



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN 1 NORTE DEL DISTRITO FEDERAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 33
“EL ROSARIO”**



**“GRADO DE DEPENDENCIA FÍSICA A LA NICOTINA EN FUMADORES DE 20 A 59 AÑOS DE
LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 33”**

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A

DRA. MIRIAM LIMÓN LEMUS

A S E S O R

DRA. MARÍA DEL CARMEN MORELOS CERVANTES.

PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR

FEBRERO 2011



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**ASESOR DE TESIS: DRA. MARÍA DEL CARMEN MORELOS CERVANTES
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR ADSCRITO A LA UMF No 33 “EL
ROSARIO”**

DRA. MÓNICA ENRÍQUEZ NERI
ENCARGADA DE LA COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN
SALUD DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33 EL ROSARIO.

DRA. MARÍA DEL CARMEN MORELOS CERVANTES
ASESOR DE TESIS
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO EN LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33 EL ROSARIO.

DRA. MÓNICA SÁNCHEZ CORONA
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO EN LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33 EL ROSARIO.

DRA. LIMÓN LEMUS MIRIAM
RESIDENTE DE 3ER AÑO DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

AGRADECIMIENTOS

A mi Padre Celestial el cual siempre ha estado conmigo y me ha llevado de la mano durante estos años.

A mi madre y hermanos que me han apoyado en todos los aspectos y a los cuales les debo lo que soy.

A mi padre que aunque ya no estás físicamente se que desde allá arriba me sigues cuidando.

A Chacho por todo lo que has compartido conmigo y tu cariño incondicional

A mi asesora Dra. Carmen gracias por todo lo que me ha ayudado y enseñado durante la residencia

A mis amigos compañeros de andanzas en esta etapa de mi vida gracias por su ayuda en mis momentos de tristeza, enfermedad y alegría.

ÍNDICE

Resumen	06
Introducción	07
Antecedentes	08
Planteamiento del Problema y Objetivos	24
Material y Método	25
Resultados	26
Tablas y Gráficas	28
Discusión	43
Conclusiones	45
Referencias Bibliográficas	46
Anexos	48

Morelos CM, Limón LM. Grado de dependencia física a la nicotina en fumadores de 20 a 59 años de la unidad de medicina familiar número 33. México 2011

INTRODUCCIÓN El tabaquismo es una enfermedad crónica adictiva y que es la primera causa evitable de morbilidad y mortalidad en el mundo **OBJETIVOS:** Determinar el grado de dependencia a la nicotina de los derechohabientes fumadores de 20 a 59 años en la Unidad de Medicina Familiar Número 33. **MATERIAL Y MÉTODOS:** El diseño del estudio fue observacional, transversal y descriptivo, muestro no probabilístico por conveniencia con una muestra de 377 pacientes fumadores, de ambos sexos con un rango de edad de 20 a 59 años; los instrumentos de evaluación empleados fueron el test de Fagerström para valorar dependencia y un cuestionario de 7 preguntas creado exprofeso para conocer sus características sociodemográficas de los participantes que incluye motivación y la orientación dada por el médico familiar. **RESULTADOS:** se encontró que el 55% de los encuestados presentó una adicción leve, 35% moderada y un 10% grave. Encontrando mayor adicción en el sexo masculino, un porcentaje del 76% manifestó sentirse motivado para abandonar el tabaco; en cuando a la orientación otorgada por el médico familiar solo el 25% la recibió y un 10% fue enviado a trabajo social a pláticas sobre adicciones. **CONCLUSIONES:** En nuestra población de fumadores existe un nivel de adicción leve a la nicotina lo cual la hace susceptible a responder favorablemente ante un consejo antitabaco de parte de su médico familiar sin embargo se encontró que solo un porcentaje bajo de médicos da consejería o envía a pláticas de adicciones

Palabras Clave: tabaquismo, dependencia, motivación, medicina familiar

INTRODUCCIÓN

El tabaquismo es un síndrome asociado a la adicción que produce la nicotina. Esta es una droga que genera dependencia física, psicológica y social, es una enfermedad que afecta a todos los grupos sociales, no tiene fronteras, ni limitaciones de edad, género, estrato social o religión.

Durante las últimas décadas, el tabaquismo se ha convertido en uno de los problemas de salud más severos, al descubrirse los daños que ocasiona y al encontrarlo relacionado con diversas enfermedades graves que cada día adquieren mayor importancia como causa de muerte e incapacidad, con severas repercusiones.

En México fallecen 165 mexicanos por esta causa. El sector salud gasta anualmente 30 mil millones de pesos en el tratamiento de solo tres padecimientos asociados al tabaquismo: enfermedad vascular, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y cáncer pulmonar de allí la importancia de prevenir su consumo en los jóvenes y en las personas que cursen con esta adicción concientizar sobre los potenciales riesgos para la salud.

Sin duda la intervención del médico familiar juega un papel muy importante ya que un consejo de parte de éste sobre las ventajas de dejar de fumar así como el envío a grupos de autoayuda puede modificar la historia natural de la enfermedad.

Este estudio tiene como objetivo conocer cuál es el grado de dependencia física a la nicotina, en fumadores de 20-59 años de la Unidad de Medicina Familiar Número 33 ya que está es la que más determina sus posibilidades de abandonar el consumo de tabaco y la información obtenida permita establecer medidas necesarias para combatir esta adicción.

ANTECEDENTES

HISTORIA

El tabaco es una es una planta "*Nicotiana tabacum*" que se usa desde hace siglos; es originaria de América, fue clasificada por Linneo en honor al embajador francés de Portugal Jean Nicot quien envió un contrabando de tabaco a París en 1561; usada por los Mayas para celebraciones rituales y religiosas, fue conocida por los occidentales en 1492 con ocasión de la llegada de Colón y sus expedicionarios. Otras versiones tomadas de cronistas españoles proponen que "tabaco" proviene de la castellanización del lugar donde la planta fue descubierta, ya sea Tobago, una isla Antillana, o la localidad mexicana de Tabasco. Sin embargo, lo más verosímil es que proceda del árabe "tabbaq", nombre que se aplicaba en Europa desde al menos el siglo XV a diversas plantas medicinales. La variedad maya conocida como Cikar (fumar), se extendió por todo el continente gracias al comercio. Rodrigo de Jerez y Luis de la Torre, compañeros de Cristóbal Colón, fueron los primeros occidentales en conocer su existencia (1). Al principio no fue aceptado en Europa por considerar que fumar era desagradable y sucio porque dañaba los pulmones y el cerebro. Los fumadores eran perseguidos, algunas leyes condenaban el uso del tabaco y la religión lo consideraba nocivo y pecaminoso. A pesar de eso su uso se generalizó hasta llegar a ser un hecho socialmente aceptado, signo de cultura y distinción. En el siglo XX su uso se extendió principalmente en forma de cigarrillos surgiendo controversia sobre sus efectos.

DEFINICIÓN

El tabaquismo es la dependencia o adicción al tabaco. Es la adicción más socialmente aceptada, la cual produce dependencia física y psicológica (2)

El concepto de tabaquismo ha sufrido una evolución en los últimos años. El reconocimiento de la nicotina como una sustancia altamente adictiva a mediados de los años 80 y la descripción de los receptores nicotínicos a partir de estudios experimentales en animales han marcado la evolución y el conocimiento del tabaquismo y su reconocimiento por la OMS como enfermedad adictiva crónica.

COMPONENTES DE TABACO

NICOTINA

La nicotina es un alcaloide natural que se extrae de las hojas del tabaco, y es el principal responsable de la adicción al tabaco, es una sustancia que se absorbe fundamentalmente a través de los pulmones (de un 79 a un 90%) y en menor medida a través de la mucosa bucal y plexos sublinguales (4 a 40%) y de la piel, siendo en este caso la absorción variable y dependiente de varios factores, como la temperatura y el pH cutáneos, el grado de humedad y de higiene personal, etc. Se absorbe rápidamente por la mucosa nasal, oral y respiratoria llegando al cerebro donde están los receptores al cabo de unos 7 segundos (3). Esta relación casi inmediata entre la inhalación del humo y su efecto a nivel cerebral es uno de los factores que contribuye al alto poder adictivo de la nicotina.

La vida media de la nicotina es de dos horas, oscilando entre 1 a 4 horas de acuerdo a la variabilidad individual, y la mayor parte se metaboliza en el hígado transformándose en uno de sus metabolitos inactivos la cotinina. Solamente el 7 % de la nicotina se excreta por vía renal sin transformarse junto con la cotinina.

La nicotina comienza su acción uniéndose a los receptores colinérgicos- nicotínicos. El principal agonista endógeno de estos receptores es la acetilcolina, mientras que la nicotina sería el agonista exógeno más importante. Los receptores nicotínicos pertenecen a la superfamilia de los receptores asociados a canales iónicos, que incluye otros receptores como los GABA_A o los serotoninérgicos 5-HT₃. Una característica importante de este tipo de receptores es que producen una respuesta neuronal casi inmediata (en milisegundos) tras la unión del ligando.

El complejo canal-receptor está compuesto por cinco subunidades proteínicas que se acoplan conformando un poro central. Existen diferentes tipos de subunidades que, al combinarse, conforman los distintos tipos de receptores nicotínicos. La velocidad de activación y recuperación, así como la farmacología y la regulación de estos receptores, dependen de las diferentes subunidades que los componen.

En un primer momento, el cerebro está libre de nicotina y los receptores colinérgicos- nicotínicos mantienen su actividad sináptica colinérgica habitual. En el momento en el que aparece la nicotina, los receptores se activan, produciéndose la despolarización de las neuronas y se dispara un potencial sináptico. Este proceso tiene lugar en toda la masa cerebral y conlleva múltiples consecuencias. Se activan neuronas dopaminérgicas del área tegmental ventral mesencefálica, particularmente las que se proyectan mediante el haz prosencefálico medial al núcleo *accumbens*, núcleo principal del sistema de recompensa. (4)

Según las teorías actuales, esta activación dopaminérgica sirve como refuerzo para repetir el comportamiento que ha motivado esta liberación de dopamina (5), es decir, fumar y las conductas asociadas al hecho de fumar.

Por otro lado, también comienza la desensibilización de receptores, lo que provoca que disminuya el efecto si se fuman más de dos cigarrillos seguidos (6). Al desencadenarse la desensibilización comienza también el fenómeno de tolerancia a próximos cigarrillos.

Si la exposición a la nicotina se mantiene de forma prolongada se va a producir un aumento en el número de receptores nicotínicos en el cerebro, especialmente de los que poseen una mayor afinidad por la nicotina.

Cuando la nicotina desaparece del cerebro, el exceso de receptores va a resultar en una excesiva excitabilidad del sistema colinérgico-nicotínico en el fumador, lo que provoca una sensación de malestar y nerviosismo y contribuye a que el fumador necesite el siguiente cigarrillo. Así pues, el siguiente cigarrillo “medica” al fumador al desensibilizar parte de los receptores nicotínicos, volviendo a un estado normal de activación colinérgica. Estos fenómenos explican el hecho de que la mayoría de fumadores consideren el primer cigarrillo del día como el más placentero, ya que tras una noche de abstinencia las concentraciones de nicotina están en su nivel más bajo y el número de receptores desensibilizados es menor. Por esta razón, el primer cigarrillo es el que activa de forma más potente a los receptores nicotínicos y provoca una mayor liberación de dopamina, por lo que se obtiene un mayor efecto placentero (7).

El resto de cigarrillos fumados durante el día van a aumentar el nivel basal de nicotina lentamente, garantizando un número suficiente de receptores desensibilizados que eviten la hiperactivación colinérgica.

Si se evita la nicotina durante unas semanas, el número de receptores volverá al nivel de los no fumadores, por lo que se podría decir que el fumador está “desintoxicado”.

La explicación se encuentra en la neuroadaptación sufrida tras años de exposición a la nicotina así como en la repetición de las conductas aprendidas, lo que provoca que el deseo de fumar tarde mucho tiempo en extinguirse y, en ocasiones, sólo lo haga de forma parcial. De hecho, el *craving* por fumar se puede experimentar hasta años después de haber abandonado el tabaco.

Inmediatamente después de la exposición a la nicotina, hay un estímulo inmediato causado en parte por la estimulación de la droga de las glándulas adrenales y la descarga de adrenalina resultante. El *rush* o sensación inicial intensa de la adrenalina estimula al cuerpo y provoca una descarga súbita de glucosa así como un aumento en la presión arterial, la respiración y el ritmo del corazón.

La nicotina también suprime la producción de insulina del páncreas, lo que significa que los fumadores siempre están un poco hiperglucémicos.

Por otro lado, se ha descubierto que la nicotina atraviesa la barrera placentaria hasta en un 38%, manifestándose sus efectos tanto con un peso más bajo al nacer en los bebés de madres fumadoras como con síntomas en los primeros días de vida, entre los que se incluye una mayor excitabilidad, hipertensión, y síntomas de abstinencia a la nicotina (8) . Tanto el manual DSM-IV-TR (9) de la Asociación de Psiquiatría Americana (APA) como la clasificación CIE-10 (10) coinciden en incluir los trastornos relacionados con el uso de nicotina en los trastornos relacionados con el uso de sustancias, equiparándola a las drogas de abuso habituales como alcohol, opiáceos o cocaína. Existen diferencias entre los distintos sistemas de diagnóstico. Así, la clasificación CIE-10 establece tres tipos de trastornos relacionados con el uso de nicotina: intoxicación, síndrome de dependencia y síndrome de abstinencia (10), mientras que el manual DSM-IV-TR no incluye la intoxicación pero sí la dependencia y abstinencia. Además añade un trastorno relacionado con el uso de nicotina no especificado (9).

Síntomas de intoxicación

En nuestro medio no es habitual la intoxicación por nicotina ya que sería necesario fumar cantidades masivas de cigarrillos en un período corto de tiempo. Sí puede darse, en cambio, con la administración percutánea de nicotina pudiendo llegarse a una pérdida de conciencia.

Criterios diagnósticos de la intoxicación por nicotina CIE-10

A. Deben cumplirse los criterios generales de intoxicación aguda

1. Debe haber evidencia clara de consumo reciente de nicotina en dosis lo suficientemente elevadas como para poder dar lugar a una intoxicación
2. Debe haber síntomas o signos de intoxicación compatibles con el efecto de la nicotina, y de la suficiente gravedad como para producir alteraciones en el nivel de conciencia, la cognición, la percepción, el estado afectivo o el comportamiento clínicamente relevante.
3. Los síntomas o signos no pueden ser explicados por ninguna enfermedad médica no relacionada con el consumo de nicotina, ni por otro trastorno mental o del comportamiento

B. Debe existir un comportamiento alterado o anomalías perceptivas, como se manifiesta por alguno de los siguientes:

1. Insomnio
2. Sueños extraños
3. Labilidad del humor
4. Desrealización
5. Interferencia en el funcionamiento personal

C. Debe estar presente al menos uno de los siguientes signos:

1. Náuseas o vómitos
2. Sudoración
3. Taquicardia
4. Arritmias cardíacas

Síndrome de dependencia a nicotina

Está constituido por el conjunto de fenómenos comportamentales, cognitivos y fisiológicos que se desarrollan tras el consumo reiterado de nicotina y que, típicamente, incluye el deseo intenso de consumir nicotina; dificultades para controlar el consumo; persistencia en el consumo a pesar de las consecuencias dañinas; dar mayor prioridad al consumo que a otras actividades y obligaciones; aumento de la tolerancia y, a veces, un cuadro de abstinencia física (10).

Criterios diagnósticos de la dependencia a nicotina CIE-10

A. Deben haberse presentado simultáneamente tres o más de las siguientes manifestaciones durante al menos un mes o, si persisten durante períodos inferiores a un mes, deben haberse presentado repetidas veces y simultáneamente en un período de 12 meses:

1. Un deseo intenso o sensación de compulsión a consumir nicotina
2. Disminución de la capacidad para controlar el consumo en lo referente al inicio, término o cantidades consumidas.
3. Un cuadro fisiológico de abstinencia cuando se reduce o cesa el consumo de nicotina.

4. Pruebas de tolerancia a los efectos de la nicotina tales como necesidad de aumentar significativamente la cantidad de nicotina para conseguir el efecto deseado, o marcada reducción del efecto tras el consumo continuado de la misma cantidad de nicotina.
5. Preocupación por el consumo de nicotina, que se manifiesta por el abandono o reducción de importantes alternativas placenteras o de interés a causa de nicotina; o por el empleo de mucho tiempo en actividades necesarias para obtener, consumir o recuperarse de los efectos de la nicotina.
6. Consumo persistente de nicotina a pesar de las pruebas claras de sus consecuencias perjudiciales, que se evidencia por el consumo cuando el individuo tiene en realidad conocimiento de la naturaleza y amplitud del daño.

Síntomas de abstinencia

Los síntomas de abstinencia comienzan al cabo de unas horas de haber recibido la última dosis de nicotina y alcanzan su plenitud a las 24-48 horas. Entre los síntomas de abstinencia destacan el estado de ánimo depresivo o disfórico, insomnio, irritabilidad, ansiedad, dificultades de concentración, inquietud, disminución de la frecuencia cardíaca y aumento del apetito o del peso (9).

Aunque la mayoría de los síntomas desaparecen en un plazo de cuatro semanas, tanto el *craving* como la ansiedad por fumar pueden mantenerse durante años (10).

Criterios diagnósticos de la abstinencia de nicotina CIE-10

A. Deben cumplirse los criterios generales del síndrome de abstinencia

1. Debe haber pruebas claras de un cese o reducción del consumo de nicotina después de un repetido, y habitualmente prolongado y/o a altas dosis, consumo de nicotina.
2. Los síntomas y signos son compatibles con las características conocidas del síndrome de abstinencia de nicotina.
3. Los síntomas o signos no se justifican por ninguna enfermedad médica no relacionada con el consumo de nicotina, ni tampoco por otro trastorno mental o del comportamiento

B. Dos de los siguientes signos deben estar presentes:

1. Deseo imperioso de tabaco (o de productos que contienen nicotina)
2. Malestar o debilidad
3. Ansiedad
4. Humor disfórico
5. Irritabilidad o inquietud
6. Insomnio
7. Aumento del apetito
8. Aumento de la tos
9. Ulceraciones bucales
10. Dificultad en la concentración

Los últimos criterios presentados en el DSM-IV incluyeron la dependencia y la abstinencia a la nicotina como trastornos, La presencia de tres entre todos los criterios es imprescindible para el diagnóstico de la dependencia y la nicotina presenta tres de las características exigidas. (9)

Criterios establecidos por el DSM-IV para el diagnóstico de la dependencia de una sustancia.

- Necesidad de cantidades crecientes de la sustancia para alcanzar la intoxicación o el efecto deseado. (Tolerancia)
- El efecto de las cantidades de sustancia disminuye con su consumo continuado. (Tolerancia)
- Las características del síndrome de abstinencia provocadas por la falta de la sustancia. (Síndrome de abstinencia)
- Se ingiere la sustancia para aliviar o evitar la abstinencia. (Síndrome de abstinencia)
- Se ingiere la sustancia con frecuencia en mayor cantidad o durante un período de tiempo más largo de lo que inicialmente se pretendía. (Síndrome de abstinencia)

Las drogas adictivas tienen como denominador común la acción que ejercen sobre el sistema dopaminérgico mesolímbico (11). Este sistema tiene su origen en las neuronas dopaminérgicas de la zona tegmentada ventral del mesencéfalo que se proyectan hacia el núcleo *accumbens* y corteza cerebral prefrontal. Como ya se ha explicado, y al igual que los opiáceos, cocaína, cafeína o alcohol, la nicotina aumenta la producción de dopamina en el núcleo *accumbens*, el núcleo del sistema de recompensa, iniciándose el camino hacia

la dependencia. Por otra parte, la abstinencia sigue la vía noradrenérgica, mediada por la noradrenalina que se concentra en las neuronas del *locus coeruleus*. Cuando un fumador trata de no fumar, los niveles de nicotina caen y la frecuencia de los disparos de las neuronas noradrenérgicas en el *locus coeruleus* llega a ser anormalmente alta y causa de los síntomas de abstinencia a la nicotina, lo que actúa como refuerzo negativo de la adicción. La nicotina es tan adictiva como drogas consideradas “duras”, como la heroína, y se ha demostrado en experimentos con animales de laboratorio.

ALQUITRÁN.

Otro compuesto encontrado en el tabaco es el alquitrán el cual es una sustancia untuosa, oscura, de olor fuerte, que se obtiene de la destilación de ciertas materias orgánicas, principalmente de la hulla y de algunas maderas resinosas. Además de utilizarse como componente principal para la elaboración de cigarrillos se emplea en pinturas, pavimentación, como combustible, entre otros. Es un residuo negro y pegajoso compuesto por miles de sustancias químicas, algunas consideradas carcinogénicas o están clasificadas como residuos tóxicos.

El deterioro pulmonar es causado por el Alquitrán ya que este obstruye los pulmones y al mismo tiempo afecta la respiración y del mismo modo, al igual que los otros componentes del cigarrillo, es el causante de la toxicidad, provocando una dependencia del tabaco y numerosas enfermedades.

Entre las principales sustancias que componen el alquitrán del tabaco o de los cigarrillos se encuentran:

- Los hidrocarburos aromáticos policíclicos
- Los aminos aromáticos (NH₂)
- Compuestos inorgánicos

MONÓXIDO DE CARBONO.

Este aparece después de una combustión incompleta de carbonos o productos que los contienen y es capaz de generar hipoxia debido a su alta afinidad con la hemoglobina formando carboxihemoglobina disminuyendo la cantidad de oxígeno que llega a los tejidos.

ENFERMEDADES ASOCIADAS AL CONSUMO DEL TABACO

DAÑO CARDIOVASCULAR

Los fumadores tienen mayor mortalidad que los no fumadores y mayor riesgo de sufrir eventos cardiovasculares, tales como infarto agudo del miocardio y muerte súbita, además de hipertensión arterial. El consumo de cigarro es la principal causa de vasculopatía (12)

CÁNCER

Entre el 75 y 80% de los cánceres está relacionado con la exposición a carcinógenos químicos, se han descrito más de 4000 sustancias químicas diferentes, como los hidrocarburos aromáticos policíclicos, nitrosaminas o aminas aromáticas y otras promotoras de carcinogénesis como los derivados del fenol.

El tabaco está asociado a cáncer de boca, faringe, laringe, esófago, estomago, páncreas, cuello uterino, riñón, uréter, vejiga, sistema sanguíneo y especialmente de pulmón. (13)

El cáncer de pulmón es el más frecuente relacionado con el tabaco, en varones el epidermoide es el más común, mientras que en las mujeres fumadoras el más frecuente es el de células pequeñas.

ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA.

El tabaquismo es la principal causa de esta patología, la prevalencia de esta enfermedad está entre el 2.5% y 3.5% de la población adulta y llega al 19% en mayores del 65 años. De los fumadores de más de 20 cigarros diarios/día y mayores de 40 años, 40-60% padece bronquitis crónica y el 15% llega a padecer enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

FUNCIÓN RENAL

El fumar se ha asociado con el predominio, el desarrollo, y la progresión de las enfermedades renales. Los varones fumadores tienen un riesgo triplicado de desarrollar deterioro de la función renal respecto a los no fumadores. La asociación es más potente en caso de personas fumadoras con hipertensión y niveles elevados de glucosa. (14)

ENFERMEDADES OCULARES

En fumadores existe más probabilidad de padecer degeneración macular, glaucoma y cataratas. Los efectos oxidantes y tóxicos del tabaco tienen un papel decisivo en el deterioro ocular. (15)

TABAQUISMO EN LA MUJER

A las mujeres fumadoras que usan anticonceptivos tienen mayor riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares que los no fumadores, en especial en mujeres mayores de 35 años, además embarazadas fumadoras corren mayor riesgo de tener muertes fetales, prematuros o recién nacidos con bajo peso. En relación con cáncer cervicouterino se considera un cofactor importante en el desarrollo de esta neoplasia. Además se ha asociado a osteoporosis y menopausia temprana (16)

ENFERMEDAD PERIODONTAL

Constituye una patología infecciosa que se produce como consecuencia del desequilibrio en relación entre el huésped y microorganismos. El papel bacteriano se ve favorecido por factores locales como anatomía dentaria, malposiciones dentarias. El hábito de fumar constituye otro factor de riesgo potencial en el desarrollo de esta entidad. Las bolsas periodontales de los fumadores conforman un medio más anaerobio que fomenta el crecimiento de especies patógenas gran negativas anaerobias de la placa subgingival. El tabaco incrementa la gravedad de esta patología, fenómeno que se hace clínicamente evidente a partir del consumo de diez cigarrillos diarios. Cada cigarrillo de más por día aumenta la recesión gingival, la profundidad de las bolsas, los niveles de inserción y la movilidad. Los individuos que consumen más de diez cigarrillos por día tienen de 5 a 7 veces más probabilidades de sufrir periodontitis grave en comparación con los no fumadores (17).

EPIDEMIOLOGÍA.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS); el uso mundial del tabaco ha alcanzado la proporción de una epidemia global con pocos signos de ser abatida. En 1998, se estimaba que el tabaco causaba 3.5 millones de muertes alrededor del mundo; es decir, 10 mil muertes diarias. Para 2004, la incidencia fue 5 millones de muertes por esta causa, 13 698 defunciones cada día.

Basadas en las tendencias actuales, las cifras aumentarán a diez millones de muertes anualmente entre el 2020 y 2030, de las cuales siete millones tendrán lugar en países en

desarrollo. Asimismo, los fumadores que comienzan a fumar en la adolescencia y siguen fumando regularmente, tienen 50% de probabilidades de morir a causa del tabaco, la mitad de éstos morirá antes de los setenta años, con una pérdida de 22 años de esperanza de vida normal (18).

Para el año 2020, la OMS estima que el tabaco causará más muertes alrededor del mundo que el VIH, la tuberculosis, la mortalidad materna, los accidentes de vehículos, el suicidio y el homicidio, combinados. En América Latina mueren más de 400 personas cada día por causa del tabaco. A la fecha, se estima que hay 150 mil muertes anuales en América Latina y el Caribe atribuidas al uso de este producto. Para el año 2020, el tabaco estará ocasionando el fallecimiento de 400 mil personas cada año.

CIFRAS DEL TABAQUISMO EN MÉXICO

- En México hay más de 16 millones de fumadores.
- Once millones de hombres y cinco millones de mujeres
- 48 millones de personas están expuestas de forma involuntaria al humo del cigarrillo (fumadores pasivos).
- Una persona muere cada diez minutos por enfermedades relacionadas con el tabaquismo.
- Seis personas cada hora.
- 165 diarios.
- 60 mil al año.
- 30 mil millones de pesos destina la SSA al año para atender enfermedades relacionadas con el tabaquismo.
- 40% de los hombres mexicanos son fumadores.
- 16% de las mujeres mexicanas son fumadoras.

Fuente SSA (19)

El IMSS, realizó en 1994 una encuesta nacional para indagar el consumo de tabaco en la población que atiende y halló una prevalencia global de fumadores de 28.6%, 40% en hombres y 16% en mujeres. (20)

INICIO DE TABAQUISMO

El hábito de fumar comienza, habitualmente, en la adolescencia, convirtiéndose en adictos en la edad adulta. Así pues, aunque dos tercios de los fumadores desearían dejar el tabaco, y cerca de un tercio realiza alguna tentativa de abandono del hábito cada año, sólo un 2% de los fumadores lo consiguen. El solo hecho de fumar cigarrillos se debe considerar como una prueba manifiesta de la adicción a la nicotina. Además de los factores neurobiológicos existen diversos factores de tipo sociocultural, personal y familiar que van a llevar a la prueba inicial del cigarrillo. (21)

Socioculturales

- Normas y valores de la familia y de los padres sobre fumar
- Aceptación social del consumo
- Disponibilidad
- Coste económico
- Publicidad y presión social al consumo
- Características sociodemográficas: sexo, edad, clase social, estudios, ocupación

Personales

- Inclínación hacia conductas problema
- Anticipación de la adultez
- Extraversión
- Creencias tabaco-salud
- Factores cognitivos y de expectativa ante los cigarrillos
- Carencia de estrategias adecuadas de afrontamiento ante el aburrimiento y el control del peso corporal

Familiares

- Clima familiar negativo: desorganización familiar y estrés, negatividad y rechazo, psicopatología del familiar.
- Conflicto familiar excesivo: abusos verbales y físicos, críticas al enfermo, hostilidad generalizada.
- Falta de comunicación adecuada entre miembros de la familia: incomunicación entre miembros familiares, falta de cohesión familiar, escasez de tareas

compartidas y de tiempo juntos, interacciones disfuncionales entre miembros de la familia.

- Estilos educativos inadecuados (por parte de los padres): ambigüedad en las normas familiares, exceso de protección, falta de reconocimiento y una organización familiar rígida.
- Uso de drogas y las actitudes favorables hacia estas por los familiares relevantes

Una vez que se ha producido la fase de adquisición del consumo de cigarrillos, en poco tiempo se va a pasar a su uso regular. Además de los mecanismos ya explicados del sistema biológico de recompensa, la fuerza de la dependencia viene dada, entre otros, por los siguientes elementos (22)

1) Refuerzo positivo: la nicotina potencia la capacidad de concentración, hace que mejore el sentido del humor y que disminuya el peso.

2) Rapidez del efecto: tras la inhalación del humo de un cigarrillo, la nicotina apenas tarda 10 segundos en llegar al cerebro, por lo que el efecto es casi instantáneo.

3) Control de la dosis: la forma de administración de la nicotina a través del cigarrillo hace posible un control de la dosis por parte del fumador.

4) Frecuencia de administración: es habitual una administración repetida de la nicotina (200 veces por día en un fumador de un paquete diario).

5) Automatización: debido a la alta frecuencia de administración, el hábito de fumar llega a convertirse en un acto automático

Prochazka y DiClemente establecieron las fases que la mayor parte de los fumadores atraviesan desde que se inician al consumo del tabaco hasta que lo abandonan (23).

Contemplación: se percibe que existe un problema y piensa seriamente en superarlo en un plazo de seis meses. El sujeto valora los pros y contras de mantenerse fumando y de tratar de dejarlo. En esta fase se encuentra el 30-40% de los fumadores. Con frecuencia esta etapa se hace crónica y el sujeto no se mueve hacia una acción significativa.

Preparación: el sujeto se encuentra preparado para hacer un intento de abstinencia completa en el plazo de un mes. En esta fase se encuentran el 10-15% de los fumadores.

Realizan pequeños cambios significativos como reducción del número de cigarrillos, retraso del primer cigarrillo.

Acción: el sujeto modifica sustancialmente su comportamiento consiguiendo la abstinencia completa en un periodo entre un día a seis meses.

Mantenimiento: el sujeto trabaja por evitar la recaída, después de los seis meses de abstinencia. No debe ser considerada una etapa pasiva. El sujeto debe consolidar los resultados y evitar activamente experimentar o considerar el consumo esporádico de cigarrillos ante el riesgo de una recaída. La recaída forma parte del proceso y puede ocurrir incluso años después del cese de fumar.

La mayoría de los individuos no cambia un comportamiento crónico como el tabaquismo de forma lineal, sino más bien siguiendo un patrón cíclico con frecuentes recaídas que son la regla más que una excepción. Después de una recaída, en el 85% de los casos vuelven a la fase de contemplación y se preparan para un intento futuro, aprendiendo de la experiencia pasada. Los que dejan definitivamente de fumar lo hacen después de tres intentos de promedio.

ORIENTACIÓN MÉDICA

El médico desempeña un papel relevante en la promoción de prácticas saludables que eleven la calidad de vida de nuestra población. La orientación médica no sólo estimula a los pacientes para que dejen de fumar, además tiene un impacto importante sobre la sociedad en general.

Según diversos estudios, el consejo médico es un factor muy importante para el abandono del tabaquismo. Se ha observado un índice de abstinencia de 17% en un año y hasta de 27% cuando el médico brinda tratamiento al fumador. Publicaciones recientes han demostrado que 60% a 70% de fumadores quiere dejar de serlo y 70% a 90% de éstos consideran que el consejo médico sería un factor importante para tomar tal decisión. Un gran número de fumadores dejaría de serlo si su médico le advirtiera sobre los riesgos que implica el tabaquismo

Las acciones de intervención de los médicos familiares; son fundamentales para reducir la morbi-mortalidad producida por el tabaquismo. Muchos de estos fallecimientos se podrían evitar con sólo algunos minutos que el médico dedicara al paciente para recomendarle que deje de fumar o bien para prevenir el consumo del tabaco, asimismo la

efectividad de este primer acercamiento se incrementaría si el médico brindara tratamiento y seguimiento a esta enfermedad.

El primer elemento a tomar en cuenta para lograr abstinencia es la motivación del fumador. Esta es una condición fundamental para iniciar cualquier tipo de tratamiento. Los pacientes tratados y no suficientemente motivados, pueden terminar en recaídas fácilmente.

El médico debe evaluar esta motivación y ayudar a desarrollarla cuando no está presente. Es necesario hablar con el paciente sobre los beneficios de la cesación del consumo de tabaco, tomando en cuenta los factores individuales que motivarían el abandono.

Es importante diferenciar el consumo de cigarros ocasional de la dependencia a la nicotina ya que en esta última existen síntomas de abstinencia con la reducción del consumo de cigarros y tienen mucha dificultad para abandonar el consumo de tabaco. El primer criterio de dependencia a la nicotina es el consumo de cigarro, al menos, todos los días durante un mes. Se acepta que el número de cigarros diario es el mejor predictor de dependencia a la nicotina. (24)

El test de Fagerström es el instrumento más útil, de los que se dispone en el momento actual, para medir el grado de dependencia física que los fumadores tienen por la nicotina. Se trata de un test de seis preguntas con respuestas múltiples. Dependiendo de la respuesta que cada fumador dé a cada una de las preguntas se obtiene una determinada puntuación. Al sumar los puntos ganados en cada una de las preguntas se obtiene una puntuación total que oscila entre 0 y 10 puntos. Si el sujeto tiene entre 0 y 3 puntos se dice que su grado de dependencia es leve, si tiene entre 4 y 6 su grado es moderado y si tiene 7 o más su grado es grave (25)

El conocimiento de los resultados del test de Fagerström servirá para conocer el grado de dependencia que el fumador tiene por la nicotina (25). Se ha demostrado que los fumadores con más alta puntuación en el test necesitan tratamiento farmacológico para dejar de fumar e incluso se sabe que, dependiendo de cuál sea la puntuación, se debe recomendar uno u otro tipo de fármaco para el abandono.

En resumen, el conocimiento de la puntuación del test de Fagerström sirve para determinar el grado de dependencia, para indicar el mejor tipo de tratamiento farmacológico a realizar y para valorar el riesgo de desarrollar un determinado tipo de trastorno o enfermedad por parte de ese fumador.

El médico familiar sensibilizado y capacitado puede asumir el diagnóstico y afrontar el abordaje terapéutico de muchos fumadores. En unas ocasiones será suficiente con dar un consejo de abandono, en otras realizar una intervención mínima y en algunas una

intervención intensiva. Por último, en casos complicados será aconsejable canalizar al paciente a las clínicas contra el tabaquismo. Para ayudar a estos pacientes el IMSS cuenta con la clínica de atención al fumador cuyo objetivo es rehabilitar a las personas con adicción la cual da tratamiento fisiológico con el fin de contrarrestar los efectos de la nicotina y psicológico con el fin de ajustar la conducta de la persona y modificar los patrones mentales que condicionan al hábito del tabaquismo dicho programa consta de 9 sesiones en las que se imparten pláticas sobre las consecuencias que tiene el tabaquismo en la salud, así como diversas técnicas para evitar recaídas y apoyo multidisciplinario.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El tabaquismo se origina como un comportamiento social que resulta de la interacción de múltiples factores psicológicos, y biológicos. El hábito de fumar representa en la actualidad una seria preocupación para las autoridades de la salud a nivel mundial, estudios epidemiológicos han observado la relación causa efecto entre el fumar y la aparición de diversas enfermedades además de ser considerada la primera causa de muerte por cáncer prevenible; por lo que es necesario que durante el ejercicio diario de su profesión el médico familiar indague acerca de este hábito entre sus pacientes para conocer su dependencia ya que está es la que más determina sus posibilidades de abandonar el consumo de tabaco; así mismo conocer la motivación del paciente para dejar de fumar con el fin de brindar una consejería que permita al paciente modificar su estilo de vida por lo anterior podemos plantear el siguiente problema.

¿Cuál es el grado de dependencia física a la nicotina, en fumadores de 20-59 años de la Unidad de Medicina Familiar Número 33?

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio se llevó a cabo en la Unidad de Medicina Familiar No. 33 “El Rosario” del IMSS, del Distrito Federal, que se encuentra en la delegación Azcapotzalco, en el servicio de consulta externa, con el objetivo de determinar el grado de dependencia física a la nicotina en los fumadores de 20-59 años de la Unidad de Medicina Familiar Número 33

Se realizó un estudio de tipo prolectivo, transversal y descriptivo, por medio de muestreo no probabilístico por conveniencia, calculando un tamaño de muestra de 377 pacientes, con un nivel de confianza del 95% y una precisión del 5%. En el estudio participaron pacientes que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: Edad 20-59 años, ambos géneros, derechohabientes adscritos UMF No. 33, fumadores sin importar el tiempo de adicción, ni el número de cigarrillos y que aceptaran participar en el estudio.

Previo consentimiento informado, se les aplicó el cuestionario de Fagerström el cual consta de 6 preguntas para medir el grado de dependencia física a la nicotina y un cuestionario creado ex profeso de 7 preguntas para determinar variables sociodemográficas como grupo de edad, sexo, escolaridad y ocupación; así mismo se pregunta sobre motivación para abandonar el hábito del tabaco y la orientación otorgada por el médico familiar.

Para realizar el análisis de datos se concentraron en una tabla de Excel para su ordenación, se obtuvieron frecuencias y porcentajes, finalmente se elaboraron gráficas y tablas para la presentación de los resultados.

La presente investigación se realizó tomando en cuenta los lineamientos y aspectos éticos que norman la investigación a nivel internacional, nacional e institucional.

RESULTADOS

De los 377 pacientes fumadores de la UMF No. 33 que participaron en el estudio se obtuvieron los siguientes resultados:

El grado de dependencia que presentaron los pacientes fue leve en 209 casos (55%), moderado 132 (35%) y grave en 36 (10%). (Tabla y Gráfica 1)

Del total de pacientes entrevistados se encontró que 296 pertenecían al sexo masculino y 83 al sexo femenino con un porcentaje del 78 y 22% respectivamente. (Tabla y Gráfica 2).

Según grupo de edad se presentó la siguiente frecuencia de 20 a 28 años 109 pacientes (29%), de 29 a 38 años 116 (31%), de 39 a 48 años 96 (25%) y de 49 a 59 años 56 pacientes (15%). (Tabla y Gráfica 3)

El grado de escolaridad con la que cuentan los encuestados fue: sin escolaridad 4 pacientes (1%), primaria 22 (6%), secundaria 219 (58%), medio superior 87 (23%), superior 43 (11%) y postgrado 2 pacientes (1%). (Tabla y Gráfica 4)

La ocupación de los fumadores fue: obrero 170 pacientes (45%), campesino ningún paciente (0%), empleado 98 (26%), profesionista 40 (11%), comerciante 65 (17%) y otra ocupación 4 pacientes (1%). (Tabla y Gráfica 5)

En cuanto a la motivación 286 pacientes contestaron que se sentían motivados para abandonar el tabaco (76%) y 91 respondieron no sentirse motivados (24%). (Tabla y Gráfica 6). En cuanto a la pregunta sobre si su médico familiar les había mencionado los beneficios de dejar de fumar solo 94 respondieron afirmativamente (25%) mientras que el 75% respondió negativamente con un total de 283 pacientes. (Tabla y gráfica 7)

Un total de 37 pacientes contestaron que fueron enviados a trabajo social para recibir pláticas de adicciones (10%) mientras que 340 contestaron que no fueron enviados (90%). (Tabla y Gráfica 8)

La dependencia leve se presentó en el sexo femenino en 53 pacientes (14%), moderado 26 (7%) y grave 4 (1%); mientras que del sexo masculino hubo 156 pacientes con adicción leve (41%), moderado 106 (28%) y grave 32 (8%). (Tabla y Gráfica 9).

El tabaquismo leve estuvo presente en el grupo de 20-28 años en 64 pacientes (17%), de 29 -38 años 76 pacientes (20%), de 39-48 años 43 (11%) y de 49 a 59 años 26 (7%); en el caso del tabaquismo moderado se encontraron 35 pacientes en el grupo de 20-28 años

(9%), 29-38 años 36 (10%), de 39-48 años 43 pacientes (11%) y en el grupo de 49-59 años 18 (5%). La frecuencia del tabaquismo grave fue en el grupo de 20-28 años 10 con un 3%, de 29-38 años 4 (1%), de 39-48 años 10 (3%) y de 49-59 años 12 pacientes (13%). (Tabla y Gráfica 10)

La escolaridad en el tabaquismo leve presentó las siguientes frecuencias sin escolaridad 2 (1%), primaria 16 (4%), secundaria 134 (36%), medio superior 40 (11%), superior 17 (5%) y postgrado ningún paciente. En el caso del tabaquismo moderado las cifras fueron sin escolaridad 1 (0%), primaria 5 (1%), secundaria 65 (17%), medio superior 35 (9%), superior 25 (7%) y postgrado 1. En tanto que en el tabaquismo grave se presentaron las frecuencias de la siguiente forma: sin escolaridad y primaria 1 paciente en ambos casos, secundaria 20 (5%), medio superior 12 (3%) superior y postgrado con 1 paciente cada uno. (Tabla y Gráfica 11)

La ocupación de obrero presentó para la adicción leve 95 casos (25%), moderado 60 (16%) y grave 15 (4%), no se encontraron pacientes dedicados al campo; la ocupación de empleado obtuvo 52 pacientes (14%) con adicción leve, 39 moderada (10%) y grave 7 (2%); profesionistas 22 con adicción leve (6%), 11 adicción moderada (3%) y 7 grave (2%), mientras que comerciantes se encontraron 38 con adicción leve (10%), 21 moderada (6%) y 6 grave (2%) y otra ocupación con tabaquismo leve se presentó en 2 pacientes (1%), moderada y grave con un paciente cada uno. (Tabla y Gráfica 12)

En cuanto a motivación se encontró que los que respondieron positivamente a esta pregunta tenían un grado de adicción leve 157 pacientes (42%), moderado 105 (28%) y grave 24 (6%). Mientras tanto los pacientes que manifestaron no estar motivados para abandonar el hábito representaron un total de 52 para adicción leve (14%), 27 para moderado (7%) y grave en 12 casos (3%). (Tabla y Gráfica 13)

Respecto a la pregunta si habían recibido información sobre los beneficios de dejar de fumar se encontró una respuesta afirmativa en 54 pacientes con adicción leve (14%), 34 en moderado (9%) y grave 6 pacientes (2%). Mientras que en una respuesta negativa en 155 individuos con tabaquismo leve (41%), 98 moderada (26%) y grave 30 con un porcentaje del 8%. (Tabla y Gráfica 14)

El envío a trabajo social para recibir pláticas sobre adicciones se dio en 18 pacientes con adicción leve (5%), moderado en 13 individuos (3%) y grave en 6 con un 2%. Mientras que los pacientes no enviados tuvieron una frecuencia de 191 con tabaquismo leve (51%), moderado 119 (32%) y 30 en la forma grave (8%). (Tabla y Gráfica 15)

TABLAS Y GRÁFICAS

Tabla 1

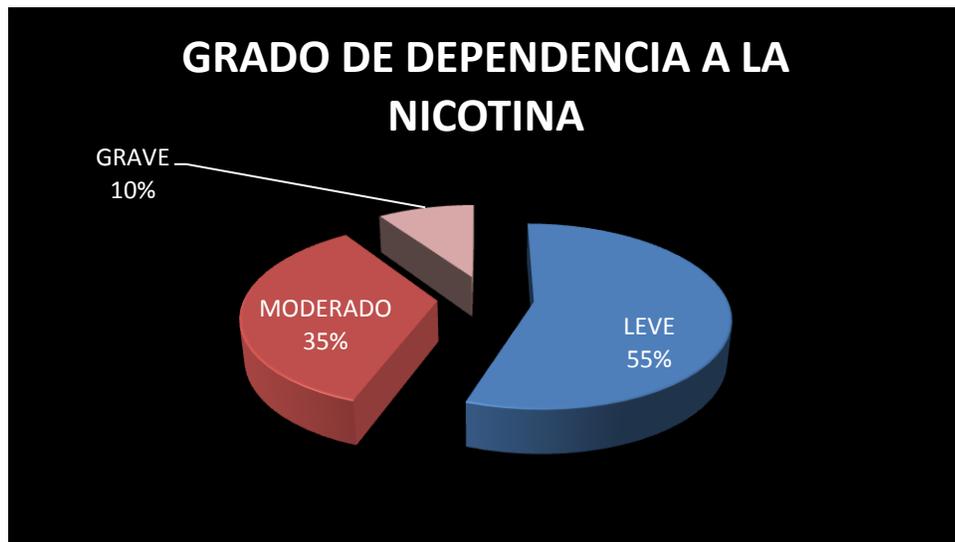
Distribución de los pacientes según grado de dependencia

GRADO DE DEPENDENCIA A LA NICOTINA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
LEVE	209	55
MODERADO	132	35
GRAVE	36	10
TOTAL	377	100

FUENTE: ENCUESTA DE VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS Y TEST DE FAGERSTRÖM

Gráfica 1

Distribución según grado de dependencia



FUENTE: ENCUESTA DE VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS Y TEST DE FAGERSTRÖM

Tabla 2

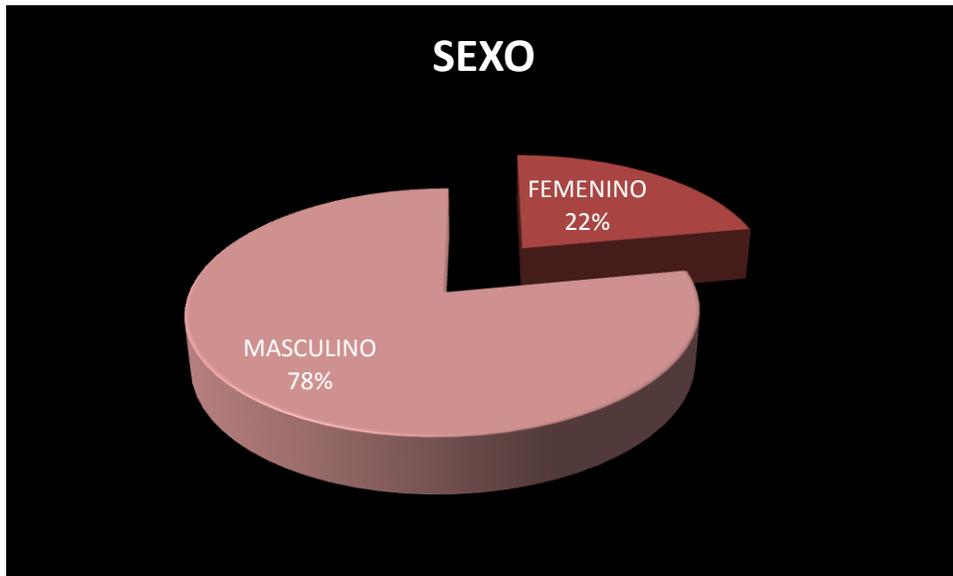
Distribución según sexo

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FEMENINO	83	22
MASCULINO	294	78
TOTAL	377	100

FUENTE: ENCUESTA DE VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS Y TEST DE FAGERSTRÖM

Gráfica 2

Distribución según sexo



FUENTE: ENCUESTA DE VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS Y TEST DE FAGERSTRÖM

Tabla 3

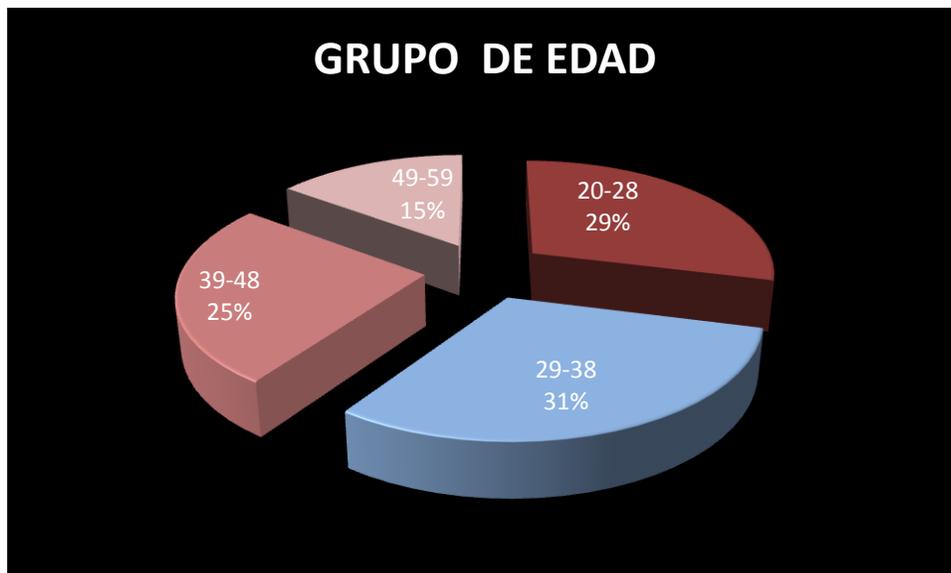
Distribución según grupo de edad

GRUPO DE EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
20-28	109	29
29-38	116	31
39-48	96	25
49-59	56	15
TOTAL	377	100

FUENTE: ENCUESTA DE VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS Y TEST DE FAGERSTRÖM

Gráfica 3

Distribución según grupo de edad



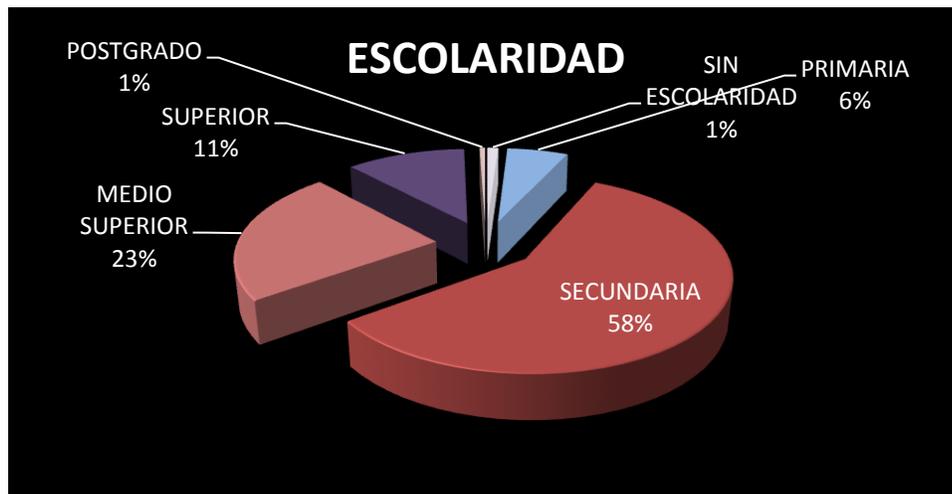
FUENTE: ENCUESTA DE VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS Y TEST DE FAGERSTRÖM

Tabla 4
Distribución según escolaridad

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIN ESCOLARIDAD	4	1
PRIMARIA	22	6
SECUNDARIA	219	58
MEDIO SUPERIOR	87	23
SUPERIOR	43	11
POSTGRADO	2	1
TOTAL	377	100

FUENTE: ENCUESTA DE VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS Y TEST DE FAGERSTRÖM

Gráfica 4
Distribución según escolaridad



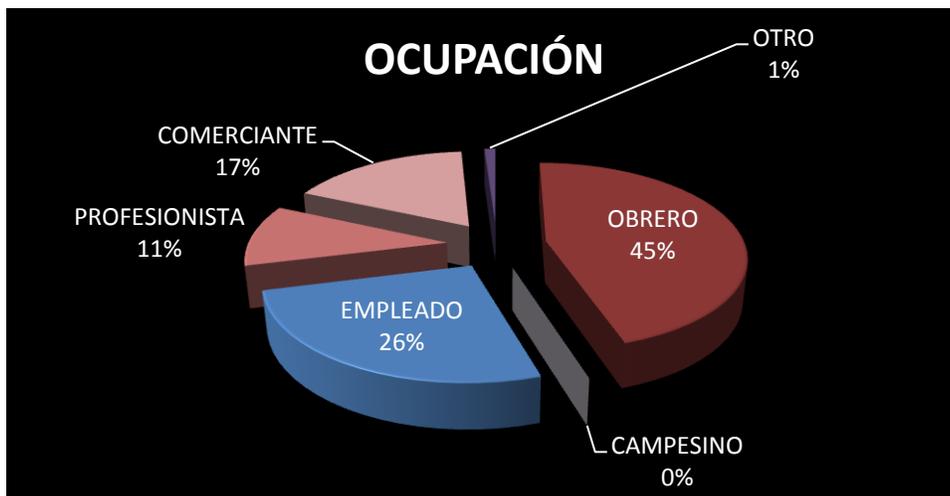
FUENTE: ENCUESTA DE VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS Y TEST DE FAGERSTRÖM

Tabla 5
Distribución según ocupación

OCUPACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
OBRERO	170	45
CAMPESINO	0	0
EMPLEADO	98	26
PROFESIONISTA	40	11
COMERCIANTE	65	17
OTRO	4	1
TOTAL	377	100

FUENTE: ENCUESTA DE VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS Y TEST DE FAGERSTRÖM

Gráfica 5
Distribución según ocupación



FUENTE: ENCUESTA DE VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS Y TEST DE FAGERSTRÖM

Tabla 6
Distribución según motivación

MOTIVACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	286	76
NO	91	24
TOTAL	377	100

FUENTE: ENCUESTA DE VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS Y TEST DE FAGERSTRÖM

Gráfica 6
Distribución según motivación



FUENTE: ENCUESTA DE VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS Y TEST DE FAGERSTRÖM

Tabla 7

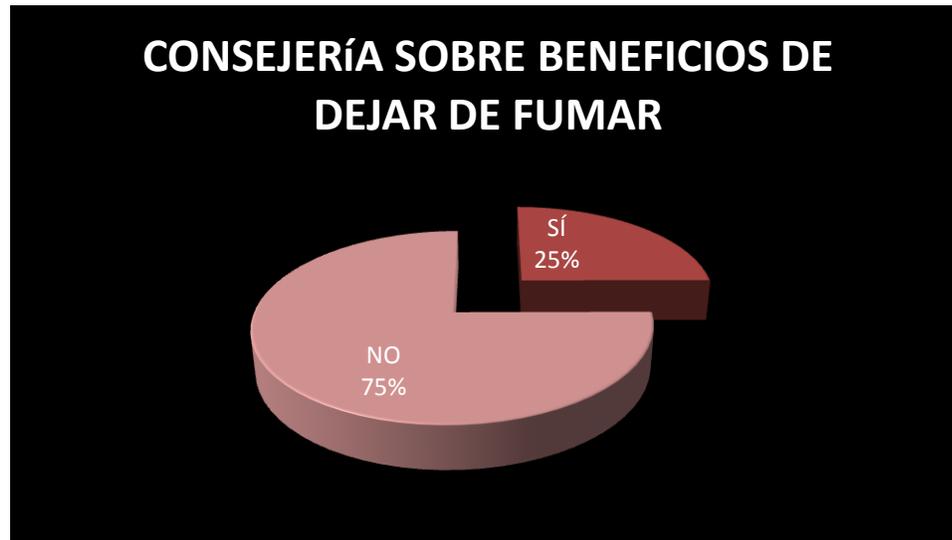
Distribución de los pacientes según consejería sobre beneficios de dejar de fumar

CONSEJERIA SOBRE BENEFICIOS DE DEJAR DE FUMAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	94	25
NO	283	75
TOTAL	377	100

FUENTE: ENCUESTA DE VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS Y TEST DE FAGERSTRÖM

Gráfica 7

Distribución de los pacientes según consejería sobre beneficios de dejar de fumar



FUENTE: ENCUESTA DE VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS Y TEST DE FAGERSTRÖM

Tabla 8

Distribución de los pacientes enviados pláticas sobre adicciones

ENVÍO A TRABAJO SOCIAL A PLÁTICAS DE ADICCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	37	10
NO	340	90
TOTAL	377	100

FUENTE: ENCUESTA DE VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS Y TEST DE FAGERSTRÖM

Gráfica 8

Distribución de los pacientes enviados pláticas sobre adicciones



FUENTE: ENCUESTA DE VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS Y TEST DE FAGERSTRÖM

Tabla 9

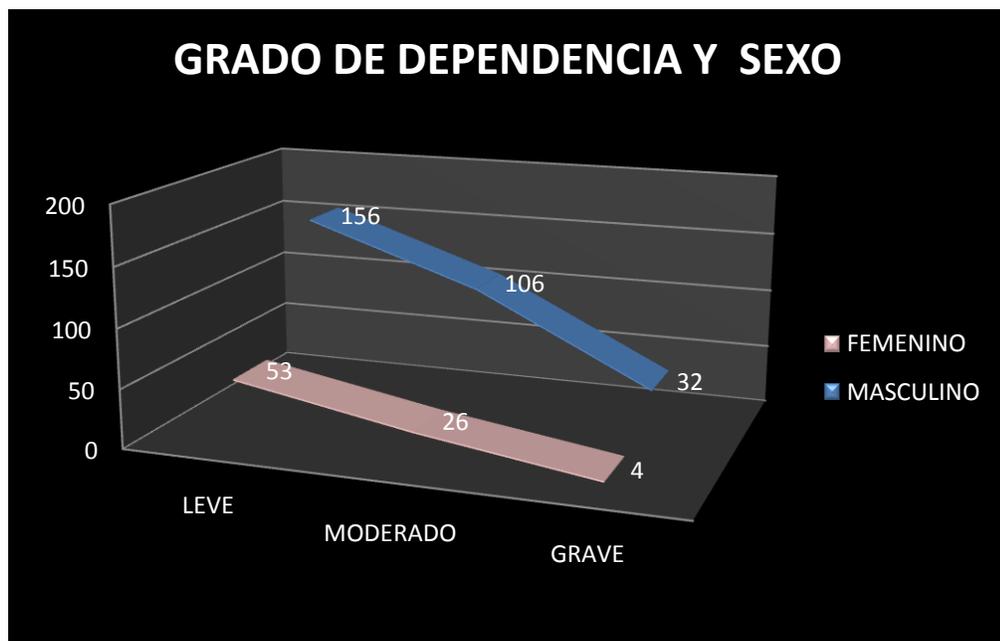
Distribución de los pacientes según grado de dependencia y sexo

SEXO	LEVE	%	MODERADO	%	GRAVE	%	TOTAL	%
FEMENINO	53	14	26	7	4	1	83	22
MASCULINO	156	41	106	28	32	8	294	78
TOTAL	209	55	132	35	36	10	377	100

FUENTE: ENCUESTA DE VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS Y TEST DE FAGERSTRÖM

Gráfica 9

Distribución de los pacientes según grado de dependencia y sexo



FUENTE: ENCUESTA DE VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS Y TEST DE FAGERSTRÖM

Tabla 10

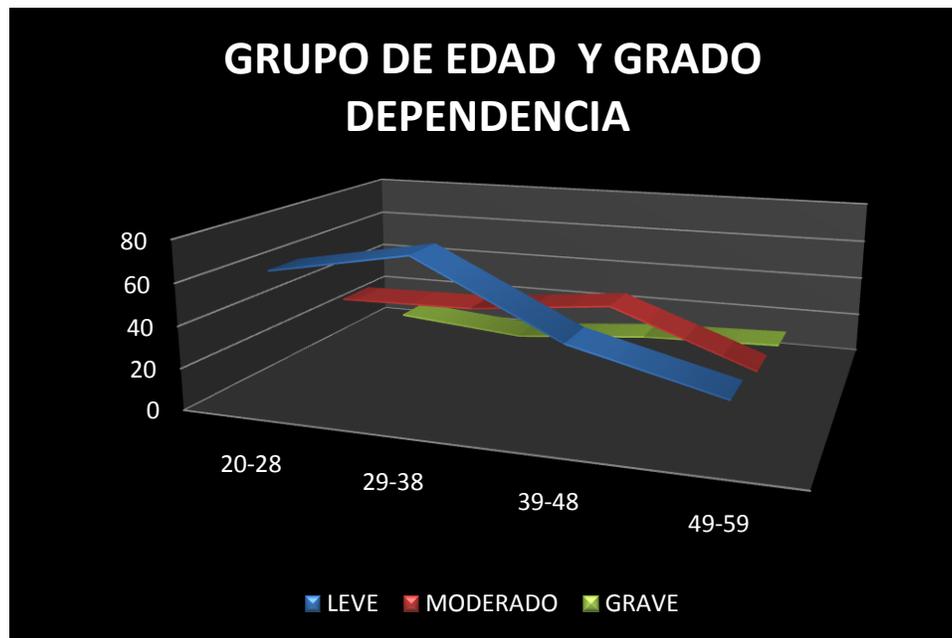
Distribución de los pacientes según grupo de edad y grado de dependencia

GRUPO DE EDAD	LEVE	%	MODERADO	%	GRAVE	%	TOTAL	%
20-28	64	17	35	9	10	3	109	29
29-38	76	20	36	10	4	1	116	31
39-48	43	11	43	11	10	3	96	25
49-59	26	7	18	5	12	3	56	15
TOTAL	209	55	132	35	36	10	377	100

FUENTE: ENCUESTA DE VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS Y TEST DE FAGERSTRÖM

Gráfica 10

Distribución de los pacientes según grupo de edad y grado de dependencia



FUENTE: ENCUESTA DE VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS Y TEST DE FAGERSTRÖM

Tabla 11

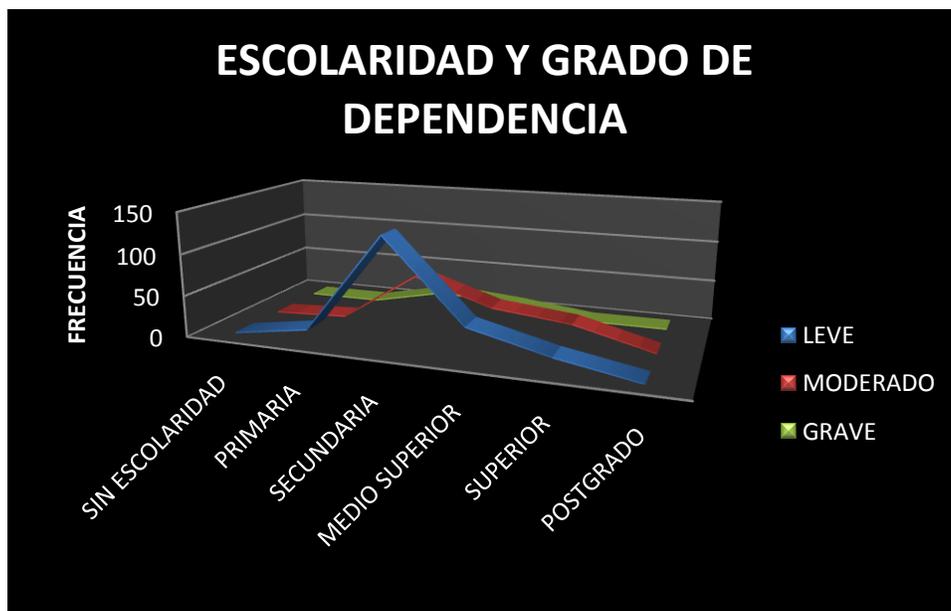
Distribución de los pacientes según escolaridad y grado de dependencia

ESCOLARIDAD	LEVE	%	MODERADO	%	GRAVE	%	TOTAL	%
SIN ESCOLARIDAD	2	1	1	0	1	0	4	1
PRIMARIA	16	4	5	1	1	0	22	6
SECUNDARIA	134	36	65	17	20	5	219	58
MEDIO SUPERIOR	40	11	35	9	12	3	87	23
SUPERIOR	17	5	25	7	1	0	43	11
POSTGRADO	0	0	1	0	1	0	2	1
TOTAL	209	55	132	35	36	10	377	100

FUENTE: ENCUESTA DE VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS Y TEST DE FAGERSTRÖM

Gráfica 11

Distribución de los pacientes según escolaridad y grado de dependencia



FUENTE: ENCUESTA DE VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS Y TEST DE FAGERSTRÖM

Tabla 12

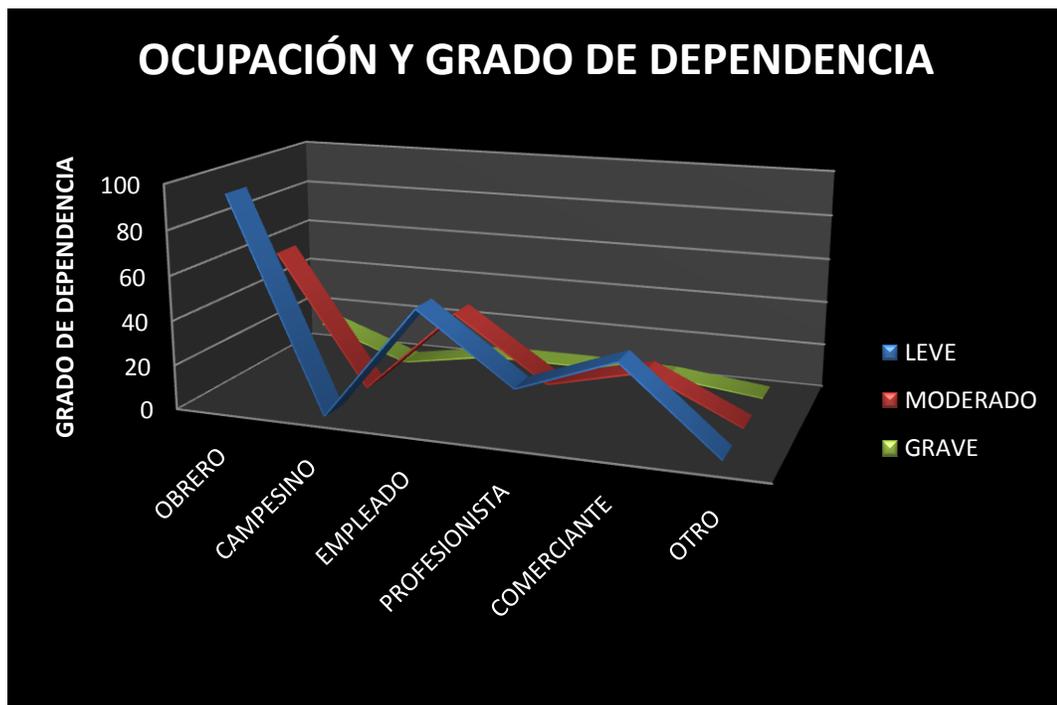
Distribución de los pacientes según ocupación y grado de dependencia

OCUPACIÓN	LEVE	%	MODERADO	%	GRAVE	%	TOTAL	%
OBRERO	95	25	60	16	15	4	170	45
CAMPESINO	0	0	0	0	0	0	0	0
EMPLEADO	52	14	39	10	7	2	98	26
PROFESIONISTA	22	6	11	3	7	2	40	11
COMERCIANTE	38	10	21	6	6	2	65	17
OTRO	2	1	1	0	1	0	4	1
TOTAL	209	55	132	35	36	10	377	100

FUENTE: ENCUESTA DE VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS Y TEST DE FAGERSTRÖM

Gráfica 12

Distribución de los pacientes según ocupación y grado de dependencia



FUENTE: ENCUESTA DE VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS Y TEST DE FAGERSTRÖM

Tabla 13

Distribución de los pacientes según grado de dependencia y motivación

MOTIVACIÓN	LEVE	%	MODERADO	%	GRAVE	%	TOTAL	%
SÍ	157	42	105	28	24	6	286	76
NO	52	14	27	7	12	3	91	24
TOTAL	209	55	132	35	36	10	377	100

FUENTE: ENCUESTA DE VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS Y TEST DE FAGERSTRÖM

Gráfica 13

Distribución de los pacientes según grado de dependencia y motivación



FUENTE: ENCUESTA DE VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS Y TEST DE FAGERSTRÖM

Tabla 14

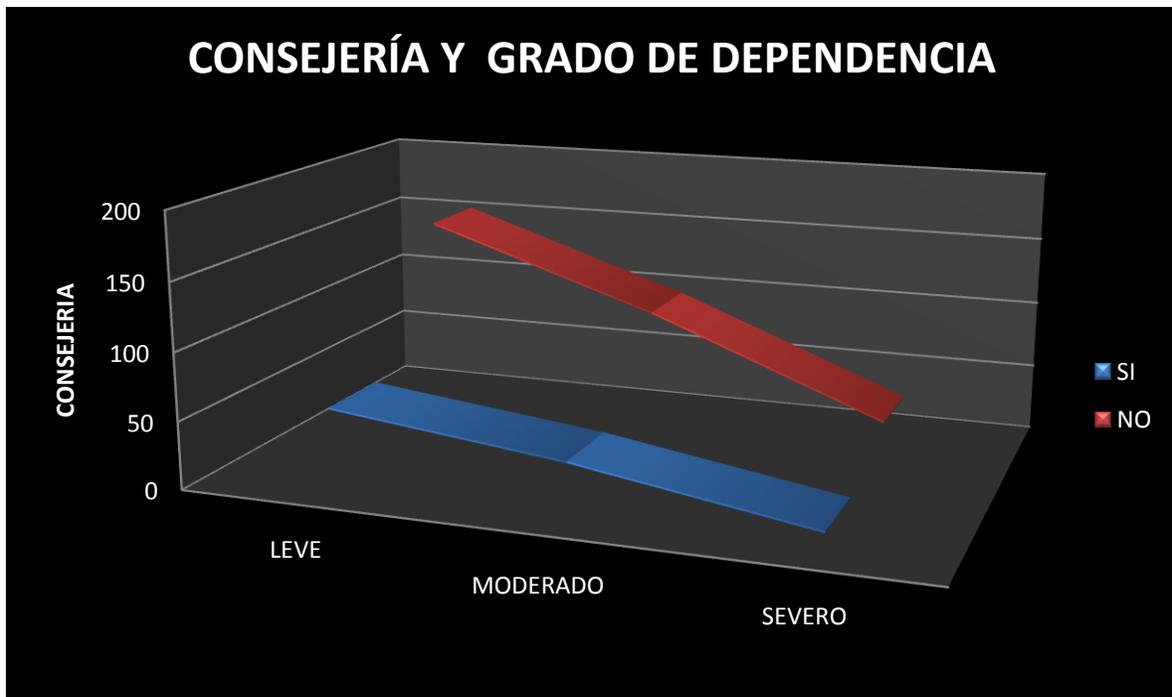
Distribución de los pacientes según consejería sobre beneficios de dejar de fumar y grado de dependencia

CONSEJERIA SOBRE BENEFICIOS DE DEJAR DE FUMAR	LEVE	%	MODERADO	%	GRAVE	%	TOTAL	%
SÍ	54	14	34	9	6	2	94	25
NO	155	41	98	26	30	8	283	75
TOTAL	209	55	132	35	36	10	377	100

FUENTE: ENCUESTA DE VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS Y TEST DE FAGERSTRÖM

Gráfica 14

Distribución de los pacientes según consejería sobre beneficios de dejar de fumar y grado de dependencia



FUENTE: ENCUESTA DE VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS Y TEST DE FAGERSTRÖM

Tabla 15

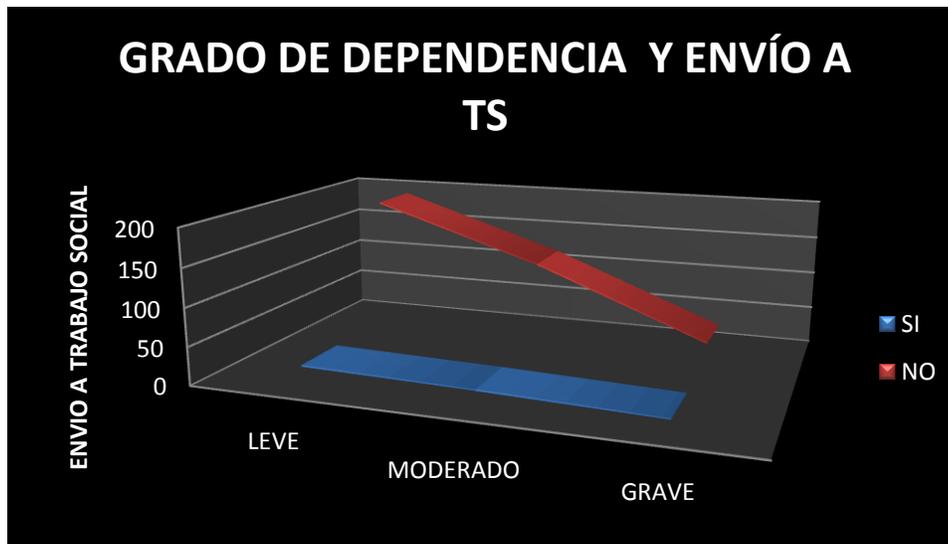
Distribución de los pacientes según grado de dependencia y envío a trabajo social a pláticas de adicciones

ENVIO A TS A PLATICAS DE ADICCIONES	LEVE	%	MODERADO	%	GRAVE	%	TOTAL	%
SÍ	18	5	13	3	6	2	37	10
NO	191	51	119	32	30	8	340	90
TOTAL	209	55	132	35	36	10	377	100

FUENTE: ENCUESTA DE VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS Y TEST DE FAGERSTRÖM

Gráfica 15

Distribución de los pacientes según grado de dependencia y envío a trabajo social a pláticas de adicciones



FUENTE: ENCUESTA DE VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS Y TEST DE FAGERSTRÖM

DISCUSIÓN

En el presente estudio se evaluó el grado de dependencia física a la nicotina en fumadores de 20-59 años de la unidad de Medicina Familiar Número 33 utilizando el test de Fagerström así mismo se analizaron las variables sociodemográficas, motivación y la consejería por parte del equipo de salud a través de un cuestionario diseñado ex profeso para este fin.

En el presente estudio se encontró que el 55% de los fumadores contaban con grado de dependencia a la nicotina leve seguido del la dependencia moderada con un 35% y grave en el 10% lo cual coincide con un estudio realizado por Landea y Pozzi (26) en donde se estudio prevalencia, dependencia y motivación para dejar de fumar encontrándose dependencia leve en el 58% de los encuestados seguidos de la dependencia moderada y grave con el 33 y 8% respectivamente.

Se encontró que el 78% de los fumadores son del sexo masculino y el 22% femenino lo cual concuerda con las cifras proporcionadas por la encuesta nacional de adicciones 2002 (27) en donde el sexo masculino tiene un porcentaje mayor que el femenino entre el grupo de edad de 18-65 años.

En cuanto a grupo de edad el 29% correspondió al grupo de 20-28 años y del 31% para el grupo de 29-38 años con una disminución de este porcentaje para los grupos de mayor edad, en la encuesta nacional de adicciones 2002 se encontró también que a mayor edad menor número de fumadores (27)

En nuestro estudio la mayor frecuencia de fumadores presentó un nivel de educación de secundaria, seguida del nivel medio superior y superior; mientras en la encuesta nacional de adicciones 2002 se observó que la población fumadora tenía un nivel de educación de medio superior, superior y posgrado respectivamente. (27)

En un estudio realizado por Landea y Pozzi (26) en donde se estudio la motivación para abandonar el hábito de fumar encontró que 30% de fumadores eran del sexo femenino y 31.9% del masculino, los cuales presentaban un grado de dependencia de moderado a grave; en nuestro estudio se encontró que el 76% de los encuestados presentaban estar motivados para dejar de fumar, y a diferencia de lo encontrado por Landea y Pozzi cuentan con un grado de dependencia leve, no se cuestionaron los motivos para dejar el hábito de fumar, sin embargo en un estudio realizado por Nerín y Crucelaegui (28) se encontraron como causas: prevención de enfermedades, conciencia en cuanto a dependencia y ejemplo para los hijos.

Respecto a la consejería dada por el médico familiar se encontró que el 75% nunca había recibido ningún tipo de información de parte del médico sobre los beneficios de abandonar el tabaco, en la literatura médica encontramos en un estudio realizado por Carrión Valero (29) un porcentaje del 57.4 % de los fumadores que no había recibido un consejo antitabaco. En otro estudio realizado por Torrecilla y Barrueco (30) demostró que los fumadores que recibían consejo antitabaco toman la decisión de dejar de fumar tras una recomendación del médico, en ese mismo estudio se encontró que los mayores de 50 años eran los que mejores resultados presentaron, en contra parte los jóvenes tuvieron peores resultados; en cuanto a su grado de dependencia los que respondieron mejor al consejo eran los que presentaron dependencia moderada a grave a diferencia de los que tenían dependencia leve ya que estos últimos no reconocían su adicción.

CONCLUSIONES

En este estudio en el cual el objetivo era determinar el grado de dependencia física a la nicotina de los fumadores de 20 a 59 años de la UMF No. 33 se encontró que la dependencia leve fue la más frecuente con un 55% seguida de la dependencia moderada y grave. Siendo más frecuente en el sexo masculino; el grupo de edad más afectado fue el comprendido entre los 29 y 38 años, el grado escolar que presentó mayor frecuencia fue secundaria, seguido de medio superior y superior; así mismo se encontró que un 76% manifestó sentirse motivado para abandonar el hábito tabáquico; por otra parte solo un porcentaje bajo de pacientes recibió algún tipo de información de su médico familiar sobre los beneficios de dejar de fumar o que hubiese sido enviado a pláticas sobre adicciones.

La dependencia leve encontrada en nuestra población fumadora es favorable ya que un porcentaje importante de pacientes podría abandonar el hábito con una mínima intervención de parte del médico; lo preocupante es la poca consejería otorgada por el equipo de salud en la unidad. Con el conocimiento del grado de adicción y teniendo en cuenta la motivación existente en nuestra población es necesario realizar estrategias de intervención que permitan disminuir el tabaquismo con el fin de reducir la mortalidad secundaria a esta adicción.

La atención médica de primer nivel ofrece un marco idóneo para realizar consejería antitabaco; ya que el médico familiar es el profesional de la salud que tiene más contacto con personas fumadoras sanas o enfermas y es el que más inmediatamente puede colaborar en la educación para la salud, una buena relación médico paciente puede facilitar el abordaje de los fumadores y su seguimiento en el proceso de abandono del tabaco con muy buenos resultados según lo ya comprobado en algunos estudios de allí su importancia; teniendo en cuenta factores como la motivación, la voluntad para abandonar el cigarro y el entorno familiar que forman parte de nuestra labor como médicos familiares todo con el fin de lograr el bienestar de nuestro paciente y su familia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) The New Encyclopedia Britannica. 15a ed. Encyclopaedia Britannica Inc. Chicago, Ill 1987: Micropaedia t 11; 812.
- (2) Tapia R, Kuri P, Hoy J. Panorama epidemiológico del tabaquismo en México. Salud Pública. Mex.2001;43(5):478-483.
- (3) Shytle RD, Silver AA, Sanberg PR. Nicotine, tobacco and addiction. Nature 1996; 384(6604):18-19.
- (4) Balfour DJ, Benwell ME, Birrell CE, Kelly RJ, Al Aloul M. Sensitization of the mesoaccumbens dopamine response to nicotine. Pharmacol Biochem Behav 1998; 59(4):1021-1030.
- (5) Marks MJ, Stitzel JA, Romm E, WehnerJM, Collins AC. Nicotinic binding sites in rat and mouse brain: comparison of acetylcholine, nicotine, and alpha-bungarotoxin. Mol Pharmacol 1986; 30(5):427-436.
- (6) Dani JA, Radcliffe KA, Pidoplichko VI. Variations in desensitization of nicotinic acetylcholine receptors from hippocampus and midbrain dopamine areas. Eur J Pharmacol 2000; 393(1- 3):31-38.
- (7) Dani JA, Ji D, Zhou FM. Synaptic plasticity and nicotine addiction. Neuron 2001; 31(3):349- 352.
- (8) Williams JS. The neurobehavioral legacy of prenatal tobacco exposure. NIDA Notes 18[6], 8. 2003.
- (9) American Psychiatric Association. DSM-IV-TR: Criterios diagnósticos. Barcelona: Masson, 2003.
- (10) Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento CIE- 10. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2000.
- (11) Leshner AI. Understanding and treating drug abuse and addiction. Bus Health 2001; 19(7):23, 27-23, 30.
- (12) Doner T, Rieder A. Risk management of coronary heart disease-prevention. Wien Med Wochenschr. 2004;154(11-12):257-265
- (13) Tabaco. riesgos para la salud. Disponible en URL: <http://www.netdoctor.es/html/00417.html>
- (14) Briganti EM, Branley P, Chadband SJ, et al. Smoking is associated with renal impairment and proteinuria in the normal population. The ausdiab kidney study. Am J Kidney Disease.2002;40 (4):25-31
- (15) Grus FH, Sabuncuo P, Augustin A. Effect of smoking on tear proteins. Graefe's Arch clin Experim ophthalmol. 2000:240

- (16) De la rosa L, Montero M. Tabaquismo en la mujer. Consideraciones especiales. Trastornos adictivos. 2004;6(2):113-24
- (17) Fernández E, Tortolini P. El hábito de fumar y los tejidos periodontales. Revista de la Asociación odontológica Argentina. 2003; 91 (1): 18-22
- (18) OMS -World Health Organization-. La epidemia de tabaquismo. WHO. 2004.
- (19) Revista Vértigo. El tabaco mata. 1 junio 2008 pp. 56-51
- (20) Reynales LM, Rodríguez RA, Jiménez JA, Juárez SA, Castro A, Hernández M. Costos de la atención médica atribuibles al consumo de tabaco en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Salud Publica Méx 2006; (48 supl) 48
- (21) Moxham J. Nicotine addiction. BMJ 2000; 320(7232):391-392.
- (22) Practice guideline for the treatment of patients with nicotine dependence. American Psychiatric Association. Am J Psychiatry 1996; 153(10 Suppl):1-31.
- (23) Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. J Consult Clin Psychol. 1983;51:390-5.
- (24) Díaz FJ, Jane M, Salto E, Pardell H, Salleras L, Pinet C, et al. A brief measure of high nicotine dependence for busy clinicians and large epidemiological survey. Aust N Z J Psychiatry 2005; 39:161-168
- (25) Fagerström KO, Schneider N. Measuring nicotine dependence: a review of the FTND. J Behav Med 1989;12:159-82.
- (26) Lande RM, Pozzi A, De Sandro JM, Gola V, Salazar M. Prevalencia del tabaquismo, dependencia y motivación para dejar de fumar en los trabajadores de un hospital general de argentina. Revista Tórax 2007; 8(15): 31-37
- (27) Encuesta Nacional de adicciones 2002.
- (28) Nerín I, Crucelaeguín A, Mas A, Guillen D. Perfil de los fumadores que solicitan tratamiento en una unidad de tabaquismo. Arch Bronconeumol. 2003; 39(7):298-302
- (29) Carrión F, Furest I, Pascual JM, Marín I. Intervención mínima en tabaquismo en España. Arch Bronconeumol 2000; 36:124-128
- (30) Torrecilla M, Barrueco M, Maderuelo JA, Jiménez CA, Plaza MD, Hernández MA. ¿Se puede predecir el éxito de una intervención mínima en tabaquismo? Prev tab 2001; 3(1):13-19

ANEXOS

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN NORTE DEL DISTRITO FEDERAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD**

Lea cuidadosamente cada pregunta de la encuesta y marque con un círculo lo que corresponde a su persona.

1. ¿A qué grupo de edad pertenece?
20-29 años
30-39 años
40-49 años
50-59 años

2. ¿Cuál es su género?
Masculino
Femenino

3. ¿Con qué grado de escolaridad cuenta?
Sin escolaridad
Primaria
Secundaria
Medio superior
Superior
Postgrado

4. ¿Cuál es su ocupación?
Obrero
Campesino
Empleado
Profesionista
Comerciante
Otro

5. ¿Su Médico Familiar le ha dicho los beneficios de dejar de fumar?
Sí
No

6. ¿Su Médico Familiar lo ha invitado a asistir a pláticas de trabajo social sobre adicciones?

Sí

No

7. ¿Se siente motivado para dejar de fumar?

Sí

No

TEST DE FAGERSTRÖM

1. ¿Cuánto tiempo después de despertarse fuma su Primer cigarrillo?

Menos de 5 min 3 puntos

6-30 min 2 puntos

31-60 min 1 punto

Más de 60 min 0 puntos

2. ¿Encuentra dificultad para no fumar en los sitios en que está prohibido?

Sí..... 1 punto

No..... 0 puntos

3. ¿Cuál es el cigarrillo al que le costaría más renunciar?

El primero de la mañana..... 1 punto

Otros..... 0 puntos

4. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?

Más de 30 3 puntos

21-30 2 puntos

11-20 1 punto

Menos de 11 0 puntos

5. ¿Fuma más durante las primeras horas tras levantarse que durante el resto del día?

Sí 1 punto

No..... 0 puntos

6. ¿Fuma si está tan enfermo que ha guardado cama la mayor parte del día?

Sí 1 punto

No..... 0 puntos

PUNTUACIÓN

0 y 3 puntos dependencia leve

4 y 6 puntos dependencia moderada

7 o más puntos dependencia grave



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION 1 NOROESTE UMF 20
DEPARTAMENTO DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA

FOLIO
[____]

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

FECHA: _____

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado “Grado de dependencia física a la nicotina en fumadores de 20-59 años en la unidad de medicina familiar número 33”, registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud o la CNIC _____

El objetivo del estudio es: Determinar el grado de dependencia a la nicotina de los derechohabientes fumadores de 20 a 59 años y en la Unidad de Medicina Familiar Número 33.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en permitir al investigador aplicarme una encuesta la cual está diseñada para recabar datos con respecto a mis hábitos tabáquicos.

Declaro que se me ha informado ampliamente que no se tienen riesgos, ni inconvenientes, ni molestias y si beneficios derivados de mi participación en el estudio, son los siguientes: conocer mi grado de dependencia a la nicotina. El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y 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.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que me otorga el instituto.

El investigador principal me ha dado seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de 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 esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente

Nombre, firma y matrícula del investigador

Testigos

Testigo