



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No. 24
NUEVA ROSITA COAHUILA**

**MOTIVACION PARA DEJAR DE FUMAR EN TRABAJADORES
DE LA SALUD EN EL HGZ/UMF No 24 DEL IMSS DE NUEVA
ROSITA COAHUILA NOVIEMBRE-DICIEMBRE DE 2006**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DR. ARTURO DIAZ ANDRADE

NUEVA ROSITA, COAH.

2006



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.

**MOTIVACION PARA DEJAR DE FUMAR EN TRABAJADORES
DE LA SALUD EN EL HGZ/UMF No 24 DEL IMSS DE NUEVA
ROSITA COAHUILA NOVIEMBRE-DICIEMBRE DE 2006**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DR. ARTURO DIAZ ANDRADE

AUTORIZACIONES

DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDRÓZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

NUEVA ROSITA, COAH.

2006

**MOTIVACION PARA DEJAR DE FUMAR EN TRABAJADORES
DE LA SALUD EN EL HGZ/UMF No 24 DEL IMSS DE NUEVA
ROSITA COAHUILA NOVIEMBRE-DICIEMBRE DE 2006**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DR. ARTURO DIAZ ANDRADE

AUTORIZACIONES

DR. JOSÉ EDMUNDO EDITH ROJAS SOTO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS FAMILIARES
HGZ/UMF No 24NUEVA ROSITA COAHUILA.

DR. CARLOS SANCHEZ ARENAS
ASESOR METODOLOGICO
COORDINADOR DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

Dr. JOSE EDMUNDO EDITH ROJAS SOTO
ASESOR DE TEMA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS FAMILIARES
HGZ/UMF No 24NUEVA ROSITA COAHUILA.

DR. CARLOS SANCHEZ ARENAS
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

NUEVA ROSITA, COAH.

2006

**MOTIVACION PARA DEJAR DE FUMAR EN
TRABAJADORES DE LA SALUD EN EL HGZ/UMF
No 24 DEL IMSS DE NUEVA ROSITA COAHUILA
NOVIEMBRE-DICIEMBRE DE 2006**

INDICE

Pagina	
Resumen -----	1
Marco teórico -----	2
Planteamiento del problema -----	8
Justificación -----	9
Objetivos -----	10
Metodología -----	11
Resultados -----	13
Tablas y graficas -----	15
Análisis de Resultados -----	21
Conclusiones y Recomendaciones -----	22
Bibliografía -----	24
Anexos -----	28

RESUMEN

En el HGZ/UMF No. 24 del IMSS de Nueva Rosita Coahuila, se realizo un estudio de corte transversal, observacional y analítico, en relación la dependencia a la Nicotina y la motivación para dejar de fumar.

Los instrumentos que se utilizaron fueron el TEST DE FAGESTROM para detectar la dependencia a la nicotina y TEST DE RICHMOND para medir la motivación para dejar de fumar.

Se encontró una prevalencia de 27.8% de fumadores en este centro de trabajadores de la salud, el sexo predominante en el habito fue el varón, la edad de inicio en este habito en la mayoría fue antes de los 20 años.

En todos ellos se detectaron datos de dependencia a la nicotina 84.52% dependencia leve, 10.71% dependencia moderada, y 4.7% con dependencia severa.

En cuanto al grado de motivación para dejar de fumar el 60.1% con bajo grado de motivación, el 32.7% con moderada motivación y solo un 7.1% con alta motivación.

Hay mucho por hacer tanto en la población general como en los trabajadores de la salud para erradicar este habito nocivo.

MARCO TEÓRICO

El tabaquismo es una enfermedad crónica adictiva, caracterizada por su tendencia a la recurrencia, en que las recaídas son parte del proceso de dejar de fumar. Se recomienda una evaluación clínica completa de los fumadores, incluyendo la aplicación de algunos tests que permitan evaluar nivel de adicción, y motivación para dejar de fumar. El tratamiento actual del tabaquismo tiene dos pilares: intervención psicosocial y terapia farmacológica.¹

Cuando los europeos descubrieron América, los indígenas americanos hacían uso del tabaco desde tiempo inmemorial. Sus adivinos y sacerdotes aspiraban el humo por la boca, con auxilio de un largo tubo para pronosticar los resultados. Por largo tiempo se le designó con el nombre de “petún”, que le daban los naturales de Brasil: *Petum latifolium*. Muchos viajeros europeos dan noticias de la costumbre de los nativos de fumar las hojas secas de tabaco y arrolladas, en las Antillas, la Florida, México y Brasil. Los nuevos moradores y los visitantes adoptaron así un hábito que pronto llegó a generalizarse en forma universal.²

En la elaboración del tabaco se utiliza la hoja de *Nicotina tabacum* de la que existen 4 variedades: *brasiliensis*, *habamensis*, *virginica*, y *purpurea*. El tabaco recolectado se mezcla con diferentes sustancias aromatizantes y se expone al aire o calor artificial. La hoja obtenida se le añade aditivos para mejorar su sabor y otras características y se trocea. Esta mezcla se envasa dentro de un cilindro de papel al que se le coloca en un extremo un filtro de celulosa, de mayor o menor porosidad, y que puede, además, contener otros materiales como carbón vegetal, etc.^{3,4}

Toxicó cinética del humo, la combustión del tabaco, origina dos corrientes:

.Una corriente principal mediante maniobras de aspiración que el fumador dirige hacia su propio aparato respiratorio, pasando de cavidad oral directamente a los pulmones.

.Una corriente secundaria o lateral que se produce al consumirse espontáneamente el cigarrillo, que es la que inhala el fumador pasivo.

La absorción de los componentes va a depender del pH y de la solubilidad, así los elementos mas solubles se absorberán en vías aéreas superiores y los de baja solubilidad se absorberán a nivel alveolar. Una vez absorbidos pasan a circulación ejerciendo su efecto en cerebro y tejidos periféricos. Muchas de estas sustancias no permanecen como tales en el organismo, sino que forman metabolitos o sustancias intermedias que reaccionan con otros componentes del propio organismo o componentes externos.⁵

El humo del tabaco es una mezcla cerca de 4000 sustancias activas, más de 40 de ellas son reconocidas cancerígenas. La nicotina es una droga psicoactiva que induce a tolerancia y dependencia química. Se trata de una sustancia hidrosoluble que es absorbida rápidamente por el tracto respiratorio y la mucosa oral. Al ser inhalado el humo del cigarrillo pasa de la superficie alveolar a la corriente sanguínea, se deposita en los pulmones, hígado, bazo y cerebro.^{3,6}

La metabolización ocurre mayor mente en el hígado atreves del citocromo P-459, formándose metabolitos sin capacidad adictiva: cotinina y nicotina1'-N-oxido. La excreción de estos metabolitos, así como de la nicotina no metabolizada (entre un 5 y un 10%) se produce principalmente a través del riñón, dependiendo del pH de la orina (a pH acido favorece la eliminación). Otras vías de eliminación son la saliva, el sudor la leche materna y otras de la placenta.^{4,7} A nivel cerebral una parte de la nicotina se trasforma en metabolitos intermedios (como nornicotina) que pueden ser neurotoxicos y actuar sobre los receptores colinérgicos nicotínicos en el SNC.⁸

Algunos estudios ya han demostrado que a nivel neuronal la nicotina de los cigarrillos reduce la formación de neuronas en los fumadores y la abstinencia de nicotina se acompaña de deterioro cognitivo.⁹

El hábito de fumar tabaco sigue siendo uno de los problemas de salud pública más importantes en el mundo, considerando por una parte el alto nivel de consumo y por otra, sus consecuencias médicas.¹⁰

El tabaquismo de los profesionales de la salud tiene influencia sobre los hábitos de la población. Paradójicamente, En este país (México), la prevalencia del tabaquismo entre médicos fue del 22%; 16% en mujeres y 24.9% en hombres; en enfermería el 12% en mujeres y 19.2% en varones. Su

situación en el mundo se ubica después de Filipinas con 63%, y las que siguen sucesivamente en Bulgaria, Hungría, Argelia, Argentina, Bolivia, Uruguay, Cuba, y Japón que tienen el 24.8% ¹¹

Hoy en día, se conoce su asociación causal con enfermedades como cánceres, cardiovasculares, cerebrovasculares, vasculares periféricas y respiratorias,¹² En la mujer fumadora el riesgo de accidente vascular encefálico se triplica cuando usa algún método anticonceptivo oral y se eleva 18 veces en la mujer hipertensa entre 20 y 44 años¹³

Entre los países en desarrollo, México llevó a cabo el año 1998 una Encuesta Nacional de Adicciones que informó que, en individuos de 18 a 65, años una prevalencia global de 32%; el 51.2% entre varones y el 18.4% entre mujeres. La estadística de jóvenes de 20 años o menos, en el año 2000, alcanzó la proporción de 21.7%; de 26.7% entre varones y de 16.2% entre mujeres. ¹⁴

El IMSS reporta de sus derecho habientes una prevalencia nacional global de 28.6% de fumadores activos, y para el estado de Coahuila prevalencia de 30.3, también nos dice en los estados del norte es mayor la prevalencia que en el resto del país y que más de la mitad de los fumadores iniciaron el hábito en la adolescencia¹⁵.

Diversos estudios han determinado una asociación positiva entre consumo de tabaco y patología psiquiátrica¹⁶. Alrededor de 75% de los pacientes esquizofrénicos fuma diariamente También se ha demostrado una estrecha relación con trastornos del ánimo y ansiosos.^{17,18}

Los efectos nocivos sobre la salud de la exposición crónica al humo del tabaco afectan prácticamente todos los sistemas funcionales del organismo humano y el perjuicio recae en los fumadores activos y pasivos, en diferentes grados y formas. Se señala como de particular importancia resulta el tabaquismo pasivo en niños, así como el que se desarrolla en el hogar y centros de trabajo para los adultos¹⁹

se ha descrito la asociación entre el hábito de fumar y los trastornos en las concentraciones séricas de lípidos, con el favorecimiento de la aparición de aterosclerosis, hipertensión arterial y cardiopatía isquémica.²⁰ También se ha descrito su asociación con el aumento general de la mortalidad y la morbilidad de diversas afecciones tales como cáncer de pulmón, boca, laringe, vejiga,

pelvis renal, páncreas, estómago, cuello del útero, hígado, pene y recto, así como su relación con complicaciones del embarazo y con la aparición de úlcera péptica.²¹

La exposición del aparato respiratorio al humo del cigarro influye sobre la respuesta bronquial a la metacolina, como expresión de cambio en el grado de reactividad de las vías aéreas; se ha observado una respuesta aumentada a la metacolina después de una exposición controlada al humo de cigarro, tanto en sujetos asmáticos como no asmáticos sensibles a el humo²²

La relación entre el hábito de fumar y la aparición de trastornos morfológicos y/o funcionales respiratorios, ha sido ampliamente estudiada en diversas poblaciones, incluyendo la nuestra. Esos estudios han puesto en evidencia la aparición de efectos agudos y crónicos, que comprometen la mecánica ventilatoria y generan otras alteraciones relacionadas con las funciones de defensa en el pulmón. El humo del cigarro tiene un efecto inhibitorio inmediato sobre la movilidad de los cilios de las vías aéreas, con lo que queda disminuido o suprimido el mecanismo fisiológico de renovación de las secreciones y con él, la continua extracción de las partículas y demás impurezas que penetran en el aire inhalado y que quedan atrapadas en las secreciones que normalmente recubren el interior de las vías aéreas. Esto constituye un factor que incrementa la actividad fagocitaria a ese nivel, con algunas consecuencias que se describen más adelante. La acción prolongada de ese factor irritativo tiene efectos comprobados desde hace mucho tiempo, entre los que se encuentran la transformación del epitelio mucoso que cubre internamente los bronquios y bronquiolos, con la aparición de células atípicas, una elevada producción de secreciones, inflamación y edema de la mucosa, hipertrofia de la musculatura lisa, estrechamiento y destrucción de las pequeñas vías aéreas, entre otras alteraciones.^{23,24}

En la actualidad se acepta que la integridad pulmonar es el resultado de la existencia de ese equilibrio proteasa-antiproteasa. Esta hipótesis tuvo su surgimiento con los estudios de *Laurell* y *Erikosson*. en la década de los años 60, quienes describieron la asociación entre el déficit de alfa-1-antitripsina (AAT), el principal inhibidor de proteasas del suero humano, y la aparición de determinados tipos de enfisema, y ha sido confirmado mediante diversos estudios posteriores.^{25,26}

Estos efectos del humo del cigarro resultan más severos en personas con déficit congénito de AAT, la cual es una proteína polimórfica con un modo de herencia codominante autosómico, de la que se han reportado en la literatura médica más de 30 variantes genéticas diferentes, algunas de las cuales se asocian con concentraciones anormales bajas de AAT.²⁷

Se ha reportado la asociación entre el tabaquismo pasivo y el aumento de la incidencia del cáncer pulmonar y de la mortalidad por cardiopatía isquémica en adultos, especialmente cuando la fuente de tabaquismo pasivo es el cónyuge.²⁸

Algunos estudios dirigidos a precisar los principales escenarios del tabaquismo pasivo señalan el hogar y el centro de trabajo como los más relevantes.²⁹

Actualmente se considera que el tabaquismo es una enfermedad crónica sistémica que pertenece al grupo de las adicciones, clasificada como trastorno mental en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM IV) y en la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (OE-10) de la OMS, con criterios diagnósticos similares.^{30,31}

El concepto de dependencia es muy importante para los médicos clínicos, ya que deben entender que las recaídas son parte del proceso y que se requiere de apoyos reiterados para lograr la abstinencia. Al ser el tabaquismo una enfermedad adictiva, se hace necesario, en cada paciente, caracterizar y objetivar la dependencia y su severidad, tanto en sus aspectos físicos como psicosociales.³²

Las intervenciones de ayuda para dejar de fumar están basadas en ciertos modelos teóricos, que tratan de responder las preguntas del porqué y cómo cambian su conducta de fumar las personas.

Existe una amplia gama de intervenciones efectivas, desde la simple entrega de material de autoayuda hasta los tratamientos intensivos para dejar de fumar.

En la actualidad, el mejor conocimiento de la psicopatología de la adicción al tabaco y de las motivaciones para el cambio de conducta, permite comprender mejor a los fumadores y mejorar el apoyo psico-social que se les puede brindar.

En los Sistemas de salud, Se debe aprovechar cualquier contacto con el fumador para incentivar y promover el cese del consumo de tabaco. Además es prioritario involucrar a todos los profesionales de salud para que en cada consulta hagan la intervención breve. Si el paciente no logra dejar de fumar, deberá derivarse para una intervención especializada.³³

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Del total de la población mundial, 30% de los adultos son fumadores. En América Latina 44.7% de los hombres y 16.5% de las mujeres son adictas al tabaco.

Actualmente se considera que el tabaquismo es una enfermedad crónica sistémica que pertenece al grupo de las adicciones, clasificada como trastorno mental en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM IV) y en la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (OE-10) de la OMS, con criterios diagnósticos similares.

Los efectos nocivos sobre la salud de la exposición crónica al humo del tabaco afectan prácticamente todos los sistemas funcionales del organismo humano y el perjuicio recae en los fumadores activos y pasivos, en diferentes grados y formas. Se señala como de particular importancia resulta el tabaquismo pasivo en niños, así como el que se desarrolla en el hogar y centros de trabajo para los adultos

Lo paradójico de esto es que nosotros Trabajadores de la salud, como personajes públicos, identificados por la sociedad como iconos de la salud, y a pesar de conocer las consecuencias de esta patología seamos un mal ejemplo para la sociedad pregonando este vicio.

El tabaco es una de las principales causas prevenibles de enfermedad y muerte en el mundo.

¿Qué grado de dependencia a la nicotina tiene el fumador y Qué grado de motivación para dejar de fumar?

JUSTIFICACIÓN

En México se estima que el 27.7% de la población que tiene entre 12 y 65 años de edad fuma, el cual representa al rededor de 14 millones de fumadores a escala nacional.

El IMSS reporta de sus derecho habientes una prevalencia nacional global de 28.6% de fumadores activos y para el estado de Coahuila prevalencia de 30.3%, también nos dice en los estados del norte es mayor la prevalencia que en el resto del país y que más de la mitad de los fumadores iniciaron el hábito en la adolescencia.

El tabaquismo causa enfermedades pulmonares y varios tipos de cáncer, a demás como factor agravantes de enfermedades crónicas como cardiopatías, diabetes etc., es causante de secuelas importantes todo esto repercute en la economía, también tiene repercusiones sociales de diversa índole como el ausentismo laboral y escolar, disminución en ingresos familiares y los altos costos en salud propiciados por el uso del tabaco.

Su importancia es tan grande para evitar que llegue a presentar alguna enfermedad y tenga que abandonar el fumar por orden médica ya que si continua fumando puede ser mortal.

En los Sistemas de salud, Se debe aprovechar cualquier contacto con el fumador para incentivar y promover el cese del consumo de tabaco. Además es prioritario involucrar a todos los profesionales de salud para que en cada consulta hagan la intervención breve. Si el paciente no logra dejar de fumar, deberá derivarse para una intervención especializada.

El tabaco es una de las principales causas prevenibles de enfermedad y muerte en el mundo.

OBJETIVOS

- **OBJETIVO GENERAL**

Determinar el grado de motivación para dejar de fumar en los trabajadores de la salud del HGZC/MF No. 24

- **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1. Determinar el Grado de motivación del personal para dejar de fumar.
2. Determinar El grado del personal con Adicción a la nicotina.
3. Definir las características relacionadas con la edad, y sexo.
4. Conocer el grupo de edad con mayor número de fumadores.
5. Determinar el promedio de años en esta población inició a fumar.

HIPOTESIS

No requiere por el tipo de estudio

METODOLOGÍA

- A) **Tipo de Estudio.** Se realiza un estudio de corte trasversal, observacional y analítico.
- B) **Población, lugar y tiempo de estudio** Todo el personal trabajador de base y eventual adscrito al HGZ/UMF # 24 del IMSS de Nueva Rosita Coahuila en noviembre y diciembre del 2006.
- C) **Tipo y tamaño de la muestra. Criterios de Inclusión, Exclusión y Eliminación. Tipo y Tamaño:** Se trabajo con el 100% del personal trabajador de esta unidad médica, en la que están incluidos 603 trabajadores, un 60.8% mujeres y 39.1% hombres. Se **incluyeron** Todos los compañeros trabajadores de cualquier categoría tanto de base como eventual, **Se Excluyeron.** Los trabajadores de otras clínicas y no trabajadores del instituto. **Eliminación.** Se eliminaron del estudio las encuestas incompletas y en blanco.
- D) **Información a recolectar (variables a Recolectar)** Se recabaron datos personales como edad, y sexo, y los datos propios del estudio la motivación para dejar de fumar, así como el grado de adicción a la nicotina.
- E) **Métodos para recabar la información.** Se utilizo un cuestionario de datos generales (**Anexo 1**) , y 2 cuestionarios propios de este trabajo donde buscamos con el:

Test de Fagestrom para medir la adicción a la nicotina (**Anexo 2**) Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND), cuestionario de 6 items que analiza la cantidad de cigarrillos consumidos por el paciente, la compulsión por fumar y la dependencia nicotínica. Los items se contestan de dos modos diferentes: 4 de ellos son de respuesta dicotómica (si o no) y los otros 2 se responden según una escala tipo Likert de 4 puntos (0 a 3 puntos). Validado al español por. E. Becona y F.L. Vazquez ³⁴

Y **Test de Richmond** que nos permite medir el grado de motivación del paciente para dejar de fumar. (**Anexo 3**) el Test de Motivación de Richmond. (Richmond, Kehoe y Webster, 1993), adaptado por Barrueco, Hernández y Torrecilla (2003). Es un test autoaplicado, que consta de cinco preguntas, algunas con dos alternativas de respuestas y otras con cuatro alternativas que van en orden creciente de motivación. Se suman las puntuaciones y se establece que resultados superiores a siete constituyen una motivación adecuada para comenzar la deshabitación.³⁵

F) **Consideraciones Éticas.** Se obtuvo de cada participante el consentimiento informado establecido de acuerdo a la Declaración de Helsinki en sus principios básicos del 6 al 9 y de la Ley General de Salud publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984 vigente en los artículos 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22. La selección de la muestra fue incluir a todos los compañeros trabajadores de cualquier categoría, tanto de base como eventual, adscrito al HGZ/UMF # 24 del IMSS de Nueva Rosita Coahuila; se les dio una explicación clara y completa, de tal forma que pudieran comprenderla en la justificación y objetivos de la investigación, sus beneficios y riesgos o inconvenientes que derivados de su participación en el estudio pudiera ocasionar, el destino final (educativo) de los resultados que se obtendrían. Libertad para otorgar su consentimiento por escrito y de retirarse del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte a su trabajo, manteniendo la confidencialidad de su identidad y datos en las publicaciones o presentaciones que deriven de este estudio. Prevaleció el criterio de respeto y dignidad, protección de derechos y bienestar para los compañeros.

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Se Entrevistaron 603 Trabajadores de los diferentes turnos y categorías trabajadores de la salud de esta hospital con medicina familiar.

De ellos 367 mujeres (60.8%) y 236 hombres (39.1%) **Grafica 1.**

De estos 603. Resultaron ser fumadores un total de 168 una prevalencia de 27.8 %. En general. **Grafica 2.**

Por **Género** El varón fue el más adicto al cigarrillo pues del total de hombres encuestados 236 salieron fumadores 103, lo que equivale a un 44% del total de hombres. Por su parte las damas del grupo de 367 resultaron fumadoras 65 lo que nos representa un 17.77 de su grupo. **Grafica 3.**

Referente a la edad el rango fue de 20 años a 60 años, con una media de 39 años, por grupo de edades la frecuencia mas alta fue el grupo de edades de 40 a 49 años con un 37.1% con 224 personas, el segundo lugar lo ocupa la frecuencia de 50 a 60 años con un 36.5% con 221 personas, el tercer lugar lo ocupa el grupo de 30 a 39 años con un 19.2% con 116 personas, el cuarto y ultimo lo ocupa el grupo de 20 a 29 años con un 6.9% con 42 personas.

Grafica 4.

Con relación a la marca preferida por los fumadores se encontró que 115 personas prefieren marlboro con 68.4%, Benson and hedges 22 personas con 13%, raleigh 18 personas con 10.7%, delicados 4 personas con 2.3%, viceroy lights 3 personas con 1.7%, boots 1 persona con 0.5%, pall more 1 persona con 0.5% y por ultimo 4 sin preferencia con 2.3%. **Tabla 1.**

Con respecto a la edad de inicio del fumador de 11 a 20 años con 127 personas con un 75.5%, de 21 a 30 con 36 personas con un 21.4%, de 31 a 40 con 5 personas con un 2.9%. **Grafica 5.**

Promedio de cigarrillos que fuman los trabajadores de 1 a 10 son 138 personas con 82.1%, de 11 a 20 son 27 personas con 16.0% y de 21 a 30 son 3 personas con 1.7%. **Grafica 6.**

Sobre el grado de adicción a la nicotina de los trabajadores fumadores del instituto, en donde utilizamos el **TEST DE FAGESTROM** se encuentra que todos tienen datos de adicción a la nicotina con los siguientes resultados:

Dependencia leve 142 el 84.52 %

Dependencia Moderada 18 el 10.71% y

Dependencia Severa 8 un 4.7%.

Tabla 2-Grafica 7

Y para saber el grado de motivación que estos fumadores tienen para dejar de fumar en donde se utilizo el **TEST DE RICHMOND** obtuvimos los siguientes datos:

Baja motivación 101 que es un 60.1%

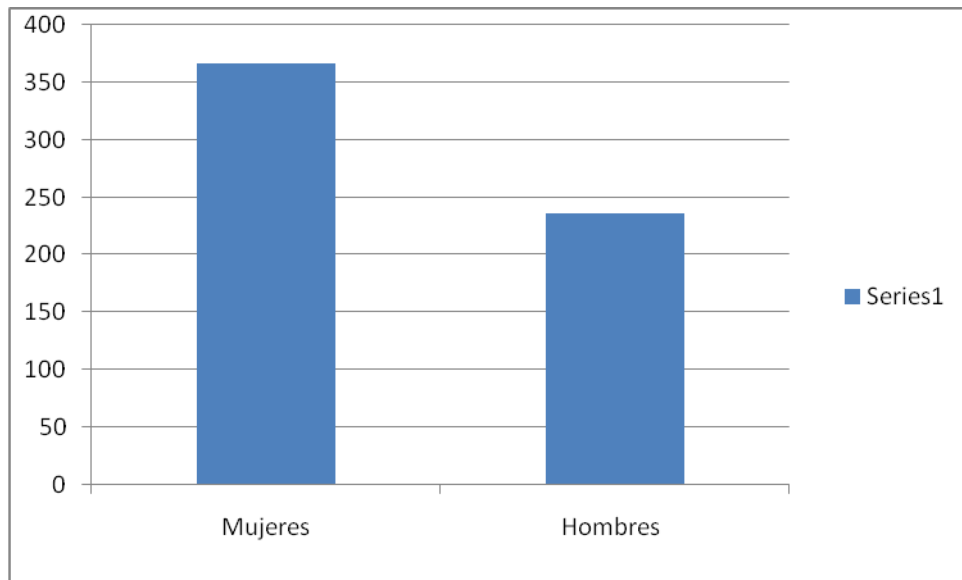
Moderada Motivación 55 equivalente a 32.7% y

Alta motivación 12 que es un 7.1%

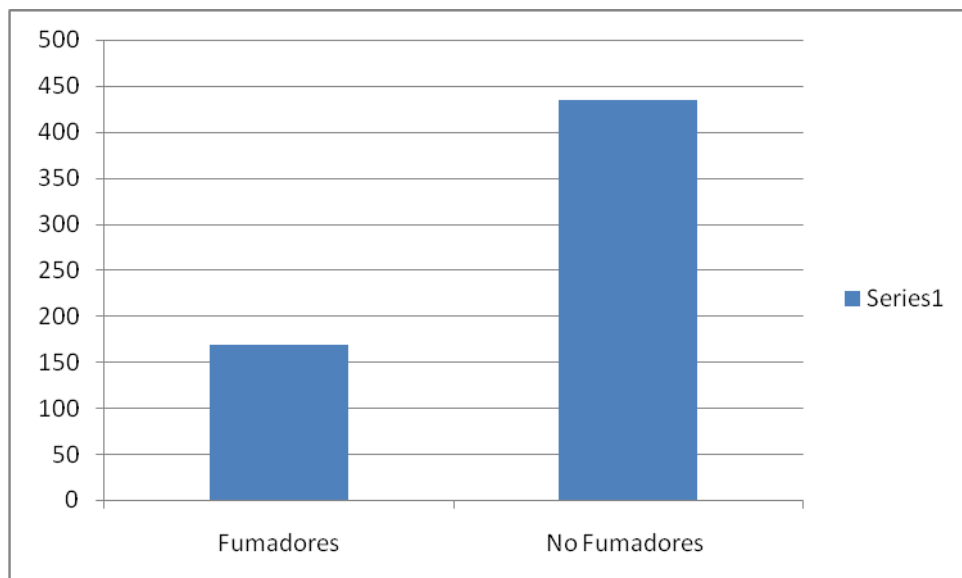
Tabla 3-Grafica 8

Tablas y Graficas.

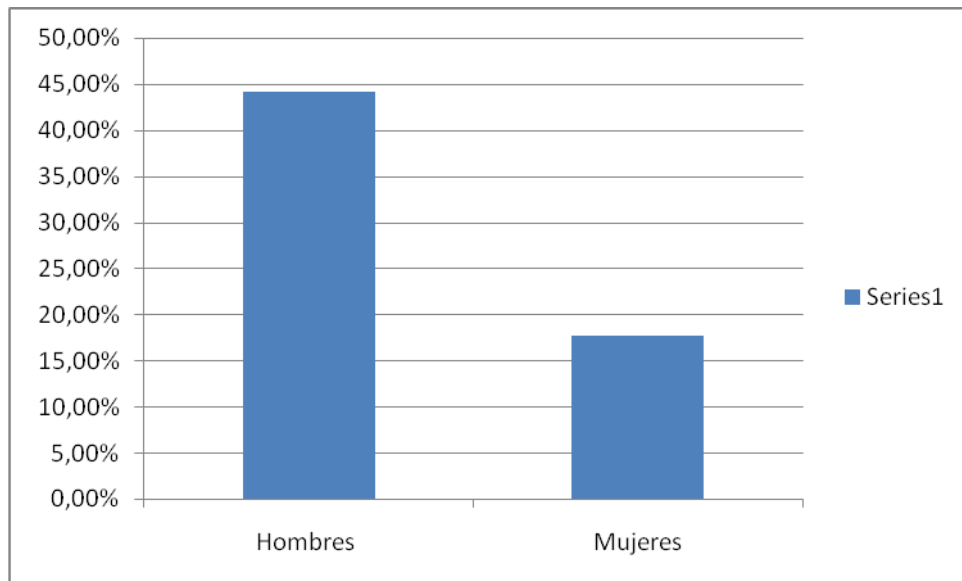
Grafica 1 Aquí podemos observar que de nuestro universo de trabajo de 603 trabajadores tuvimos 367 (60.8%) y mujeres y 236 hombres (39.1%)



Grafica 2. De los 603 trabajadores 168 son fumadores lo que equivale a un 27.8%.



Grafica 3. Del porcentaje de fumadores del grupo de hombres fuma el 44% mientras que del de mujeres solo el 17%.



Grafica 4. Se presentan los fumadores por grupos de edades donde los de más de 40 años son los que más fuman.

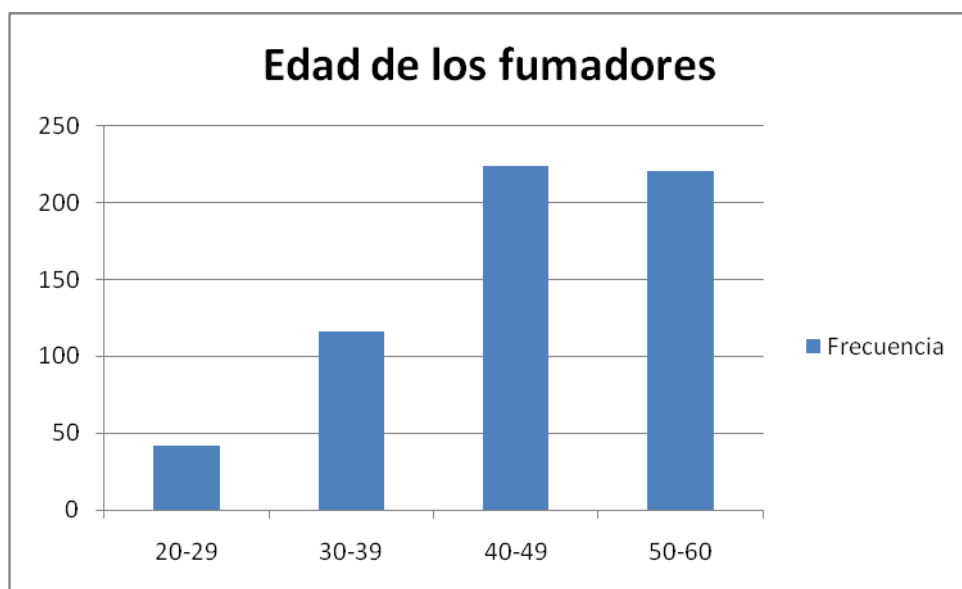
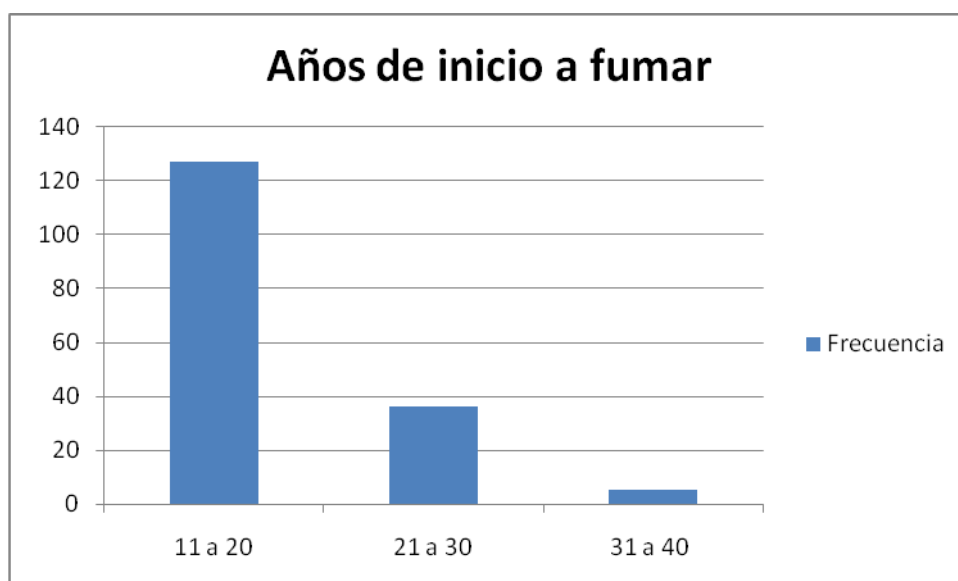


Tabla No. 1 Marca de cigarrillos preferida por los fumadores del HGZC/MF No. 24

Marca preferida	Número	%
Marlboro	115	68.45
Benson and Hedges	22	13.09
Raleigh	18	10.71
Delicados	4	2.38
Viceroy lights	3	1.78
Boots	1	0.59
Pall More	1	0.59
Otros	4	2.38
Total	168	100

Grafica 5. En esta grafica podemos apreciar que la gran mayoría de fumadores inicio antes de los 20 años.



Grafica 6. La mayoría de los fumadores consume menos de 10 cigarros por

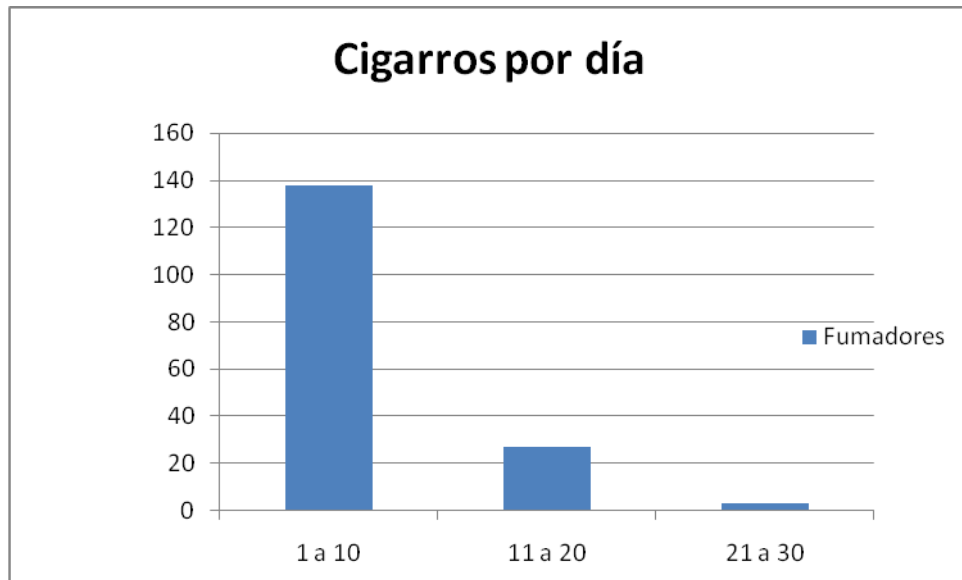


Tabla 2 Grado de Dependencia a la nicotina

Grado de dependencia	Número	%
Leve	142	84.52
Moderada	18	10.71
Severa	8	4.76
total	168	100

Grafica 7 Grado de Dependencia a la nicotina

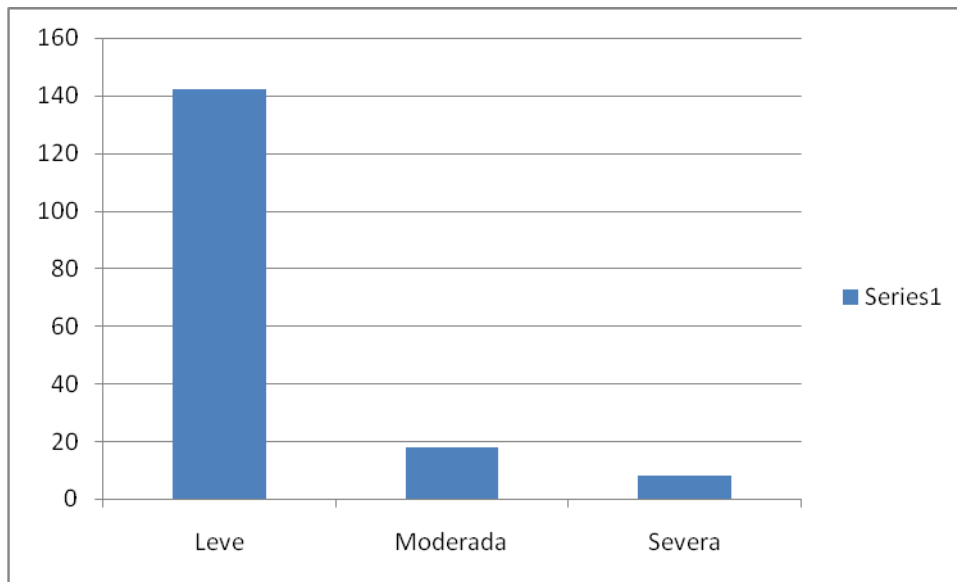
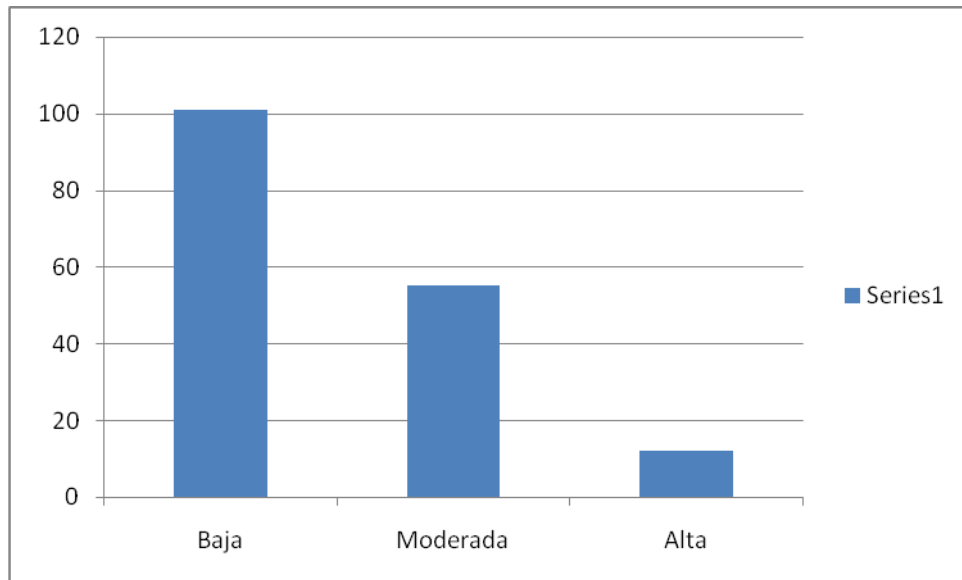


Tabla 3 Grado de motivación para dejar de Fumar.

Grado de motivación para el abandono del tabaquismo	Número	%
Baja motivación	101	60.1
Moderada motivación	55	32.7
Alta motivación	12	7.1
Total	168	100

Grafica 8 Motivación para dejar de Fumar.



ANALISIS DE RESULTADOS.

De Los 603 Trabajadores de la salud que se entrevistaron en esta clínica se encontró una prevalencia de 27.8% del índice de fumadores por debajo de la prevalencia a nivel nacional que refiere 32% global, pero por arriba de estudios en grupos similares de la salud, en donde se nos habla de 22%.

Al parecer el hábito del tabaco por las campañas de salud esta dando resultado pues los grupos atareos con mayor número de fumadores se encuentran en los grupos de más de 40 y 49 años y menos en los grupos de menor edad.

Referente a la marca de cigarro mas consumida es marlboro con 68.4%, Benson and hedges 22 personas con 13%, raleigh 18 personas con 10.7%, delicados 4 personas con 2.3%, viceroy lights 3 personas con 1.7%, boots 1 persona con 0.5%, pall more 1 persona con 0.5% y por ultimo 4 sin preferencia con 2.3%. Esto pues depende de la mercadotecnia y la calidad de las marcas comerciales pero a final de cuentas todo tipo de cigarro es dañino para nuestra salud.

De los fumadores trabajadores de esta 75.5%, iniciaron a fumar antes de los 20 años por lo que es en donde debemos enfocar las campañas de concientización en los jóvenes para alejarlos de este problema.

Sobre el grado de adicción a la nicotina de los trabajadores fumadores del instituto, en donde utilizamos el **TEST DE FAGESTROM** se encuentra que todos tienen datos de adicción a la nicotina con los siguientes, pero el mayor porcentaje es de dependencia leve 84.52 % y solo 4.7% dependencia severa. Aquí podemos recapacitar por que lo difícil del el control de esta plaga pues se puede decir que todos en menor o mayor proporción crean adicción a la nicotina.

Y Finalmente sobre el grado de motivación que estos fumadores tienen para dejar de fumar en donde se utilizo el **TEST DE RICHMOND** un bajo porcentaje 7.1 quiere seriamente dejar de fumar, y es este grupo es donde se debe de trabajar para ayudarles a superar esta adicción.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

De un total de 603 trabajadores del área de la salud de la localidad de Nueva Rosita Coahuila se encontró una prevalencia de 27.86% de fumadores, menor que la prevalencia a nivel nacional, pero por debajo de la prevalencia de grupos similares.

Por sexo se encontró que los hombres fuman más que las mujeres; la mayoría de los fumadores tienen entre 40 a 49 años de edad.

La mayoría de los fumadores iniciaron el hábito de fumar entre los 11 a 20 años concuerda con la Encuesta Nacional de las Adicciones, observando a que menor edad de inicio mayor grado de dependencia, esta es una enfermedad prevenible y modificable en forma global. Las campañas de prevención de las adicciones deben ser dirigidas a la población en riesgo que son los adolescentes ya que su inicio es por imitación o experimentación, en nuestro medio hay que dar promoción a la salud.

La marca de cigarrillos que prefieren los fumadores es Marlboro claro ejemplo que tiene el impacto que tiene la publicidad y los medios masivos de comunicación en nuestra sociedad.

Con relación al grado de motivación que tiene el personal para dejar de fumar, solo una muy pequeña parte pero al fin a cabo importante tiene una motivación alta lo cual indica la probabilidad de éxito de los planes de tratamiento propuestos para el abandono del tabaquismo y como consecuencia de los costos económicos y humanos, así como los años de vida ganados al paso del tiempo.

La adicción a la nicotina en menor o mayor grado se detecta en todos, los trabajadores fumadores del instituto, aun que en la mayoría dependencia leve 84.52 % y solo 4.7% dependencia severa, aun así es una dependencia y por lo tanto se tiene que realmente concientizar e intervenir para lograr disminuir este problema.

muy pocos están motivados a dejar de fumar por lo que se concluye que, es difícil que se deje de fumar ya que es una sustancia adictiva, socialmente

aceptada y de consumo legal, más si añadimos, la ignorancia, la publicidad, mercadotecnia y se agrega la resistencia al cambio para dejar de fumar.

Es también preocupante que nosotros como modelos sociales y como profesionales de la salud sabiendo todos los riesgos que implica el hábito del tabaquismo seamos fumadores.

Afortunadamente ya se han tomado medidas de las instancias públicas y a nivel gubernamental para legislar esta habito. Y ya esta prohibido fumar en lugares cerrados y en hospitales entre otros.

Finalmente nosotros los trabajadores de la salud de primer contacto debemos seguir incidiendo con nuestro conocimiento y con nuestro ejemplo sobre el no fumar, así como intervenir siempre que tengamos la oportunidad o si el caso lo requiere buscar apoyo de otros profesionistas para intervención más profunda.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

1. BELLO S SERGIO, FLORES C ALVARO, BELLO S MAGDALENA, CHAMORRO R HAYDÉE. Diagnóstico y tratamiento psicosocial del tabaquismo. Rev. chil. enferm. respir. [revista en la Internet]. 2009 [citado 2010 Oct 14] ; 25(4): 218-230.
2. Alfredo de Micheli, Raúl Izaguirre-Avila. Tabaco y tabaquismo en México y de Europa Revista de Investigación Clínica / Vol. 57, Num. 4 / Julio- Agosto, 2005 / pp 608 - 613
3. Zaragoza JR. Llanos M (1980) Tabaco y salud. Ed. AC. Colección Alfa/Temas. Madrid. Pp. 182.
4. Solano Reina S, Jiménez CA y cols (2002) Manual de tabaquismo 2ª edición. Separ. Masson. Barcelona. Pp. 193.
5. Martin Ruiz A, Rodríguez Gomez I, Rubio C y Hardisson A. Efectos toxicos del tabaco. Area de Toxicología. Facultad de medicina. Universidad de La Laguna. 38071 La Laguna. S/C de Tenerife. Revista toxicol. (2004) 21: pp. 64-65
6. Leshner AI (2001) Nicotine Adiction. Research Report Series. National Institute on Drug Abuse. NIH Publication Number 01-4342.
7. Florez Martin S (2001) Tabaquismo pasivo: ¿ Que podemos hacer? Prev Tab 3(4):205-206.
8. Green TA, Brown RW, Phillips SB, Dwoskin LP, Bardo MT (2000) Locomotorstimulanteffects of cornicotine: role of dopamine. Pharmacol Biochem Behav 74 (1): 87-94.
9. Abrous DN, Adriani W, Montaron MF, Aurousseau C, Rougon G, Le Moal M, Piazza PV (2002) Nicotine Self-Administration Impairs Hippocampal Plasticity. J Neurosci 22 (9): 3656-3662.
10. Rojas C Graciela, Gaete O Jorge, González R Isabel, Ortega A Marcela, Figueroa M Alicia, Fritsch M Rosemarie et al . Tabaquismo y salud mental. Rev. méd. Chile [revista en la Internet]. 2003 Ago [citado 2010 Oct 07] ; 131(8): 873-880.

11. Salmerón-Castro J, Arillo-Santillán E, Campuzano-Rincón JC, López-Antuñano FJ, Lazcano-Ponce EC. *Tabaquismo en profesionales de la salud del Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelos*. Salud Pública Méx 2002;44 Suppl 1:S67-S75.
12. OPS. *El tabaquismo en América Latina, Estados Unidos y Canadá (período 1990-1999)*. Junio 2000.
13. Medina E, Pascual JP. Tabaquismo en médicos y estudiantes de medicina. *Rev Méd Chile* 1985; 113: 688-94.
14. Secretaría de Salud. México DF: Dirección General de Epidemiología/SSA. CONADIC 1998: Encuesta Nacional de Adicciones.
15. Fernández-Gárate IH, Escobedo-de la Peña J, Hernández-Tamayo D, Tudón-Garcés H, Ramírez-Galindo JD, Benítez-Martínez MG, Zárate-Aguilar A, Madrazo-Navarro M. Consumo de tabaco en la población derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Salud Publica Mex* 1997;39:125-132.
16. De León J. Smoking and Vulnerability for Schizophrenia. *Schizophr Bull* 1996; 22: 405-9.
17. Breslau N, Klein DF. Smoking and panic attacks: an epidemiologic investigation. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 1141-7.
18. González-Pinto A, Gutiérrez M, Ezcurra J, Aizpuru F, Mosquera F, López P et al. Tobacco smoking and bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 1998; 59: 225-8.
19. Pernas Gómez Marta, Arencibia Flores Lourdes. Efectos sobre la salud de la exposición crónica al humo del tabaco en fumadores y no fumadores. *Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]*. 1998 Abr [citado 2010 Oct 07] ; 14(2): 180-184.
20. López J, Illnait J, Mola L, Bacallao UJ, Sierra A. Influencia del hábito de fumar sobre las concentraciones séricas de colesterol total y apolipoproteínas-B. *Rev Cubana Invest Biomed* 1990;9(1):28-34.
21. Sherman CB. Health effects of cigarette smoking. *Clin Chest Med* 1991;12(4):643-58.
22. Menon P, Rando RJ, Stankus RP, Salvaggio JE, Lehrer SB. Passive cigarette smoke-challenge studies: increase in bronchial hyperreactivity. *J Allergy Clin Immunol* 1992;89(2):560-6.

23. American College of Chest Physicians, American Thoracic Society, Asia Pacific Society of Respiriology, Canadian T Society, European Resp. Soc., International Union Against Tuberculosis and Lung Disease. Smoking and health: physician's responsibility. A statement of the Joint Committee on smoking and health. *Arch Chest Dis* 1995;50(5):394-7.
24. St John RC, Gadek JE, Pacht ER. Chronic obstructive pulmonary disease: less common causes, an algorithm for the primary care physician. *J Gen Intern Med* 1993;8(10):564—72.
25. Barker AF. Replacement therapy for hereditary alpha-1 antitripsin deficiency. A program for long-term administration. *Chest* 1994;105(5):1406-10.
26. Paul K, Niggeman B. Homozygous alpha-1 antitripsin deficiency. Lung changes in children and adolescents. *Nonatsschr-Kinderheilkd* 1993;141(5):395-400.
27. Morgan K, Scobie G, Kalsheker N. The characterization of a mutation of the 3 flanking sequence of the alpha-1 antitripsin gene commonly associated with chronic obstructive airways disease. *Eur J Clin Invest* 1992;22(2)134-7.
28. Spitzer WO, Lawrence V, Dales R, Hill G, Archer MC, Clark P, et al. Links between passive smoking and disease: a best evidence synthesis. A report of the working group en passive smoking. *Clin Invest Med* 1990;13(1):17-43.
29. Browson RC, Jackson-Thompson J, Wilkerson JC, Davis JR, Owens NW, Fisher EB Jr. Demographic and socioeconomic differences in beliefs about the health of smoking. *Am J Public Health* 1992;82(1):99-103.
30. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed., text revision: DSM-IV-TR. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 2000
31. WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Classification of Diseases, 10th Edn. Geneva, World Health Organization, 1992.
32. FIORE M C, JAÉN C R, BAKER T B, BAILEY W C, BENOWITZ N L, CURRY S J, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008

- Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Public Health Service; 2008.
33. Artículo tomado de la boletín Ethica del Consejo Médico de Córdoba, nº 71 invierno 2008.
34. Becona E, Vázquez FL. The Fagerström Test for Nicotine Dependence in a Spanish sample. *Psychological Reports* 1998; 83(3 Pt2): 1455-1458.
35. Richmond, I.R., Kehoe, L.A and Webster, I.W (1993). Multivariate models for predicting abstinence following intervention to stop smoking by general practitioners. *Addiction*, 88, 1127-1135.

ANEXOS

ANEXO 1

CUESTIONARIO DATOS GENERALES

EL PRESENTE CUESTIONARIO FORMA PARTE DE UN PROYECTO DE INVESTIGACION, POR LO QUE LA INFORMACION QUE SE OBTIENE DE ESTE, ES PERSONAL Y CONFIDENCIAL, ASI QUE LE SOLICITAMOS CONTESTE DE LA MANERA MAS VERAZ POSIBLE.

FAVOR DE TACHAR SU RESPUESTA Y CONTESTAR EN LOS ESPACIOS SEGÚN CORRESPONDA

ELABORACION: _____ FECHA _____ DE _____

1. EDAD: _____

2. SEXO: M () F ()

3. ESCOLARIDAD: PRIMARIA () SECUNDARIA () BACHILLERATO () TECNICO () PROFESIONAL ()

4. CATEGORIA: _____

5. ¿QUE TIPO DE MARCA DE CIGARRILLOS PREFIERE? _____

6. ¿A QUE EDAD FUMO SU PRIMER CIGARRO? _____

7. ¿CUANTOS MINUTOS PASAN ENTRE EL MOMENTO DE LEVANTARSE Y FUMAR EL PRIMER CIGARRILLO? HASTA 5 () DE 6 A 30 () DE 31 A 60 () MAS DE 60 ()

8. ¿ENCUENTRA DIFICIL NO FUMAR EN LUGARES DONDE ESTA PROIHBIDO (HOSPITALES, CINES)? SI () NO ()

9. ¿QUE CIGARRILLO LE DESAGRADA MAS DEJAR DE FUMAR? EL PRIMERO DE LA MAÑANA () CUALQUIER OTRO ()

10. ¿CUANTOS CIGARRILLOS FUMA CADA DIA? MENOS DE 10 () 11 A 20 () 21 A 30 () MAS DE 31 ()

11. ¿FUMA CON MAS FRECUENCIA DURANTE LAS PRIMERAS HORAS DESPUES DE LEVANTARSE QUE DURANTE EL RESTO DEL DIA? SI () NO ()

12. ¿FUMA AUNQUE ESTE TAN ENFERMO QUE TENGA QUE GUARDAR CAMA LA MAYOR PARTE DEL DIA? SI () NO ()

13. ¿LE GUSTARIA DEJAR DE FUMAR SI PUDIERA HACERLO FACILMENTE? SI () NO ()

14. ¿CUANTO INTERES TIENE USTED EN DEJARLO? NADA () ALGO () BASTANTE () MUY SERIAMENTE ()

15. ¿INTENTARA USTED DEJAR DE FUMAR EN LAS PROXIMAS DOS SEMANAS? DEFINITIVAMENTE NO () QUIZAS () SI () DEFINITIVAMENTE SI ()

16.¿CUAL ES LA POSIBILIDAD DE QUE USTED DENTRO DE LOS PRIMEROS SEIS MESES SEA UN NO FUMADOR?
DEFINITIVAMENTE NO () QUIZAS () SI () DEFINITIVAMENTE SI ()

GRACIAS
ANEXO 2

TEST DE FAGESTROM

1. ¿CUANTOS MINUTOS PASAN ENTRE EL MOMENTO DE LEVANTARSE Y FUMAR EL PRIMER CIGARRILLO?

MENOS DE 5 MINUTOS	3
6 A 30 MINUTOS	2
31 A 60 MINUTOS	1
MAS DE 60 MINUTOS	0

2. ¿ENCUENTRA DIFICULTAD PARA NO FUMAR EN LUGARES DONDE ESTA PROHIBIDO?

SI	1
NO	0

3. ¿QUE CIGARRILLO LE DESAGRADA MAS DEJAR DE FUMAR?

EL PRIMERO DE LA MAÑANA	1
CUALQUIER OTROS	0

1. ¿CUANTOS CIGARRILLOS FUMA POR DIA?

MENOS DE 10	0
ENTRE 11 Y 20	1
ENTRE 21 Y 30	2
MÁS DE 30	3

2. ¿FUMA CON MAS FRECUENCIA DURANTE LAS PRIMERAS HORAS DESPUES DE LEVANTARSE QUE DURANTE EL RESTO DEL DIA?

SI	1
NO	0

3. ¿FUMA CUANDO ESTA ENFERMO?

SI	1
NO	0

Clasificación: 0-3 = Dependencia leve

4-5 = Dependencia moderada

6-10 = Dependencia severa

ANEXO 3

TEST DE RICHMOND

1. ¿LE GUSTARIA DEJAR DE FUMAR SI PUDIERA HACERLO FACILMENTE?

SI	1
NO	0

2. ¿CUANTO INTERES TIENE USTED EN DEJARLO?

NADA	0
ALGO	1
BASTANTE	2
MUY SERIAMENTE	3

3. ¿INTENTARA USTED DEJAR DE FUMAR EN LAS PROXIMAS DOS SEMANAS?

NO	0
QUIZAS	1
SI	2
DEFINITIVAMENTE SI	3

4. ¿CUAL ES LA POSOIBILIDAD DE QUE USTED DENTRO DE LOS PROXIMOS SEIS MESES SEA UN NO FUMADOR?

NO	0
QUIZAS	1
SI	2
DEFINITIVAMENTE SI	3

Clasificación: 0-6 = Baja motivación

7-8 = Moderada motivación

10 = Alta motivación