



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No. 24
NUEVA ROSITA COAHUILA**

**DEPENDENCIA DE TABAQUISMO EN EL ADULTO MAYOR
EN EL CONSULTORIO N° 6 MATUTINO DE LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR N. 25 DE MELCHOR MUZQUIZ
COAHUILA.**

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

PRESENTA:

DRA. SONIA MENDIOLA RESENDIZ.



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.

DEPENDENCIA DE TABAQUISMO EN EL ADULTO MAYOR EN EL
CONSULTORIO NO. 6 MATUTINO DE LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR N. 25 DE MELCHOR MUZQUIZ COAHUILA

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DRA. SONIA MENDIOLA RESENDIZ

AUTORIZACIONES



DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
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
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

**DEPENDENCIA DE TABAQUISMO EN EL ADULTO MAYOR
EN EL CONSULTORIO N° 6 MATUTINO DE LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR N. 25 DE MELCHOR MUZQUIZ
COAHUILA.**

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

PRESENTA

DRA. SONIA MENDIOLA RESENDIZ

AUTORIZACIONES



DR. LEOPOLDO ABDI GONZALEZ MORENO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS FAMILIARES
HGZ/UMF No 24NUEVA ROSITA COAHUILA.



DR. JOSE GERARDO MARTINEZ TOVAR
ASESOR DE TEMA
COORDINADOR DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD

ASESOR:



DR. JOSE EDMUNDO EDITH RIOJAS SOTO
ASESOR METODOLOGICO

**DEPENDENCIA DE TABAQUISMO EN EL ADULTO MAYOR
EN EL CONSULTORIO N° 6 MATUTINO DE LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR N. 25 DE MELCHOR MUZQUIZ
COAHUILA.**

INDICE

	Página
Resumen -----	1
Marco teórico -----	4
Planteamiento del problema -----	11
Justificación -----	13
Objetivos -----	14
Hipótesis -----	15
Metodología -----	16
Presentación de Resultados-----	25
Tablas y Gráficas-----	27
Discusión-----	34
Conclusiones -----	36
Recomendaciones -----	37
Bibliografía -----	38
Anexos -----	43

RESUMEN

El tabaquismo es un problema de salud en México ya que existen 14 millones de fumadores, entre los 18 a 65 años de edad, en el área urbana (26.4 %) y 2.4 millones en el área rural (14.3 %), con una prevalencia nacional de fumadores adultos de 30.2 %.

Por lo cual el determinar la dependencia del tabaquismo en el adulto mayor es importante ya que al conocer las consecuencias de este hábito, se evitan las complicaciones, por el consumo crónico del mismo.

Objetivo: Determinar la dependencia de tabaquismo en el adulto mayor en el consultorio numero 6 matutino de la unidad de medicina familiar n. 25 de Melchor Múzquiz Coahuila.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo, observacional, trasversal y prolectivo, obteniendo los datos de la entrevista clínica cuando los pacientes acudieron a su cita de control, donde se aplicaron los test de Fagerström modificado para valorar la dependencia física y el test de Glover Nilson para la dependencia psicológica.

Resultados: De un total de 276 pacientes, se determinó una prevalencia de 145 personas fumadoras, predominando la edad de inicio del tabaquismo de 11 a 20 años, y el sexo masculino con 75 %, destacando la mayoría de casos en el área urbana, obteniéndose dependencia física según el cuestionario de Fageström modificado: en 119 personas con dependencia leve, 10 con dependencia moderada y 16 alta. El test de Glover Nilsson arrojó dependencia psicológica: leve en 99 personas, moderada en 45 personas, fuerte en 1 persona, sin ningún caso de dependencia muy fuerte.

Conclusiones: La edad predominante del tabaquismo en el adulto mayor fue de 60 a 69 años, siendo la dependencia física y la psicológica predominante en el sexo masculino.

Palabras clave: tabaquismo, adulto mayor, adicción, Dependencia física y psicológica, test de Fagerström y test de Glover Nilsson.

ABSTRACT

Introduction: Smoking is a health problem in Mexico because there are 14 million smokers, aged 18 to 65 years of age in urban areas (26.4%) and 2.4 million in rural areas (14.3%), with a national prevalence of adult smokers of 30.2%.

Therefore to determine the relationship between smoking and elderly is important since knowing this habit, complications which arise in the future with the chronic use of it are avoided.

Objective: Determine the dependence of smoking in the elderly in the office number 6 morning of family medicine unit n. Coahuila Melchor Muzquiz 25.

Methodology: A descriptive, observational, cross-sectional study was conducted prolective, obtaining data from the clinical interview when patients came to the appointment of control, where the modified Fagerström test to assess physical dependence and the Glover Nilsson applied for psychological dependence.

Results: A total of 276 patients, the prevalence of smoking is determined 145 people, predominantly the age of smoking initiation between 11 and 20 years, and the male with 75 %, with most cases in the urban area, obtaining physical dependence according to the questionnaire modified Fageström: in 119 people with mild dependence, 10 with moderate dependency and 16 high. The Glover threw Nilsson psychological dependence: mild in 99 people, moderate in 45 people, strong in one person, without any case of very strong dependence.

Conclusions: The predominant age of smoking in the elderly was 60 to 69 years, being the predominant physical dependence and psychological in males.

Keywords: smoking, elderly, addiction, physical and psychological dependence, Fagerström test and Glover Nilsson.

MARCO TEÓRICO

El tabaquismo es una enfermedad crónica adictiva, caracterizada por su tendencia a la recurrencia, 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 (CIE-10) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), con criterios diagnósticos similares.¹

El consumo de tabaco es un problema de salud pública mundial. Según la OMS, el tabaquismo representa la segunda causa de muerte en el mundo, casi cinco millones de muertes cada año. Aproximadamente de 1,300 millones de personas que consumen tabaco; 1,000 millones son hombres y 250 millones son mujeres.²

A nivel internacional el tabaquismo alcanza una prevalencia en Chile de 40 %, Argentina 39.8 %, Costa Rica 19.4 %, Guatemala 26.8 %, México 30 %, Canadá 21.7 %, EEUU 23.3 %, España 33.1 %, Italia 31 %, Francia 33 %, Suecia 37.8 %.³

La prevalencia en México es de 30 % en adultos según la OMS y la Comisión Nacional Contra las Adicciones. La cual indica que existe una prevalencia en adultos de 30.2 % en edades promedio de 18 a 65 años, 12.9 millones en el área urbana (45.3 % en hombres y 18.4 % en mujeres) y en el área rural la prevalencia es del 16 % que equivale a 2.2 millones (32.3 % hombres y 4.2 % mujeres).

A nivel Coahuila existe una prevalencia en adultos de 32.03 % (nivel norte 26.05 % y sur de 18.5 %).⁴

El Consejo Nacional Contra las Adicciones encontró que en México anualmente más de 53 mil personas mueren por efectos consecutivos al consumo de tabaco, afectando tanto a fumadores activos y pasivos; entendiéndose estos últimos como las personas que sin fumar, se exponen al humo del cigarrillo, y que

tiene riesgo de adquirir enfermedades relacionadas con el consumo del tabaco, siendo los más expuestos los niños, mujeres embarazadas y adultos ^{5, 6,7}

Según la historia del tabaco este se consumía por los indígenas de América desde la época precolonial. Los Mayas lo empleaban con fines religiosos, políticos y medicinales; los Aztecas lo conocían como “yetl” y lo utilizaban como agente medicinal, sustancia narcótica y embriagante.

El tabaco se descubrió en 1492, cuando Cristóbal Colón llegó a la tierra de los indios arahuacos, en las Antillas, observó que los indígenas junto con sus adivinos y sacerdotes aspiraban el humo por la boca, con auxilio de un largo tubo, llamado "petán", que posteriormente los naturales de Brasil lo definen como *Petum latifolium*. Posteriormente Europa se entera de su existencia por las crónicas de Fray Bartolomé de las Casas y por el informe que el fraile Romano Pane le rinde al rey Carlos V en el año de 1497, y en 1510, los hombres de Colón llevan las primeras semillas a España. Para finales del siglo XVI el uso del tabaco se había extendido a casi todos los rincones del mundo, gracias a que los marinos europeos lo habían llevado a los países orientales, África, etc. ^{8,9}

Estudios anteriores demostraron que la exposición al humo del tabaco daña la salud de las personas; aumentando el riesgo de contraer enfermedades como: cáncer pulmonar, de laringe, esófago, páncreas, oral, de riñón, vejiga, mama, senos nasales, estómago y cuello uterino; provocando además predisposición a disfunción sexual, cardiopatía coronaria, inducción y exacerbación de asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, úlcera péptica, otitis media en niños; así como síntomas y enfermedades respiratorias infecciosas, disminución del peso al nacimiento en recién nacidos, y aumento de riesgo de síndrome de muerte súbita infantil. Además es factor de riesgo para la presentación de enfermedades periodontales, gingivales, oculares (degeneración macular, glaucoma y catarata) y alteraciones mentales como depresión y ansiedad. ^{10, 11, 12, 13, 14}

En México una gran cantidad de personas mueren por efectos secundarios al humo del tabaco que afecta tanto a personas fumadoras activas y pasivas. Se

denomina fumador activo o dependiente al que presenta indicadores de dependencia como: el fumar o sentir deseos de fumar un cigarro inmediatamente al despertarse; fumar seis o más cigarros por día, no abstenerse de fumar en lugares prohibidos, necesidad compulsiva de consumir tabaco y dificultad para abandonarlo, con síntomas de abstinencia a la nicotina. ^{15,16.}

Se estima que para el año 2030 habrá 10 millones de muertes anuales en todo el mundo por consumo de tabaco; debido a las más de 4.000 sustancias químicas que contiene el humo del tabaco siendo muchas de ellas potentes carcinógenos como: hidrocarburos aromáticos policíclicos, nitrosaminas o aminas aromáticas, y derivados del fenol ^{17,18,19}

El humo ambiental del tabaco está compuesto por el humo exhalado al medio ambiente por el fumador activo que se llama corriente principal o primaria, y por el humo emitido al aire proveniente del extremo distal del cigarrillo, generando la corriente lateral o secundaria. La corriente primaria es la que contiene las sustancias carcinogénicas (43 son perjudiciales); la corriente secundaria contiene 3 veces más nicotina y alquitrán, 5 veces más monóxido de carbono (CO) y mayor concentración de cancerígenos que la corriente principal. ²⁰

Instrumento para la evaluación de la dependencia física a la nicotina.

Urdapilleta E, et al. En la revista de Salud Pública Mexicana 2010, refiere que el tabaquismo provoca dependencia física a la nicotina que puede ser clasificada como leve, moderada y severa según el test de Fagerström, creado por el especialista en tabaquismo Karl Olov Fagerström y validado al español por E. Becona y F.L. Vásquez; consta de 6 reactivos cada uno con valores diferentes. Sus respuestas se miden en una escala de 0 a 10, cuanto mayor es la puntuación más elevada es la adicción. Se considera dependencia leve si la calificación es de 4 puntos o menos, dependencia moderada si es de 5 a 6 puntos, dependencia alta de 7 puntos o más. ²¹

El grado de dependencia física se manifiesta con una serie de síntomas clínicos que componen el síndrome de abstinencia de la nicotina: craving (deseo irresistible de fumar), tristeza, insomnio, ansiedad, dificultad para la concentración

y aumento de peso. Provocado se lo anterior, por la falta de aporte de dicha sustancia al cerebro, en forma de picos que el fumador obtiene en tan sólo 7 segundos.²²

Instrumento para la evaluación de la dependencia psicológica a la nicotina. Rath J, et al. Realizaron un estudio en EE.UU., de la viabilidad de la escala de Glover Nilsson al igual que Roa M, et al, estudiaron la confiabilidad y validez de este test. Donde concluyeron que existe la dependencia psicólogo-conductual, aunque no relacionado directamente con la nicotina puede ser valorada mediante el test de Glover Nilson creado por el Dr. Glover Nilsson, validado al español por el psicólogo Orlando Antonio Marin, la Dra. Ingrid Romero y el Dr. Eduardo Rigoberto Tobar. Evalúa el rol que juega el consumo de tabaco en cada fumador en los aspectos de estimulación, manipulación, placer, manejo de la tensión, adicción, automatismo y entorno social. El test cuenta con 11 items y clasifica la dependencia psicológica según la puntuación obtenida en leve (menos de 12), moderada (12-22), fuerte (23-33) y muy fuerte (mayor de 33).^{23, 24}

La dependencia se produce comúnmente en el adulto mayor ya que son las personas más expuestas a los efectos secundarios del tabaquismo, presentando este grupo de edad geográficamente un aumento en su pirámide poblacional; donde el grupo de 60 años y más que en el año 2001 era de un 10,6% se incrementó a un 19%. El número de personas que en el mundo rebasa la edad de 60 años, aumentó en el siglo XX de 400 millones en la década de los 50, a 700 millones en la década de los 90; estimándose que para el año 2025 existirán alrededor de 1 200 millones de ancianos. Aumentado el grupo de los "muy viejos", mayores de 80 años de edad, que en los próximos 30 años constituirán el 30 % de los adultos mayores en los países desarrollados y el 12 % en los llamados en vías de desarrollo, aumentando la expectativa de vida que alcanzará los 80 años de edad. Siendo definida la vejez como el cambio en una etapa de vida activa, en la que se puede lograr el máximo de autonomía individual y la posibilidad de la autorrealización. Mencionándola otros autores como tercera edad a partir de los 60 años y más y otros la abarcan de los 65 a 70 años. Otros simplemente dicen que es una definición social.²⁵

Las Naciones Unidas consideran ancianos a toda persona mayor de 65 años para los países desarrollados y de 60 años para los países en desarrollo. En México es considerada anciana una persona a partir de los 60 años^{26,27}

La nicotina es el principal alcaloide del tabaco y lo que determina la dependencia. Al consumir un cigarrillo, que contiene 0,5-1 mg de nicotina, 25% de esta sustancia llega al cerebro en los siguientes 15 segundos, sometiéndose a metabolismo hepático con vida media de 2 horas aproximadamente. Activando la nicotina circulante a los receptores de tipo nicotínico ubicados en diversas áreas del sistema nervioso central y periférico. Esta sustancia en el sistema nervioso central ejerce acción sobre receptores acetilcolinérgicos situados en membranas de las neuronas del área tegmental ventral del mesencéfalo. La estimulación de estos receptores produce un incremento de la liberación de dopamina en el sistema límbico y el núcleo accumbens provocando sensación de recompensa y placer. Además la nicotina estimula el *locus ceruleus* mejorando funciones intelectuales y reduciendo el estrés, dando sensación de seguridad y relajación en situaciones críticas. Si se continúa fumando se produce un incremento de receptores en las neuronas del fumador, conocido lo anterior como up-regulation, lo que produce dependencia, tolerancia y síndrome de abstinencia. La acción crónica de la nicotina lesiona orgánicamente a las neuronas del área tegmental ventral del mesencéfalo, lo que continúa con el incremento en el número y la función de los receptores nicotínicos; convirtiendo al fumador en dependiente de la nicotina y produciendo alteraciones físicas y psicológicas propias del síndrome de abstinencia.

El tabaquismo también produce aterosclerosis en aorta, carótidas y las arterias de las extremidades inferiores, provocando claudicación intermitente, lo vascular periférica; provocando las lesiones vasculares anteriores el monóxido de carbono (CO) y la nicotina. Cual progresa a isquemia en reposo, ulceración, gangrena, enfermedad vascular periférica; provocando las lesiones vasculares anteriores el monóxido de carbono (CO) y la nicotina.

El CO en la sangre se une a la hemoglobina y da lugar a la carboxihemoglobina, que desplaza las moléculas de O₂, con lo que reduce su

concentración y se produce hipoxemia. Modificando los sistemas enzimáticos que regulan la respiración celular y favoreciendo la disfunción endotelial y desarrollo precoz de aterosclerosis.

La absorción de nicotina en la vía aérea y alvéolos pulmonares es rápida, alcanzando concentraciones elevadas en sangre rápidamente. La disfunción endotelial provoca la acción de las 2 sustancias sintetizadas por el mismo el óxido nítrico (NO) y la prostaciclina, con acciones vasodilatadoras, antiaterogénicas e inhibitoras de la agregación plaquetaria.

Disminuyendo la migración y concentración de leucocitos hacia el músculo liso vascular, incrementando la síntesis de endotelina, que es un vasoconstrictor con efectos opuestos a los del NO. Favoreciendo el aumento de la concentración y depósito de moléculas del colesterol de las lipoproteínas de baja densidad (cLDL), que en su proceso de oxidación producen daño endotelial; formando placa de ateroma en todos los estadios de su evolución hasta el evento agudo. El aumento de la adhesión, agregación plaquetaria, formación de fibrinógeno y disminución de la concentración de plasminógeno, la disponibilidad de oxígeno y el vasospasmo arterial que el tabaco produce favorecen la disfunción del endotelio.²⁸

Presentándose alteraciones en los sistemas de coagulación, anomalías reológicas, aumentos del factor de Von Willebrand, el dímero D, fibrina, el fibrinopéptido A, la actividad del inhibidor del plasminógeno, así como alteración de la fibrinólisis y mayor liberación de t-PA (Activador Tisular del Plasminógeno). Con aumento de reactividad, agregabilidad plaquetaria, viscosidad y aumento del fibrinógeno.

Además los leucocitos producen una proteinasa que induce la síntesis de interleucina 6 en el hígado y es el principal estimulador de la síntesis de fibrinógeno.

Existiendo cambios en el metabolismo de los lípidos, caracterizado por aumento de la concentración de colesterol total, cLDL, colesterol de las

lipoproteínas de muy baja densidad (cVLDL) y triglicéridos, reduciendo las concentraciones de colesterol de las lipoproteínas de alta densidad (cHDL), así como cambios relacionados con el aumento de catecolaminas en plasma lo que favorecer el desarrollo de placa de ateroma, provocando otros factores de riesgo cardiovascular, como hipertensión arterial, obesidad y diabetes mellitus.²⁹

El tratamiento para el tabaquismo comprende terapia de modificación de la conducta cambiando los hábitos que llevan al acto de fumar como: conversaciones telefónicas, pausas para el café, comidas, actividad sexual, aburrimiento, problemas de tráfico y otras frustraciones; se puede utilizar también sustitución del tabaco por una versión de nicotina como: chicles, parches, pulverizador nasal de nicotina, así como medicamentos como: bupropión, noritriptilina, (antidepresivos) y vareniclina.^{30, 31,32}

Indicándose asesoramiento psicoterapéutico, explicando al paciente los beneficios sanitarios, sociales, económicos a corto y largo plazo, de dejar de fumar, guiándolo para que escoja una fecha concreta para dejar este hábito. Logrando con lo anterior que 20 a 30% de las persona que reciben este tratamiento dejen de fumar.³³

En la actualidad se encuentra en estudio una terapia de inmunización contra el tabaco en forma de una vacuna la cual desarrollará anticuerpos contra la nicotina. Que se encuentra en periodo de estudio en el instituto de medicina social de la universidad de Viena la cual en algunos años más se dará a conocer al mundo entero.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El tabaquismo es una enfermedad crónica, que pertenece al conjunto de las adicciones (droga dependencia), una de las principales causas de mortalidad evitable; que afecta a la población en general y provoca dependencia física y psicológica a la nicotina.

Es un hábito que causa más de 5 millones de muertes cada año. Y que es la segunda causa de muerte en el mundo entero; que afecta en forma crónica, provocando enfermedades crónicas degenerativas y exacerbando algunas otras comorbilidades.

Que ocasiona daño a todas las personas no respetando edad ni sexo, entre los que se encuentran los niños y los adultos de más de 60 años de edad. Ya que ellos son los más expuestos a los efectos secundarios del tabaquismo en forma pasiva y activa respectivamente.

Es de vital importancia el conocimiento de los efectos secundarios del tabaquismo a nivel orgánico, para evitar complicaciones a largo plazo por este hábito.

Por lo cual el médico de familia debe participar en la educación del paciente para erradicar esta droga dependencia a edades tempranas; y de esta manera mejorar las condiciones de vida de la población en general.

Tomando en cuenta lo anterior, debido a que en esta unidad médica no se cuenta con una evaluación adecuada de la dependencia física y psicológica a la nicotina en los pacientes usuarios del servicio de medicina familiar. Es importante la investigación de la dependencia a la nicotina, en estos dos ámbitos, enfocado en pacientes mayores de 60 años de edad, en el cual se esperaría que la adicción sea mayor; con más incidencia de complicaciones y gasto alto para las unidades de salud.

¿Qué grado de dependencia física y psicológica tiene el adulto al mayor al tabaquismo en los pacientes del consultorio 6 matutino de la clínica 25 de Melchor Múzquiz Coahuila?

JUSTIFICACIÓN

El tabaquismo es uno de los principales problemas de morbilidad y mortalidad en el mundo, en nuestro país y en nuestra institución (IMSS). Conociendo que es un hábito que comienza desde edad temprana y que aumenta la presencia de enfermedades incapacitantes, y repercute en el sistema social, familiar e individual, además de su impacto en la economía, salud y en la calidad de vida.

Por lo tanto es primordial que el médico familiar identifique de manera temprana los pacientes con ésta droga dependencia, de manera que se concienticen sobre las complicaciones de este hábito. Para alcanzar este objetivo se debe educar al paciente en cada consulta a la cual asista, sobre la dependencia física y psicológica que causa.

En este estudio no se generó gasto económico a la institución ni tampoco incomodidades al usuario; ya que solo se aplicaron los test recomendados por la literatura para determinar la dependencia física y psicológica del tabaquismo. Todo esto con el fin de mejorar la calidad y atención a nuestros derechohabientes.

OBJETIVOS

- **OBJETIVO GENERAL**

1. Determinar la dependencia física y psicológica del adulto mayor al tabaquismo en los pacientes del consultorio 6 matutino de la clínica 25 de Melchor Múzquiz Coahuila.

- **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1. Determinar la prevalencia en el consumo de tabaco en el adulto mayor.
2. Determinar la edad de inicio y predominante; así como la relación existente entre género, área demográfica y el tabaquismo.
3. Determinar el grado de dependencia física a la nicotina en los adultos mayores mediante la aplicación del test de Fagerström.
4. Determinar el grado de dependencia psicológica a la nicotina en los adultos mayores mediante la aplicación del test de Glover Nilsson.

HIPOTESIS

No amerita por ser un estudio de corte transversal.

METODOLOGÍA

- A) **TIPO DE ESTUDIO.** Se realizó un estudio descriptivo, observacional, de corte transversal y prolectivo.
- B) **POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO.** Se estudió a los adultos mayores de 60 años, del consultorio 6 matutino de la clínica 25 de Melchor Múzquiz Coahuila del mes de noviembre del 2013 al mes de noviembre del 2014.
- C) **TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA. CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN.**

Tipo y tamaño de la muestra: De un universo de trabajo de 398 adultos mayores de 60 años usuarios, se obtuvo el tamaño de la muestra, con un total de 276 pacientes en forma aleatoria, con una k de 1.96, una e de 3%, p .30, y q de .72.

Criterios de inclusión: Se incluyeron los Adultos más de 60 años de edad, usuarios al consultorio No. 6 Matutino de la UMF No. 25 de Melchor Múzquiz Coahuila.

Criterio de exclusión:

Se excluyeron a los pacientes mayores de 60 años que no deseen participar en el estudio.

Criterio de eliminación: Cuestionarios (instrumentos) incompletos o ilegibles, que hayan contestado los participantes en el estudio.

- D) **INFORMACIÓN A RECOLECTAR (VARIABLES A RECOLECTAR).** Se recabaron datos sociodemográficos, de patologías preexistentes de los pacientes y los respectivos test: **Test de Fagerström modificado** que mide la

adicción física a la nicotina (**Anexo 2**) 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). Y el **Test de Glover Nilsson** con el cual medimos el grado de dependencia psicológica al tabaco, (**anexo 3**). El test cuenta con 11 items y clasifica la dependencia psicológica en según la puntuación obtenida en leve (menos de 12), moderada (12-22), fuerte (23-33) y muy fuerte (mayor de 33).

E) **VARIABLES DEL ESTUDIO.**

Variable independiente: tabaquismo.

Variable Dependiente: dependencia al tabaco.

Definición conceptual. Es la adicción que un sujeto experimenta por el tabaco, lo que suele generarse por la dependencia a la nicotina. Es una enfermedad crónica sistémica que pertenece al conjunto de las adicciones y que es una de las principales causas de mortalidad evitable en todo el mundo.

Definición Operacional. El tabaquismo es una enfermedad crónica adictiva, caracterizada por su tendencia a la recurrencia, 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 y en la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS, con criterios diagnósticos similares

Variables sociodemográficas.				
Variable	Tipo	Definición operacional	Escala de Medición	Calificación
Edad	Cuantitativa	Tiempo que una persona ha vivido desde que nació hasta el momento.	Cuantitativa discreta	Años 7-70

Género	Cualitativa	Conjunto de caracteres orgánicos que en cada especie distinguen el macho de la hembra.	Nominal Dicotómica	1. Femenino 2. Masculino
Área demográfica	Cualitativa	Un grupo de población humana en un periodo de tiempo determinado o a su evolución.	Nominal	1. Rural 2. Urbana

Variables relacionadas al test de Fagerström.				
Variable	Tipo	Definición operacional	Escala de Medición	Calificación
1 ¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y se fuma un cigarrillo?	Cuantitativa	Periodo que transcurre entre el despertar matutino y fumar un cigarro.	Numérica	1. Hasta 5 minutos=3 2. 6 – 30 minutos=2 3. 31 a 60 minutos= 1 4. Más de 60 minutos=0
2 ¿Encuentra difícil no fumar en lugares donde está prohibido (hospital, cine, biblioteca)?	Cualitativa	Prohibición de tabaquismo en lugares públicos.	Nominal.	1. Si=1 2. No=0.
3 ¿Qué cigarrillo le desagrada más dejar de fumar?	Cualitativa	A que cigarrillo le costaría renunciar.	nominal	1. El primero de la mañana=1 2. Cualquiera otro=0
4 ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	Cuantitativa	Cantidad de cigarrillos consumidos por día.	numérica	1. Menos de 10 cigarrillos= 0 2. Entre 11 y 12

				cigarrillos= 1 3. Entre 21 y 30 cigarrillos= 2 4. 31 o más cigarrillos= 3
5¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de levantarse que durante el resto del día?	Cualitativa	Fumar más en las mañanas.	Nominal	1. Si=1 2. No=0
6¿fuma aunque este tan enfermo que tenga que guardar cama la mayor parte del día?	Cualitativa	Fumar cuando no se encuentra bien o cuando está enfermo en cama.	Nominal	1. Si=1 2. No=0

Variables relacionadas al test de Glover Nilsson.				
Variable	Tipo	Definición operacional	Escala de Medición	Calificación
1. Mi hábito de fumar es muy importante para mí.	Cuantitativa.	Importancia del hábito de fumar.	Numérica.	1. Nada 2. Algo 3. Moderado 4. Mucho 5. Muchísimo.
2. ¿Juego y manipulo el cigarrillo como parte del ritual del hábito de fumar?	Cuantitativa	Ritual de fumar.	Numérica	1. Nada 2. Algo 3. Moderado 4. Mucho 5. Muchísimo.
3. ¿Suele poner algo en la boca para evitar fumar?	Cuantitativa	Objeto utilizado para calmar la ansiedad por fumar.	Numérica	1. Nunca 2. Raramente 3. A veces 4. A menudo 5. Siempre
4. ¿Se recompensa a sí mismo con un cigarrillo tras cumplir una tarea?	Cuantitativa	Justificación para fumar.	Numérica	1. Nunca 2. Raramente 3. A veces 4. A menudo 5. Siempre
5. ¿Cuando no tiene tabaco ¿le resulta muy difícil concentrarse y realizar cualquier	Cuantitativa	Grado de dificultad para el trabajo cuando no se fuma.	Numérica	1. Nunca 2. Raramente 3. A veces 4. A menudo 5. Siempre

tarea?				
6. Cuando se halle en algún lugar que está prohibido fumar, ¿juega con el cigarrillo o con el paquete de tabaco?	Cuantitativa	Ansiedad por fumar en lugares prohibidos.	Numérica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca 2. Raramente 3. A veces 4. A menudo 5. Siempre
7. ¿Algunos lugares o circunstancias me incitan a fumar, sillón favorito, sofá, la bebida...?	Cualitativa	Justificación para fumar.	Numérica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca 2. Raramente 3. A veces 4. A menudo 5. Siempre
8. ¿Se encuentra a menudo encendiendo un cigarrillo por rutina, sin desearlo realmente?	Cualitativa	Hábito de fumar.	Numérica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca 2. Raramente 3. A veces 4. A menudo 5. Siempre
9. ¿A menudo se coloca cigarrillos sin encender u otros objetos en la boca y los chupa para relajarse	Cualitativa	Ansiedad por fumar.	Numérica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca 2. Raramente 3. A veces 4. A menudo 5. Siempre

del estrés, tensión?				
10. ¿Parte de su placer de fumar procede del ritual que supone encender un cigarrillo?	Cualitativa	Ritual por fumar	Numérica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca 2. Raramente 3. A veces 4. A menudo 5. Siempre
11. ¿Cuando está solo en un restaurante, parada de autobús, se siente más seguro con un cigarrillo en la mano?	Cualitativa	Confianza que da el hábito de fumar	Numérica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca 2. Raramente 3. A veces 4. A menudo 5. Siempre

F) MÉTODOS O PROCEDIMIENTO PARA RECABAR LA INFORMACIÓN.

Se entrevistó a los pacientes cuando acudieron a consulta por cualquier motivo de salud en la UMF N° 25. Y una vez identificados con los criterios de inclusión para este estudio, se les invitó a participar en esta evaluación, previo llenado del consentimiento informado, y a los que aceptaron, se les aplicó los test de fagerström modificado y Glover Nilsson; se realizaron 276 entrevistas, durante el trascurso del 1 de noviembre del 2013 al 31 de octubre del 2014, en el turno matutino de la clínica ya mencionada, no presentándose ningún rechazo en participar.

Posteriormente toda esta información se vació en una hoja de cálculo de Excel, constituyendo mi base de datos, para recabar los resultados y gráficas que se exponen al final del estudio.

G) 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 los adultos mayores de 60 años y más, del consultorio 6 matutino de la clínica 24 de Melchor Múzquiz 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 obtenidos. 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 y tiempo, 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 pacientes.

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

De un universo de trabajo de 398 adultos mayores del consultorio 6 matutino de la unidad de medicina familiar No. 25 de Melchor Múzquiz, Coahuila, se obtuvo el tamaño de la muestra, donde se entrevistaron 276 pacientes adultos con edad comprendida entre 60 años y más.

De estos 276 pacientes resultaron ser fumadores un total de 145 personas, de los cuales 86 pacientes fueron del sexo femenino (31 %) y 190 fueron del sexo masculino (69 %), representando una prevalencia de 53 %.

El rango de edad de estudio fue de 60 años a 98 años, con una media de 79 años. Por grupo de edades la frecuencia más alta fue del grupo de 60-69 años de edad con 77 personas (53 %), ocupando el segundo lugar el grupo de 70-79 años con 55 personas (38 %), el tercer lugar el grupo de 80-89 años con 12 personas (8 %) y el cuarto lugar lo ocupa el grupo de 90-98 años solo con una persona (1 %). **Grafica 1**

La edad de inicio del fumador fue de 7 a 10 años con 6 personas (4%), de 11 a 20 años con 117 personas (81 %), de 21 a 30 años con 18 personas (12 %), de 31 a 40 años con 3 personas (2 %), de 41 a 50 años y de 51 a 60 años no se inició persona alguna en el tabaquismo, mientras que en el grupo de 61 a 70 años se encontró una persona (1 %) **Grafica 2**

Por género, se encontró un mayor número de fumadores en las persona del sexo masculino que en el femenino; representando el 75 %; mientras que el sexo femenino representó 25 % solamente. **Grafica 3**

De un total de 145 personas que resultaron ser fumadores, 144 vivían en área urbana (99 %), de los cuales 108 fueron hombres (74 %) y 36 fueron mujeres (25 %), mientras que el área rural solo se detectó un hombre fumador (1 %).

Sobre el grado de adicción física a la nicotina de los adultos mayores de 60 años y más, donde se utilizó el **test de FAGESTROM** modificado se encontraron los siguientes resultados:

Dependencia leve: 119 personas (82 %), de los cuales 88 fueron hombres (61 %) y 31 fueron mujeres (21 %).

Dependencia moderada: 10 personas (7 %), 8 fueron hombres (6 %) y 2 fueron mujeres (1 %).

Dependencia alta: 16 personas (11%), 13 fueron hombres (9 %) y 3 mujeres (2 %). **Grafica 4, Tabla 1.**

Para determinar el grado de dependencia psicológica al tabaco de estas personas, se utilizó el **Test de Glover Nilsson** encontrándose los siguientes resultados:

Dependencia leve: 99 personas (68 %), de las cuales 75 fueron hombres (52 %) y 24 mujeres (16 %).

Dependencia moderada: 45 personas (31 %), 33 son hombres (23 %) y 12 mujeres (8 %).

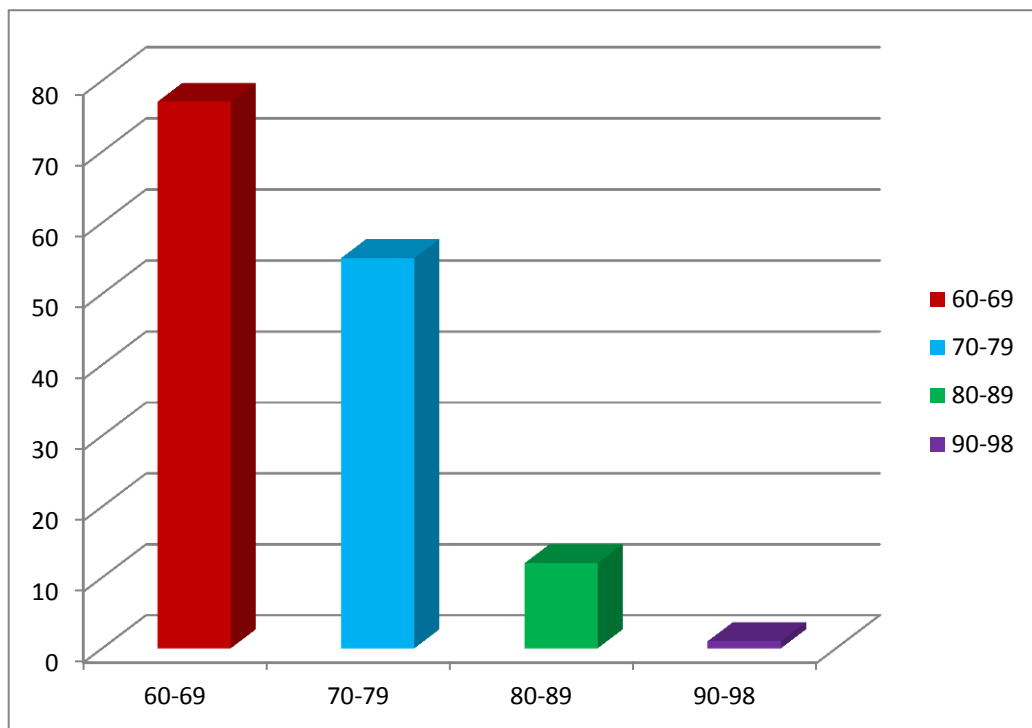
Dependencia fuerte: 1 persona hombre (1 %) y 0 mujeres (0 %).

Dependencia muy fuerte: No hubo pacientes que se encasillaran en este grado.

Grafica 5, tabla 2.

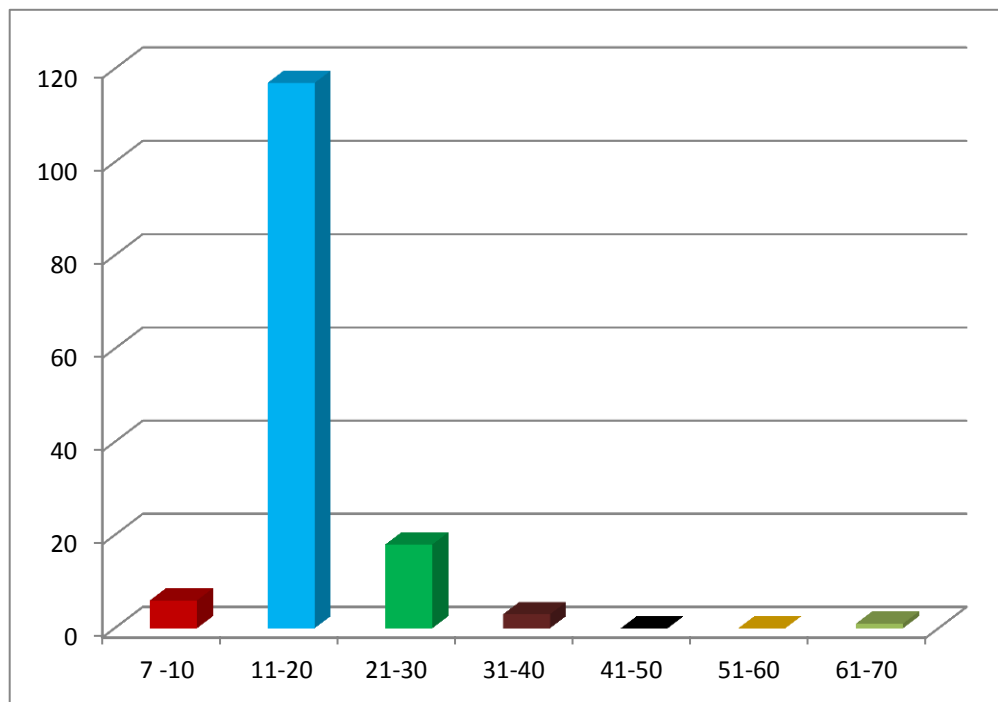
TABLAS Y GRÁFICAS

Gráfica 1. Edad predominante del tabaquismo en el adulto mayor



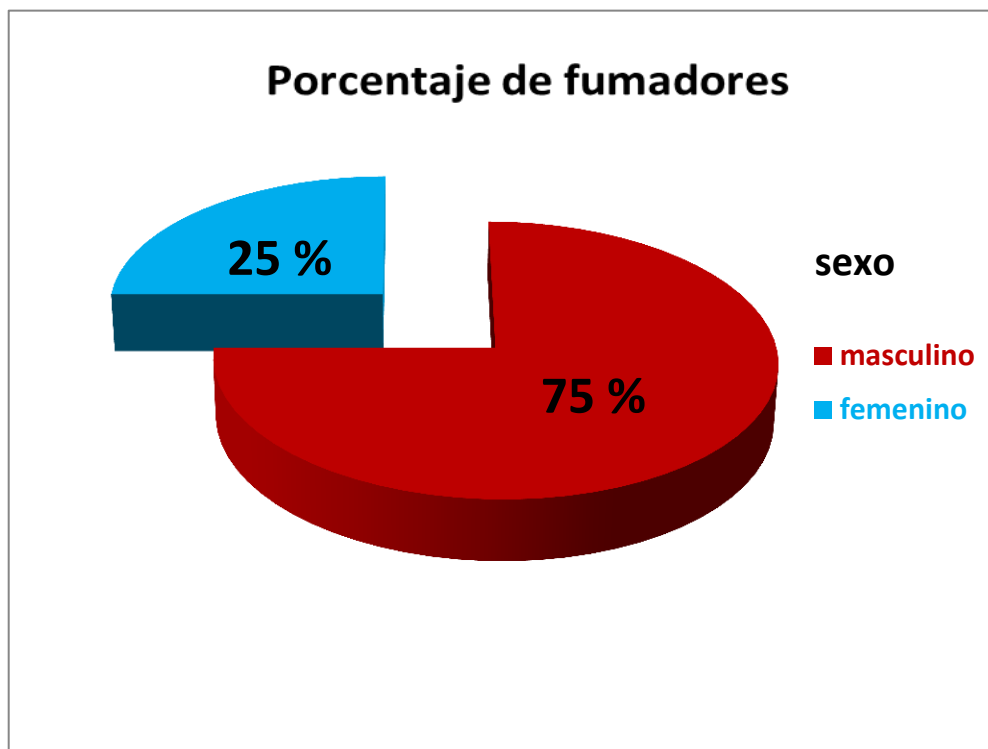
Fuente: SIMF Consultorio No. 6 matutino, UMF No.25 IMSS.

Gráfica 2. Edad de inicio de tabaquismo en el adulto mayor



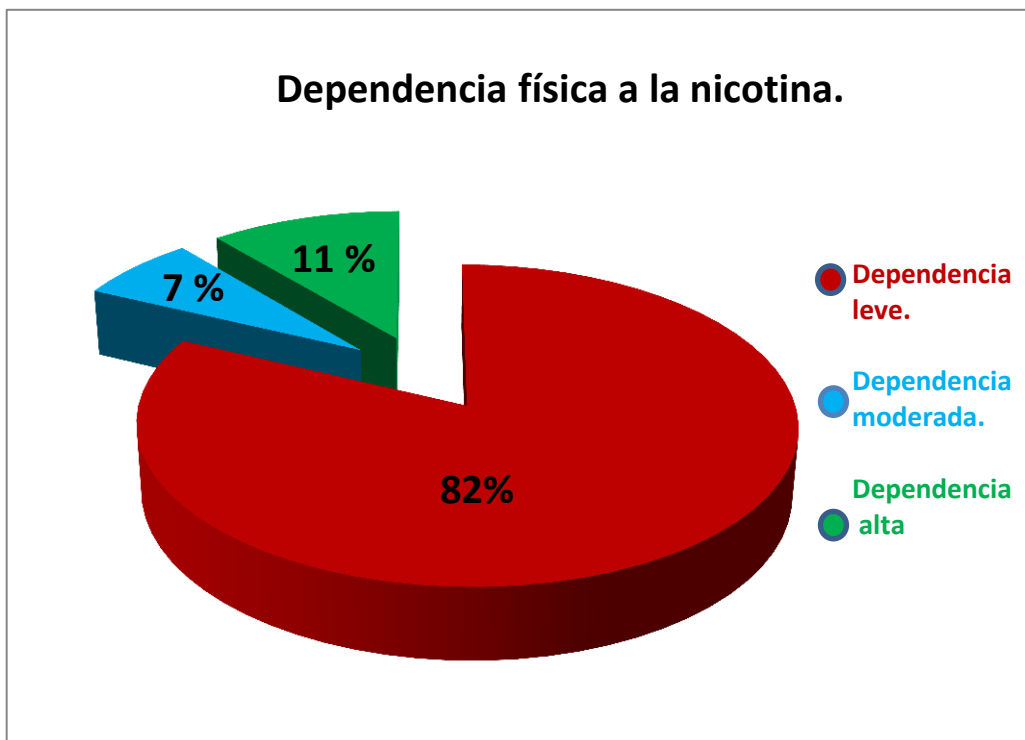
Fuente: SIMF Consultorio No. 6 matutino, UMF No.25 IMSS.

Gráfica 3. Relación entre tabaquismo y el género



Fuente: SIMF Consultorio No. 6 matutino, UMF No.25 IMSS.

Gráfica 4. Dependencia física del adulto mayor a la nicotina

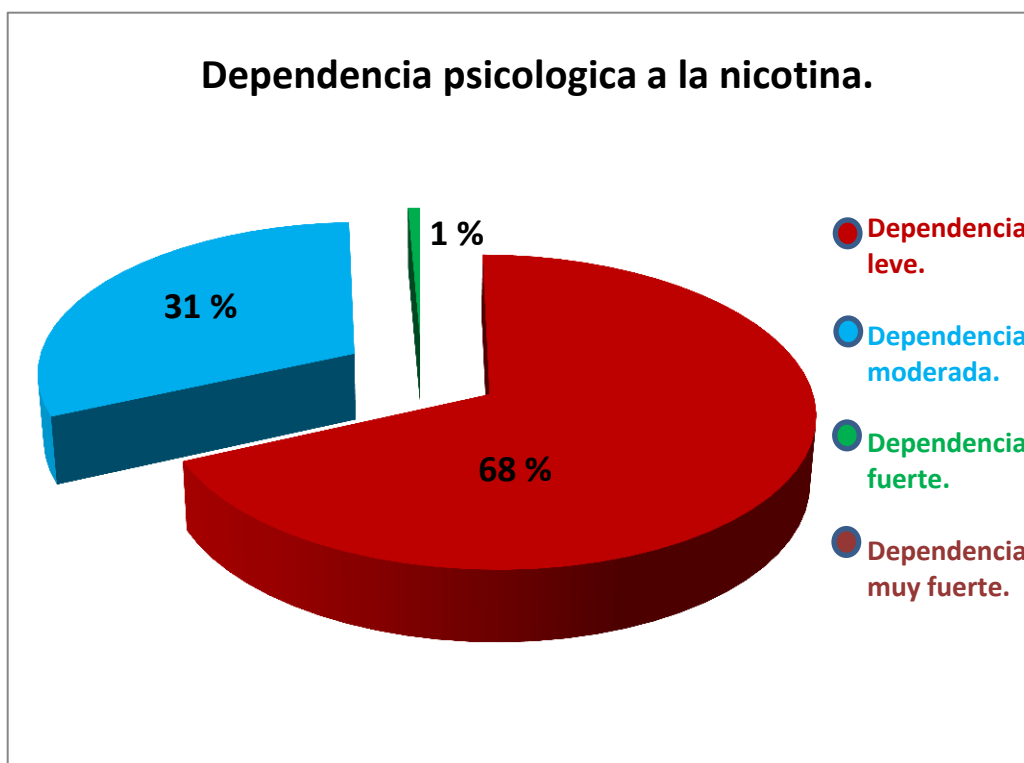


Fuente: Aplicación de encuestas del test de Fagerström modificado.

Tabla 1. Grado de dependencia física al tabaco

DEPENDENCIA FISICA A LA NICOTINA			
TIPO DE DEPENDENCIA	TOTAL DE PACIENTES	SEXO	PORCENTAJE
Leve	119 personas	88 hombres 31 mujeres	82%
Moderada	10 personas	8 hombres 2 mujeres	7 %
Alta	16 personas	13 hombres 3 mujeres	11 %
Total	145 personas	145 personas	100%

Gráfica 5. Grado de dependencia psicológica del adulto mayor a la nicotina



Fuente: Aplicación de encuestas del test de de Glover Nilsson.

Tabla 2. Grado de dependencia psicológica al tabaquismo

DEPENDENCIA PSICOLÓGICA A LA NICOTINA.			
TIPO DE DEPENDENCIA	TOTAL DE PACIENTES	SEXO	PORCENTAJE
Leve	99 personas	75 hombres 24 mujeres	68 %
Moderada	45 personas	33 hombres 12 mujeres	31 %
Fuerte	1 personas	1 hombres 0 mujeres	1 %
Total	145 personas	145 personas	100%

DISCUSIÓN

Se encontró como se comenta en la Encuesta Nacional contra las Adicciones (ENA) del 2014;⁴ que el hábito del tabaquismo tiende a iniciarse desde edades muy tempranas y permanecer hasta la edad avanzada. El mayor grupo de pacientes de la población estudiada se encuentra entre las edades de 60 a 98 años.

De los pacientes encuestados se encontró que el 100 % de ellos tenía dependencia física a la nicotina en sus diferentes grados de adicción, predominando la dependencia leve y alta con mayor frecuencia en el sexo masculino.

En comparación con un estudio realizado en la Clínica del Instituto Nacional de Enfermedades, en Ciudad de México.²¹ Del total de pacientes estudiados el 47 % fueron hombres y su grado de adicción física según el test de Fagerström es de 46.8 % en su grado leve y moderado. En nuestra comunidad obtuvimos resultados por arriba de los esperados que en el estudio anterior, debido a que nuestros pacientes fueron parte de una población cerrada, y el previamente citado fue en una población abierta, por lo cual los resultados difieren de una población a otra.

En otro estudio realizado en Cartagena Colombia en el 2013;³⁴ en estudiantes universitarios; se aplicó el cuestionario de Glover Nilsson para determinar la dependencia conductual (psicológica) al tabaco. Se evidenció que el 45 % de los participantes en el sexo femenino predominó la dependencia leve a moderada y en el sexo masculino la dependencia fuerte y muy fuerte.

En esta investigación se eligió una población de mayor edad con el fin de comprobar que mientras más edad, es mayor el grado de dependencia; sin embargo se encontró que la dependencia es menor ya que los rangos encontrados es leve y moderado. Pero esta situación quizás se deba a que con el incremento de la edad se va deteriorando el funcionamiento físico, por lo tanto el

paciente va disminuyendo el número de cigarrillos consumidos; lo que provoca que disminuya la dependencia. Lo cual es reforzado por la familia, médico familiar y la concientización voluntaria del paciente, ya que ve deteriorada su salud. Por esta razón la variación tan importante en los resultados obtenidos. Pero que abre una plataforma importante para seguir investigando esta drogo dependencia en esta población de mayor edad.

CONCLUSIONES

Considero que valdría la pena estudiar más a esta población; ya que existe muy escasa bibliografía en este grupo etareo.

Se observa que en este tipo de pacientes, presentan mayor complicación sobre la salud, porque su dependencia es crónica y está asociado a varias comorbilidades por lo tanto, es una indicación médica obligatoria el dejar el hábito de fumar, por lo que el paciente se ve obligado a disminuir el consumo, y como consecuencia disminuye la dependencia para mejorar su calidad de vida.

Lo anterior nos demuestra que tenemos que trabajar aún más con los pacientes con esta dependencia, y es necesario replantear en cada consulta a nivel primario la prevención y educación en los pacientes que padecen cualquier drogo dependencia para lograr mejor calidad de atención y que se traducirá en un diagnóstico y referencia oportuna al servicio que se requiera con el fin de evitar complicaciones graves que causan un mayor costo económico, individual, familiar e institucional.

RECOMENDACIONES

1. Capacitar al personal médico, de enfermería, trabajo social y asistentes médicas, para concientizar y educar al paciente fumador sobre el cuidado de su salud.
2. Detección a nivel primario de salud de las personas con hábito tabáquico, independiente de edad de inicio y realizar enfoque preventivo sobre el hábito tabáquico y sus efectos secundarios.
3. Detectar en fumadores activos y pasivos efectos secundarios relacionados con el hábito tabáquico y en caso necesario envío de estas personas a especialidad.
4. Realización de campañas promocionales de salud, donde se especifique claramente los efectos secundarios del tabaquismo, tanto a nivel físico como psicológico, con enfoque en el hombre.
5. Realizar campañas publicitarias de erradicación del tabaquismo enfocada a escuelas, hospitales, casas de cuidados, albergues, acilos de ancianos, y centro de tratamiento de dependencias.
6. Indicar cambios en los estilo de vida fomentando el deporte y la asistencia a áreas recreativas con enfoque en adolescentes adultos mayores.
7. Indicar fumar en caso necesario en lugares señalados como áreas de fumadores, y nunca dentro ni alrededor de la casa, ni en lugares públicos.
8. Dar ejemplo como personal de salud, evitando el hábito tabáquico, y cambiando nuestros estilos de vida.

BIBLIOGRAFIA

1. Delgado E, Martín V. Relación entre percepción de funcionalidad familiar y dependencia a la nicotina en jóvenes fumadores de 15 a 24 años. *Rev Med MD*. 2015; 6 (4): 253 - 257.
2. Mohamed S, Roldan J, Dadhi S. Prevalencias, actitudes y riesgos frente al tabaquismo en un medio sanitario de Nuakchot. Diferencias por sexo y nivel profesional. *Actual Med*. 2015; 794: 6-9.
3. Blanco A, Sandoval R, Caixeta R, et al. Organización Panamericana de la Salud. Informe sobre control del tabaco para la región de las Américas. Estados Unidos. 2011:1- 5.
4. Mora J, Santos E, Cedillo L, et al. Encuesta Nacional de Adicciones. Primer diagnóstico nacional de salud ambiental y ocupacional, Comisión Federal para la protección contra riesgos sanitarios, dirección general de salud ambiental; México D.F. 2011: 36.
5. Leal B, Ocampo M, Cicero R. Niveles de asertividad, perfil sociodemográfico, dependencia a la nicotina y motivos para fumar en una población de fumadores que acude a un tratamiento para dejar de fumar. *Rev Sal Ment*. 2010; 33 (6):489-497.
6. Accinelli R, López L, Bravo Y. Necesidades de la prohibición del consumo de tabaco en ambientes públicos para la protección de la salud de los no fumadores. *Act Méd Per*. 2012; 29 (2):113-120.
7. Rubio I, Kanopa V. Tabaco y salud infantil: un aspecto no suficientemente valorado. *Arch Pediatr Urug*. 2015, 86 (2): 126-129.

8. Undurraga A. Conferencia Dr. Hernán Alessandri R. 2011: Historia del Cáncer Pulmonar: otro monstruo creado por el hombre. *Rev chil Enferm Respir.* 2012; 28(1):35-50.
9. Moreno A, Countino B. Nicotiana Tabacum L. Usos y percepciones. *Etnobiología.* 2012; 10 (2): 29-39.
10. Suarez N, Campos E. Prevalencia y percepción del riesgo del tabaquismo en el área de salud del policlínico. Dr. Jorge Ruiz Ramirez. *Rev Cubana Salud Pública.* 2010; 36(2): 125-131.
11. Sandoya E. Impacto del tabaquismo y del humo de segunda mano en la salud cardiovascular. *Arch Med Int.* 2011; 33 (2): 29-38.
12. Guerrero C, Muñoz J, Saenz B, et al. Consumo de tabaco, mortalidad y política fiscal en México. *Salud Pública Méx.* 2013; 55 (2): 276-281.
13. Eladio M, Márquez D, Rodríguez R, et al. Necesidad del abandono del tabaquismo para la prevención de enfermedad periodontal y otras afecciones. *Rev Cub de Estomatol.* 2011; 48 (3): 257-267.
14. Castro H. Smoking bands and their potential implication for mental healthcare. *Rev Col Psiqui.* 2012; 41(2): 384-394.
15. Bello S. Tratamiento del Tabaquismo. *Rev Chil Cardiol.* 2011; 30 (3): 230-239.
16. Accinelli R, López L, Bravo Y, et al. Necesidad de la prohibición del consumo de tabaco en ambientes públicos para la protección de la salud de los no fumadores. *Act Med Per.* 2012; 29 (2): 113-120.

17. Fresquez M, Pappas R, Watson C. Establishment of toxic Metal reference range in tobacco from us Cigarettes. *Journal Anal Toxicol.* 2013; 37 (5): 298- 304.
18. Nachón M, Garcia M, Nachón F, et al. Tabaquismo y cáncer bucal. *Rev Med UV.* 2010; 30-37.
19. Burton A. Alguna vez llega a despejarse el humo. *Rev salud Púb Enviroment Healt Perspectiva.* 2011; 119 (2): 70- 74.
20. Alvarez A, Delgado A, Ripoll M. Prevalencia del tabaquismo en el personal de hospital Santojanni Monica. *Act Toxicolol Argentina.* 2013; 21(2):86-92.
21. Urdapilleta E, Sansores R, Ramirez A, et al. Ansiedad y depresión en fumadores mexicanos y su relación con el grado de adicción. *Salud Pública Méx.* 2010; 52 (2):120-128.
22. Villalobos L, Marin R, Templos L, et al. Nicotine Cravin questionnaire (CCN): Psychometric properties on mexican population. *Salud Men.* 2012; 35 (4): 273-277.
23. Rath J, Sharma E, Beck K. *American Journal of Health Behavior,* Reliability and Validity of the Glover-Nilsson Smoking Behavioral Questionnaire. 2013; 37(3): 310.
24. Roa M, Ospina J, Monroy C, et al. Determinación de la validez y consistencia interna como indicador de confiabilidad del test de Glover Nilsson en la dependencia psicológica al tabaquismo. *Rev Salud Hist Sanid.* 2012; 7(1): 17-30.

25. Quintanar A. Analisis de la Calidad de vida en adultos mayores del municipio de Tetepano, Hidalgo a través del instrumento whoqol – Bref (tesis doctoral). Actopan Hidalgo: Universidad Autónoma del estado de Hidalgo; 2010: 16 -18.
26. Ricaurte A. Sobre la violencia intrafamiliar sobre el adulto mayor. Instituto Nacional de Medicina Legal y ciencias Forenses. 2010: 93.
27. Instituto para la atención de adultos mayores. El adulto mayor; ¿Quién es el Adulto mayor? México (D.F): Segundo foro internacional sobre los derechos humanos de las personas mayores. 2015.
28. Lanas F, Serón P. Rol del tabaquismo en el riesgo Cardiovascular global. Rev Méd Clin Condes. 2012; 23 (6): 699 -705.
29. Dias G, Bacallao J, Alemany E. Subpoblaciones con perfiles epidemiológicos y de riesgo singulares, en la Habana, Cuba: diabetes, hipertensión y tabaquismo. Rev. Panam Salud Pública. 2012; 31 (1): 9-14.
30. Bello S, Chamorro H, Barrientos A. Tratamiento del tabaquismo en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Rev Chil Enferm Respir. 2013; 29 (1): 24-30.
31. Jiménez CA. Spay bucal de nicotina: una nueva forma de terapia sustitutiva con nicotina. Prev Tab 2013; 15 (4): 145-147.
32. Cicero A, Mayayo M, Villar C, et al. Dejar de fumar con reducción progresiva. Rev Prevención del tabaquismo. 2015; 17(1): 34-35.

33. Leal B; Ocampo M. Niveles de asertividad, papel sociodemográfico, dependencia a la nicotina y motivos para fumar en una población de fumadores que acude a un tratamiento para dejar de fumar. Salud Ment. 2010; 33 (6): 487- 497.

34.- Torres C, Alviz A, Garcia K, et al. Estudio descriptivo sobre el tabaquismo en estudiantes de la Corporación Universitaria Rafael Núñez sede Cartagena 2013. Rev Med Evidencias. 2014; 3(2): 32-41.

ANEXOS

ANEXO 1: CUESTIONARIO DE DATOS GENERALES.

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

FAVOR DE CONTESTAR EN LOS ESPACIOS SEGÚN CORRESPONDA:

Numero progresivo. _____ Grado escolar _____

Numero de Afiliación. _____

Edad: _____ Sexo: _____

Área Geográfica: _____

¿ A qué edad fumo su primer cigarrillo? _____

¿ Qué tipo de marca de cigarrillos prefiere: _____

ANEXO 2: TEST DE FAGERSTRÖM MODIFICADO

(Para detectar la dependencia a la Nicotina)

PREGUNTAS PUNTOS		RESPUESTA
1.-¿ Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y se fuma su primer cigarrillo ?	Hasta 5 minutos	3
	De 6 a 30 minuto	2
	De 31 a 60 minutos	1
	Más de 60 minutos	0
2. ¿Encuentra difícil no fumar en lugares donde está prohibido (hospital, cine, biblioteca) ?	si	1
	No	0
3. ¿Qué cigarrillo le desagrada más dejar de fumar ?	El primero de la mañana	1
	Cualquier otro	0
4. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	Menos de 10 cigarrillos	0
	Entre 11 y 20 cigarrillos	1
	Entre 21 y 30 cigarrillos	2
	31 o más cigarrillo	3
5 ¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de levantarse que durante el resto del día ?	Si	1
	No	0
6 ¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que guardar cama la mayor parte del día ?	Si	1
	No	0

RESULTADOS:

Puntuación menor o igual a 4: El fumador es levemente dependiente de la nicotina.

Valores de 5 y 6: Implican dependencia moderada.

Puntuación igual o superior a 7 puntos: El fumador es altamente dependiente a la nicotina.

ANEXO 3: TEST DE GLOVER NILSSON

El Test de Glover Nilsson se usa para analizar el grado de dependencia psicológica, social y gestual que posee frente al tabaco.

	Nada	Algo	Moderado	Mucho	Muchísimo
1.- Mi hábito de fumar es muy importante para mí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.- Juego y manipulo el cigarrillo como parte del ritual del hábito de fumar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nunca	Raramente	A veces	A menudo	Siempre
3.- ¿Suele poner algo en la boca para evitar fumar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.- ¿Se recompensa a sí mismo con un cigarrillo tras cumplir una tarea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.- Cuando no tiene tabaco, ¿le resulta muy difícil concentrarse y realizar cualquier tarea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.- Cuando se halla en un algún lugar donde está prohibido fumar, ¿juega con el cigarrillo o con el paquete de tabaco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.- ¿Algunos lugares o circunstancias me incitan a fumar, sillón favorito, sofá, la bebida...?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.- ¿Se encuentra a menudo encendiendo un cigarrillo por rutina, sin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

desearlo realmente?

9.- ¿A menudo se coloca cigarrillos sin encender u otros objetos en la boca y los chupa para relajarse del estrés, tensión ?

10.- ¿Parte de su placer de fumar procede del ritual que supone encender un cigarrillo?

11.- ¿Cuando está sólo en un restaurante, parada de autobús, se siente más seguro con un cigarrillo en la mano?

Valoración del test de Glovers Nilsson (Grado de dependencia psicológica, social y gestual frente al tabaco)

Menor de 12 puntos - Dependencia leve

Entre 12 y 22 puntos - Dependencia moderada

Entre 23 y 33 puntos - Dependencia fuerte

Mayor de 33 puntos - Dependencia muy fuerte

Puntuación: 0 Nada / Nunca
1 Algo / Raramente
2 Moderado / A veces
3 Mucho / A menudo
4 Muchísimo / Siempre

ANEXO 4. CONSENTIMIENTO INFORMADO.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Lugar y Fecha: MELCHOR MUZQUIZ COAHUILA. Noviembre del 2013.

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado:

DEPENDENCIA DE TABAQUISMO EN EL ADULTO MAYOR EN EL CONSULTORIO 6 MATUTINO DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N. 25 DE MELCHOR MUZQUIZ COAHUILA.

Registrado ante el comité local de investigación o la cnic con el numero-----506-----el objetivo del estudio es: Determinar la dependencia del adulto mayor al tabaquismo en los pacientes del consultorio 6 matutino de la clínica 25 de Melchor muzquiz Coahuila.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: contestar una entrevista tipo encuesta. declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, (no existen riesgos debido a que es una encuesta) -El investigador responsable se ha comprometido en darme información oportuna sobre cualquier asunto relacionado con la investigación.

El Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán conservados.

Nombre y firma del paciente

DRA SONIA MENDIOLA RESENDIZ.
MATRICULA 11509007

Nombre, firma, matrícula del investigador principal

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionados con el estudio:

(871) 2313678 Y (864)6164880

Testigos

Testigo 1

Testigo 2

Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud



"2013, Año de la Lealtad Institucional y Centenario del Ejército Mexicano"

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 506
H GRAL ZONA -MF- NUM 24, COAHUILA

FECHA **31/05/2013**

DRA. SONIA MENDIOLA RESÉDIZ

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

**DEPENDENCIA DE TABAQUISMO EN EL ADULTO MAYOR EN EL CONSULTORIO No. 6
MATUTINO DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N. 25 DE MELCHOR MUZQUIZ
COAHUILA.**

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2013-506-18

ATENTAMENTE


DR. (A). RAFAEL TOMÁS PÉREZ PÉREZ
Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 506

IMSS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

http://sireleis.imss.gob.mx/pi_dictamen_clis.php?idProyecto=2013-2621&idCli=506&mo... 31/05/2013