



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
DELEGACION NORTE DEL DF.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 94**

**Consumo y nivel de dependencia al tabaco en personas fumadoras antes
y después de una estrategia educativa-conductual.**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:

Jessica Lozada Hernández
Médico Residente del
Curso de Especialización en Medicina Familiar.
Matrícula: 99367472
E-mail: jesiklo22@hotmail.com
Tel: 5527211782



ASESOR DE TESIS:
Dra. Patricia Ocampo Barrio
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud.
Unidad de Medicina Familiar No. 94 IMSS
Matrícula: 5812917
E-mail: patricia.ocampo@imss.gob.mx
Tel: 57 57 32 89



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AUTORIZACIONES

Proyecto autorizado por el Comité de Investigación en Salud de la UMF 94 No. 3515 con el número de registro R-2009-3515-6.

Dra. Victoria Pineda Aquino
Coordinadora Delegacional de Investigación en Salud.

Dr. Humberto Pedraza Méndez
Coordinadora Delegacional de Educación en Salud.

Dr. Marco Antonio Pagola Martínez
Director de UMF 94.

Dra. Patricia Ocampo Barrio
Coordinadora de Educación e Investigación en Salud de UMF 94.

AGRADECIMIENTOS

A mi hijo Cesar Jesús por haber iluminado mi vida.

A mi esposo Oscar por el tiempo que no estuve y la larga espera.

A mis padres por el apoyo incondicional.

A mi familia por estar siempre dispuestos a ayudarme y comprenderme.

A mis profesores por el tiempo y dedicación empleado en la difícil tarea de enseñar,

A mis amigos y compañeros por que juntos recorrimos el camino.

DEDICATORIAS

A mi hijo: Desde que llegaste a mi vida, esta cambio por completo, porque las pequeñas preocupaciones de la vida dejaron de aquejarme. Llenaste mi vida de alegría y te convertiste en el motivo para continuar. Cuando las adversidades y los obstáculos se interpusieron en mi camino tu fuiste la luz que lo ilumino.

Tu llegada a este mundo estuvo llena de eventos inesperados, a veces las lagrimas acompañaron más a la alegría, pero no porque no te esperara con todo el amor posible, sino por que hubo muchas dificultades y preocupaciones que al verlas ahora solo son nimiedades. Pero cuando abriste los ojos al mundo, experimente la alegría más grande de mi vida. Tuve miedo de perderte pero Dios te dejo a mi lado y te convertiste en el centro del universo alrededor del cual gira mi vida. Aunque a veces no estuve ahí para verte reir, para abrazarte o para arrullarte al dormir, siempre estuviste en mi corazón.

A mi esposo: Gracias por todo el amor que me has dado a pesar de las largas ausencias que soportaste y la larga espera. Siempre fuiste mi apoyo en los momentos difíciles que fueron mucho, me diste animo cuando ya no sabia como continuar. Aunque no soy la esposa ni la madre convencional, has sido el complemento perfecto, sin tu apoyo no habría podido lograrlo. Nunca te quejaste de mi incompetencia en las labores del hogar.. Gracias por que en los momentos en los que ya no podía mas tu mano fue la que me guio y me impulso a esforzarme al limite.

A mis padres: Durante toda mi vida siempre me motivaron a buscar un objetivo mayor del esperado. Hoy agradezco que siempre han estado a mi lado a pesar de que he formado mi pequeña familia; sin ustedes hubiera sido imposible de superar infinidad de obstáculos que enfrente en el camino.. Nunca han faltado en los momentos difíciles, Me apoyaron siempre y en todo momento. Le han dado todo el cariño y amor a mi hijo. Han soportado mi mal carácter con estoicismo, dándome siempre amor y cariño. Me enseñaron los valores que hoy rigen mi vida.

Gracias por enseñarme a esforzarme al máximo siempre y que no hay excusas para no intentarlo.

A mis hermanas: Principalmente a Ana, por que la vida gira en torno a la familia, por que siempre me ayudaron y soportaron, impulsándome a seguir.

INDICE

1. Marco teórico	7
2. Antecedentes científicos	13
3. Planteamiento del problema	14
4. Pregunta de investigación	15
5. Objetivo del estudio	15
6. Hipótesis de investigación	15
7. Identificación de variables	16
8. Definición conceptual y operacional de variables	16
9. Diseño de estudio	16
10. Universo de trabajo	16
11. Población de estudio	16
12. Muestra de estudio	16
13. Determinación estadística de la muestra	16
14. Tipo de muestreo	16
15. Criterios de selección de la muestra	16
16. Procedimiento para obtener la muestra	17
17. Procedimiento para obtener la información	17
18. Maniobra experimental	17
19. Características de los instrumentos	17
20. Programa de trabajo	17
21. Análisis estadístico	18
22. Consideraciones éticas	18
23. Recursos del estudio	18
24. Difusión de resultados	19
25. Resultados	19
26. Análisis de resultados	21
27. Conclusiones	23
28. Sugerencias	23
29. Referencias bibliográficas	24
30. Anexos	27

Consumo y nivel de dependencia al tabaco en personas fumadoras antes y después de una estrategia educativa-conductual.

Ocampo-Barrio Patricia¹ Lozada-Hernández Jessica²

Antecedentes.

En la actualidad el tabaquismo es el factor de riesgo para la salud modificable que causa mayor mortalidad e invalidez mundialmente; siendo etiquetado como un problema de Salud Pública. Las diversas estrategias de prevención y tratamiento establecidas han sido poco exitosas al estar esencialmente encaminadas al manejo de la dependencia biológica. Estos resultados nos obligan al abordaje de esta adicción considerando los factores socioculturales y psicoconductuales que la acompañan.

Objetivo General.

Comparar el consumo de tabaco y nivel de dependencia en personas fumadoras antes y después de una estrategia educativa-conductual.

Material y Métodos.

Diseño pre-experimental, realizado en una muestra de 20 personas fumadoras activas de 18 a 65 años, que voluntariamente y previo consentimiento informado aceptaron participar en el estudio. La estrategia educativa consistió en 5 sesiones de 90 minutos; la dependencia a la nicotina se identificó con el Test de Fagerström, la motivación para el abandono de la adicción se identificó con el Test de Richmond y el consumo diario de tabaco a través autorregistro diario. El análisis estadístico se realizó con prueba de Wilcoxon y Mc nemar.

Resultados.

El consumo inicial de tabaco fue de 10.35 cigarros por día, promedio que disminuyó a 5.9 al final de la estrategia ($p: 0.008$). La dependencia a la nicotina inicialmente fue baja en 40% de los participantes, porcentaje que al final incrementó al 55% ($p < 0.05$).

Conclusiones: La estrategia educativa conductual empleada disminuyó el consumo y nivel de dependencia al tabaco. Ninguno de los participantes incluidos en el estudio abandonó el consumo de tabaco; sin embargo, demostró ser una alternativa de solución en la preparación para el abandono definitivo de esta adicción.

Palabras clave: Tabaquismo, dependencia, consumo de tabaco, estrategia educativa conductual.

- 1 Médico especialista en Medicina Familiar. Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud. Unidad de Medicina Familiar No. 94 del Instituto Mexicano del Seguro Social
- 2 Residente del tercer grado de el curso de Especialización en Medicina. Unidad de Medicina Familiar No. 94 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

MARCO TEORICO

Tabaquismo

Aspectos históricos

La planta del tabaco es oriunda del continente Americano, en épocas precolombinas, los sacerdotes o curandero lo utilizaban con fines ceremoniales o medicinales. Los hombres de Colón llevaron las primeras semillas de tabaco a España y para finales del siglo XVI su uso se había extendido a casi todos los rincones del mundo.

Socialmente, adquirió aceptación cuando un importante embajador Francés recomendó su uso a la reina Catalina de Médicis, como remedio para sus frecuentes e intensas cefaleas. La reina rápidamente adquirió este hábito, el que se extendió rápidamente entre todos los nobles de Europa, convirtiendo su uso en verdadera regla de etiqueta.

Como tal los cigarrillos comienzan a fabricarse en grandes cantidades a partir del siglo XIX. El primer cigarrillo con filtro apareció en 1949, como una respuesta a la presión de un sector de los fumadores, preocupados por los daños que pudiera causar a su salud. ⁽¹⁾

Componentes

En el humo de la combustión del tabaco se hallan en suspensión cerca de 4 000 compuestos químicos diferentes; siendo los principales elementos tóxicos la nicotina, el monóxido de carbono y el alquitrán. ⁽²⁾

Nicotina. Es la sustancia responsable de la adicción, la cual se da a través de un doble efecto farmacológico: -sedante” y -estimulante”. El efecto sedante se da por la activación de los receptores colinérgicos, dopaminérgicos y nicotínicos del sistema nervioso central. ⁽³⁾ En tanto que la activación de los ganglios autonómicos debidos a la liberación de catecolamina por la medula adrenal ofrece un efecto sedante.

La nicotina se absorbe con facilidad por piel, mucosas y vía pulmonar (forma más común), al alcanzar las vías aéreas más pequeñas pasa en altas concentraciones a la circulación sistémica. Aproximadamente tarda 10-20 segundos en llegar a cerebro. ^(1, 2) Farmacológicamente a partir de los primeros 5 minutos eleva la frecuencia cardiaca, tensión arterial, consumo de oxígeno miocárdico, contractilidad ventricular y vasoconstricción de arterias coronarias efectos que persisten por lo menos 30 minutos más. Efectos que pueden ser suprimidos con la administración de α bloqueadores, calcio antagonistas y nitroglicerina. ^(2, 4)

Monóxido de Carbono (CO). La proporción de este compuesto en el humo inhalado del tabaco es del 1-3%; por su gran afinidad al llegar al torrente sanguíneo desplaza al oxígeno para unirse a la hemoglobina, dando origen a la carboxihemoglobina; en el fumador, se pueden encontrar concentraciones de hasta el 15%. Dando como resultado un estado de hipoxemia sostenida que altera los sistemas enzimáticos de la respiración celular, desciende el umbral de fibrilación ventricular e induce un efecto inotrópico negativo debido al

desarrollo de cambios estructurales del miocardio y de lesiones ateroscleróticas precoces. ⁽²⁾

Alquitrán. Es un compuesto aromático reconocido como un importante agente cancerígeno. ⁽²⁾

Alteraciones Fisiopatológicas del tabaco

Desde hace varias décadas, se considera al tabaquismo como una de las principales causas prevenibles de enfermedad y muerte en el mundo, por las diversas alteraciones que produce a nivel sistémico, las que se describen a continuación:

- I. *Efectos gastrointestinales.* Estimula la secreción gástrica e inhibe la secreción pancreática de insulina e inhibe la producción de prostaglandinas a nivel de la mucosa gástrica. ⁽⁵⁾
- II. *Efectos neuroendocrinos.* Tiene efectos sobre los niveles cerebrales de serotonina y acetilcolina, lo que altera el ciclo de alerta/vigilancia y las funciones cognitivas. ⁽⁵⁾
- III. *Efectos endoteliales.* Altera la vasodilatación por disminución en la síntesis de óxido nítrico y prostaciclina. Proceso que con el tiempo produce cambios ultra estructurales y funcionales del endotelio, sobre todo de las arterias coronarias, aorta, pulmonares y en las arterias umbilicales de recién nacidos de madres fumadoras. ⁽²⁾
- IV. *Efectos lipídicos.* Origina aumento de la concentración plasmática de ácidos grasos libres, triglicéridos, LDL colesterol y VLDL, con disminución de HDL. El humo del tabaco estimula el desarrollo de las placas ateroscleróticas, situación que sumada a los endoteliales antes mencionados favorecen el desarrollo y progresión de la aterosclerosis. ⁽²⁾

Definición

Se considera que el tabaquismo es una adicción caracterizada por el consumo compulsivo de nicotina contenida en el tabaco, pese al deseo de no hacerlo por decisión personal o por contraindicación médica. ⁽⁶⁾

Epidemiología

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que en la actualidad el consumo mundial de tabaco, se comporta como una epidemia, con pocos signos de lograr ser abatida.

El costo en vidas humanas es devastador, ya que por si solo el tabaquismo es la principal causa de enfermedad y muerte prematura y prevenible. ^(7,8) Se sabe que esta adicción inicia en la adolescencia y se continúa regularmente durante la vida adulta y vejez. Teniendo una alta probabilidad de morir antes de los setenta años, con una pérdida de 22 años de esperanza de vida normal. ⁽⁹⁾

A nivel mundial en 1998, se estimaba que el tabaco causaba 3.5 millones de muertes; es decir, 10 mil muertes diarias. Para 2004, estas cifra ascendieron a 13 mil 698 muertes diarias. Cálculos basados en estas tendencias, señalan que estas cifras alcanzaran las 19 millones de muertes anuales entre 2020-2030.

En nuestro país en 1988 más de 9 millones de mexicanos eran fumadores activos, la mayoría hombres (71%) y mujeres (29%). Para 1998, estas cifras incrementaron a más de 13 millones de fumadores con una proporción de 67% hombres y 33% mujeres. Respecto a la edad de los fumadores ambas estadísticas ubican el mayor porcentaje de los 18 a 29 años de edad. ⁽¹⁰⁾

La Encuesta Nacional de Adicciones (2002) reportó 56 millones de mexicanos de entre los 18 a 65 años como adictos activos al tabaco y 5.2 millones de fumadores pasivos (56% mujeres y 44% hombres). El mayor consumo se presentó entre profesionistas (69.4%). Así mismo poco más de la mitad (52.5%) de la población estudiada ha intentado abandonar el cigarro; esta proporción es mayor en las mujeres (57.4%) que en los hombres (50.6%).⁽⁹⁾

En 2004 las causas de defunción relacionadas con el tabaco fueron: las enfermedades del corazón, en especial la cardiopatía isquémica (53.7* en hombres y 42.4* en mujeres), las complicaciones cerebro vasculares (24.4* hombre y 26.8* mujeres) y las pulmonares, entre las que sobresalen las neoplasias de tráquea, bronquios y pulmón (8.8* y 4.2* para cada sexo).^(7,10, 12)

En los años 2003-2005 se realizó una encuesta entre jóvenes de 12 a 15 años habitantes de zonas urbanas. Se identificó que el 19.9% presentaban esta adicción, siendo discretamente más frecuente entre los hombres (51.2%) en relación a las mujeres (48.8%).⁽¹¹⁾

* Tasa por cien mil

Tipos de Dependencia

El tabaquismo es una enfermedad adictiva mantenida por una triple dependencia: química, psicológica y social. El tabaquismo está clasificado en el DSM-IV como una enfermedad crónica en la cual el fumador oscila entre múltiples períodos de remisión y recaída.^(13, 14)

Dependencia química. Producida por la acción psicoactiva de la nicotina referida en un apartado previo.

Dependencia psicológica. Se ha observado una mayor prevalencia de adicciones en personas portadoras de esquizofrenia, trastornos de hiperactividad y déficit de la memoria, cuadros de ansiedad y/o depresión y estima baja.⁽²⁾

Dependencia social. El entorno colabora en este aspecto, tanto por la influencia familiar como por la integración de grupos en los que se consume. El entorno familiar puede favorecer la iniciación en presencia de padres fumadores o madre fumadora durante la gestación o la lactancia. La visión positiva del tabaco en el núcleo familiar, la percepción del placer por el cigarrillo por parte de los adultos, la publicidad permanente y la búsqueda de disminuir tensiones constituyen el desarrollo de la llamada —**tolerancia social**—. Existen evidencias que indican que la exposición al humo durante la etapa prenatal y durante los primeros años de vida produce una impronta en el cerebro que predisponente para la iniciación al hábito durante la adolescencia.⁽¹³⁾

Fases de dependencia

A continuación se describen las etapas del proceso que sigue la adicción.⁽⁵⁾

Preparación / iniciación. Hace referencia a los preparativos que cada persona hace entorno al consumo de su primer cigarrillo; así como la continuación del consumo hasta adquirir el hábito. Esta fase se desarrolla esencialmente en la etapa escolar en los grupos de edad de 7-14 años en los que concurren el deseo de aceptación social y la curiosidad por los hábitos de los adultos.⁽⁵⁾

Habitación. En esta etapa los efectos sedantes y estimulantes de la nicotina actúan como reforzadores positivos para el consumo de tabaco. Por ejemplo tranquiliza, disminuye el estrés, da confianza, combate el aburrimiento, controla el peso, etc.⁽⁵⁾

Mantenimiento y adicción. En este período es donde se consolida la dependencia al tabaco, ya que el organismo produce un importante número de

receptores a la nicotina. Los motivos por los que se continúa el consumo son los mismos de la etapa anterior. ⁽⁵⁾

Complicaciones

La Agencia de Protección Ambiental de los Estados Unidos de Norteamérica señala que el tabaco incrementa:

- ⇒ El riesgo de los cuatro tipos histológicos principales de cáncer de pulmón: epidermoide, de células pequeñas, de células grandes y adenocarcinoma, aunque es mayor en los dos primeros. ⁽⁵⁾
- ⇒ Los eventos coronarios fatales en hombres y mujeres fumadores aumentan entre 5 y 9 veces, respectivamente. ⁽²⁾
- ⇒ Algunos estudios de cohortes y casos-controles han demostrado un incremento de hasta 3 veces en el riesgo de cáncer gástrico entre pacientes fumadores frente a los que no lo son.
- ⇒ Se ha estimado que el 83% de las neoplasias de laringe son debidas al consumo de tabaco. El riesgo de padecer esta neoplasia es 10 veces mayor si son fumadores y 8 veces más para las mujeres fumadoras. Se ha comprobado una relación directa con el desarrollo del cáncer de esófago.
- ⇒ Se calcula que alrededor del 80% del total de los carcinomas tienen relación con el tabaco, porcentaje similar para ambos sexos. ⁽⁵⁾

Es importante señalar que el riesgo de desarrollar complicaciones secundarias al consumo del tabaco dependen de: Número de cigarrillos consumidos, Duración del consumo. Edad de comienzo, Tipo de cigarrillo y Abandono del tabaquismo.

Es importante resaltar que todas las personas que suspenden el consumo de tabaco tienen efectos favorables sobre su salud y los beneficios que se obtienen son mayores mientras más joven se es. El abandono del tabaco incrementa el HDL, mejora la tolerancia a la glucosa, desciende los niveles de tromboxano, mejora la tensión arterial y la frecuencia cardiaca; por ende la mortalidad por enfermedad coronaria se reduce. Son necesarios aproximadamente 10 años de cesación para que el riesgo de muerte del ex fumador se equipare con el del que nunca fumó. ^(2,5)

Clasificación

El Centro de Control y Prevención de enfermedades de Estados Unidos tipifica al fumador las siguientes tres categorías:

Alguna vez fumadores		No fumadores	Fumador pasivo
Fumador actual: fumó 100 o más cigarrillos en su vida y fuma todos los días o algunos días.	Ex fumador: fumó 100 o más cigarrillos en su vida pero no fuma en la actualidad.	Nunca fumador o fumo menos de 100 cigarrillos en su vida.	Exposición a humo.

Diagnóstico

El grado de dependencia puede determinarse por marcadores biológicos séricos de nicotina, cotinina o monóxido de carbono espirado, sin embargo no suelen estar disponibles para su utilización rutinaria. El test de Fagerström es un instrumento validado que permite establecer el diagnóstico. Corresponde a una un cuestionario cerrado de 6 preguntas que exploran frecuencia, horario, tiempo, lugares y situaciones donde es más proclive fumar. El puntaje máximo

obtenido es de 10 el punto de corte para el diagnóstico de tabaquismo es de ≥ 6 , lo que indica una grado mayor dependencia de nicotina y por ende mayor dificultad para dejar de fumar, síntomas de abstinencia más graves y necesidad de mayores dosis de terapia de reemplazo de nicotina. ⁽¹²⁾

Tratamiento

El dejar de fumar implica tanto un proceso de deshabituación biológica como un cambio de conducta. Es importante recordar que cambiar un estilo de vida, no se produce de un día para otro, o por el mero deseo de cambiar, por tanto es importante conocer las etapas del cambio. ⁽³⁾

El modelo transteoretico del cambio formulado por Prochaska y DiClemente distingue 6 etapas que puede mostrar una persona cuando se plantea modificar una conducta adictiva. ^(5,15)

1. Pre contemplación. La persona no piensa seriamente en dejar de fumar
2. Contemplación. La persona piensa en dejar de fumar en un futuro.
3. Preparación. La persona desea disminuir el consumo lo que le lleva a planear como realizar este intento de abandono.
4. Acción. La persona pone en práctica la estrategia elegida de abandono del tabaco
5. Mantenimiento: La persona persiste con su conducta de cambio a pesar de las dificultades que no había considerado.
6. Recaída. Esta etapa no necesariamente en la última pues una persona puede pasar a recaída después de la etapa de acción. Para evitar esta es importante la asesoría y apoyo del personal de atención a la salud. ⁽²⁾

Técnicas cognitivo-conductuales. Su propósito es modificar las conductas personales de tal manera que sin la ayuda del tabaco puede enfrentar la vida, utiliza como herramientas de cambios los aspectos cognitivos. Múltiples estudios prospectivos controlados han reportado la eficacia de estas terapias para el abandono del tabaquismo. Reportando tasas de éxito del 20 y 25% a los 6 meses y sobre todo en adolescentes, jóvenes, adultos con depresión o esquizofrenia. ⁽¹⁶⁾

En seguida presentamos las técnicas más empleadas:

- **Contrato de contingencias:** el fumador adquiere un compromiso consigo mismo teniendo al terapeuta como testigo, al establecer un día determinado para no volver a fumar. De no hacerlo así el terapeuta es el encargado de observar que el fumador pague la sanción establecida por el mismo.
- **Autoanálisis de motivos:** el paciente realiza una lista donde identifica los motivos que tiene para dejar de fumar; dichos motivos son analizados en conjunto con el terapeuta o el grupo terapéutico. Esta lista debe permanecer visible y ser leída con frecuencia por el fumador.
- **Registro de cigarrillos:** consiste en anotar antes de encender un cigarrillo la circunstancia en que se encuentra el fumador, qué le lleva a encenderlo y su grado de necesidad del mismo. Esto hará recapacitar al paciente sobre las situaciones que le llevan a fumar y tratar de evitarlas en el futuro, e incluso se consigue la reducción del número de cigarrillos durante la preparación. ⁽¹⁷⁾
- **Reducción progresiva de nicotina:** se fundamenta en el cambio de marca de cigarrillos por otra con más bajo contenido de nicotina o bien la reducción gradual en el número de cigarrillos. Deben eliminarse primero los cigarrillos que

son más fáciles de prescindir, así mismo se debe intentar inhalar menos profundamente y realizar menos caladas por cigarrillo de día en día.

– **Retroacción fisiológica:** se base en hacer ver al paciente desde un parámetro objetivo el o los beneficios que ha tenido con el abandono ó disminución del consumo de tabaco.

– **Autogestión:** persigue que el fumador por si mismo establezca una planificación a largo plazo acerca de cómo va poder continuar su abstinencia, así como las acciones a seguir en caso de que se presenten circunstancias que generalmente afrontaba con la ayuda del cigarro. Debe evitar las circunstancias que le inducen a la tentación, poco ejemplo el tomar café, asistencia a eventos sociales, tener a la mano ceniceros, etc. A cambio puede programar actividades alternativas, como el ejercicio físico, lectura, etc. ^(16,17)

Programas multicomponentes

Actualmente se dice que este programa es el procedimiento de elección para el tratamiento no farmacológico de los fumadores. Este programa consiste en combinar diversas técnicas ya que esto puede aumentar la motivación y adherencia del fumador. ^(16,17) No obstante, hay que tener en cuenta que el empleo de demasiadas técnicas pueden originar confusión en el fumador y hacer difícil que permanezca en el grupo.

Terapia farmacológica

Si bien es cierto que un determinado porcentaje de fumadores logra abandonar el consumo sin ningún apoyo farmacológico, la mayoría de los casos requerirán de apoyo complementario especialmente durante las primeras 8 ó 12 semanas de abstinencia, que es el período más crítico para las recaídas. ⁽³⁾

La terapia sustitutiva. Consiste en administrar nicotina, por una vía distinta a la de fumar, en dosis progresivamente decrecientes hasta lograr la deshabitación. Existen varias vías de terapia sustitutiva de nicotina, como son los parches dérmicos, chicles, inhalador bucal, también se están haciendo pruebas para producir un spray nasal. ⁽³⁾

- **Parche dérmico.** Administración cutánea de nicotina que logra concentraciones plasmáticas sostenidas; las reacciones adversas más frecuentes son lesión dermica en el sitio de aplicación, mareo, insomnio y cefaleas. Está contraindicado en padecimientos dermatológicos y úlceras gastro duodenales. ⁽³⁾
- **Chicles.** Tienen una presentación de 2 a 4 mg de nicotina, deben masticarse lentamente hasta que la nicotina se libere. Este tratamiento está contraindicado en personas con enfermedades cardiovasculares, durante el embarazo y la lactancia, enfermos mentales y en pacientes que cursan otra dependencia. ⁽³⁾
- **Inhalador oral.** Es un tubo plástico, en cuyo interior hay un dispositivo impregnado con nicotina, útil para fumadores en los que la adicción esta muy condicionada a la manipulación de los cigarrillos y a tenerlos en la boca. También permite al paciente controlar las dosis de nicotina cuando se sienten con mayor intensidad los síntomas de abstinencia. ⁽³⁾

Terapia de bloqueo. Consiste en el bloqueo cerebral de los receptores nicotínicos, los fármacos que han demostrado eficacia.

- **Bupropión** (anfebutamona) inhibidor selectivo de la recaptura de norepinefrina, serotonina y dopamina, que se utiliza como medicamento

antidepresivo. Está contraindicado en pacientes con trastornos epilépticos, anorexia nerviosa o bulimia. ⁽³⁾

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

La literatura científica nacional e internacional presenta múltiples informes acerca de los resultados de diferentes programas de deshabituación al cigarro.

En un Hospital de la ciudad de Baza España (1997), se llevo a cabo una programa educativo con durante 9 meses, cuyo objetivo fue la deshabituación al tabaco de una muestra de 344 trabajadores. La estrategia se fraccionó en cuatro fases: en la primera con la aplicación de una encuesta sobre consumo de tabaco se identifico la población diana. A quienes se les invito a participar a la segunda fase la cual se fundamento en un ciclo de charlas. La tercera estuvo dirigida a los fumadores que habiendo participado en segunda fase tomaron la decisión de dejar de fumar. Esta fase consistió en terapia grupal dirigida a modificar las conductas que propician a la adicción. La cuarta y última fase consistió en un seguimiento individualizado de apoyo a los participantes de la tercera fase. Los resultados muestran que entre estos fumadores había un bajo deseo del abandono del tabaco pues solo 10.75% (37) participaron en la fase II. De estos solo 54% (20) pasaron a la tercera fase de deshabituación la cual fue terminada solo por 51.35% (19). Durante el seguimiento se identifico que 47.36% (9) se mantuvieron en abstinencia durante seis meses, en tanto no consiguieron dejar de fumar 47.36% (9) aun cuando bajaron el consumo en más del 50% y solo 5.2% (1) no dejó de fumar ni bajó significativamente el consumo. ⁽¹⁸⁾

En el 2003 Rodríguez y cols. realizaron un ensayo clínico controlado en 218 fumadores (hombres y mujeres) de 20 a 63 años de edad, que estaban motivados para dejar de fumar y no tenían contraindicaciones para el uso de parche de nicotina. Se asignaron 115 sujetos al grupo de intervención la cual consistió en uso de parches de nicotina y en sesiones cortas diarias, con duración de 30 segundos a un minuto de consejería antitabaquismo y 103 integraron el grupo control los cuales solo usaron parches de nicotina. El porcentaje de abstinencia continua a los doce meses fue de 20.2 % en el grupo intervenido comparado con 8.7% del grupo control. La efectividad de la intervención no tuvo variaciones substanciales entre los dos grupo formados con respecto a edad, dependencia al tabaco, número de cigarros fumados diariamente, número de años de consumo de tabaco, grado de deseo de dejar de fumar, estado de salud y síntomas relacionados con el tabaquismo. Concluyendo que una simple intervención para suspensión del tabaquismo puede ser efectiva a largo plazo. ⁽¹⁹⁾

Otro ensayo clínico controlado realizado en 2004, comparo la eficacia que para el tratamiento del tabaquismo entre la nortriptilina, bupropión y placebo; la administración de estos fármacos se realizo durante nueve semanas. Los resultados señalan que el abandono del tabaco ocurrió al 10º día para el bupropión, en tanto que para el placebo y la nortriptilina fue al 14º. La abstinencia a los 6 meses fue de 21.6 % en el grupo placebo, de 38.6 % en el

grupo de la nortriptilina y 41.5 % en grupo del bupropión. El tratamiento con bupropión resulto ser más eficaz en comparación con el grupo placebo, sin embargo no hubo una diferencia significativamente estadística entre el bupropión y la nortriptilina, lo que muestra que la nortriptilina puede ser una droga alternativa en el tratamiento del tabaquismo. ⁽²⁰⁾

Nerin y cols. en 2004 realizaron un estudio analítico transversal a 273 fumadores mayores de 18 años, aplicando un programa multicomponente utilizando tratamiento farmacológico y 9 sesiones de terapia cognitivo conductual y seguimiento telefónico a los 3 y a los 6 meses. En cada sesión se determino el abandono del tabaco por testimonio directo y cooximetría. Del total de pacientes que iniciaron 77% dejo de fumar a la semana, un 30.2% a los 3 meses y un 31.9% a los 6 meses. Los investigadores concluyeron que los individuos que cumplen bien el tratamiento y no fuman nada durante las primeras semanas tienen más probabilidades de lograr el éxito. ⁽²¹⁾

En un estudio de cohorte (2006) realizado por Reichert en 1 330 fumadores que se encontraban en tratamiento de deshabituación del tabaco. Se encontró que el estrés es un factor que determina el abandono de esta adicción ya que solo el 50% de los fumadores estresados dejaron de fumar contra el 60% de los no estresados. Así mismo el 41% presentaron uno o más eventos estresantes durante el tratamiento. El 9% pensaban en fumar al tener problemas. El 61% estaba preocupado por el manejo de su estrés sin cigarros. Sugiriendo incluir técnicas efectivas de manejo de estrés junto a la farmacoterapia, lo cual podría aumentar los porcentajes de abandono del tabaquismo. ⁽²²⁾

En 2007 Evins y cols. estudiaron a 51 fumadores esquizofrénicos, quienes fueron divididos en dos grupos: a uno se les administró bupropión y al otro un placebo. En ambos grupos se administro terapia de reemplazo de nicotina durante doce semanas. Obteniéndose una reducción de tabaquismo del 50% en el grupo tratado con bupropión y del 20 % en el grupo tratado con placebo. Lo cual señala el mayor efecto benéfico de la administración conjunta del bupropión junto a la terapia de reemplazo. ⁽²³⁾

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Justificación.

El tabaquismo es uno de los desafíos más grandes que enfrenta la Medicina Social del siglo XXI, al ser una de las principales causas prevenibles de enfermedad y muerte en el mundo.

La Organización Mundial de Salud señala que es causa directa o indirecta de cerca de 8 242 muertes al día. Tendencia que indica que para el año 2020 más de 10 millones de personas morirán anualmente a causa del tabaco.

En nuestro país en el año 2000, se estimo que más de 40,000 defunciones anuales están asociadas al consumo del tabaco. Si además consideramos que el tabaquismo se encuentra estrechamente vinculado con otras patologías que se encuentran dentro de los primeros sitios de la morbilidad nacional, podemos imaginar el alto costo que esta adicción tiene sobre la calidad de vida y economía de los mexicanos.

No obstante la gravedad de este problema en la Unidad de Medicina Familiar No. 94 durante el año 2008 solo fueron reportados en el sistema de informática

médica 116 fumadores, comportamiento que consideramos tenga su origen en el subregistro. Ya que padecimientos estrechamente ligados al tabaquismo como son la Hipertensión arterial sistémica, Dislipidemias y Neumopatía Obstructiva Crónica se encuentran dentro de las 10 primeras causas de demanda de atención médica.

Ante la evolución de este problema los diferentes ámbitos legislativos, políticos, sociales y médicos han planteado diversas estrategias que desafortunadamente no han alcanzado el éxito esperado. Lo que ha conducido a la comunidad médica a buscar nuevas alternativas que promuevan el abandono del tabaco. En la actualidad la evidencia científica ha demostrado que los programas que abordan al fumador desde una perspectiva integral (dependencia biológica, emocional y social) ofrecen mayores posibilidades de éxito en esta tarea.

Planteamiento de la pregunta de investigación.

Hoy en día el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), ha implantado el modelo de atención preventiva en todas sus Unidades de Atención Médica. Modelo que tiene múltiples líneas de acción preventiva y de rehabilitación, entre ellas se encuentra el tabaquismo. Sin embargo debemos admitir que hasta hace poco tiempo el tabaquismo era considerado solo como una —hábito”; tal vez por ello con demasiada frecuencia el personal de atención a la salud pasa por alto el interrogar sobre la existencia de este problema y aún no se atreve a establecer medidas de orientación a quienes identifica como fumadores.

Si bien es cierto que existe un alto porcentaje de fumadores que no han considerado siquiera abandonar la adicción, es importante identificar y probar estrategias de manejo con aquellos que han pensado en esta posibilidad. Ya que la evidencia científica señala que un paciente motivado para dejar de fumar o disminuir el consumo de tabaco, tiene grandes posibilidades de éxito. Es por ello que considerando que se dispone de los recursos necesarios para implementar una estrategia se plantea la siguiente pregunta:

¿Se modifica el consumo y nivel de dependencia al tabaco en personas fumadoras que participan en una estrategia educativa-conductual?

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

General

Comparar el consumo de tabaco y nivel de dependencia en personas fumadoras antes y después de una estrategia educativa-conductual.

Específicos

Identificar la dependencia al tabaco antes y después de la estrategia educativa-conductual.

Identificar el consumo de tabaco antes y después de la estrategia educativa-conductual.

HIPOTESIS DEL ESTUDIO

Las personas fumadoras que participan en una estrategia educativa-conductual disminuyen el nivel de dependencia y consumo de tabaco.

IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES

Variable dependiente.- Consumo y dependencia de tabaco

Variable independiente.- Estrategia educativa-conductual

Variables universales.- Sexo, edad, estado civil, escolaridad y años de consumo de tabaco.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE VARIABLES ^{Ver anexo 1}

DISEÑO DE ESTUDIO

Diseño pre-experimental de preprueba posprueba de un solo grupo.

UNIVERSO DE TRABAJO

Adultos fumadores activos

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Adultos fumadores activos derechohabientes del IMSS

MUESTRA DE ESTUDIO

Adultos fumadores activos derechohabientes del IMSS con adscripción a la UMF 94.

DETERMINACIÓN ESTADÍSTICA DE LA MUESTRA

No se realizó cálculo estadístico de la muestra ya que se incluyó a todos los adultos fumadores activos que acudieron a la consulta externa durante el periodo comprendido de septiembre a noviembre de 2009 adscritos a la UMF 94 del IMSS que cumplieron con los criterios de inclusión y aceptaron participar.

TIPO DE MUESTREO

No probabilístico por conveniencia.

CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Inclusión

1. Hombres y mujeres alfabetas de 18 a 65 años, derechohabientes de ambos turnos de la UMF 94.
2. Con consumo activo de 5 ó más cigarros al día.
3. Que nieguen el consumo de otras sustancias adictivas.
4. No conocerse como portador de cáncer pulmonar, enfermedad pulmonar obstructiva crónica o bronquitis crónica.
5. Sin consumo de medicamentos para trastornos psiquiátricos.
6. Que actualmente no se encuentre en tratamiento psicológico o farmacológico para la deshabituación del tabaco.
7. Que presenten una motivación media ó alta para el abandono del tabaco de acuerdo al test de Richmond ^(Anexo 2).
8. Que acepten participar en el estudio previo consentimiento informado.
9. Que asistan a 80%(4) de las actividades programadas en la estrategia educativa-conductual.

No Inclusión: No aplican

Exclusión

1. Pacientes que durante el estudio presenten alguna complicación médica, social o familiar.

PROCEDIMIENTO PARA OBTENER LA MUESTRA

El investigador responsable recorrió las salas de espera de los diferentes servicios de la Unidad de Medicina Familiar numero 94, invitando a participar en el estudio a los derechohabientes que cumplieron con los criterios de selección de la muestra. A quienes aceptaron participar se les entrego y explico consentimiento bajo información. Así mismo se les dio fecha de inicio de la estrategia educativa.

PROCEDIMIENTO PARA OBTENER LA INFORMACION

Desde el momento en que se integro la muestra el investigador identifico las variables de intervención del estudio así como el nivel de dependencia (Test de Fagerström) y la motivación (Test de Richmond).

El consumo diario de tabaco fue medido de manera semanal en cada una de las sesiones programadas.

Al finalizar la estrategia educativa se aplicó por segunda vez el Test de Fagerstrom.

MANIOBRA EXPERIMENTAL

El plan pormenorizado de la estrategia educativa-conductual que se realizo se presenta en la carta descriptiva (anexo 3) y se realizo en el periodo del mes de Noviembre de 2009 a Febrero de 2010. Es importante señalar que la estrategia fue impartida por la investigadora responsable del estudio. Se contemplaron 5 sesiones semanales de 90 minutos cada una de ellas, en donde se emplearon de manera conjunta técnicas de manejo de grupo y técnicas conductuales (autoanálisis de motivos, registro de cigarrillos, reducción progresiva de nicotina, retroacción fisiológica y autogestión).

CARACTERISTICAS DE LOS INSTRUMENTOS

1. Para identificar las variables de intervención se utilizará una hoja de identificación del fumador, el cual es un cuestionario autoadministrado que identifica nombre del fumador y número de afiliación, edad, sexo, escolaridad, estado civil, edad de inicio de consumo de tabaco (Anexo 4)
2. Para identificar el nivel de dependencia se utilizará el Test de Fagerström (Anexo 5), es una escala tipo Lickert que consta de 6 ítems. Sus contenidos incluyen la cantidad de cigarros consumidos por día, la compulsión por fumar y la dependencia nicotínica. Su puntaje máximo es de 10, se establece como punto de corte para dependencia baja 4 o menos puntos, para dependencia media de 5 a 6 puntos y para dependencia alta más de 7 puntos. Su coeficiente de consistencia interna (alfa de Cronbach) obtenido en tres muestras clínicas oscilo de 0.56 a 0.64 y el coeficiente de correlación intraclases obtenido en la prueba test- retest fue de 0.88. Para su validez se utilizaron los

coeficientes de correlación de Pearson obtenidos en la prueba de validez convergente fueron moderados, con determinadas medidas biológicas, cotinina en orina y CO alveolar, oscilaron de 0.25 a 0.40 y con el numero de años de fumador se obtuvo una $r = 0.52$.

3. Para identificar el consumo diario de tabaco se utilizará el formato utilizado en la Guía de practica clínica de adicción al tabaco del II Plan Andaluz sobre drogas y adicciones (Anexo 6), en el cual se registrara la fecha, número de cigarro y hora en que se fuma, las situaciones en que se encuentra el paciente y el placer que encuentra al consumirlo en escala de 1 a 10.

ANALISIS ESTADISTICO

Hi: Las personas fumadoras que participan en una estrategia educativa-conductual disminuyen el nivel de dependencia y consumo de tabaco.

Ha. Las personas fumadoras que participan en una estrategia educativa-conductual disminuyen su consumo de tabaco pero no modifican su nivel de dependencia.

Ho: Las personas fumadoras que participan en una estrategia educativa-conductual no disminuyen el nivel de dependencia y consumo de tabaco.

Selección de prueba estadística para comparar dependencia a la nicotina se utilizo la prueba no paramétrica de Wilcoxon. Para comparar consumo de tabaco se utilizo la prueba no paramétrica de McNemar. Se rechaza- hipótesis nula si p es menor a 0.05. Se utilizo estadística descriptiva para analizar comportamiento de variables universales.

CONSIDERACIONES ETICAS

En la elaboración del presente estudio se consideraron los siguientes preceptos éticos: Declaración de Helsinki con sus diferentes modificaciones, Reglamento de la Ley General de Salud, Lineamientos del IMSS en materia de investigación en salud. Además se consideraron los siguientes principios éticos básicos:

Respeto por las personas.- Teniendo como base el trato personal digno y educado respetando la autonomía del paciente para participar voluntariamente bajo consentimiento informado.

Justicia.- Otorgando a las personas el mismo derecho a participar y realizando técnicas educativas sin distinciones.

Beneficencia procurando la disminución de riesgos a la salud al disminuir el consumo y nivel de dependencia al tabaco.

RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

- **Humanos:** Investigadores responsables.
- **Físicos:** Instalaciones de la UMF N. 94.
- **Materiales:** Hojas de papel, plumas, lápices.
- **Tecnológicos:** Calculadora, impresora, tinta para impresora, copiadora, programas de computación, sistema de documentación electrónica.
- **Financieros:** Propios del Investigador.

DIFUSION DE LOS RESULTADOS

Dentro de la Unidad: Difusión de resultados a residentes de la Unidad a través de sesión general.

Fuera de la Unidad: Envió de escrito médico a revista científica indexada.

RESULTADOS

La muestra se conformo de 20 fumadores activos que aceptaron participar voluntariamente en el estudio: 12 (60%) hombres y 8 (40%) mujeres. Su promedio de edad fue de 41.55 años (con rango de 20-62 años y desviación estándar \pm 13.26).

La tabla 1 muestra que un 30% de los participantes se ubicaron en el rango de edad de 30 a 41 años; el estado civil que predomino fue casado (40%) y unión libre (20%). Refirieron estudios de licenciatura (30%), primaria (25%) y bachillerato (20%).

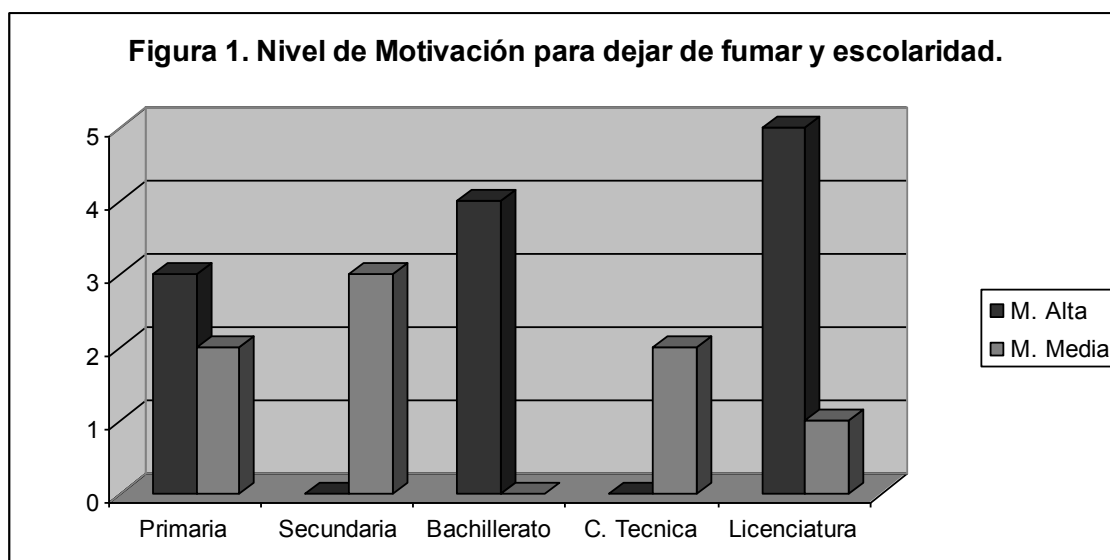
Tabla 1. Variables sociodemográficas

	Frecuencia	Porcentaje
Edad		
18-29	4	20%
30-41	6	30%
42-53	5	25%
54- 65	5	25%
Estado civil		
Soltero	4	20%
Casado	8	40%
Viudo	1	5%
Unión libre	4	20%
Divorciado	3	15%
Escolaridad		
Primaria	5	25%
Secundaria	3	15%
Bachillerato	4	20%
Licenciatura	6	30%
Carrera Técnica	2	10%

Fuente: Hoja de Registro de datos de personas fumadoras Derechohabientes UMF 94

La edad de inicio del consumo de tabaco fluctuó entre los 14 y 35 años, con una media de 22.65 (desviación estándar \pm 6.11). La media de inicio de consumo en hombres fue de 21.25 años y de mujeres de 24.05.

Al inicio de la estrategia educativa se identifico en 12 (60%) participantes un grado de motivación alta para el abandono del tabaco y motivación media en 8 (40%). La motivación alta para el abandono de esta adicción fue más frecuente entre los participantes con escolaridad de licenciatura (25%) y bachillerato (20%), tal como se puede observar en la figura 1.



Fuente: Hoja de registro de Datos y Test de Richmond de motivación para dejar de fumar de fumadores UMF 94.

Al comparar el rango de edad con el consumo de tabaco se encontró al inicio de la estrategia educativa que los fumadores de 42 a 53 años presentaron el mayor promedio de consumo (12.26%), esto se presenta en la tabla 2. Comportamiento que se modificó al final de la estrategia al ser los fumadores de 30 a 41 años los que presentaron un consumo promedio (7.87) más elevado.

Tabla 2. Consumo de tabaco registrado pre y post estrategia educativa-conductual por edad.

Edad	Consumo de Tabaco	
	Pre- Estrategia	Post- Estrategia
18- 29	7	3.7
30-41	12.1	7.87
42-53	12.26	6.1
54-65	10.05	6.2

Fuente: Hoja de autorregistro de consumo de tabaco de fumadores derechohabientes UMF 94

La media global de consumo de tabaco al inicio de la estrategia educativa fue de 10.35 comportamiento que disminuyó a 5.9 al final de la estrategia, tal como se muestra en la tabla 3. Así mismo puede apreciarse que no se presentaron diferencias entre hombres y mujeres.

Tabla 3. Consumo de Tabaco registrado pre y post estrategia educativa-conductual por sexo.

Sexo	Consumo de Tabaco	
	Pre- Estrategia	Post- Estrategia
Femenino	10.5	6.1
Masculino	10.2	5.8
Total	10.35	5.95

Fuente: Hoja de autorregistro de consumo de tabaco de fumadores derechohabientes UMF 94

Las medias de consumo de tabaco registrado por sesión educativa se muestran en la tabla 4 identificándose mayor disminución durante las últimas sesiones. Para comparar el consumo de tabaco al inicio y al final de la estrategia educativa se uso la Prueba estadística de Mac Nemar obteniendo p: 0.008.

Tabla 4. Registro de consumo cigarros/día por sesión educativa.

Sesión	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a
Consumo Cigarros/día	10.35	9.75	8.6	7.35	5.95

Fuente: Hoja de autorregistro de consumo de tabaco de fumadores derechohabientes UMF 94

La dependencia baja se observó en 40 % de los participantes al inicio del estudio y del 55 % al final este, como se ve en la tabla 5. Mientras que la dependencia alta inicialmente tuvo un porcentaje de 25% para finalizar en 15 %. Para comparar nivel de dependencia al tabaco se utilizó la prueba estadística de Wilcoxon obteniendo p: 0.005.

Tabla 5. Dependencia antes y después de la estrategia educativa conductual.

Nivel de Dependencia	Antes de la estrategia		Después de la estrategia	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Baja	8	40.0	11	55.0
Moderada	7	35.0	6	30.0
Alta	5	25.0	3	15.0
Total	20	100	20	100

Fuente: Test de Fagerstrom de Dependencia al tabaco de fumadores derechohabientes de la UMF 94.

ANALISIS DE RESULTADOS

Es importante señalar que en nuestro estudio se tuvo una mayor participación de hombres, esto probablemente se deba a que en nuestro país existe una mayor porcentaje de fumadores hombres (42.2%) entre los 18 y 65 años en comparación al 15.1% reportado en mujeres.⁽¹¹⁾

Sin embargo es importante señalar que el consumo y nivel dependencia al tabaco fue similar entre hombre y mujeres. Resultado no acorde a lo reportado por Becoña (2004) quien señala que en los últimos años el tabaquismo en las mujeres se ha incrementado mientras que en los hombres empieza a

descender, probablemente debido a los cambios socioculturales que ha sufrido el rol de la mujer en la sociedad. De tal manera que actualmente las mujeres menores de 45 años presentan un consumo superior al de los hombres de la misma edad. ⁽²⁴⁾

El promedio global de la edad de inicio del consumo de tabaco referida por los participantes de nuestro estudio se encuentra por arriba del promedio nacional (13 años), esto podría originarse por los criterios de selección establecidos en nuestro estudio. ⁽²⁵⁾

Comparando el inicio de consumo de tabaco por sexo, en los hombres fue a una edad más temprana a la reportada por las mujeres. Hallazgo similar a lo señalado en un estudio de investigación realizado por Romero, quien señala que las mujeres fuman un poco más que los hombres y comienzan a fumar a mayor edad. ⁽²⁶⁾

Respecto a la condición civil llama la atención que el mayor porcentaje de participantes convivían con una pareja. Este resultado concuerda con lo señalado por la Encuesta Nacional de Adicciones que señala un mayor consumo de tabaco entre las personas casadas. Sin embargo la Cochrane señala que las intervenciones diseñadas tomando en cuenta el apoyo de la pareja en los programas de cesación no incrementan las tasas de abandono ni disminuyen el consumo de manera importante. ⁽²⁷⁾

La escolaridad encontrada en nuestro estudio fue similar con lo reportado por el Consejo Nacional contra las Adicciones (2002).

Durante sesiones programadas como parte de la estrategia educativa conductal, se identificó una disminución semanal progresiva en el consumo de cigarros. Como era de esperar los participantes con dependencia baja a la nicotina fueron los primeros en disminuir el número de cigarros consumidos. Mientras que los participantes con dependencia alta, disminuyeron el consumo en las últimas semanas de la estrategia. Este comportamiento concuerda con los hallazgos reportados por Sala y colaboradores, quienes señalan una mayor disminución del consumo de tabaco en las últimas sesiones. ⁽²⁸⁾

Es importante resaltar que ninguno de los participantes abandono por completo el consumo de cigarros, solo presentaron una disminución progresiva en número de cigarros consumidos al día. Respecto al beneficio que otorga el cese brusco o progresivo en el consumo de cigarros existe controversia; algunos investigadores señalan que para los fumadores de 5-10 cigarros /día presentan serias dificultades para seguir disminuyendo aún más el consumo, de hecho se dice que es casi imposible el abandono. Sin embargo otros investigadores han demostrado que la disminución progresiva es igual de efectiva que el cese brusco además de que es mejor aceptada por el fumador ya que lo prepara para el abandono definitivo. ⁽²⁹⁾

Es oportuno señalar que el diagnóstico preciso de consumo de tabaco se realiza bioquímicamente a través de coximetría, desafortunadamente este recurso no estuvo disponible en nuestro estudio, por lo que utilizó la declaración que los participantes realizaron por medio de la hoja de auto registro de consumo de cigarrillos. Sin embargo, en una investigación realizada por Clemente y Perez se demostró que este procedimiento es un método útil, económico y accesible. ⁽³⁰⁾

La fase del proceso de cambio en la que se encuentra el fumador es una variable considerada por Barrueco en un estudio de deshabituación tabáquica como factor de éxito en el tratamiento. Este aspecto no se ha contemplado en

este estudio, debido a que se aplicó solamente fumadores motivados en fase de contemplación.⁽³¹⁾

CONCLUSIONES

1. La estrategia educativa conductual empleada disminuyó el consumo y nivel de dependencia al tabaco.
2. La modificación en el consumo y nivel de dependencia al tabaco fue menor en los participantes que desde un inicio presentaron un consumo y dependencia baja al tabaco.
3. Ninguno de los participantes incluidos en el estudio abandonó el consumo de tabaco.
4. La estrategia educativa conductual demostró ser una alternativa de solución en la preparación para el abandono definitivo de esta adicción.

SUGERENCIAS

La implementación de programas institucionales que promuevan el abandono del tabaco a través del empleo de estrategias educativas conductuales similares a la empleada en nuestro estudio.

Formación de grupos de auto ayuda para personas que han abandonado o disminuido el consumo de tabaco.

Capacitación del personal de atención a la salud sobre consejería para el abandono del tabaco.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Rubio-Monteverde H, Rubio-Magaña A. Breves comentarios sobre la historia del tabaco y del tabaquismo. *Rev Inst Nal Enf Resp Mex* 2006; 19(4): 297-300.
2. Comisión de tabaquismo. *Revista Argentina de Cardiología* 2001; 69 Supl 1:1-10.
3. Secretaria de Salud (SSA). Programa de acción: Adicciones Tabaquismo. México. 2001.
4. World Health Organization (WHO). The scientific basis of tobacco product regulation: Report of a WHO study group. Switzerland, 2007.
5. Barrueco M, Hernández MA, Torrecilla M. Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo. 3ª ed. Madrid: Ergon; 2006,
6. Moreno D, Cantú P. Perspectivas del tabaquismo en México. *Revista de Salud Pública y Nutrición* 2002; 3(2).
7. CDC. Centers for Disease Control and Prevention. Cigarette smoking among adults—United States, 2006. *MMWR* 2007; 56:1157–61.
8. Fiore M, Hatsukami D, Baker T. Effective Tobacco Dependence Treatment. *JAMA* 2002; 288 (14): 1768-1771.
9. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). —Estadísticas a propósito del día mundial sin tabaco”. Datos nacionales. México, 2006.
10. Tapia-Conyer R, Kuri-Morales P, Hoy-Gutiérrez MJ. Panorama epidemiológico del tabaquismo en México. *Salud Pública de México* 2001; 43(5): 478-484.
11. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). —Estadísticas a propósito del día mundial sin tabaco”. Datos nacionales. México, 2008.
12. Casi-Casanellas A. Tratamiento del tabaquismo en atención primaria. *Salud Global* 2001; 2: 1-4.
13. Grupo Tabaquismo. Tabaquismo. *Arch Argent Pediatr* 2005; 103(5):450-475.
14. Castellanos G, Escobar A, Gómez- Gonzalez B. Estrés y conducta adictiva. *Rev Mex Neuroci* 2006; 7(1): 21-29.
15. Jiménez CA, Barrueco M, Solano S, Torrecilla M, Domínguez F, Díaz JL,

- Moreno J, Alonso J, de la Cruz E, Abenzogar R. Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del tabaquismo. Documento de consenso. Arch Bronconeumol 2003; 39(1):35-41.
16. Jiménez-Ruiz C, Solano-Reyna S. Tabaquismo. Monografías Neumomadrid. 2004;2: (1-168).
 17. Guía de práctica clínica de adicción al tabaco. II Plan Andaluz sobre drogas y adicciones. Dirección General sobre las drogodependencias y adicciones. Consejería para la Igualdad y bienestar social. Junta de Andalucía.
 18. Romero PJ, León MJ, Mora A, Pérez G, Gómez JC, Millán JC. Programa de deshabituación de tabaco —“Tabaco No Gracias”. Revista de la Asociación de Neumólogos del Sur 1999; 11(2).
 19. Rodríguez-Artalejo F, Lafuente-Urdinguio P, Guallar- Castellón P, Garteizurrekoa-Dublang P, Sainz-Martínez O, Díez-Azcárate J, Foj-Alemán M, Banegas JR. One year effectiveness of an individualised smoking cessation intervention at the workplace: a randomized controlled trial. Occup Environ Med 2003; 60: 358–363.
 20. Haggstram F, Chatkin J, Sussenbach-Vaz E, Cesari D, Fritscher C. A controlled trial of nortriptyline or sustained-release bupropion for smoking cessation. CHEST 2004; 126 (4): 714S- 719S.
 21. Nerin I, Novella P, Crucelaegui A, Belmonte A, Sobradie N, Gargallo P. Factores predictores de éxito a los 6 meses en fumadores tratados en una unidad de tabaquismo. Arch Bronconeumol 2004;40(12):558-62.
 22. Reichert V, Folan P, Jacobsen D, Bartscherer D, Konh N, Metz C, Talwar A. Impact of smokers' perceptions of 'stressful events' occurring during treatment for tobacco dependence. CHEST 2006; 130(4): 144S.
 23. Evins E, Cather C, Culhane M, Birnbaum A, Horowitz J, Hsieh E, Freudenreich O, Henderson D, Schoenfeld D, Rigotti N, Goff D. A 12-Week Double-Blind, Placebo-Controlled Study of Bupropion SR Added to High-Dose Dual Nicotine Replacement Therapy for Smoking Cessation or Reduction in Schizophrenia. J Clin Psychopharmacol 2007; 27: 380–386.
 24. Becoña, E. Monografía del Tabaco. Adicciones 2004; 16 (2): 1-394.
 25. Información relevante para el control del Tabaquismo en México. Grupo Interinstitucional sobre estudios en Tabaco. 2003. Instituto Nacional de Salud Pública.
 26. Romero PJ, León MJ, Mora A, Pérez G, Gómez JC, Millán JC. Programa de deshabituación de tabaco —“Tabaco No Gracias”. Revista de la Asociación de Neumólogos del Sur 1999; 11(2).

27. Park E-W, Schultz JK, Tudiver F, Campbell T, Becker L. La Cochrane Library Plus 2004. La Cochrane Library plus en español. Oxford: Update Software.
28. Sala M, Serra I, Corbella T, Koveginas M. Evaluación de un programa de deshabituación tabáquica en el medio laboral. Gac Sanit. 2005; 19(5):386-92.
29. Law M, Tang JL. An analysis of the effectiveness of interventions intended to help people stop smoking. Arch Intern Med 1995; 155: 1933-41.
30. Clemente ML, Pérez-Trullén A. Cómo ayudar a sus pacientes a dejar de fumar. Barcelona: Boehringer Ingelheim; 1997.
31. Barrueco-Ferrero M, Et. al. Deshabituación tabáquica. valor del resultado en la fase de acción sobre el resultado en la fase de consolidación. Arch Bronconeumol. 2007;43(3):136-42

ANEXO 1 CUADRO DE VARIABLES. DEFINICION OPERACIONAL Y CONCEPTUAL

IDENTIFICACIÓN VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	CATEGORIZACIÓN DE LA VARIABLE
Dependientes <i>Consumo de tabaco</i>	Número de cigarrillos fumados por año multiplicados por los años de fumador entre 20	Número de cigarrillos consumidos por día, referidos por el paciente en la hoja de autorregistro de consumo diario de tabaco	Número de cigarrillos fumados	Cualitativa	nominal	Consumo Bajo con base al consumo basal (menor de 10 cigarrillos) Consumo Alto con base al consumo basal (mayor de 10 cigarrillos)
<i>Dependencia al tabaco</i>	Necesidad compulsiva de consumir tabaco y la dificultad para abandonarlo.	Necesidad de consumo de tabaco identificada por el instrumento Fagerström	# Cigarros fumados Horario de consumo Situaciones de consumo	Cualitativa	Ordinal	Dependencia Baja (0-4puntos) Dependencia Media (5-6 puntos) Dependencia alta (7 o más puntos)
Independiente <i>Estrategia educativa-conductual</i>	Conjunto de procedimientos, apoyados en técnicas didácticas y conductuales que tienen por objetivo modificar conductas observables.	Conjunto de técnicas didácticas y conductuales que promueven la reflexión y el auto reconocimiento de conductas adictivas.	NN	Cualitativa	Nominal	Si realizada No realizada
De intervención <i>Edad</i>	Periodo de vida extrauterina comprendida desde el nacimiento hasta la actualidad	La referida por el paciente.	NN	Cualitativa	Ordinal	18- 29 30- 41 42- 53 54-65
<i>Sexo</i>	Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer	El referido por el paciente	NN	Cualitativa Dicotomica	Nominal	Femenino Masculino
<i>Estado Civil</i>	Es el estado relativo de unión de una persona ante la sociedad.	El referido por el paciente.	NN	Cualitativa Policotomica	Nominal	Soltero Casado Viudo Divorciado Unión Libre
<i>Escolaridad</i>	Grado de instrucción escolar.	La referida por el paciente.	NN	Cualitativa	Ordinal	Primaria Secundaria Bachillerato Licenciatura Técnico

ANEXO 2 TEST DE MOTIVACIÓN PARA DEJAR DE FUMAR (TEST DE RICHMOND)

Mide nivel de MOTIVACIÓN para dejar de fumar (0 a10)

CUESTIONARIO

Instrucciones: Conteste las siguientes preguntas:

1. ¿Le gustaría dejar de fumar si pudiera hacerlo fácilmente?	
NO	0
SÍ	1
Nada	0
Algo	1
Bastante	2
2. ¿Cuánto interés tiene en dejarlo?	
Mucho	3
Definitivamente NO	0
Quizás	1
SÍ	2
3. ¿Intentará dejar de fumar en las próximas 2 semanas?	
Definitivamente SÍ	3
Definitivamente NO	0
Quizás	1
SÍ	2
4. ¿Cabe la posibilidad de que sea un "No fumador" en los próximos seis meses?	
Definitivamente SÍ	3
Definitivamente NO	0
Quizás	1
SÍ	2

TOTAL:

Menor o igual a 4 : Motivación Baja
Entre 5 y 6 : Motivación Media
Mayor o igual 7 : Motivación Alta

ANEXO 3 CARTA DESCRIPTIVA ESTRATEGIA EDUCATIVA CONDUCTUAL DE DISMINUCION DE CONSUMO Y NIVEL DE DEPENDENCIA AL TABACO

No. Act.	Tiempo	Tema	Objetivos	Técnica
1ª	5min	Encuadre	1. Repetir a los participantes los propósitos del taller	Exposición magistral
	45 min		2. Integración grupal	Presentación en dinas. Se formaran grupos de 2 personas las que platicaran (10 minutos) entre si acerca de su nombre, ocupación y motivos que los llevaron a participar en el curso. Al término de este tiempo de manera personal cada una colocará su nombre en un gafete y se presentaran a sus compañeros (35min).
	25 min		3. Establecer compromisos grupales	Lluvia de ideas de los participantes respecto al trato, confidencialidad, horario y respeto que esperan de sus compañeros y coordinadores de la actividad.
	15 min		4. Información y entrega de registro de consumo de tabaco diario.	Entrega a cada uno de los participantes de los registros de consumo de tabaco e indicaciones acerca de su llenado. Se informara acerca de los propósitos que tiene el registro personal del consumo de tabaco.
2ª	30 min	Autoaceptación de la dependencia	1. Identificar individualmente su dependencia al tabaco. 2. Reconocer las circunstancias que más le inducen a fumar.	En un aula se colocan las sillas en círculo y se pide a una persona ponerse de pie en el centro del mismo. Esta persona dirá la frase <u>H</u> a llegado una carta para todas aquellas personas que... (Y hará referencia a alguna característica personal o situación relacionada con el tabaquismo, como por ejemplo: para todas aquellas personas que hoy han fumado al menos 2 cigarrillos). En ese momento, todos /as aquellos /as que cumplan con la característica se pondrán de pie y buscarán una silla diferente a la suya donde sentarse. Este será el momento en el que la persona que estaba de pie en el centro del círculo aprovechará para sentarse en alguna de las sillas que esté libre.

	30 min		3. Expresión de los motivos para disminuir el consumo del tabaco y de las ventajas a obtener en este proceso.	Se forman dos grupos, cada uno de forma independiente llenará una hoja en blanco en la que se recogen los motivos para disminuir el consumo de tabaco y las ventajas que se espera obtener al dejar de fumar. Una vez que ambos grupos han terminado, se pone en común y se consensúan los resultados en otra tabla común diferenciando entre aspectos conductuales, cognitivos y sociales.
	15min		4. Evaluación de los compromisos grupales establecidos.	Recordatorio de todos los compromisos establecidos por el grupo en sesiones previas y evaluación.
	15 min		5. Entrega de hoja de registro	Recolección y entrega de hojas de registro de consumo diario de cigarrillos.
3ª.	20 min	Pautas de consumo de tabaco y estrategia educativa conductual de disminución de consumo de tabaco.	1. Estimular la integración grupal. 2. Expresar experiencias positivas y negativas al disminuir el consumo de tabaco.	Se reparte entre los miembros del grupo las letras A, B y C. Se les explica a todos los <u>A</u> que han de escuchar con mucho interés aquello que <u>B</u> les explicará. Los <u>B</u> han de hablar a <u>A</u> con mucho entusiasmo sobre su experiencia al dejar de fumar, lo bien que lo lleva, etc. A los sujetos <u>C</u> se les da la instrucción de ir interrumpiendo con cuestiones sin importancia a los otros dos, es decir a <u>A</u> y a <u>B</u> . El ejercicio puede durar un par de minutos, tras los cuales el moderador para el proceso. Los participantes pueden ir rotando los roles dentro del periodo de tiempo previamente establecidos.
	20 min		3. Identificar pautas de consumo de tabaco en los participantes en la estrategia educativa.	Se pide a los miembros del grupo que comenten sus auto registros (anotaron o no todos los cigarrillos fumados, ¿en el momento o después?, ¿fumaron menos por este motivo?, ¿siempre fumaban en la misma situación o no?, ¿a la misma hora?, ¿dejaron de fumar en el día señalado?, ¿les ayudó a ir rebajando el consumo de cigarrillos hacer el autorregistro?, etc.). Se realizara de manera grafica una lista de las pautas de consumo prevalentes en el grupo y se relacionara con elementos sociales, psicológicos y ambientales.

	20 min		4. Reconocer situaciones de riesgo que aumentan el consumo de tabaco y la respuesta de los participantes ante estas.	Se pide a los miembros del grupo que identifique situaciones de especial riesgo de fumar (Ejemplo: Hechos, circunstancias, estados internos o actividades que desencadenan o precipitan los deseos de consumir cigarrillos) y cuales serían sus posibles respuestas para afrontar estas situaciones difíciles.
	20 min		5. Establecer técnicas alternativas a utilizar en situaciones de riesgo de mayor consumo de tabaco.	Se instruirá a los participantes sobre técnicas de relajación y ejercicio de respiración que puede utilizar para afrontar situaciones de riesgo.
	5 min		6. Entrega de hoja de registros.	Recolección y entrega de hojas de registro de consumo diario de cigarrillos.
4 ^a .	20 min	Expresión personalizada de situaciones vividas durante la participación en la estrategia educativa.	1. Expresar experiencias positivas durante la participación en la estrategia educativa.	Se pide a los miembros del grupo que comenten sus experiencias positivas al disminuir su consumo de tabaco desde la última sesión.
	35 min		2. Identificar dificultades experimentadas por el paciente en el proceso de dejar de fumar.	Mediante esta actividad hemos de identificar, para cada miembro del grupo, aquellas situaciones y momentos en los que les ha resultado más difícil continuar sin fumar y aquellos aspectos que podrían facilitar su recaída (¿han encontrado apoyo en su entorno (amigos, familiares, etc.)?, ¿han estado de peor humor que de costumbre o más deprimidos?, ¿han notado malestar debido al síndrome de abstinencia?, ¿creen que han aumentado de peso?, ¿se sienten animados para continuar?, etc.
	30 min		3. Desarrollar estrategias de afrontamiento de situaciones de riesgo para evitar recaídas en el consumo de tabaco.	Mediante técnica de lluvia de ideas se pide a los pacientes que participen ¿Qué hacer en las situaciones de más riesgo? Se enseñara a los miembros del grupo qué pueden hacer en las situaciones de especial riesgo y los consejos para continuar disminuyendo su consumo de tabaco (Ejemplo: Aprender a anticiparse y evitar las situaciones de riesgo. Adquisición de recursos que reduzcan efectos negativos. Asimilar técnicas de distracción para los deseos irresistibles de fumar, etc.)

	5 min		4. Entrega de hoja de registro.	Recolección y entrega de hojas de registro de consumo diario de cigarrros.
5ª.	30 min	Experiencias negativas y positivas vividas en el proceso de disminución de consumo de tabaco.	1, Expresar y compartir las experiencias positivas en el tiempo que han participado en la estrategia educativa conductual de disminución de tabaquismo.	Se pide a los miembros del grupo que de forma individual expliquen al resto del grupo sus experiencias positivas desde que no fuman (momentos en que se han sentido más orgullosos, manifestaciones positivas que han recibido de amigos, familiares, apreciación mayor de los olores y sabores, menor cansancio al hacer ejercicio, reducción de los momentos de ansiedad, etc.). Estas experiencias positivas pueden servir de apoyo y motivación a aquellos miembros del grupo que encuentran más dificultades y que por lo tanto están en una situación de mayor riesgo de recaída.
	20 min		2. Expresar las experiencias negativas y dificultades vividas en el proceso de disminución de consumo de tabaco.	Cada miembro del grupo ha de explicar aquellas situaciones en las que más difícil le ha resultado continuar sin fumar, más difíciles de combatir Se recuerda a los miembros del grupo qué pueden hacer en las situaciones de especial riesgo y los consejos para mantenerse fumando menos.
	20 min		3. Evaluar cumplimiento de objetivos de la estrategia educativa conductual.	Recordar a los miembros del grupo el objetivo que se habían planteado desde la primera sesión y evaluar el cumplimiento de estos por parte de los investigadores y los participantes en la estrategia educativa.
	20 min		4. Identificar estrategias para evitar recaídas en el consumo de tabaco.	Mediante exposición magistral se identificaran estrategias útiles para evitar recaídas y afrontarlas.
	5 min		5. Recolección de hoja de registro.	Recolección de hojas de registro de consumo diario de cigarrros.
	5 min		6. Evaluación	Aplicación de test de Fagerström.

ANEXO 4

CONSUMO Y NIVEL DE DEPENDENCIA AL TABACO EN PERSONAS FUMADORAS ANTES Y DESPUES DE UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA CONDUCTUAL.

HOJA DE IDENTIFICACIÓN

Instrucciones: Conteste las siguientes preguntas:

Nombre: _____

Numero de afiliación: _____

Edad: _____

Sexo: Femenino () Masculino ()

Estado Civil: Soltero () Casado () Unión Libre () Divorciado () Viudo ()

Escolaridad: Ninguna () Primaria () Secundaria () Bachillerato ()

Licenciatura () Carrera Técnica ()

Edad de Inicio de consumo de tabaco: _____

Número de cigarros consumidos diariamente: _____

ANEXO 5 TEST DE FAGERSTRÖM

Instrucciones: Conteste las siguientes preguntas:

1. ¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y fuma su primer cigarrillo?	
Hasta 5 minutos	3
Entre 6 y 20 minutos	2
31 y 60 minutos	1
> 60 minutos	0
2. ¿Encuentra difícil no fumar en lugares donde esta prohibido como en la biblioteca o el cine?	
Si	1
No	0
3. ¿Qué cigarrillo le molesta más dejar de fumar?	
El primero de la mañana	1
Cualquier otro	0
4. ¿Cuantos cigarrillos fuma cada día?	
10 o menos	0
11-20	1
21-30	2
31 o más	3
5. ¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de levantarse que durante el resto del día?	
Si	1
No	0
6. ¿Fumar aunque este tan enfermo que tenga que guardar cama la mayor parte del día?	
Si	1
No	0

TOTAL:

Menor o igual a 4 : Dependencia Baja
Entre 5 y 6 : Dependencia Media
Mayor o igual 7 : Dependencia Alta

ANEXO 6

CONSUMO Y NIVEL DE DEPENDENCIA DE TABACO EN PERSONAS FUMADORAS ANTES Y DESPUES DE UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA-CONDUCTUAL.

HOJA DE REGISTRO DE CONSUMO DE CIGARROS

NOMBRE:

NUMERO DE AFILIACIÓN:

Instrucciones: Registre diariamente anotando la fecha, el número de cigarro fumado, la hora y la situación en que se encontraba al fumarlo, así como el placer obtenido al hacerlo.

FECHA	No. CIGARRO	HORA	SITUACION	PLACER 1/10



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE
INVESTIGACIÓN CLÍNICA**

México DF a _____ de _____ de 2009.

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado Consumo y nivel de dependencia al tabaco en personas fumadoras antes y después de una estrategia educativa-conductual.

Registrado en el Comité Local de Investigación con el número: R-2009-3515-6

El objetivo del estudio es comparar el consumo y nivel de dependencia al tabaco antes y después de una estrategia educativa-conductual de disminución de consumo de tabaco en pacientes fumadores de la Unidad de Medicina Familiar Numero 94.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en asistir a 5 sesiones en donde se me impartirá una estrategia educativa conductual de disminución de consumo de tabaco y se me aplicarán cuestionarios sobre consumo y dependencia de cigarros.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio.

Posibles riesgos (ninguno)

Inconvenientes (modificación de mis hábitos tabaquicos)

Molestias (Invasión de mi tiempo en la realización de encuestas y asistencia a las sesiones educativas)

Beneficios (posible cambio de hábitos y suspensión de tabaquismo)

El investigador responsable se ha comprometido a darme la información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como responder cualquier pregunta o aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención medica que recibo en el Instituto.

El Investigador Responsable me ha dado seguridad de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque se pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE

INVESTIGADOR RESPONSABLE JESSICA LOZADA HERNANDEZ

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas, o preguntas relacionadas con el estudio: 58300916 – 57911622- 5527211782.

Testigos
