



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33

TÍTULO DE LA TESIS:

**“PRINCIPAL MOTIVACIÓN PARA FUMAR, GRADO DE DEPENDENCIA Y
MOTIVACIÓN PARA DEJAR DE FUMAR EN PACIENTES FUMADORES DE
20 A 59 AÑOS DE EDAD ADSCRITOS A LA UMF No. 33 ”**

NÚMERO DE REGISTRO

R-

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

VENEGAS URIBE ADRIANA

RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR

ASESOR DE TESIS:

CONCEPCIÓN VARGAS LEÓN

MÉXICO; DISTRITO FEDERAL, AGOSTO DE 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

TÍTULO DE LA TESIS:

“PRINCIPAL MOTIVACIÓN PARA FUMAR, GRADO DE DEPENDENCIA Y MOTIVACIÓN PARA DEJAR DE FUMAR EN PACIENTES DE 20 A 59 AÑOS DE EDAD ADSCRITOS A LA UMF No. 33 ”

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**ADRIANA VENEGAS URIBE
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR**

A U T O R I Z A C I O N E S:

**DRA. MÓNICA SANCHEZ CORONA
COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E
INVESTIGACIÓN EN SALUD Y PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN
MEDICINA FAMILIAR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33, IMSS**

**DRA. HAYDEE ALEJANDRA MARTINI BLANQUEL
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF No. 33, IMSS**

**DRA. MONICA CATALINA OSORIO GRANJENO
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF No. 33, IMSS**

ASESORA DE TESIS

**DRA. CONCEPCIÓN VARGAS LEÓN
MÉDICO FAMILIAR ADSCRITA A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33, IMSS**

MÉXICO; DISTRITO FEDERAL, AGOSTO DE 2014

TITULO DE LA TESIS:

“PRINCIPAL MOTIVACIÓN PARA FUMAR, GRADO DE DEPENDENCIA Y MOTIVACIÓN PARA DEJAR DE FUMAR EN PACIENTES DE 20 A 59 AÑOS DE EDAD ADSCRITOS A LA UMF No. 33 ”

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**ADRIANA VENEGAS URIBE
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR**

**DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.**

**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.**

**DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.**

3. ÍNDICE

| | |
|---------------------------------------|----|
| 1. Portada | 1 |
| 2. Hoja de firmas | 2 |
| 3. Índice | 4 |
| 4. Resumen | 5 |
| 5. Introducción | 6 |
| 6. Marco Teórico y Antecedentes | 7 |
| 7. Planteamiento del Problema | 16 |
| 8. Objetivos | 19 |
| 9. Material y Método | 20 |
| 10. Resultado | 21 |
| 11. Tablas y Gráficas | 23 |
| 12. Discusión | 33 |
| 13. Conclusión | 37 |
| 14. Bibliografía | 38 |
| 15. Anexos | 41 |
| 15.1. Carta de consentimiento..... | 41 |
| 15.2. Instrumento | 42 |

RESUMEN

Principal motivación para fumar, grado de dependencia y motivación para dejar de fumar en pacientes fumadores de 20 a 59 años de edad adscritos a la UMF No. 33.

Venegas Uribe Adriana², Vargas León Concepción¹.

Introducción. La prevalencia de tabaquismo en México es 17%. Las enfermedades relacionadas al consumo de tabaco son IAM, EVC, EPOC y Cáncer pulmonar. **Objetivo.** Determinar la principal motivación para fumar, grado de dependencia y motivación para dejar de fumar. **Material y Métodos.** Se incluyeron 233 pacientes fumadores entre 20 y 59 años de edad en los que se aplicó un cuestionario diseñado ex profeso. **Resultados.** La mayoría de los fumadores fueron de 30-39 años de edad con un 29.6%, 72.1% fueron hombres y 27.9% mujeres, los casados fuman más (40.3%) al contrario de los viudos (4.7%), la media de cigarrillos diarios fue de 6.88%, 28 encuestados refirieron padecer enfermedades asociadas con el tabaquismo (11.9%), la mayoría se encontraron en la fase Pre contemplativa de abandono (35.6%), mientras que solo el 5.2% se encontró en fase de acción, la principal motivación para fumar fue la indulgencia con un 22.3% en comparación con un 8.2% por adicción, la mayoría mostró una dependencia moderada con un 37.3%, y la motivación para dejar de fumar fue baja con un 52.8%. **Conclusiones.** La principal motivación para fumar fue la indulgencia con un grado de dependencia moderada y baja motivación para dejar de fumar.

Palabras clave: Tabaquismo, dependencia, motivación para fumar.

¹ Médico Familiar. ² Residente de tercer año.

5. INTRODUCCIÓN

El tabaco constituye en la actualidad la principal causa de muerte prevenible en el mundo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que al año ocurren cerca de 6 millones de muertes, lo que equivale a 16,500 muertes diarias, ^{1,2}. En México ocurren aproximadamente 65,000 muertes diarias por enfermedades asociadas con el tabaquismo.²

La prevalencia sobre consumo de tabaco en México se ha mantenido estable durante los últimos 15 años, el número total de fumadores en el país se ha incrementado, de aproximadamente 9 millones de fumadores en 1988, a cerca de 14 millones de fumadores en 2008 debido al crecimiento de la población general del país.² Del total de fumadores 12.7 millones corresponden a adultos y 1.3 millones corresponden a adolescentes. De la misma manera, se estima que 1.4 millones de adultos y aproximadamente 40 mil adolescentes manifiestan signos de adicción y dependencia a la nicotina (consumo del primer cigarrillo dentro de los primeros 60 minutos después de despertar del sueño fisiológico).³

De acuerdo a la Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos (GATS, por sus siglas en inglés), coloca la prevalencia de tabaquismo en México en personas de 15 a 65 años de edad, en 17%.³

El impacto económico derivado del consumo de tabaco impone una carga excesiva no sólo al sistema de salud por los costos directos derivados de la atención de los padecimientos causados por dicho consumo, sino también por los costos indirectos generados por pérdidas de productividad, ausentismo en el trabajo y mayor tasa de utilización de servicios de salud entre la población fumadora.⁴

Los casos atribuibles al consumo de tabaco en nuestro país se han estimado en 61% para infartos al corazón; 49% para enfermedad cerebro vascular; 69% para enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y en 66% para cáncer pulmonar.²⁸ Esta información cobra relevancia por tratarse de padecimientos prevenibles con tan sólo evitar el factor de riesgo. Dicho en otras palabras sería posible evitar hasta 61% de los casos de infartos al corazón; 49% de los casos de enfermedad cerebro-vascular; 69% de los casos de EPOC y 66% de los casos de cáncer pulmonar, si la población dejara de fumar, de ahí la trascendencia de los datos y de las medidas de control tendientes a reducir la demanda de los productos de tabaco.⁴⁻⁸

6. MARCO TEORICO Y ANTECEDENTES

De acuerdo con datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) la prevalencia mundial del tabaquismo es aproximadamente del 20%. Los fumadores a nivel global consumieron cerca de 5.9 trillones de cigarrillos durante el año 2009, lo que representa un incremento de 13% en comparación con la década previa.⁴ Cada año fallecen cerca de 6 millones de personas como consecuencia de enfermedades asociadas al consumo de tabaco, lo que equivale a más de 16 mil muertes diarias, de los cuales, aproximadamente 80% ocurren en países de ingresos medios y bajos como el nuestro.^{4,5} A las cifras anteriores se suman 600 mil muertes al año por exposición involuntaria al humo de tabaco, de las cuales, 75% ocurren entre mujeres y niños⁵.

De acuerdo con la evidencia científica disponible, son bien conocidos los efectos sobre la salud derivados del consumo de tabaco tanto por tabaquismo activo como por exposición involuntaria al humo.^{3,5-7} El problema del tabaquismo constituye un fenómeno creciente donde la tendencia marca el aumento en el número de fumadores en todo el mundo. Este aumento se verá más pronunciado en los países en desarrollo, dado que la mayoría de ellos se encuentran en fases aún tempranas de la epidemia del tabaquismo.⁷

La dimensión de la epidemia del tabaco en el mundo demanda soluciones de fondo. El CMCT/OMS contiene una serie de directrices acordes a la evidencia científica más sólida para coordinar acciones globales que permitan detener una de las amenazas para la salud más significativas a la que nos enfrentamos en la actualidad. Para lograr los objetivos planteados en el CMCT/OMS se requiere en gran medida del compromiso de los Estados Parte y de las acciones implementadas por cada uno de ellos. Desde el punto de vista de la colaboración internacional, la implementación del convenio en cada uno de los países miembros, supone un reto en cuanto a la construcción de las capacidades necesarias para el desarrollo de políticas sustentables de control del tabaco.⁸

El tabaquismo representa el principal factor de riesgo para muerte prematura a nivel mundial y se estima que es responsable de aproximadamente 9% de la mortalidad global. Se calcula que hasta 50% de los fumadores crónicos muere prematuramente como consecuencia del tabaquismo, las causas de muerte entre hombre y mujeres fumadores con el mismo patrón de consumo, resultan ser muy similares. Aproximadamente la mitad de esas muertes ocurre durante la etapa económicamente productiva de la vida, antes de la jubilación (entre los 35 y los 69 años), lo cual resulta en la pérdida de al menos entre 10 y 15 años de vida saludable.⁸⁻⁹

En la actualidad se estima que el mayor impacto de la carga del tabaquismo en materia de mortalidad recae en los países de ingresos altos, seguidos de los países de ingresos medios, siendo los países de ingresos bajos los menos afectados. Sin embargo, debido a las tendencias que señalan un incremento en la prevalencia del tabaquismo en los países de ingresos bajos y medios, mientras que la prevalencia de consumo ha bajado en los países con mayores ingresos, se calcula que en los siguientes años la proporción de muertes por enfermedades asociadas al consumo de tabaco, podría incrementarse y concentrarse en los países de ingresos bajos y medios.⁷⁻⁹

En México ocurren entre 25,000 y 60,000 muertes diarias entre personas fumadoras por enfermedades asociadas al consumo crónico de productos del tabaco.⁸⁻⁹

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA), la prevalencia nacional de consumo de cigarrillos en la población urbana entre 12 y 65 años de edad es de 20.4%, lo que representa aproximadamente 14 millones de fumadores activos; 17.2% corresponde a ex fumadores y 64.4% a no fumadores; del total de fumadores activos, 2.2 millones presentan datos de adicción y dependencia a la nicotina (consumo del primer cigarrillo dentro de los primeros 60 minutos después de despertar; consumo de > cigarrillos al día). Los fumadores activos, conviven diariamente con otros 11 millones de personas que no fuman, pero que se encuentran expuestos de manera involuntaria al humo de tabaco en el ambiente (ENA2008).⁹

El comportamiento de la prevalencia del consumo de tabaco en la población mexicana se ha mantenido estable durante los últimos 15 años, observándose, en general, una tendencia hacia el abandono del consumo en la población general.⁹ La población masculina se ha mantenido estable con una prevalencia de aproximadamente 39% desde la primera Encuesta Nacional de Adicciones. La población de mujeres fumadoras ha crecido discretamente desde 14.4% en 1988 a 16.1% en la ENA, 2002.¹⁰

En el año 2002 la población de sexo masculino entre 12 y 65 años de edad, residentes en zonas urbanas de México, mostraba una mayor prevalencia de tabaquismo que las mujeres, 39.1 y 16.1%, respectivamente, para 2008 la cifra se situó en 29.8 y 11.8%, respectivamente. El promedio de consumo diario se ubica en ocho cigarrillos⁹ (ENA 2008).¹⁰

La prevalencia de personas ex fumadoras del sexo masculino residentes en zonas urbanas en 2002 fue de 23%, lo que equivale aproximadamente a 5 millones de hombres que dejaron de fumar, mientras que la prevalencia de ex fumadoras entre la población urbana del sexo femenino fue de 14.3%, lo que corresponde aproximadamente a 4 millones de mujeres. En 2008 la prevalencia de personas ex fumadoras del sexo masculino residentes en zonas urbanas fue

de 21%, mientras que la prevalencia de ex fumadores entre la población urbana del sexo femenino fue de 13.5%. Según este análisis, se aprecia una mayor tendencia al abandono entre la población masculina en comparación con la población femenina.¹¹⁻¹³

Otras encuestas han mostrado datos similares. La Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos (GATS, por sus siglas en inglés) realiza un seguimiento sistemático del tabaquismo en adultos, utilizando metodología estandarizada a nivel global, lo que le confiere la ventaja de ser un instrumento de comparación a nivel internacional (referencia GATS).¹¹⁻¹³

De acuerdo con esta encuesta en México fuma 16% de la población mayor de 15 años, lo que corresponde a 11 millones de mexicanos, de los cuales 25% son hombres (8 millones) y 8% son mujeres (3 millones); el promedio de consumo diario fue de nueve cigarrillos (hombres diez cigarrillos/día; mujeres ocho cigarrillos/día), como se aprecia, el consumo de tabaco en México es moderado, llama la atención que entre los adultos fumadores, el promedio de consumo entre hombres y mujeres es muy similar.¹⁴

De acuerdo con esta encuesta, 69% de la población encuestada nunca ha fumado. Otros datos de interés que se desprenden de la encuesta son: 72% de los fumadores quiere dejar de fumar; 32% de los ex fumadores, dejaron de fumar en el año previo a la encuesta; 50% de los fumadores realizaron al menos un intento por dejar de fumar; 11% de los que habían fumado en el último año, tuvieron éxito en dejar de fumar; 25% de los fumadores que intentaron dejar de fumar consultó a un proveedor de servicios de salud en el año previo; al 65% de los fumadores que intentaron dejar de fumar se les preguntó sobre su estatus de fumador; solamente 27% de los que dejaron de fumar en el último año recibió asesoría médica; entre los fumadores que dejaron de fumar en el año previo, 6% recibió algún medicamento para dejar de fumar, 3% recibió consejería específica para dejar de fumar y 90% considera que dejó de fumar gracias a la fuerza de voluntad.¹⁵

Un hecho relevante que merece mención es el relacionado con el incremento en el consumo de tabaco entre las mujeres mexicanas. Llama la atención la relación entre hombres y mujeres que fuman en las áreas urbanas de México. Mientras que en 1988 la relación hombre: mujer era de 4:1, ésta ha disminuido a lo largo de los años para ubicarse en 2.6:1, lo que sugiere un incremento sostenido en el número de fumadoras durante los últimos 20 años.^{15,16} La tendencia en la reducción de la proporción hombre: mujer en materia de tabaquismo, se debe principalmente a un incremento en el número de mujeres fumadoras.^{15,16}

Entre la población masculina la prevalencia de tabaquismo se ha mantenido estable e inclusive ha mostrado una discreta reducción, sin embargo, entre la población femenina la prevalencia de tabaquismo muestra una tendencia ascendente en el periodo comprendido entre 1988 y 2002.¹⁶

LOS COSTOS DEL TABAQUISMO

El costo del tabaquismo en México en términos de morbilidad y mortalidad también resulta impactante.¹⁶⁻¹⁷ Una estimación demuestra que 5.2% de todas las muertes en México en 2004 fueron atribuibles al tabaquismo. El análisis por regiones de acuerdo con las áreas geo estadísticas básicas mostró que las regiones más ricas demostraron una mayor mortalidad atribuible al tabaquismo; en la región del norte de México, el tabaquismo fue responsable de 9% de las muertes.¹⁷

La mortalidad prematura debido al consumo de tabaco reduce la productividad laboral y el crecimiento económico potencial. Para los hogares, las muertes prematuras causan una pérdida de ganancias y una disminución de los ahorros y las inversiones familiares. Es probable que la muerte precoz de un padre o una madre tenga efectos a largo plazo en la educación y el nivel de vida de los hijos.¹⁷

Desde hace décadas se conoce que el consumo de tabaco produce enfermedad y muerte prematura a causa de más de 25 enfermedades, entre ellas diferentes tipos de cáncer (cáncer de pulmón), enfermedades respiratorias crónicas (enfisema y bronquitis crónica) y cardiovasculares (infarto agudo), y otras de ocurrencia más frecuente como neumonías, cataratas y periodontitis, las cuales imponen un alto costo económico y social. En países de ingresos altos se estima que el costo de la atención de enfermedades atribuibles al consumo de tabaco representa entre 0.1 y 1.1 por ciento del producto interno bruto (PIB), lo que equivale de 6 a 15% del gasto total en salud.¹⁸

Con información obtenida del Sistema Nacional de Información en Salud, que opera la Secretaría de Salud, es posible analizar el número de casos de enfermedades asociadas con el tabaquismo que se atienden en el sistema. De acuerdo con la información disponible es posible analizar el número de egresos hospitalarios de las cuatro enfermedades principales relacionadas con el consumo de tabaco en un período específico.¹⁸

En promedio 2% del total de los egresos hospitalarios en las instalaciones hospitalarias del sector público corresponden a alguna de las cuatro principales enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco. Por infarto agudo al miocardio se presentaron 13,633 egresos hospitalarios durante el 2006; por enfermedades cerebro vasculares se reportaron 42,201 casos; en los expedientes clínicos se apuntaron 30,901 egresos por enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, y 5,883 egresos hospitalarios se atribuyeron a cáncer de pulmón.¹⁹

El 61% de los casos de infarto al miocardio son causados por el tabaquismo; 49% de los casos de enfermedad cerebro vascular, infartos y hemorragias cerebrales, se asocian con el tabaquismo; 69% de los casos con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, EPOC, son causados por fumar; finalmente 66% de los casos de cáncer de pulmón se atribuyen al tabaquismo de los pacientes.¹⁹

La fracción atribuible al consumo de tabaco se refiere al porcentaje del total de egresos hospitalarios que pueden ser asociados con rigor estadístico al consumo de tabaco, tanto de fumadores como de ex fumadores. En este cálculo no están considerados los riesgos de las personas no fumadores asociados a la exposición al humo de tabaco de segunda mano.¹⁹

Tomando en consideración que la fracción atribuible a un factor de riesgo se refiere a la proporción de casos de una enfermedad ocasionados por exposición al factor de riesgo, en este caso el uso del tabaco resulta relevante el número de casos de las enfermedades en cuestión, que pueden prevenirse en México derivados de la reducción en el consumo de los productos del tabaco.¹⁹

La misma información puede analizarse desde la perspectiva de género. El 55.76% de las muertes por neoplasias registradas en México en individuos del sexo masculino y 27% de las muertes por tumores malignos en mujeres, se asocian con el consumo crónico de cigarrillos.³² En cuanto a la mortalidad por padecimientos cardiovasculares (hipertensión arterial, enfermedad isquémica del corazón, enfermedad cerebro vascular, etc.), se asocian con el tabaquismo en hombres y mujeres 21 y 13%, respectivamente. El tabaquismo se asocia con 64% de las muertes en hombres y 53% de las muertes en mujeres por enfermedades respiratorias crónicas, principalmente enfisema pulmonar.¹⁹⁻²¹

Se estima que el consumo crónico de tabaco reduce en promedio entre 10 y 20 años potenciales de vida saludable de las personas en quienes se diagnostican tumores malignos, enfermedades cardiovasculares, enfermedades cerebro vasculares y enfisema pulmonar. Este impacto en la salud y en la calidad de

vida es mayor en los casos en los que se desarrolla un tumor maligno o en quienes se diagnostica una enfermedad cerebro vascular. De la misma manera, se observa que las mujeres pierden más años potenciales de vida saludable que los hombres cuando se les diagnostica algún tipo de neoplasia o enfermedad cerebro vascular.¹⁹⁻²¹

En un abordaje conservador los costos por atención de las principales enfermedades causadas por el tabaquismo en nuestro país ascienden a 23 mil millones de pesos, mientras que en un escenario alto, el costo podría llegar hasta los 43 mil millones de pesos al año.²⁰

De acuerdo con el estudio “Economía del Tabaco” publicado por el INSP, el presupuesto asignado al Sector Salud para atención de las enfermedades atribuibles al consumo del tabaco ascendió en 2010 a 15 mil millones de pesos, sin embargo, debe tomarse en cuenta que 50% de la población se encuentra expuesta a este tipo de enfermedades (cáncer de pulmón, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad vascular cerebral y cardiopatía isquémica e hipertensiva) de las cuales, el 50% no se conoce enferma. Lo anterior significaría que el gasto por atención de enfermedades asociadas al consumo de tabaco ascendería a 75 mil millones de pesos.²⁰

En el Instituto Mexicano del Seguro Social el costo anual total por concepto de las cuatro enfermedades mencionadas asciende a 12,100 mil millones de pesos. Los costos atribuibles al consumo de tabaco ascienden a 7,100 millones de pesos, es decir, 59% del costo total por la atención de las cuatro enfermedades, se asocia con el tabaquismo de los pacientes. La cantidad atribuible³¹ al tabaquismo equivale a 4.3% del gasto de operación de la institución en el año 2004.²⁰⁻²¹

Aunque los cálculos de los costos de atención médica antes mencionados dan un valor monetario los gastos directamente atribuibles a enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco en México, existen otros costos diversos que con frecuencia pasan por alto, incluidos aquéllos por la disminución de la productividad laboral, las pérdidas económicas ocasionadas por las muertes prematuras, el crecimiento económico reducido y la inversión insuficiente en capital humano debido a un menor gasto en salud y educación. Es probable que los costos del tabaquismo no relacionados con la atención médica, los cuales incluyen las pérdidas en capital humano y productividad, sean aún más altos que los costos de salud directos. Estudios internacionales han demostrado que esos costos pueden ser tanto como tres veces superiores a los costos de atención médica.²⁰⁻²¹

Tomando en cuenta que el tabaquismo constituye la primera causa de muerte prevenible a nivel mundial, se hacen necesarias medidas urgentes para reducir la prevalencia de tabaquismo entre la población como una medida de prevención a largo plazo.²⁰⁻²¹

En México se han realizado diversos esfuerzos con la finalidad de sistematizar los servicios de ayuda para dejar de fumar. Dichos esfuerzos abarcan desde la simple difusión de algoritmos de abordaje de los pacientes fumadores, elaboración de Guías Clínicas para la atención del tabaquismo; encuentros nacionales e internacionales para la estandarización de los modelos de tratamiento (Encuentros Iberoamericanos, Encuentros CECAS Querétaro 2006 y Sumiya, Morelos, 2008 ambos organizados por Conadic). Asimismo, a nivel normativo se cuenta con una Norma Oficial Mexicana que establece los lineamientos y requisitos mínimos con que debe cumplir un servicio de ayuda para dejar de fumar (NOM-028-29 agosto, 2010).²¹

Poco se ha logrado para poner al alcance de los interesados y de los médicos que los atienden, la información obtenida tras los esfuerzos realizados. El CECACE (Censo, Capacitación y Certificación de Clínicas de Profesionales de la Salud dedicados al Tratamiento del Tabaquismo) es un programa diseñado, entre otros objetivos, para hacer públicas y accesibles por medios electrónicos a los fumadores, todas las opciones que existen en México para ayudar a los fumadores a dejar de fumar.²¹

El CECACE es una iniciativa, en México, del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Ismael Cosío Villegas" (INER), del Consejo Mexicano contra el Tabaco (CMCT), de los Centros de Integración Juvenil (CIJ) y de la Oficina Nacional para el Control del Tabaco (ONCT). El programa fue diseñado, en principio, para determinar el alcance de la capacidad nacional en términos de la infraestructura disponible en materia de servicios para dejar de fumar; determinar el número de clínicas de ayuda existentes en México y su ubicación, así como registrar los servicios ofrecidos y su publicación en internet de fácil acceso a la comunidad. El segundo objetivo del CECACE es Capacitar a todo individuo o Institución que desee actualizar sus conocimientos y estrategias en programas para dejar de fumar. El tercer objetivo es Certificar a las Instituciones participantes.²¹

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) representa el grueso de la atención médica en México. Se asume que un poco más de 50% de la población y, por lo tanto, también de los fumadores, tienen cobertura médica del IMSS. Sin embargo, solamente se registraron 12 clínicas (4.7%), lo cual sugiere que no tienen este servicio o que no lo registraron. En cualquier caso, los fumadores que buscan ayuda y en forma teórica lo podrían recibir sin costo

adicional en el IMSS, no saben que lo pueden hacer.²¹

BENEFICIOS AL DEJAR DE FUMAR

| |
|---|
| A las 12 horas: casi toda la nicotina ha sido metabolizada. |
| A las 24 horas: los niveles en sangre de monóxido de carbono (CO), han disminuido drásticamente. |
| A los 5 días: casi toda la nicotina se ha eliminado. Comienzan a mejorar el gusto y el olfato. |
| A las 6 semanas: el riesgo de infección en heridas quirúrgicas ha disminuido de manera importante. |
| A los 3 meses: los cilios comienzan a recuperarse, y la función pulmonar mejora. |
| A los 12 meses: el riesgo de enfermedad coronaria se reduce a la mitad. |
| A los 10 años: el riesgo de cáncer de pulmón se reduce a menos de la mitad y continúa disminuyendo. |
| A los 15 años: el riesgo de enfermedad coronaria es la misma que la de los no fumadores. |

FASES DEL FUMADOR

La escala de Prochaska y Di clemente establece las distintas fases por las que pasa un fumador: pre contemplativa, contemplativa, preparación, acción, mantenimiento y recaída.²²

El abandono del tabaco se explica como un proceso en el que se pasa por una serie de etapas hasta sentirse preparado para dejar de fumar. Este modelo establece las distintas fases por las que pasan la mayor parte de los fumadores desde que inician el consumo del tabaco hasta que lo abandonan. Los fumadores se encuentran en una u otra fase dependiendo de su mayor o menor motivación para dejar de fumar y de su mayor o menor inclinación a realizar un serio intento de abandono.²²

DEPENDENCIA PSICOSOCIAL Y CONDUCTUAL

Para muchos fumadores el cigarrillo constituye un “compañero” presente en momentos de alegría, tristeza, para disminuir el estrés, en situaciones sociales, etc. Una persona que a lo largo de años realiza el “ritual” de encender su cigarrillo en múltiples ocasiones genera conductas aprendidas (dependencia

gestual). Por lo tanto, además de la dependencia física de la nicotina el fumador desarrolla dependencia psicológica, social y gestual.²³

La valoración de estos aspectos puede ayudar a seleccionar el tratamiento farmacológico y psicológico más adecuado para optimizar los resultados.

Para valorar la dependencia psicoconductual se utiliza el test de Glover - Nilsson (Glover Nilsson Smoking Behavioral Questionnaire-GN-SBQ-) que mide la dependencia psicológica, social y gestual (conductas aprendidas).²³

MOTIVACIÓN PARA EL ABANDONO

La dificultad para dejar de fumar se considera que es directamente proporcional a la dependencia nicotínica e inversamente proporcional a la motivación. A la hora de planificar el tratamiento deberemos aumentar la motivación y reducir la dependencia.²⁵

Los motivos más frecuentes referidos por los fumadores para dejar de fumar son: mejora de la salud o miedo a que el tabaco la afecte, conciencia de daño a terceros (tabaquismo pasivo), conciencia de tener una dependencia, mal ejemplo a hijos o a menores, motivos económicos y la pérdida de autocontrol (cada vez fumo más).²⁵

El test validado más sencillo en Atención Primaria es el test de Richmond. Este test consta de cuatro preguntas muy sencillas con las que se valora la disponibilidad del fumador para dejar de fumar. Tiene una buena correlación con las categorías del modelo de Prochaska y Diclemente, de tal forma que puntuaciones en el test de Richmond muy bajas corresponden a la fase Pre contemplativa y puntuaciones altas a la fase de preparación.²⁵

7. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Hoy sabemos que el tabaquismo es una enfermedad crónica, adictiva y recidivante¹⁻⁷ reconocida como trastorno mental y del comportamiento en la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS, y que es la primera causa de muerte evitable de morbilidad y mortalidad en el mundo desarrollado, por tanto, debe ser conocida, diagnosticada y tratada como tal en las consultas de Atención Primaria.^{2,6,7,8}

El consumo de tabaco ha sido uno de los más importantes problemas de salud pública en los países desarrollados, y aún lo es en gran medida en los países en vías de desarrollo. El tabaquismo origina más muertes que el SIDA, el alcohol, las drogas ilegales y los accidentes de tráfico juntos. Por otro lado, dejar de fumar produce importantes beneficios para la salud, tanto si se han desarrollado enfermedades relacionadas con el tabaco como si no.⁹

En la actualidad, el 70% de los fumadores desea dejar de fumar. Teniendo en cuenta que en nuestro medio, alrededor del 75% de la población acude a la consulta del médico de Atención Primaria al menos una vez al año, y que las personas que fuman suelen hacerlo con mayor frecuencia que las que no fuman⁷, estamos en disposición de poder identificar a muchos fumadores que desean abandonar el hábito tabáquico¹⁰.

La realización de este estudio plantea un panorama general del tabaquismo como un serio problema de salud pública, con datos que nos dan una idea clara de la magnitud del problema en México. La mayor parte de los estudios que documentan los riesgos para la salud derivados del tabaquismo, se han realizado con base en los fumadores de cigarrillos manufacturados, los cuales son los más extensamente utilizados por los fumadores. En este sentido es importante aclarar que los cigarrillos manufacturados son en realidad dispositivos de auto administración de nicotina, los cuales han sido tecnológicamente diseñados para enmascarar los efectos desagradables de la inhalación del humo, adicionados con saborizantes y aditivos para mejorar el sabor del producto, así como para acelerar el efecto de la nicotina en el cerebro de los fumadores.¹¹

De acuerdo con los datos presentados, se sugiere una estabilización en la prevalencia del consumo de tabaco en la población adulta, así como una tendencia a la reducción en el consumo, especialmente en población masculina. Entre 1988 y 2002 la prevalencia en ambos sexos de nunca fumadores aumentó 10%, pero dicho aumento ocurrió sólo en hombres, lo anterior sugiere que más mujeres se iniciaron en el consumo que hombres,

durante el periodo señalado.¹²

La prevalencia de fumadores diarios se redujo 16% en hombres y en ambos sexos las reducciones más importantes ocurrieron en las personas de 45 y más años. Dicha diferencia en los grupos de edad más avanzada podría explicarse por el posible hecho que los individuos fumadores tienen menos probabilidad de sobrevivir que los que nunca fumaron o dejaron de hacerlo en la juventud, también podría explicarse por un efecto de cohorte donde la prevalencia de tabaquismo era más baja cuando los individuos eran jóvenes y estos no se iniciaron en el tabaquismo, así como por el posible hecho de que los fumadores adultos dejan de fumar en la medida que toman mayor conciencia de los riesgos que corren por fumar.¹³

Sin duda es un hecho preocupante la feminización del consumo de tabaco observada durante las dos últimas décadas. Varios factores parecen contribuir a esta tendencia, incluyendo el hecho de que es menos probable que las mujeres dejen de fumar en comparación con los hombres. Los estudios clínicos realizados a gran escala indican que es menos probable que las mujeres inicien la abstinencia del tabaco y que si lo hacen, es más probable que sufran una recaída. Al parecer, las mujeres desarrollan la adicción y dependencia a la nicotina con mayor fuerza que los hombres.¹⁴

Otros factores que pueden contribuir a la dificultad que tienen las mujeres para dejar el hábito son la intensidad de los síntomas del síndrome de abstinencia y la preocupación por el aumento de peso después de dejar de fumar.¹⁵

Ante el creciente fenómeno de consumo de tabaco en la población, se hace indispensable la implementación de políticas públicas tendientes a la reducción de la demanda, especialmente entre los jóvenes; mejorar los servicios de cese del tabaquismo y proteger a los no fumadores de la exposición involuntaria al humo del tabaco. Debemos reaccionar ante el hecho de que las mujeres están iniciándose en el tabaquismo a edades cada vez más tempranas, con un patrón cada vez más parecido al de los hombres.¹⁶

En virtud de los daños para la salud ocasionados por el tabaquismo, los cuales convergen con afectaciones serias a la economía derivadas de los costos de atención, se hace indispensable impulsar políticas públicas de control que logren modificar las tendencias observadas. La Cumbre de Alto Nivel de la Organización de las Naciones Unidas sobre Enfermedades No Transmisibles celebrada en 2011, identificó al control del tabaco como una “prioridad de atención Urgente e Inmediata”.¹⁷

Durante el siglo XX el consumo de tabaco causó cerca de 100 millones de muertes, si las tendencias actuales no se modifica, se estima que durante el siglo XXI, esta cifra puede crecer 10 veces.¹⁸

El inicio del tabaquismo a edades más tempranas y la feminización de la epidemia, imponen nuevos retos. México no es ajeno a este fenómeno.¹⁹

Es de suma importancia implementar programas de salud comprometidos a enfrentar una carga excesiva por enfermedades asociadas al tabaquismo en población en edad productiva, que obviamente comprometerá la productividad y competitividad del país entero. Si a esto le agregamos que un número considerable de personas enfermas, serán mujeres, la situación cobra mayor relevancia. No olvidemos que en la composición económicamente activa de nuestro país, las mujeres desempeñan un papel cada vez más importante. Debemos evitar que en las próximas décadas, el país enfrente una epidemia de enfermedades ocasionadas por el tabaco en mujeres jóvenes.²⁰

Como médicos familiares estamos obligados a la captación de fumadores desde edades tempranas, al consejo mínimo a todos ellos, así como al tratamiento y seguimiento de aquellos que han decidido dejar de fumar. Por lo anterior es importarse plantearnos la siguiente pregunta: ¿Cuál es la principal motivación para fumar, tipo de dependencia y grado de motivación para dejar de fumar en pacientes fumadores adscritos a la UMF 33?

8. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Establecer cuál es la principal motivación para fumar, grado de dependencia y motivación para dejar de fumar en pacientes fumadores de 20 a 59 años de edad adscritos a la UMF No. 33.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar los factores socio demográficos (edad, genero, estado civil y comorbilidades) en pacientes fumadores de 20 a 59 años de edad adscritos a la UMF No. 33
- Determinar en qué sexo predomina el tabaquismo en pacientes fumadores de 20 a 59 años de edad adscritos a la UMF No. 33
- Determinar cuál es la edad de mayor consumo de tabaco en pacientes fumadores de 20 a 59 años de edad adscritos a la UMF No. 33
- Establecer el número de cigarrillos que consumen los pacientes fumadores de 20 a 59 años de edad adscritos a la UMF No. 33
- Identificar en qué fase del abandono se encuentran los pacientes fumadores de 20 a 59 años de edad adscritos a la UMF No. 33
- Identificar cuál es la principal motivación para fumar en pacientes fumadores de 20 a 59 años de edad adscritos a la UMF No. 33
- Determinar cuál es el grado de dependencia en pacientes fumadores de 20 a 59 años de edad adscritos a la UMF No. 33
- Determinar cuál es la motivación para dejar de fumar en pacientes fumadores de 20 a 59 años de edad adscritos a la UMF No. 33

9. MATERIAL Y MÉTODOS

Los recursos **humanos** con los que se realizó el estudio fueron:

- Un médico residente de medicina familiar de la UMF No. 33.
- Un médico adscrito, quien fue el asesor del proyecto.
- Pacientes fumadores entre 20 y 59 años de edad que aceptaron participar en el estudio previo consentimiento informado.

Los recursos **físicos** con los que se contaron fueron:

- La Unidad de Medicina Familiar No. 33 del IMSS (consulta externa, curaciones, dental, enfermería materna infantil, medicina preventiva y CEYE donde se encuentra laborando el personal de enfermería.)

Los recursos **materiales**:

- Un equipo de cómputo personal del médico residente encargado del estudio.
- Una impresora.
- Diez Lápices
- Diez Bolígrafos
- Cuatrocientas sesenta y seis hojas para consentimiento informado y cuestionario diseñado ex profeso
- Una engrapadora
- Este proyecto fue autofinanciado con los recursos propios del investigador

Se llevó a cabo un estudio observacional, prospectivo, transversal y descriptivo en pacientes adscritos a la UMF No. 33 que acudieron a recibir atención médica a la Unidad, fueron captados dentro de los consultorios y en las salas de espera, los cuales cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: fumadores, entre 20 y 59 años de edad, ambos sexos y que asistían a consulta en los turnos matutino y vespertino.

Previo consentimiento informado (ANEXO 1) se aplicó un cuestionario diseñado ex profeso el cual constaba de 45 preguntas distribuidas en cinco apartados:

I. Características socio demográficas

II. Escala de Prochaska y Di Clemente

III. Test de motivación de Russel

IV. Test de dependencia de Glover Nilsson

V. Test de Richmond

Los datos obtenidos se vaciaron en tablas de Excel y los resultados fueron evaluados utilizando estadística descriptiva para calcular frecuencias y porcentajes que se expresaron a través de tablas y gráficas mediante el programa estadístico SPSS 22.

10. RESULTADO

De los 233 fumadores encuestados, el mayor porcentaje se encontró dentro del grupo de 30-39 años de edad (29.6%, 69 pacientes), seguido en orden descendente por el de 20-29 años (28.3%, 66 pacientes), 40-49 años (21.5%, 50 pacientes) y finalmente el de 50-59 años (20.6%, 48 pacientes). **Tabla 1 y Gráfica1.**

Respecto al género en el que predominó el tabaquismo se pudo observar que los hombres fuman más que las mujeres con un 72.1% y 27.9% respectivamente, lo cual se tradujo en que de los 233 fumadores, 168 correspondieron al sexo masculino, mientras que solo 65 al sexo femenino. **Tabla 2 y Gráfica2.**

En lo referente al estado civil, los casados fumaron más con un 40.3% (94 pacientes), seguidos por los solteros con un 27.5% (64 pacientes), unión libre 15% (35 pacientes), divorciados 12.4% (29 pacientes) y finalmente con el menor porcentaje, los viudos con un 4.7% (11 pacientes). **Tabla 3 y Gráfica3.**

La mayoría de los pacientes refirió fumar 3 cigarros por día (42 pacientes), lo que correspondió al 18% de los encuestados. **Tabla 4 y Gráfica 4.** Así mismo, de los 233 pacientes, 28 refirieron padecer alguna enfermedad asociada directamente con el tabaquismo: 14 pacientes con IAM (6%), 5 con EVC (2.1%), 4 con EPOC (1.7%) y 5 con Cáncer Pulmonar (2.1%). **Tabla 5 y Gráfica 5.**

La fase de abandono en que se ubicó la mayoría de los encuestados fue la Pre contemplativa con un 35.6% (83 pacientes), seguida de la de recaída con el 18.9% (44 pacientes), contemplativa 12.4% (29 pacientes), ex fumador 12% (28 pacientes), mantenimiento 9.9% (23 pacientes), preparación 6% (14 pacientes) y finalmente con el menor porcentaje la fase de acción con 5.2% (12 pacientes). **Tabla 6 y Gráfica 6.**

La principal motivación para fumar referida por los encuestados fue la indulgencia con un 22.3% (52 pacientes), seguida de la sedación 20.6% (48 pacientes), estimulación 17.6% (41 pacientes), tener algo en las manos 11.6% (27 pacientes), imagen social y automatismo 9.9% (23 pacientes) y finalmente adicción con un 8.2% (19 pacientes). **Tabla 7 y Gráfica 7.**

El mayor número de pacientes se encontró con un grado de dependencia moderado correspondiente al 37.3% de los encuestados (87 pacientes), seguida del grado leve y severa con el 22.3% (52 pacientes), por último; el

grado muy severa con 18% (42) pacientes **Tabla 8 y Gráfica 8.**

Finalmente, la motivación para dejar de fumar a la que hicieron referencia la mayoría de los pacientes fue baja con un 52.8% lo que equivale a 123 de los encuestados, seguida por alta motivación con 24.9% (58 pacientes) y con 22.3% se ubicaron en moderada motivación 52 pacientes. **Tabla 9 y Gráfica 9.**

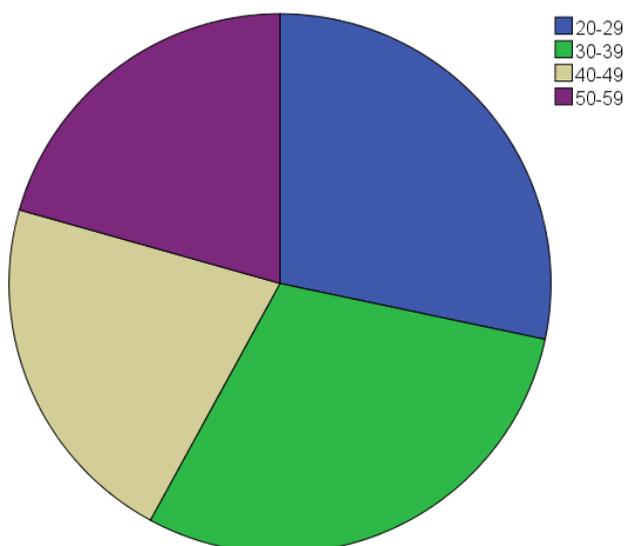
11. TABLAS Y GRÁFICAS

Tabla 1. Grupos de edad en pacientes fumadores de 20 a 59 años de edad adscritos a la UMF No. 33 El Rosario.

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido 20-29 | 66 | 28.3 | 28.3 | 28.3 |
| 30-39 | 69 | 29.6 | 29.6 | 57.9 |
| 40-49 | 50 | 21.5 | 21.5 | 79.4 |
| 50-59 | 48 | 20.6 | 20.6 | 100.0 |
| Total | 233 | 100.0 | 100.0 | |

Fuente: Encuesta socio demográfica en pacientes fumadores de 20 a 59 años de edad adscritos a la UMF No. 33 El Rosario.

Gráfico 1. Grupos de edad en pacientes fumadores de 20 a 59 años de edad adscritos a la UMF No. 33 El Rosario.



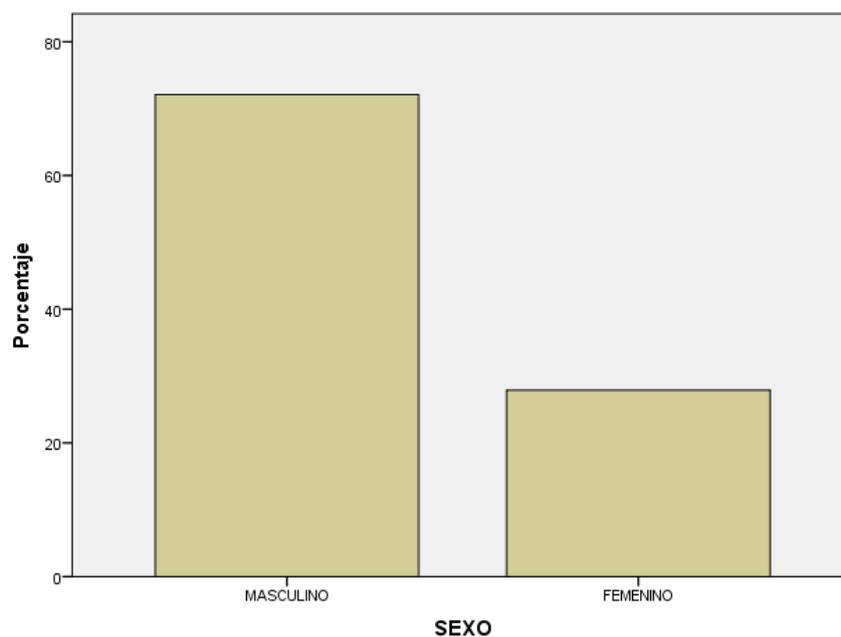
Fuente: Encuesta socio demográfica en pacientes fumadores de 20 a 59 años de edad adscritos a la UMF No. 33 El Rosario.

Tabla 2. Distribución por sexo en pacientes fumadores de 20 a 59 años de edad adscritos a la UMF No. 33 El Rosario.

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido MASCULINO | 168 | 72.1 | 72.1 | 72.1 |
| FEMENINO | 65 | 27.9 | 27.9 | 100.0 |
| Total | 233 | 100.0 | 100.0 | |

Fuente: Encuesta socio demográfica en pacientes fumadores de 20 a 59 años de edad adscritos a la UMF No. 33 El Rosario.

Gráfico 2. Distribución por sexo en pacientes fumadores de 20 a 59 años de edad adscritos a la UMF No. 33 El Rosario



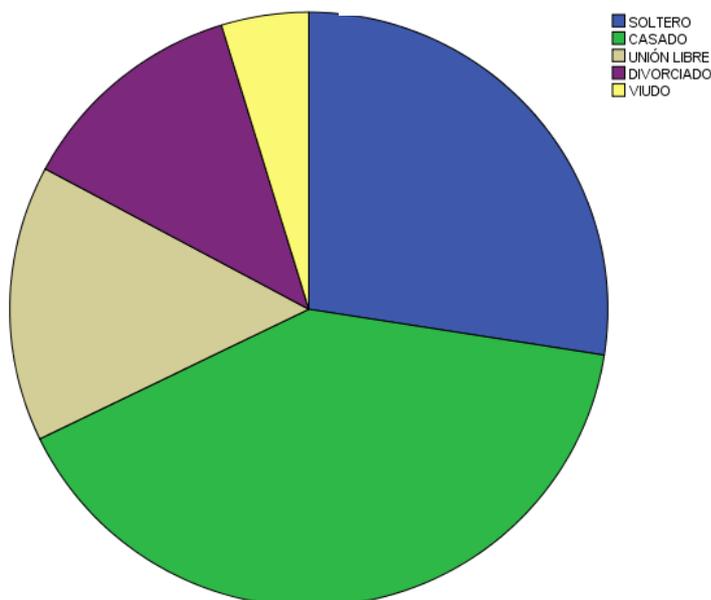
Fuente: Encuesta socio demográfica en pacientes fumadores de 20 a 59 años de edad adscritos a la UMF No. 33 El Rosario.

Tabla 3. Distribución por estado civil en pacientes fumadores de 20 a 59 años de edad adscritos a la UMF No. 33 El Rosario.

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|----------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido SOLTERO | 64 | 27.5 | 27.5 | 27.5 |
| CASADO | 94 | 40.3 | 40.3 | 67.8 |
| UNIÓN LIBRE | 35 | 15.0 | 15.0 | 82.8 |
| DIVORCIADO | 29 | 12.4 | 12.4 | 95.3 |
| VIUDO | 11 | 4.7 | 4.7 | 100.0 |
| Total | 233 | 100.0 | 100.0 | |

Fuente: Encuesta socio demográfica en pacientes fumadores de 20 a 59 años de edad adscritos a la UMF No. 33 El Rosario.

Gráfico 3. Distribución por estado civil en pacientes fumadores de 20 a 59 años de edad adscritos a la UMF No. 33 El Rosario.



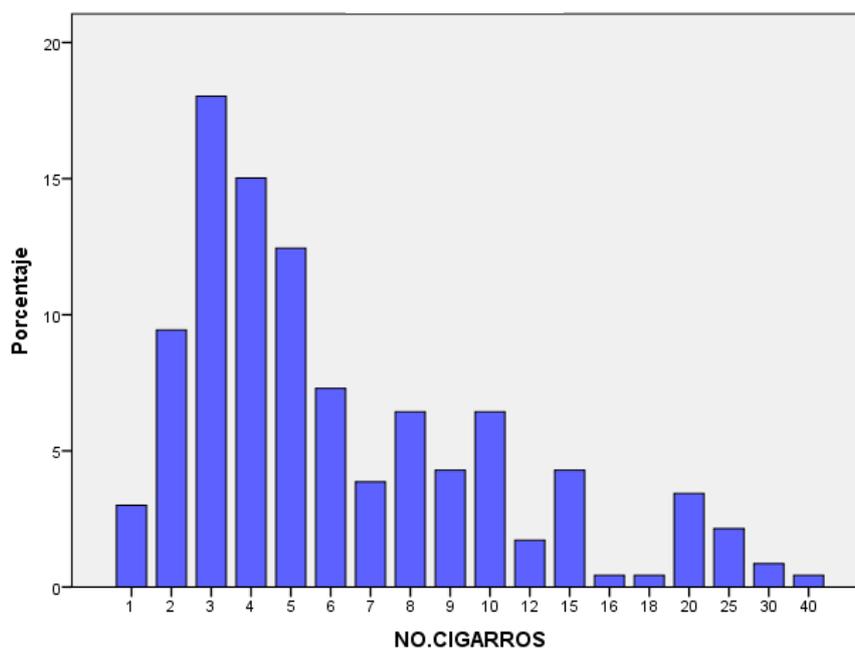
Fuente: Encuesta socio demográfica en pacientes fumadores de 20 a 59 años de edad adscritos a la UMF No. 33 El Rosario.

Tabla 4. Número de cigarrillos que consumen los pacientes fumadores de 20 a 59 años de edad adscritos a la UMF No. 33 El Rosario.

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------|-------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | 1 | 7 | 3.0 | 3.0 | 3.0 |
| | 2 | 22 | 9.4 | 9.4 | 12.4 |
| | 3 | 42 | 18.0 | 18.0 | 30.5 |
| | 4 | 35 | 15.0 | 15.0 | 45.5 |
| | 5 | 29 | 12.4 | 12.4 | 57.9 |
| | 6 | 17 | 7.3 | 7.3 | 65.2 |
| | 7 | 9 | 3.9 | 3.9 | 69.1 |
| | 8 | 15 | 6.4 | 6.4 | 75.5 |
| | 9 | 10 | 4.3 | 4.3 | 79.8 |
| | 10 | 15 | 6.4 | 6.4 | 86.3 |
| | 12 | 4 | 1.7 | 1.7 | 88.0 |
| | 15 | 10 | 4.3 | 4.3 | 92.3 |
| | 16 | 1 | .4 | .4 | 92.7 |
| | 18 | 1 | .4 | .4 | 93.1 |
| | 20 | 8 | 3.4 | 3.4 | 96.6 |
| | 25 | 5 | 2.1 | 2.1 | 98.7 |
| | 30 | 2 | .9 | .9 | 99.6 |
| | 40 | 1 | .4 | .4 | 100.0 |
| | Total | 233 | 100.0 | 100.0 | |

Fuente: Encuesta socio demográfica en pacientes fumadores de 20 a 59 años de edad adscritos a la UMF No. 33 El Rosario.

Gráfico 4. Número de cigarros que consumen los pacientes fumadores de 20 a 59 años de edad adscritos a la UMF No. 33 El Rosario.



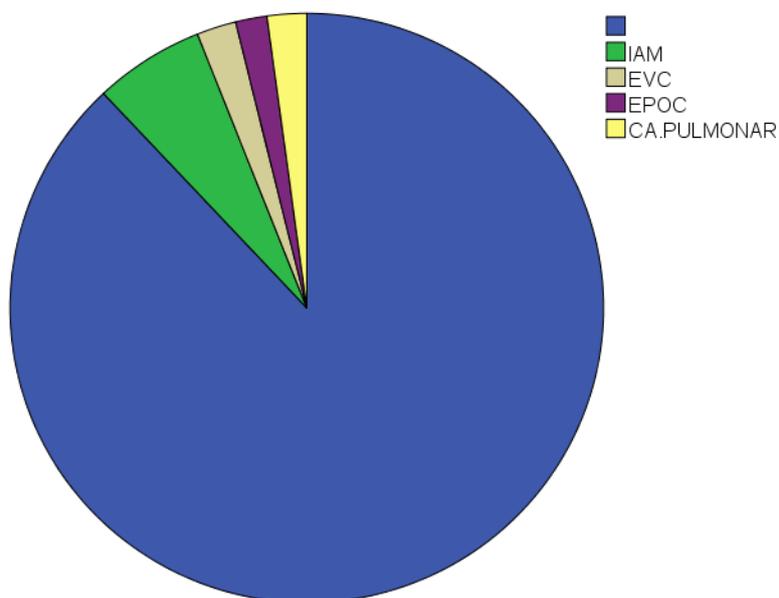
Fuente: Encuesta socio demográfica en pacientes fumadores de 20 a 59 años de edad adscritos a la UMF No. 33 El Rosario.

Tabla 5. Enfermedades coexistentes en pacientes fumadores de 20 a 59 años de edad adscritos a la UMF No. 33 El Rosario.

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | 205 | 88.0 | 88.0 | 88.0 |
| IAM | 14 | 6.0 | 6.0 | 94.0 |
| EVC | 5 | 2.1 | 2.1 | 96.1 |
| EPOC | 4 | 1.7 | 1.7 | 97.9 |
| CA.PULMONAR | 5 | 2.1 | 2.1 | 100.0 |
| Total | 233 | 100.0 | 100.0 | |

Fuente: Encuesta socio demográfica en pacientes fumadores de 20 a 59 años de edad adscritos a la UMF No. 33 El Rosario.

Gráfico 5. Enfermedades coexistentes en pacientes fumadores de 20 a 59 años de edad adscritos a la UMF No. 33 El Rosario.



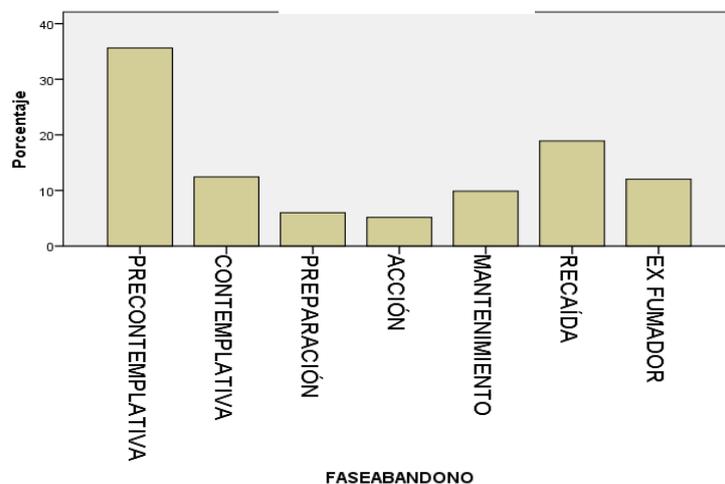
Fuente: Encuesta socio demográfico en pacientes fumadores de 20 a 59 años de edad adscritos a la UMF No. 33 El Rosario.

Tabla 6. Fase de abandono en pacientes fumadores de 20 a 59 años de edad adscritos a la UMF No. 33 El Rosario.

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| PRECONTEMPLATIVA | 83 | 35.6 | 35.6 | 35.6 |
| CONTEMPLATIVA | 29 | 12.4 | 12.4 | 48.1 |
| PREPARACIÓN | 14 | 6.0 | 6.0 | 54.1 |
| ACCIÓN | 12 | 5.2 | 5.2 | 59.2 |
| MANTENIMIENTO | 23 | 9.9 | 9.9 | 69.1 |
| RECAÍDA | 44 | 18.9 | 18.9 | 88.0 |
| EX FUMADOR | 28 | 12.0 | 12.0 | 100.0 |
| Total | 233 | 100.0 | 100.0 | |

Fuente: Escala de Prochaska y Di Clemente en pacientes fumadores de 20 a 59 años de edad adscritos a la UMF No. 33 El Rosario.

Gráfico 6. Fase de abandono en pacientes fumadores de 20 a 59 años de edad adscritos a la UMF No. 33 El Rosario.



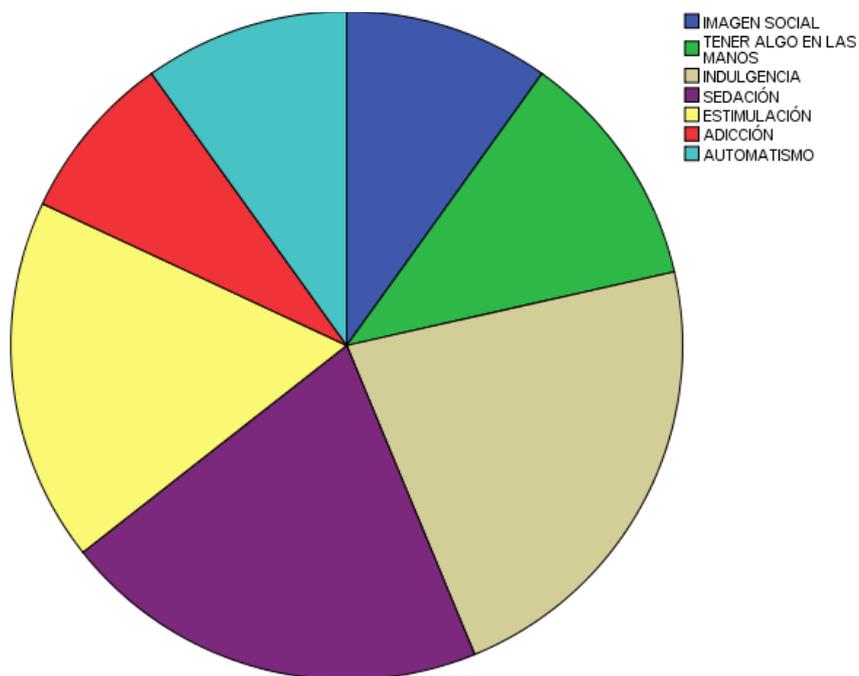
Fuente: Escala de Prochaska y Di Clemente en pacientes fumadores de 20 a 59 años de edad adscritos a la UMF No. 33 El Rosario.

Tabla 7. Motivación para fumar en pacientes fumadores de 20 a 59 años de edad adscritos a la UMF No. 33 El Rosario.

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| IMAGEN SOCIAL | 23 | 9.9 | 9.9 | 9.9 |
| TENER ALGO EN LAS MANOS | 27 | 11.6 | 11.6 | 21.5 |
| INDULGENCIA | 52 | 22.3 | 22.3 | 43.8 |
| SEDACIÓN | 48 | 20.6 | 20.6 | 64.4 |
| ESTIMULACIÓN | 41 | 17.6 | 17.6 | 82.0 |
| ADICCIÓN | 19 | 8.2 | 8.2 | 90.1 |
| AUTOMATISMO | 23 | 9.9 | 9.9 | 100.0 |
| Total | 233 | 100.0 | 100.0 | |

Fuente: Test de motivación de Russel en pacientes fumadores de 20 a 59 años de edad adscritos a la UMF No. 33 El Rosario.

Gráfico 7. Motivación para fumar en pacientes fumadores de 20 a 59 años de edad adscritos a la UMF No. 33 El Rosario.



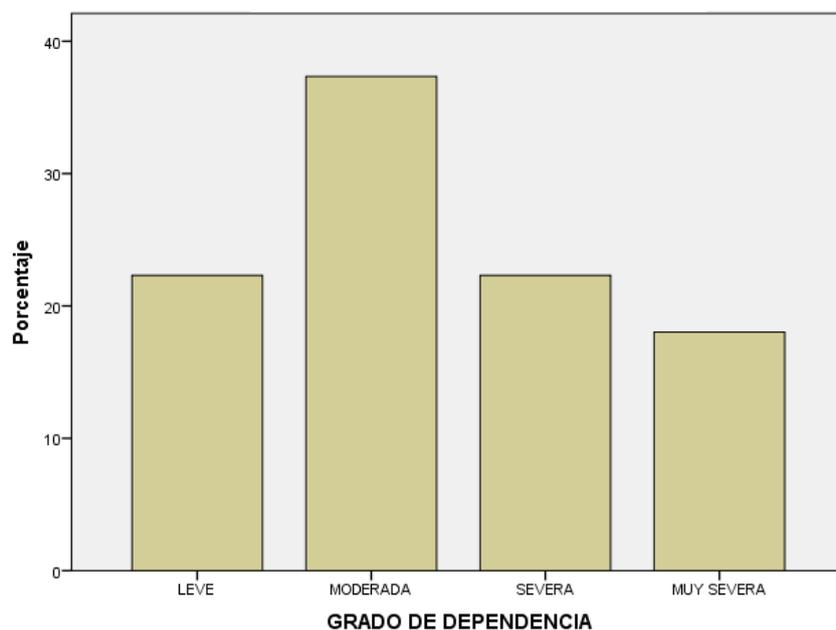
Fuente: Test de motivación de Russel en pacientes fumadores de 20 a 59 años de edad adscritos a la UMF No. 33 El Rosario

Tabla 8. Grado de Dependencia en pacientes fumadores de 20 a 59 años de edad adscritos a la UMF No. 33 El Rosario.

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido LEVE | 52 | 22.3 | 22.3 | 22.3 |
| MODERADA | 87 | 37.3 | 37.3 | 59.7 |
| SEVERA | 52 | 22.3 | 22.3 | 82.0 |
| MUY SEVERA | 42 | 18.0 | 18.0 | 100.0 |
| Total | 233 | 100.0 | 100.0 | |

Fuente: Test de dependencia de Glover Nilsson en pacientes fumadores de 20 a 59 años de edad adscritos a la UMF No. 33 El Rosario.

Gráfico 8. Grado de Dependencia en pacientes fumadores de 20 a 59 años de edad adscritos a la UMF No. 33 El Rosario.



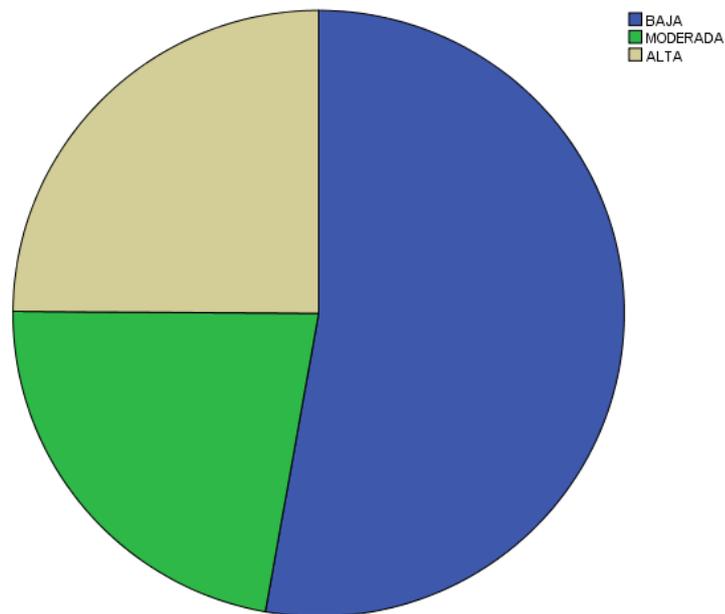
Fuente: Test de dependencia de Glover Nilson en pacientes fumadores de 20 a 59 años de edad adscritos a la UMF No. 33 El Rosario.

Tabla 9. Motivación para dejar de fumar en pacientes fumadores de 20 a 59 años de edad adscritos a la UMF No. 33 El Rosario.

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|----------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| BAJA | 123 | 52.8 | 52.8 | 52.8 |
| MODERADA | 52 | 22.3 | 22.3 | 75.1 |
| ALTA | 58 | 24.9 | 24.9 | 100.0 |
| Total | 233 | 100.0 | 100.0 | |

Fuente: Test de Richmond en pacientes fumadores de 20 a 59 años de edad adscritos a la UMF No. 33 El Rosario.

Gráfico 9. Motivación para dejar de fumar en pacientes fumadores de 20 a 59 años de edad adscritos a la UMF No. 33 El Rosario.



Fuente: Test de Richmond en pacientes fumadores de 20 a 59 años de edad adscritos a la UMF No. 33 El Rosario.

12. DISCUSIÓN

De acuerdo a la Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos la prevalencia de tabaquismo en México en personas de 15 a 65 años de edad es del 17%. En contraste, la Encuesta Mundial de Tabaco y Juventud muestra la prevalencia de tabaquismo en jóvenes de 13 a 15 años de edad en 24.9% en 2008, de acuerdo a los resultados obtenidos en este estudio, el grupo de edad en el que predomina el tabaquismo fue el de 30-39 años con un 29.6%, lo que correspondió a 69 pacientes de los 233 encuestados, no se tomó en cuenta población adolescente ya que en la UMF No. 33 no predomina este grupo de edad, por lo que los resultados reflejan mayor prevalencia de tabaquismo en adultos jóvenes.¹⁻⁵

Respecto al género en el que predominó el tabaquismo se pudo observar que los hombres fuman más que las mujeres con un 72.1% y 27.9% respectivamente. Esto confirmó que el número de mujeres que fuman es mucho menor que el de hombres. En todo el mundo, alrededor de un 40% de los hombres fuman, por comparación con un 9% de las mujeres. Aun así, la epidemia de consumo de tabaco por las mujeres va en aumento en algunos países.¹⁻⁵

Una encuesta de las tendencias del tabaquismo en los jóvenes efectuada por la OMS reveló que en la mitad de los 151 países estudiados el número de chicas fumadoras era semejante al de chicos fumadores. Hay indicios de que la mayoría de estas muchachas seguirán fumando cuando sean adultas. Las prohibiciones de la publicidad del tabaco, como está previsto en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, podrían ayudar a detener el aumento del consumo de tabaco entre las chicas.²⁻⁶

Cada año, el consumo de tabaco mata a más de 5 millones de personas en el mundo, y aproximadamente 1,5 millones de estas son mujeres. La mayoría de ellas (el 75%) viven en países de ingresos bajos y medianos. Si no se toman medidas urgentes, el consumo de tabaco podría matar a casi 8 millones de personas cada año de aquí a 2030, y 2,5 millones de ellas serían mujeres.²⁻⁶

La industria tabacalera dirige campañas de publicidad muy costosas hacia las mujeres mediante anuncios que explotan estereotipos de género y vinculan falsamente el consumo de tabaco con conceptos de belleza, prestigio y libertad. La industria se concentra activamente en las mujeres porque son relativamente pocas las que por ahora consumen tabaco, y cada vez tienen más poder adquisitivo para comprar tabaco.³⁻⁵

Por comparación con las mujeres que no fuman, las fumadoras tienen más probabilidades de sufrir esterilidad y problemas para concebir. Fumar durante el embarazo aumenta los riesgos de parto prematuro, mortinato y muerte del recién nacido, y puede disminuir la producción de leche materna. El tabaquismo aumenta el riesgo de muchos cánceres de la mujer, en particular el del cuello uterino.³⁻⁶

En todo el mundo, el humo de tabaco en el ambiente causa más de 600 000 muertes al año y el 64% de estas corresponden a mujeres. En algunos países, el humo ajeno representa una amenaza mayor para las mujeres que la posibilidad de que estas pudieran empezar a fumar.^{5, 6,7}

En lo referente al estado civil, no existen antecedentes en la literatura que permitan determinar quiénes fuman más.

La mayoría de los pacientes refirió fumar 3 cigarros por día (42 pacientes), lo que correspondió al 18% de los encuestados. De acuerdo a la Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos (GATS, por sus siglas en inglés) el promedio de consumo diario fue de nueve cigarrillos (hombres diez cigarrillos/día; mujeres ocho cigarrillos/día), llama la atención que entre los adultos fumadores, el promedio de consumo entre hombres y mujeres es muy similar.^{7,8}

Se conoce desde hace varios años que el consumo de tabaco y la exposición al humo inducen una elevada morbilidad y mortalidad por enfermedades, en particular del sistema circulatorio y respiratorio, entre ellas las neoplasias. La OMS señala que el tabaquismo causa por lo menos 80% de los cánceres de pulmón en los países desarrollados.⁸⁻¹⁰

El efecto del tabaquismo en la población mexicana como problema de salud pública se basa en las tasas de morbilidad y mortalidad de padecimientos relacionados con su consumo. Desde hace varios años en México, la enfermedad isquémica del corazón y los tumores malignos de pulmón, bronquios y tráquea ocupan los primeros lugares en la mortalidad general.¹¹⁻¹⁵

A partir de esta evidencia se han realizado cálculos de la mortalidad preliminar de 2004 para medir los efectos de la epidemia por el consumo de tabaco en México. El número total de muertes anuales atribuibles al tabaquismo por enfermedades concomitantes es de más de 60 mil (165 muertes al día), 38% de éstas (22 778 defunciones) consecutivo a enfermedad isquémica del corazón, 29% (17 390 muertes) a enfisema, bronquitis crónica y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), 23% (13 751 defunciones) a enfermedad cerebrovascular y 10% a cáncer de pulmón, bronquios y tráquea (6 168 muertes).¹⁶⁻²⁰

De acuerdo a los resultados obtenidos, solo en 12.01% refirió padecer alguna enfermedad asociada directamente con el tabaquismo. Lo anterior reitera la necesidad de instituir campañas preventivas permanentes con el propósito de sensibilizar a la sociedad en relación con la importancia de prevenir el consumo de tabaco y, en su caso, abandonarlo por completo.²¹

La fase pre contemplativa de abandono en que se ubicó la mayoría de los encuestados con un 35.6% reveló que no deseaban dejar de fumar en los próximos 6 meses o ni siquiera se lo planteaban, no identificaron ningún riesgo y los argumentos a favor de seguir fumando pesaron más que aquellos para dejarlo; seguida de la de recaída en la que realizaron un intento y volvieron a fumar. La recaída es una parte normal del proceso de dejar de fumar, la mayoría de fumadores tienen entre 3 y 4 recaídas antes de conseguirlo; el 12.4% de los encuestados se encontró en la fase contemplativa en la cual empiezan a identificar los riesgos de su hábito, reconocen los beneficios que podrían alcanzar y se plantean dejar el tabaco en los próximos 6 meses. Un 60-70% de los fumadores se encuentran en esta fase. No obstante, muchos de ellos permanecen en lo que se denomina fase de contemplación crónica, que define a los fumadores que siempre están pensando en dejar de fumar; el 12% se encontró en la fase de ex fumador, es decir, habían pasado un año de abstinencia; en fase de mantenimiento 9.9% de los encuestados habían dejado de fumar durante más de 6 meses (hasta el año); en fase de preparación solamente se encontraron 6% de los fumadores, sus argumentos a favor de dejar de fumar superaron a los de seguir fumando y el sujeto está completamente dispuesto a realizar un intento serio de abandono del tabaco en el próximo mes; finalmente con tan solo el 5.2% se encontraron en fase de acción 12 pacientes, los cuales estaban cambiando su conducta y llevaban menos de seis meses de abstinencia. Es un periodo de alto riesgo para recaídas.²²

La principal motivación para fumar referida por los encuestados fue la indulgencia con un 22.3%, es decir, relacionaron su hábito con las situaciones de relax y placer; seguida de la sedación con un 20.6%, estimulación 17.6%, tener algo en las manos 11.6%, imagen social y automatismo 9.9% y finalmente adicción con un 8.2%.²³

El 37.3% de los pacientes se encontró con un grado de dependencia moderado, es decir, para muchos fumadores el cigarrillo constituye un “compañero” presente en momentos de alegría, tristeza, para disminuir el estrés, en situaciones sociales, etc.²⁴

Una persona que a lo largo de años realiza el “ritual” de encender su cigarrillo en múltiples ocasiones genera conductas aprendidas (dependencia gestual). Por lo tanto, además de la dependencia física de la nicotina el fumador desarrolla dependencia psicológica, social y gestual.

La valoración de estos aspectos puede ayudar a seleccionar el tratamiento farmacológico y psicológico más adecuado para optimizar los resultados.²⁴

La motivación para dejar de fumar a la que hicieron referencia la mayoría de los pacientes fue baja con un 52.8% lo que equivale a 123 de los encuestados; la dificultad para dejar de fumar se considera que es directamente proporcional a la dependencia nicotínica e inversamente proporcional a la motivación, por lo que a la hora de planificar el tratamiento se deberá aumentar la motivación y reducir la dependencia.²⁵

Los motivos más frecuentes referidos por los fumadores para dejar de fumar fueron: mejora de la salud o miedo a que el tabaco la afecte, conciencia de daño a terceros (tabaquismo pasivo), conciencia de tener una dependencia, mal ejemplo a hijos o a menores, motivos económicos y la pérdida de autocontrol (cada vez fumo más).²⁵

13. CONCLUSIÓN

Las principales tendencias que el tabaquismo ha mostrado en México son una relativa estabilidad en la prevalencia, inicio a más temprana edad en el consumo de tabaco, mayor número de menores de edad que fuman y un incremento de la prevalencia en mujeres.

Es necesario complementar la información existente con datos del efecto económico y social del consumo de tabaco para evaluar la magnitud del problema de salud pública, contemplar grupos de edades más amplios en virtud de que se ha visto un aumento del tabaquismo en adolescentes.

En México se han conseguido avances importantes, para enfrentar la epidemia del tabaquismo con mayor éxito. Una forma de hacerlo es la disposición de datos de la fracción atribuible de mortalidad, sustentada en información nacional y no en cifras de otros países.

En consecuencia, resulta necesario incrementar y fortalecer la investigación en materia del consumo de tabaco. En este sentido, es fundamental enfocar el desarrollo de estudios de efectos económicos y sociales, así como impulsar éstos en los planos estatal y municipal para reforzar las políticas públicas y abatir el consumo de tabaco en México.

14. BIBLIOGRAFÍA

1. Eriksen M, Mackay J, Ross H. The Tobacco Atlas. Fourth Ed. Atlanta, GA: American Cancer Society; New York, NY: World Lung Foundation; 2012: p. 12-26.
2. WHO. Global Health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. 2007: p. 3-16.
3. WHO report on the global tobacco epidemic: 2011. Geneva: World Health Organization; 2011; p.19-22.
4. Morbidity and Mortality Weekly Reports (MMWRs). Annual smoking attributable mortality, years of potential life lost, and productivity losses United States. 2000-2004, 2008:57(45):1226-8.
5. Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC). Observatorio mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas. México: Secretaría de Salud; 2003, p.63.
6. Valdés R. Las cifras de la epidemia: daños a la salud y mortalidad atribuible. En: Valdés R, Lazcano E, Hernández M, (eds.). Primer informe sobre el combate al tabaquismo. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública; 2005, p. 29-41.
7. Tapia-Conyer R, Kuri-Morales PR, Hoy-Gutiérrez JM. Panorama epidemiológico del tabaquismo en México. Salud Publica Mex ,2005; 43(5): 478-84.
8. Kuri-Morales PA, González-Roldán JF, Hoy MJ, Cortés Ramírez M. Epidemiología del tabaquismo en México. Salud Publica Mex, 2006; 48(Supl): I: 591-598.
9. Consejo Nacional contra las Adicciones. Encuesta Nacional de Adicciones 2002. Tabaco, alcohol y otras drogas. Resumen Ejecutivo. Secretaría de Salud; 2003; p. 29-38.
10. Franco-Marina F. Tendencias del tabaquismo en adultos en México: análisis de las Encuestas Nacionales de Adicciones. Salud Pública Mex, 2007; 49(Supl)2:s137-s146.
11. Peña-Corona GM, Kuri M, Tapia CR. El consumo de tabaco en México y Encuesta Nacional de Adicciones 1988 (Tabaco). México: Secretaría de Salud; 2000; p. 28-42.

12. Reynales SLM, Shamah LT, Méndez HI, Rojas MR, Lazcano PE. Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos México 2009. México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2010; p. 31-38.
13. Reynales-Shigematsu LM. Valdés-Salgado R, Rodríguez-Bolaños R, Lazcano-Ponce E, Hernández-Ávila M. Encuesta de Tabaquismo en Jóvenes en México. Análisis descriptivo 2003, 2005, 2006, 2008. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública 2009; 24:106-115.
14. Valdés-Salgado R. Meneses-González F, Lazcano-Ponce EC, Hernández-Ávila M. Encuesta sobre Tabaquismo en Jóvenes, México 2003. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública; 2004; 11:8-26.
15. Valdés-Salgado, et al. "Antes y después del Convenio. Marco para el Control del Tabaco en México: Una comparación desde la Encuesta sobre Tabaquismo 2003 y 2006". Salud Pública de México 2007; 4:1-35.
16. Fagerström KO, Heatherton TF, Kozlowski LT. Nicotine addiction and its assessment. Ear Nose Throat J 2009; 69: 763-5.
17. Doolan DM, Froelicher ES. Efficacy of smoking cessation intervention among special populations: review of the literature from 2000 to 2005. Nurs Res 2006; 55(4 Suppl): S29-36
18. Hernández Mezquita MA, González Bustos M, Julián de Sande G. Deshabitación tabáquica en situaciones especiales. En: Barrueco Ferrero M, Hernández Mezquita MA, Torrecilla García M, Editores. Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo. Madrid: Ergon, 2006; 13:39-46.
19. García M. Abordaje del tabaquismo en situaciones especiales. En: Manual SEPAR de Procedimientos: Abordaje del Tabaquismo. Ed. ALAOESTE-SEPAR, 2007; 51-65.
20. Antman EM, Anbe DT, Armstrong PW, et al. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Circulation 2004; 110: e82-292.
21. Andersson JE, Joremby DE, Scott WJ, Fiore MC. Treating tobacco use and dependence. Chest 2002; 121:932-941.
22. Prochaska J, Di Clemente C. Stages and process of self-change of smoking: towards an integrative model of change. J Clin psychol. 2003; 3:390-395.

23. Glover ED, Nilsson F, Westin A. The Glover-Nilsson Smoking Behavioral Questionnaire (GN-SBQ). Actas de Third European Conference of the Society for Research on Nicotine and Tobacco; 2004, septiembre; París. p.48.
24. Russel MAH, Wilson C, Taylor C, et al. Effect of general practitioners' advice against smoking. MJ 2001; 2:231-5.
25. Richmond RL, Kehoe L, Webster IW. Multivariate models for predicting abstinence following intervention to stop smoking by general practitioners. Addiction 2003; 88: 1127-1135.
26. Jiménez Ruiz CA, Solano S, Barrueco M et al. Recomendaciones para la organización funcionamiento de las Unidades Especializadas en Tabaquismo. Arch Bronconeumol 2006; 37:382-387.
27. Jiménez Ruiz CA, Solano S, Barrueco M et al. Recomendaciones para la organización funcionamiento de las Unidades Especializadas en Tabaquismo. Arch Bronconeumol 2006; 37:382-387



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

| | |
|--|---|
| Nombre del estudio: | PRINCIPAL MOTIVACIÓN PARA FUMAR, GRADO DE DEPENDENCIA Y MOTIVACIÓN PARA DEJAR DE FUMAR EN PACIENTES FUMADORES DE 20 A 59 AÑOS ADSCRITOS A LA UMF NO. 33 "EL ROSARIO" |
| Patrocinador externo (si aplica): | |
| Lugar y fecha: | UMF No. 33 El Rosario, Azcapotzalco; México, DF. |
| Número de registro: | |
| Justificación y objetivo del estudio: | Establecer cuál es la principal motivación para fumar, grado de dependencia y motivación para dejar de fumar en pacientes fumadores de 20 a 59 años de edad adscritos a la UMF No. 33 |
| Procedimientos: | Aplicación del Cuestionario expreso el cual incluye las características socio demográficas, Escala de Prochaska y Di Clemente, Test de motivación de Russel, Test de dependencia de Glover Nilsson y Test de Richmond. |
| Posibles riesgos y molestias: | Ninguno |
| Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: | Al determinar la principal motivación para fumar, el grado de dependencia y la motivación para dejar de fumar se identificarán fumadores desde edades tempranas, se otorgará consejo a todos ellos, así como tratamiento y seguimiento a los que han decidido dejar de fumar; a su vez se podrán implementar programas de salud comprometidos a enfrentar enfermedades asociadas al tabaquismo en población en edad productiva. |
| Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: | El investigador me otorgará la información obtenida durante el proceso de estudio con el fin de, a mi parecer, permanecer o abandonar dicha investigación |
| Participación o retiro: | Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento que lo considere. |
| Privacidad y confidencialidad: | El investigador responsable me ha brindado la seguridad de que no se me identificará en las publicaciones o presentaciones que deriven de este estudio. |
| En caso de colección de material biológico (si aplica): | |
| <input type="checkbox"/> | No autoriza que se tome la muestra. |
| <input type="checkbox"/> | Sí autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. |
| <input type="checkbox"/> | Sí autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros. |
| Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): | |
| Beneficios al término del estudio: | |
| En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a: | |
| Investigador Responsable: | Dra. Concepción Vargas. |
| Colaboradores: | Dra. Adriana Venegas Uribe |
| En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx | |
| Nombre y firma del sujeto | Dra. Concepción Vargas León, Médico Familiar Dra. Adriana Venegas Uribe Residente de tercer año de Medicina Familiar. Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento |
| Testigo 1 Nombre, dirección, relación y firma | Testigo 2 Nombre, dirección, relación y firma |
| Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio | |

| | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 05. Tener un cigarrillo en los dedos es parte del placer que da fumar. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 06. Pienso que mejoro mi aspecto con un cigarrillo entre los dedos. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 07. Fuma más cuando estoy preocupado por algo. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 08. Me siento más estimulado y alerta cuando fumo. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 09. Fumo automáticamente a pesar de estar atento. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10. Fumo para tener algo que hacer con las manos. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11. Cuando me quedo sin cigarrillos me es casi insoportable hasta que vuelvo a tenerlos. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12. Cuando me siento infeliz fumo más. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13. Fumar me ayuda a aguantar cuando estoy muy cansado. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14. Me resulta difícil estar una hora sin fumar. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15. Me encuentro a mí mismo fumando sin recordar haber encendido el cigarrillo. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16. Cuando estoy cómodo y relajado es cuando más deseo fumar. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17. Fumar me ayuda a pensar y a relajarme. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18. Tengo muchas ganas de fumar cuando no he fumado durante un rato. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 19. Me siento más maduro y sofisticado cuando fumo. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 20. Cuando no estoy fumando soy muy consciente de ello. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 21. Me resulta muy difícil estar una semana sin fumar. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 22. Fumo para tener algo que ponerme en la boca. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 23. Me siento más atractivo frente a personas del sexo contrario cuando fumo. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 24. Enciendo un cigarrillo cuando estoy enfadado. | 0 | 1 | 2 | 3 |

Imagen Social Tener algo en las manos Indulgencia Sedación
Estimulación Adicción Automatismo

III. Test de dependencia de Glover Nilsson

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ¿Cuánto valora lo siguiente? | | | | | |
| Por favor, seleccione la respuesta haciendo un círculo en el número que mejor refleje su elección. | | | | | |
| 0: nada en absoluto 1: algo 2: moderadamente 3: mucho 4: muchísimo | | | | | |
| 1. Mi hábito de fumar es muy importante para mí. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Juego y manipulo el cigarrillo como parte del ritual de fumar. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ¿Cuánto valora lo siguiente? | | | | | |
| Por favor seleccione con un círculo la puntuación que mejor refleje su elección: | | | | | |
| 0: nunca 1: raramente 2: a veces 3: a menudo 4: siempre | | | | | |
| 3. ¿Suele ponerse algo en la boca para evitar fumar? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. ¿Se recompensa a sí mismo con un cigarrillo tras realizar cualquier tarea? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Cuando no tiene tabaco, ¿le resulta difícil concentrarse y | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| realizar cualquier tarea? | | | | | |
| 6. Cuando se encuentra en un lugar en el que está prohibido fumar ¿juega con su cigarrillo o paquete de cigarros? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. ¿Algunos lugares o circunstancias le incitan a fumar? Su sillón favorito, habitación, coche, bebida (alcohol, café, etc.)? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. ¿Se encuentra a menudo encendiendo un cigarrillo por rutina sin desearlo realmente? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. ¿A menudo se coloca cigarrillos sin encender u otros objetos en la boca (bolígrafos, palillos, etc.) y los chupa para relajarse del estrés, tensión, frustración, etc.)? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. ¿Parte de su placer de fumar procede del ritual que supone encender un cigarrillo? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Cuando está solo en un restaurante, parada de autobús, etc.; ¿Se siente más seguro, a salvo o más confiado con un cigarrillo en las manos? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Leve: <12 puntos Moderada: 12 a 22 puntos Severa: 23 a 33 puntos
Muy severa: 34 a 44 puntos

IV. Test de Richmond

| | |
|---|--|
| 1. ¿Le gustaría dejar de fumar si pudiera hacerlo fácilmente? | No: 0 Si: 1 |
| 2. ¿Cuánto interés tiene en dejarlo? | En absoluto (0) Muy seriamente (3) |
| 3. ¿Intentará dejar de fumar en las próximas dos semanas? | Definitivamente no (0) Definitivamente si (3) |
| 4. ¿Cuál es la posibilidad de que dentro de los próximos 6 meses Usted sea un NO fumador? | Ninguna (0) Todas (3) |

0-6: Motivación baja

7-9: Motivación moderada
Motivación alta

10:

PARA SER LLENADO EXCLUSIVAMENTE POR EL ENCUESTADOR

1. Fase de Abandono:
2. Motivación para fumar:
3. Grado de Dependencia:
4. Motivación para dejar de fumar: