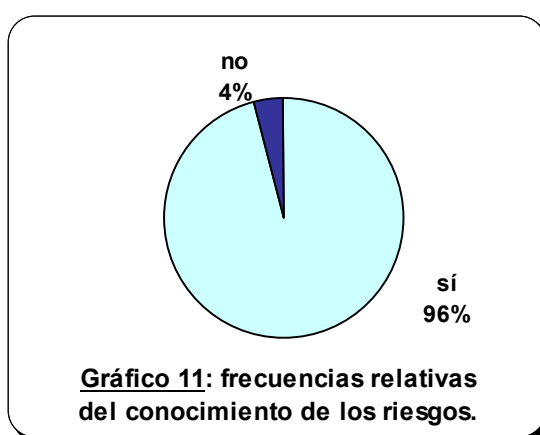


De acuerdo a los resultados del test, el 78,64% de la población en estudio no presenta dependencia a la nicotina, y el 21,35% es dependiente.

Conocimiento sobre los riesgos

Conoce los riesgos		
	f	%
sí	99	96,11
no	4	3,88
Total	103	

Tabla 11: frecuencias de respuestas sobre conocimiento de los riesgos del hábito de fumar.



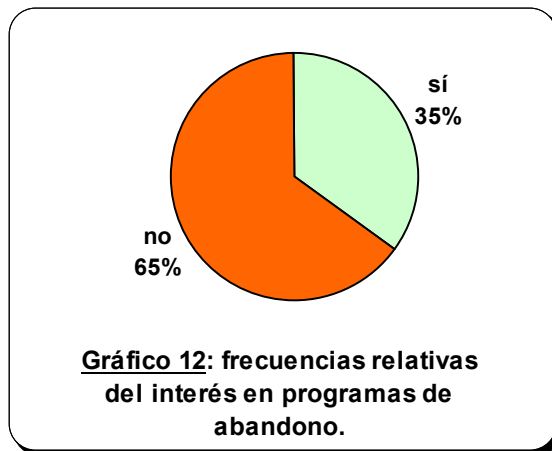
El 96,11% respondió que conoce los riesgos del hábito de fumar, y el 3,88% respondió que no los conoce.

Abandono del hábito de fumar

- Interés en programas de abandono del hábito de fumar

Interés en programas de abandono		
	f	%
sí	36	34,95
no	67	65,04
Total	103	

Tabla 12: frecuencias del interés en programas de abandono del hábito de fumar.

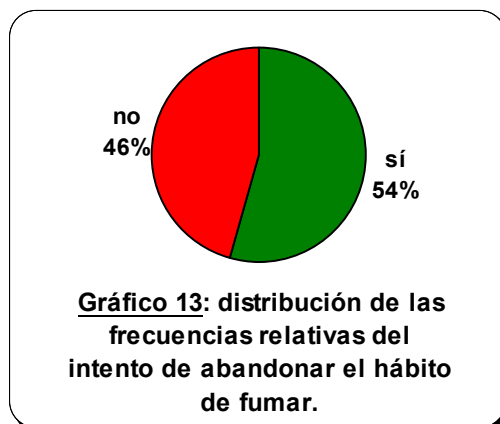


El 65,04% manifestó no tener interés en programas de abandono del hábito de fumar, y el 34,95% manifestó tenerlo.

- **Intento de abandono del hábito de fumar**

Intento de abandono		
	f	%
sí	56	54,36
no	47	45,63
Total	103	

Tabla 13: frecuencias del intento de abandonar el hábito de fumar.



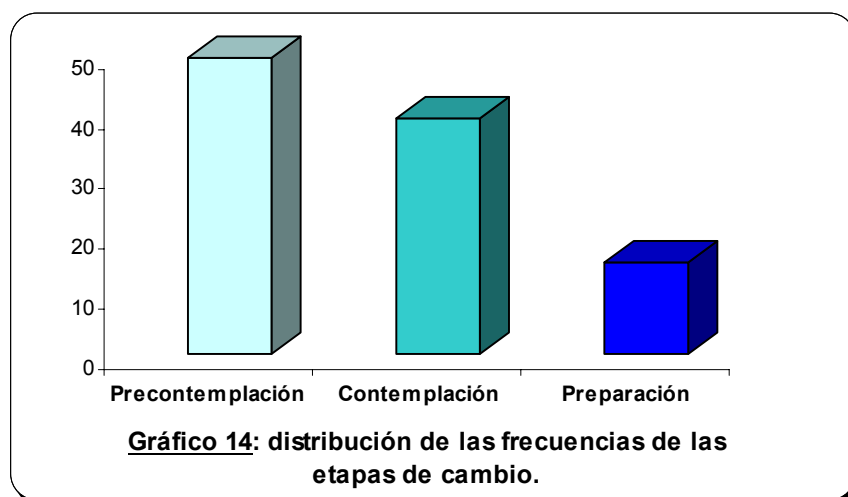
El 54,36% manifestó haber intentado dejar de fumar en algún momento sin lograr el resultado esperado, y el 45,63% manifestó no haber intentado dejar de fumar.

El total (100%) de los jóvenes que manifestaron haber intentado dejar de fumar, lo hicieron por iniciativa propia.

- **Etapas de cambio**

Etapas de cambio		
	f	%
Precontemplación	49	47,57
Contemplación	39	37,86
Preparación	15	14,56
Total	103	

Tabla 14: frecuencias de las etapas de cambio en la que se encuentran



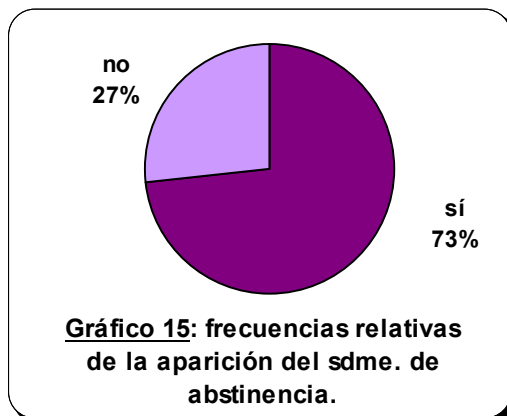
El 47,57% de la población se encuentra en la etapa de precontemplación (no desea dejar de fumar), el 37,86% en la etapa de contemplación (está contemplando la posibilidad de dejar de fumar), y el 14,56% en la etapa de preparación (tiene en planes dejar de fumar).

Síndrome de abstinencia

- Aparición del síndrome de abstinencia

Síndrome de abstinencia		
	f	%
sí	41	73,21
no	15	26,78
Total	56	

Tabla 15: frecuencias de la aparición de síndrome de abstinencia en aquellos que intentaron el abandono del hábito de fumar.

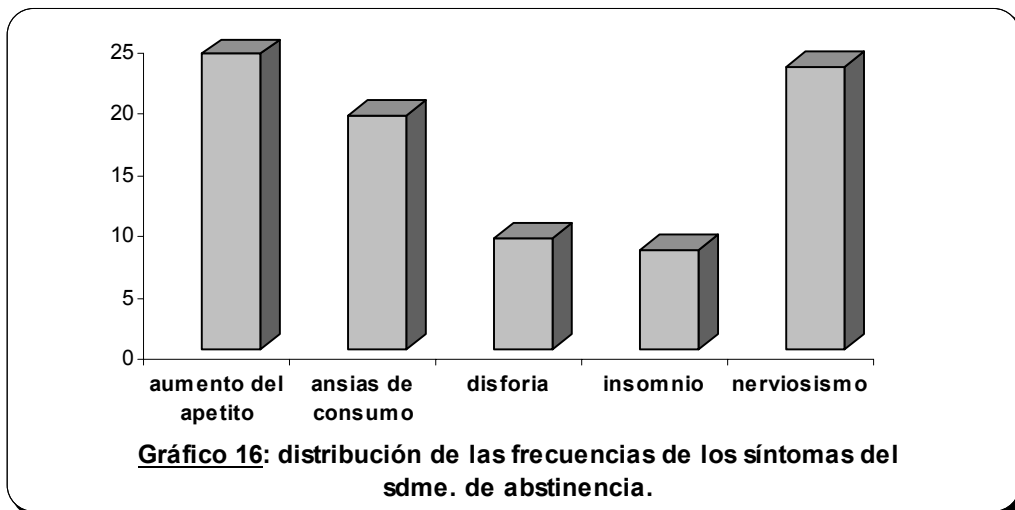


Del total de los jóvenes ($n=56$) que en algún momento de la vida intentaron el abandono del hábito de fumar, el 73,21% presentó síndrome de abstinencia, y el 26,78% no lo presentó.

- **Síntomas del síndrome de abstinencia**

Síntomas del síndrome de abstinencia		
	f	%
aumento del apetito	24	28,91
ansias de consumo	19	22,89
disforia	9	10,84
insomnio	8	9,63
nerviosismo	23	27,71
Total	83	

Tabla 16: frecuencias de los síntomas del síndrome de abstinencia en aquellos que intentaron el abandono del hábito de fumar.



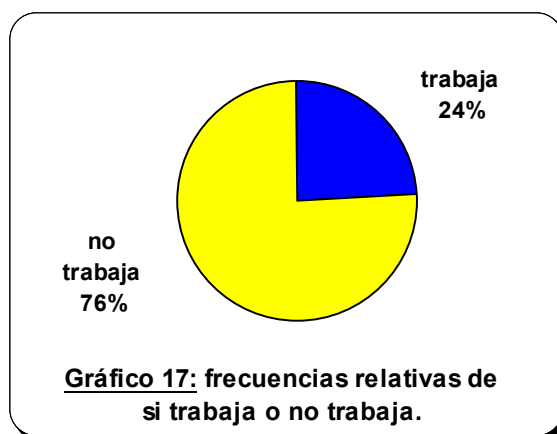
Del total de los jóvenes que en algún momento de la vida intentaron el abandono del hábito de fumar y presentaron síndrome de abstinencia (n=41), el 28,91% presentaron aumento del apetito; el 27,71% nerviosismo; el 22,89% ansias de consumo; el 10,84% disforia, y el 9,63% insomnio.

Trabajo y hábito de fumar

- Trabajo

Trabajo		
	f	%
trabaja	25	24,27
no trabaja	78	75,72
Total	103	

Tabla 17: frecuencias de la actividad laboral de la población en estudio.

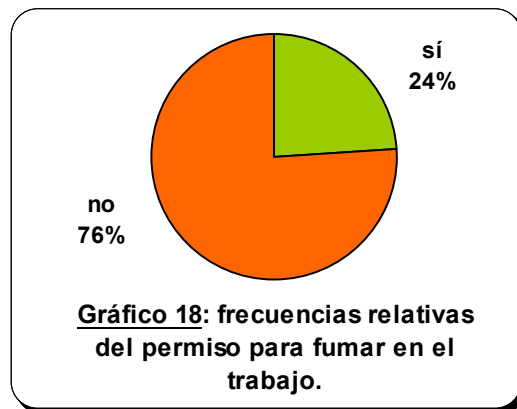


El 75,72% de la población de jóvenes universitarios no trabaja, y el 24,27% sí lo hace.

- Permiso para fumar en el ámbito laboral

Permiso para fumar en el trabajo		
	f	%
sí	6	24
no	19	76
Total	25	

Tabla 18: frecuencias del permiso para fumar en el ámbito laboral.



Del total de los jóvenes que trabajan ($n= 25$), el 76% no tienen permiso para fumar en el ámbito laboral, y el 24% sí tienen permiso para fumar.

Discusión

Se llevó adelante un estudio de tipo analítico observacional en base a los datos aportados por las encuestas realizadas a 103 alumnos fumadores activos de distintas carreras pertenecientes a la Universidad Abierta Interamericana, durante los meses de noviembre y diciembre de 2005.

El 45,65% de los estudiantes universitarios cursaban la carrera Medicina; el 21,35% Kinesiología; el 16,5% Ingeniería en sistemas, y el 16,5% Psicología. (tabla 1)

De la población en estudio, el 58,25% correspondía al sexo masculino, y el 41,74% al sexo femenino. (gráfico 2). Otros estudios similares muestran idénticas cifras (11).

El 67,96% de la población se ubicaba en el intervalo de 20 a 25 años, el 28,15% en el intervalo de 26 a 30 años, el 1,94% en el intervalo de menores de 20 años, y el 1,94% en el intervalo de mayores de 30 años. (gráfico 3)

El hábito de fumar data en el 41,59% de 5 a 9 años; en el 31,06% de menos de 5 años; en el 17,47% de 10 a 14 años, y en el 1,94% de 15 años o más. (gráfico 4)

El 94,17% refirió fumar diariamente; el 2,91% ocasionalmente, y el 2,91% los fines de semana. (gráfico 5)

El 62,13% consume 10 a 19 cigarrillos al día; el 17,47% consume 20 a 29 cigarrillos al día; el 12,62% consume 5 a 9 cigarrillos al día; el 5,82% consume menos de 5 cigarrillos al día, y el 1,94% consume 30 cigarrillos o más al día. (gráfico 6)

El 85,43% refirió consumir otro tipo de drogas legales (alcohol, café, etc.); el 7,76% drogas legales e ilegales, y el 6,79% refirió no consumir otras drogas. (gráfico 7) Del total de la población que refiere consumir otras drogas, el 47,91% refirió hacerlo los fines de semana; el 38,54% ocasionalmente, y el 13,54% diariamente. (gráfico 8)

Los motivos por los cuales se mantiene el hábito de fumar son en el 44,05% por placer; en el 28,67% por hábito; en el 26,57% por rutina, y en el 0,69% por otras causas (como ser la presión ejercida por el grupo de pares). (tabla 9)

La dependencia a la nicotina se evaluó mediante el test de Fagerstrom. De acuerdo a los resultados, el 21,35% de la población es dependiente. (gráfico 10) Estas cifras son inferiores a las encontradas en otros estudios de iguales características (11).

El 96,11% afirmó conocer los riesgos del hábito de fumar. (gráfico 11)

El 65,04% manifestó no tener interés en programas de abandono del hábito de fumar. (gráfico 12)

El 54,36% manifestó haber intentado dejar de fumar en algún momento sin lograr el resultado esperado. (gráfico 13) De éstos, el 73,21% presentó síndrome de abstinencia (gráfico 15) el 28,91% presentaron aumento del apetito; el 27,71% nerviosismo; el 22,89% ansias de consumo; el 10,84% disforia, y el 9,63% insomnio. (tabla 16) Estudios realizados sobre estudiantes universitarios muestran cifras similares (12)

El 47,57% de la población se encuentra en la etapa de precontemplación (no desea dejar de fumar), el 37,86% en la etapa de contemplación (está contemplando la posibilidad de dejar de fumar), y el 14,56% en la etapa de preparación (tiene en planes dejar de fumar). (gráfico 14) Las cifras concuerdan con otros estudios realizados sobre estudiantes universitarios (11).

El 24,27% de la población de jóvenes universitarios trabaja. (gráfico 17) De éstos, el 76% no tienen permiso para fumar en el ámbito laboral, lo que podría ser una estrategia para el abandono del hábito de fumar. (gráfico 18)

Conclusión

El estudio se realizó sobre 103 alumnos fumadores activos.

- a. el 58,25% correspondía al sexo masculino y el 41,74% al sexo femenino.
- b. el 67,96% de la población se ubicaba en el intervalo de 20 a 25 años
- c. el 41,59% fuma desde hace 5 a 9 años.
- d. el 94,17% refirió fumar diariamente.
- e. el 62,13% consume 10 a 19 cigarrillos al día.
- f. el 85,43% refirió consumir otro tipo de drogas legales (alcohol, café, etc)
- g. Los motivos por los cuales se mantiene el hábito de fumar son en el 44,05% por placer; en el 28,67% por hábito; en el 26,57% por rutina, y en el 0,69% por otras causas
- h. el 21,35% de la población es dependiente de la nicotina.
- i. el 96,11% afirmó conocer los riesgos del hábito de fumar.
- j. el 65,04% manifestó no tener interés en programas de abandono del hábito de fumar.
- k. el 54,36% manifestó haber intentado dejar de fumar en algún momento sin lograr el resultado esperado.

- l. de los que intentaron dejar de fumar, el 73,21% presentó síndrome de abstinencia (28,91% aumento del apetito; 27,71% nerviosismo; 22,89% ansias de consumo; 10,84% disforia, y 9,63% insomnio)

- m. el 47,57% de la población se encuentra en la etapa de precontemplación, el 37,86% en la etapa de contemplación, y el 14,56% en la etapa de preparación

- n. el 24,27% de la población trabaja. De éstos, el 76% no tienen permiso para fumar en el ámbito laboral.

De acuerdo a lo investigado, el tabaquismo es un problema acuciante en el ámbito universitario, por ello, desde este espacio, se propone que la institución lleve a cabo políticas activas de control del tabaco en su propio ámbito incentivando el abandono del hábito tabáquico por parte de los estudiantes, docentes y trabajadores de la institución. Y así, constituir un modelo social a seguir por otro tipo de instituciones de la sociedad.

Bibliografía

1. Youth Tobacco Surveillance – United States, 1998-1999. Mor Mortal Wkly Rep CDC Surveill Summ w2000 Oct 13;49(10):1-94
2. Farkas AJ, Distefan JM, Won S. Choi, Gilpin EA. Does Parental Smoking Cessation Discourage Adolescent Smoking? Preventive Medicine 1999; 28:213-218
3. Lisanti, R. 2004 año antitabaco. Tabaquismo en Argentina, algo hay que hacer. Revista Argentina de Medicina Respiratoria 2004 - Nº 1: 3-5
4. Routh HK, Bhowmik KR, Parish J. Historical Aspects of Tobacco Use and Smoking. Clin Dermatol 1998;16:539-544
5. Battestini Pons,R. Efectos nocivos causados por la contaminación. En Farreras- Rozman 13º edición. Versión CD-rom. Sección 19. Enfermedades por agentes físicos
6. Engels RCME, Knibbe RA, de Vries H, Drop MJ. Antecedents of Smoking Cessation among Adolescents : Who is Motivated to Change ? Preventive Medicine 1998;27:348-357
7. Prochazka AV. New Developments in Smoking Cessation. Chest 2000;117:169S-175S
8. Dale LC, Glover ED, Sachs DPL, Schroeder DR, Offord KP, Croghan IT, Hurt RD. Bupropion for Smoking Cessation. Chest 2001;119:1357-1364
9. Nardini S. Smoking Cessation: The Role of Burpotion Among New Pharmacologic Agents. Monaldi Arch Chest Dis 2001;56:5,467-472

10. Prieto Brandstaetter Ernesto; Rhodius Edgardo E. Bases para la Realización de un Programa Comunitario para la Cesación al Tabaco *Asociación Argentina de Medicina Respiratoria Sección de Neumonología Clínica*
11. Hernández, D.; Flores Fernández, M.; Beskow, G.; Camacho, F. Tabaquismo en estudiantes de la Universidad Nacional del Nordeste. *Rev Argentina de Cardiología*. Vol 73 Sup 2, 2005
12. Tabaquismo en estudiantes de la UBA Comisión "Tabaco o Salud" de la Facultad de Medicina de la UBA. En: <http://www.uba.ar/extensión/salud/difusión/index.php>
13. Guía Nacional de Instituciones de salud libres de humo de tabaco. Ministerio de Salud y Medio Ambiente de Salud. Gacetilla, 2005.
14. Registro de empresas e instituciones libres de humo. Municipalidad de Rosario. En: http://www.rosario.gov.ar/sitio/salud/libre_humo1.jsp

Anexo

1- Encuesta de tabaquismo

- 1) Sexo:
- 2) Edad:
- 3) Carrera:
- 4) Año:
- 5) Trabaja: SI NO
- 6) Esta permitido fumar en su lugar de trabajo?: SI NO
- 7) Tiempo de consumo:
- 8) Patrón de consumo:
 - a. Diario : Especificar cantidad
 - b. Otros : especificar
- 9) Consumo con otras drogas:
 - a. Legales: ej. Alcohol
 - b. Ilegales
- 10) Frecuencia de co-consumo:
 - a. Diario
 - b. Ocasional
 - c. Fines de semana
- 11) Por que consume?
 - a. Placer
 - b. Hábito
 - c. Rutina
 - d. Otras : ej Presión de pares
- 12) Alguna vez intentó dejarlo?: SI NO
- 13) Si en la anterior contestó si, lo hizo por:
 - a. Propia iniciativa
 - b. Busco tratamiento medico ?
 - c. Encontró ? SI NO
- 14) Presento síndrome de abstinencia ? SI NO
- 15) Si contesta si , presento :
 - a. Ansias de consumo
 - b. Nerviosismo
 - c. Aumento de apetito
 - d. Insomnio
 - e. Otras: especificar ej. Disforia

16)Piensa dejarlo en los próximos 6 meses o lo ha intentado durante 24 horas en el ultimo año? SI NO

17)Piensa dejar de fumar en el mes próximo ? SI NO

18)Ha fumado alguna vez? SI NO

19)Cuánto hace que dejo de fumar?

20) Conoce los riesgos del tabaquismo? SI NO

Nombre uno:

21)Esta interesado en programas para abandonar el habito? SI
NO

A continuación deberá efectuar un test que indicara su grado de dependencia a la nicotina

1. ¿ Cuanto tarda en fumar el primer cigarrillo cuando se despierta?
 - a) 5 minutos
 - b) 6 - 30 minutos
 - c) 31 - 60 minutos
 - d) mas de 60 minutos
2. ¿ Le resulta difícil no fumar en lugares donde esta prohibido, por ejemplo : Cine, Iglesia, etc?
 - a) Si
 - b) No
3. ¿Cuál es el cigarrillo que le molestaría mas no fumar?
 - a) El primero de la mañana
 - b) El resto
4. ¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de despertarse que durante el resto del día?
 - a) Si
 - b) No
5. ¿Fuma cuando está enfermo y tiene que quedarse en cama la mayor parte del día?
 - a) Si
 - b) No

2- Tabulación de los datos

	Carrera	Sexo	Edad	Tiempo de consumo	Patrón de consumo	Cantidad consumida	Co-consumo con otras drogas	Frecuencia de co-consumo	Motivo por el que fuma	Puntaje test de dependencia de Fagerstrom	Conoce los riesgos	Interés en programas de abandono	Intento de dejarlo	Etapas de cambio	Sdme. de abstinencia	Sintomas del sdme.	Tra baja	Permiso para fumar en el trabajo
1	I	M	22	2	F	5	L	O	R	1	si	no	no	PR			no	
2	I	M	25	10	D	10	L	F	P	1	si	si	si	C	no		si	no
3	I	M	34	10	F	10	L	F	P	1	si	no	no	PR			si	no
4	I	M	27	5	D	13	L	O	P,R	7	si	si	si	P	si	D,N	si	no
5	I	M	28	10	D	20	L	F	R	8	si	no	no	PR			si	no
6	I	M	25	5	D	10	L	F	P,R	2	si	no	no	PR			no	
7	I	M	26	7	D	10	L	F	H,R	5	si	no	no	PR			no	
8	I	M	28	9	D	25	L	F	R	8	si	si	no	PR			si	no
9	I	M	23	3	D	10	L	F	H	5	si	si	si	C	si	A	no	
10	I	M	26	7	D	20	L	O	P,R	4	si	no	no	PR			si	no
11	I	M	23	3	D	10	L	D	R	7	si	no	si	C	si	A,D	no	
12	I	M	25	8	D	15	L	F	P,R	3	si	no	no	PR			no	
13	I	M	30	10	D	15	L	D	P	2	si	si	no	PR			si	no
14	I	M	25	7	D	5	L	F	H	2	si	si	si	C	no		si	no
15	I	M	24	5	D	45	L	D	P	11	si	no	no	PR			no	
16	I	M	35	15	D	20	L	O	H,P,R	7	si	no	no	PR			si	no
17	I	M	26	4	D	20	L	F	H,R	6	si	no	no	PR			si	no
18	K	F	23	5	D	5	L	F	H,R	3	si	no	no	PR			no	
19	K	F	22	5	D	10	L	F	P,R	5	si	no	no	PR			no	
20	K	F	20	7	D	10	L	O	P	2	si	no	no	PR			no	
21	K	M	23	4	D	15	L	F	P	5	si	no	si	C	si	C	no	
22	K	F	20	3	D	10	L	F	P	1	si	no	si	C	no		no	
23	K	F	20	2	D	10	L	O	P	2	si	si	no	PR			si	si
24	K	F	21	1	D	10	L	F	P	1	si	si	si	C	si	A	no	
25	K	F	20	6	D	10	L	O	P	3	si	no	no	PR			si	no
26	K	F	21	4	D	10	L	O	P	3	si	si	no	PR			si	si
27	K	F	20	4	D	15	L	F	P	4	si	no	si	C	si	A,C,N	no	
28	K	F	22	7	D	17	L	F	R	6	si	si	si	C	si	N	no	
29	K	M	26	4	D	15	no		P	7	si	no	si	P	si	A,C,N	no	
30	K	M	25	10	D	6	L	O	P	6	si	si	no	PR			no	
31	K	M	25	4	D	10	L	F	P	1	si	no	no	PR			si	no
32	K	M	22	2	D	5	L	F	P	4	si	no	no	PR			no	
33	K	M	22	2	D	8	L	O	R	3	si	no	no	PR			no	
34	K	M	21	3	D	10	L	F	H	6	si	no	si	C	si	A,D,I	no	
35	K	F	22	5	D	6	L	F	H	2	si	no	si	C	no		no	
36	K	M	25	6	D	10	L	F	H,R	6	si	si	si	C	si	C,N	no	
37	K	F	25	10	D	7	L	D	H	1	si	si	si	C	si	A	no	
38	K	F	25	7	D	10	L	F	P,R	2	si	no	si	C	si	C,N	si	si
39	K	F	27	10	D	10	L	F	H,R	7	si	no	no	PR			si	no
40	M	F	18	3	D	10	L	D	H	2	si	si	si	C	si	A,C,N	no	

41	M	F	21	1	D	10	L	F	H,P	1	si	no	no	PR			no	
42	M	M	19	4	D	20	L	D	P	4	si	no	si	P	si	A,C	no	
43	M	M	20	5	D	15	no		P	5	no	no	no	PR			no	
44	M	M	22	6	D	10	no		P	3	no	si	si	P	no		no	
45	M	M	20	3	D	5	no		R	1	no	no	no	PR			no	
46	M	M	21	4	D	10	L	F	R	1	si	no	no	PR			no	
47	M	F	23	9	D	20	L	O	P,R	5	si	no	si	C	si	A,N	no	
48	M	M	21	3	D	5	L	O	P	3	si	si	si	P	si	C	no	
49	M	M	23	5	D	10	L	O	H	5	si	si	si	C	si	I,N	no	
50	M	F	26	13	D	25	L-I	F	P	6	si	no	no	PR			no	
51	M	F	27	10	D	20	L-I	O	H,P,R	7	si	no	si	C	si	A,C	no	
52	M	M	28	16	D	20	L	O	H,P,R	6	si	no	no	PR			no	
53	M	F	23	5	D	10	L	D	H,P,R	7	si	no	si	C	si	A	no	
54	M	F	26	13	D	20	L	O	H,P,R	4	si	no	no	PR			no	
55	M	F	25	10	D	15	L	O	R	5	si	no	no	PR			no	
56	M	F	25	9	D	15	L	O	P	4	si	si	no	PR			no	
57	M	F	29	6	O	3	L	O	H	1	si	no	si	P	no		no	
58	M	M	25	10	D	17	L-I	F	P	7	si	no	si	P	si	I	si	no
59	M	M	28	12	D	15	L-I	F	P	2	si	no	no	PR			si	si
60	M	M	25	9	D	20	L	F	H,P	7	si	si	si	C	si	N	no	
61	M	M	23	5	D	10	L	D	H,P,R	6	si	no	si	PR	si	A	no	
62	M	F	25	2	O	3	L	O	R	3	si	no	si	P	no		no	
63	M	F	26	5	D	20	L	D	H	7	si	no	no	PR			no	
64	M	F	23	4	O	1	L	F	P	4	si	si	si	P	no		no	
65	M	F	24	8	D	15	L	F	H	4	si	si	si	C	si	A,C,N	no	
66	M	F	23	8	D	3	no		H	7	si	si	si	C	no		no	
67	M	F	27	9	D	8	L	F	P	4	si	no	si	C	no		si	si
68	M	F	25	6	D	14	no		H	7	si	si	si	C	si	I,N	no	
69	M	F	26	5	D	10	L	O	P	1	si	si	si	P	si	A,N	no	
70	M	F	26	6	D	10	L	F	H,P,R	4	si	si	si	P	si	A,C,N	si	si
71	M	F	29	10	D	10	L	O	P	1	si	no	no	PR			no	
72	M	F	27	12	D	10	L	O	P	1	si	no	no	PR			si	no
73	M	F	24	3	D	10	L	F	P	2	si	no	si	C	si	A,C,D,N	no	
74	M	M	26	7	D	12	L	O	H,P	5	si	si	si	C	si	A,N	si	no
75	M	M	24	3	D	3	L	O	P	4	si	si	si	P	si	A	no	
76	M	M	27	6	D	60	L	O	P	10	si	no	si	C	si	A,C,N	no	
77	M	M	29	10	D	10	L-I	O	H	2	si	si	si	P	no		si	no
78	M	M	29	10	D	5	L	O	otras	1	si	no	si	PR	si	A,D,I,N	no	
79	M	M	25	5	D	2	L-I	O	P	2	si	no	no	PR			no	
80	M	M	25	5	D	10	L	D	H,P	1	si	no	no	PR			no	
81	M	M	27	5	D	15	no		H	2	si	si	si	C	no		no	
82	M	M	25	7	D	20	L	F	H	6	si	no	si	C	si	C,D,N	no	
83	M	M	26	7	D	10	L	D	H,P,R	7	si	si	si	P	si	A,C,I,N	no	
84	M	M	27	8	D	10	L-I	D	R	1	si	si	si	P	no		no	
85	M	M	25	5	D	5	L	F	P	4	si	si	si	C	no		no	
86	M	M	25	5	D	10	L	O	H,R	5	si	no	no	PR			no	
87	P	F	20	4	D	15	L	O	P	3	si	no	no	PR			si	no
88	P	F	22	2	D	10	L	F	P	4	si	no	si	C	si	C	no	
89	P	F	22	7	D	25	L	D	H,R	8	si	si	si	C	si	D,N	no	
90	P	M	22	2	F	10	L	F	H	1	si	no	no	PR			no	

91	P	M	24	5	D	10	L	F	P	6	si	no	no	PR			no	
92	P	F	23	9	D	20	L	F	H,P	6	si	no	si	C	si	C	no	
93	P	M	23	3	D	20	L	O	H	5	si	no	no	PR			no	
94	P	M	22	7	D	16	L-I	O	H,R	5	si	no	no	PR			no	
95	P	M	24	5	D	20	L	F	P,R	7	si	si	si	C	si	C,D	no	
96	P	M	23	4	D	10	L	O	H,P	4	si	no	si	C	si	D,N	no	
97	P	M	23	7	D	10	L	F	R	4	si	no	si	C	no		no	
98	P	M	24	3	D	10	L	F	H,R	6	si	si	si	C	si	C,I,N	no	
99	P	M	26	7	D	15	L	O	P,R	7	si	no	si	C	si	A	no	
100	P	M	25	4	D	12	L	F	P	7	si	no	no	PR			no	
101	P	F	23	6	D	10	L	F	P	3	no	no	no	PR			si	no
102	P	F	24	6	D	15	L	O	H	5	si	no	no	PR			no	
103	P	F	25	10	D	15	L	O	P	7	si	si	si	C	si	A,I	no	

Referencias:

Carrera: **M** Medicina, **K** Kinesiología, **P** Psicología, **I** Ingeniería en sistemas

Patrón de consumo: **D** diario, **O** ocasional, **F** fines de semana

Co-consumo de otras drogas: **no**, **L** legales, **I** ilegales

Frecuencia de co-consumo: **D** diario, **O** ocasional, **F** fines de semana

Test de los por qué: **H** hábito, **P** placer, **R** rutina, **otros**

Método de abandono: **P** propia iniciativa, **O** otra

Síntomas del sdme. de abstinencia: **A** aumento del apetito, **C** ansias de consumo, **D** disforia, **I** insomnio, **N** nerviosismo

Etapas de cambio: **PR** precontemplación, **C** contemplación, **P** preparación

3- Test de Dependencia a la nicotina de Fagerstrom

Elementos y puntuación del Fagerstrom Test for Nicotine Dependence

PREGUNTAS	RESPUESTAS	PUNTAJE
1- ¿Cuánto tarda en fumar el primer cigarrillo cuando se despierta?	a)- 5 minutos b)- 6 a 30 minutos c)- 31 a 60 minutos d)- más de 60 minutos	3 2 1 0
2- ¿ Le resulta difícil no fumar en lugares donde esta prohibido, por ejemplo : Cine, Iglesia, etc?	SÍ NO	1 0
3-¿Cuál es el cigarrillo que le molestaría mas no fumar?	a)- el primero de la mañana b)- el resto	1 0
4- ¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de despertarse que durante el resto del día?	SÍ NO	2 1
5-¿Fuma cuando está enfermo y tiene que quedarse en cama la mayor parte del día?	SÍ NO	1 0
6- ¿Cuántos cigarrillos al día fuma?	a)- 11 o menos b)- 11 – 20 c)- 21 – 30 d)- 31 o más	0 1 2 3

Las puntuaciones superiores a 7 en esta escala, indican que existe dependencia de la nicotina.

Fuente: Arconta Autoayuda Fundación Cardiológico Argentina. En: www.fundacioncardiologica.org/autoayuda0.htm