



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



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE

MEXICO Y MUNICIPIOS

HOSPITAL REGIONAL NEZAHUALCOYOTL

**“ASPECTO MOTIVACIONAL Y DEPENDENCIA DE TABACO EN
ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL REGIONAL DE
NEZAHUALCÓYOTL”**

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

PRESENTA:

LAURA YOSHIRA BÁRCENAS PALACIOS

Ciudad Netzahualcóyotl, Estado de México.



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.

“ASPECTO MOTIVACIONAL Y DEPENDENCIA DE TABACO EN ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL REGIONAL DE NEZAHUALCÓYOTL”

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. LAURA YOSHIRA BÁRCENAS PALACIOS

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

DR. LIBRADO CARLOS BARNAD ROMERO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR
HOSPITAL REGIONAL NEZAHUALCOYOTL

DR. OSCAR BARRERA TENAHUA
PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR
HOSPITAL REGIONAL NEZAHUALCOYOTL
ASESOR METODOLOGICO DE TESIS

DR. GUILLERMO VICTAL VÁZQUEZ
DIRECTOR DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD

ING JOANNA PATRICIA GALINDO MONTEAGUDO
JEFA DE DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION E INOVACION EDUCATIVA
EN SALUD

“ASPECTO MOTIVACIONAL Y DEPENDENCIA DE TABACO EN ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL REGIONAL DE NEZAHUALCÓYOTL”

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:
DRA. LAURA YOSHIRA BÁRCENAS PALACIOS

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

DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

ÍNDICE:

- 1 Marco teórico
 - 1.1 Antecedentes históricos
 - 1.2 Definición de tabaquismo
 - 1.3 Epidemiología
 - 1.4 Tabaquismo y adolescencia
 - 1.5 Componentes del tabaco
 - 1.6 Dependencia de la nicotina
 - 1.7 Tabaco y enfermedades asociadas
- 2 Planteamiento del problema
- 3 Justificación
- 4 Objetivos
 - 4.1 Objetivo general
 - 4.2 Objetivos específicos
- 5 Metodología
 - 5.1 Tipo de estudio
 - 5.2 Población, lugar y tiempo
 - 5.3 Muestra
 - 5.4 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación
 - 5.5 Tipo y escala de medición de las variables y definición conceptual.
 - 5.6 Instrumento de recolección de datos
 - 5.7 Análisis de la información
 - 5.8 Recursos humanos
 - 5.9 Recursos materiales y físicos
- 6 Consideraciones éticas
- 7 Resultados
- 8 Análisis de resultados
- 9 Conclusiones.
- 10 Bibliografía.

1. Marco Teórico

INTRODUCCIÓN

Existe evidencia científica de los graves daños a la salud relacionados con el consumo del tabaco, se demuestra una clara relación entre el tabaquismo y el aumento de la morbi- mortalidad.¹

Desde los años 60 el mensaje ha ido llegando a la opinión pública con mayor intensidad. Sin embargo, la adicción al tabaco a nivel mundial se sigue incrementando sobre todo en los países en desarrollo. El tabaquismo es un freno al desarrollo, reduce la salud y productividad de sus víctimas, pues sus efectos nocivos se expresan en el periodo más productivo de la vida. Las acciones para evitar estos daños a la salud, deben reforzarse, debemos prevenir que los adolescentes inicien el consumo del tabaco en forma temprana y ayudar a los que ya fuman para que dejen de hacerlo, así como, crear espacios libres del humo de tabaco para proteger a los no fumadores.¹

En la actualidad el tabaquismo provoca 5 millones de muertes por año, está previsto que se dupliquen entre 2015 y 2025 de 5 a 10 millones anuales.²

El tabaco ocasiona un 8.8% de las muertes mundiales y un 4.2% de los casos de invalidez. Más de 700 millones de niños en el mundo se encuentran expuestos al humo del tabaco en sus hogares. Desde los sesentas, la producción global de tabaco ha aumentado un 300% en los países de bajos y medios recursos, mientras que se redujo en más del 50% en los países desarrollados. El costo económico mundial del tabaco para 2010 fue de 500 000 millones de dólares.²

En los últimos años se han implementado medidas importantes en nuestro país para evitar el aumento en el consumo del tabaco e incrementar su paulatina disminución. Estas medidas pueden sintetizarse en el aumento de impuestos, las prohibiciones generales vinculadas con la publicidad y promoción del tabaco, las restricciones al consumo en lugares públicos y las medidas de apoyo al abandono

de su uso. Aunque se ha tenido altibajos, se debe reforzar las acciones médicas, legislativas y sociales a fin de disminuir esta grave adicción.²

1.1 Antecedentes históricos

La planta del tabaco es originaria de América; el hombre la ha usado para inhalar el humo de sus hojas desde hace aproximadamente 2,000 años. El componente químico principal de la hoja del tabaco y que la hace adictiva, es la nicotina, sustancia que farmacológicamente tiene un efecto doble, pues resulta estimulante y sedante a la vez. Es adictiva porque produce una sensación placentera al activar la vía dopaminérgica y los receptores colinérgicos y nicotínicos del sistema nervioso central. La nicotina es absorbida fácilmente a través de la piel, las mucosas y los pulmones; la forma más frecuente de administración es inhalada, absorbiéndose a través de las mucosas de la boca y las vías aéreas para llegar al plasma en donde alcanza niveles suficientes para atravesar la barrera hematoencefálica y llegar a los núcleos dopaminérgicos pocos segundos después de su contacto con el organismo, lo que proporciona al adicto efectos placenteros muy rápidamente. La vía inhalada proporciona efectos casi inmediatos al fumador, pues en un lapso de apenas siete segundos puede inducir una sensación de alerta, acompañada de cierta relajación muscular debido a la activación del sistema de recompensa del núcleo accumbens, con elevación de los niveles séricos de glucosa y liberación de catecolaminas. El tabaco ya se consumía por los indígenas de América desde la época precolonial. Entre otros, los mayas lo empleaban con fines religiosos, políticos, así como medicinales. Los aztecas lo conocían como yetl y lo empleaban como agente medicinal, sustancia narcótica y embriagante.⁴

El tabaco se descubrió en 1492, cuando Cristóbal Colón llegó a la tierra de los indios arahuacos, en las Antillas. El conocimiento inicial en Europa se realizó por las crónicas de Fray Bartolomé de las Casas y por el informe que el fraile Romano Pane le rindió al rey Carlos V en el año de 1497, en donde describía las virtudes

medicinales de las hojas de tabaco. En 1497, Américo Vespucio lo señalaba como masticatorio por los indígenas en una de las islas de Venezuela. En 1510, los hombres de Colón llevaron las primeras semillas a España. Los indios ixoquis de Canadá lo fumaban en 1545.⁴

Para finales del siglo XVI, el uso del tabaco se había extendido a casi todos los rincones del mundo, principalmente gracias a que los marinos europeos lo habían llevado a los países orientales, de África, etc. Los turcos empezaron su cultivo en Tracia a mediados del siglo XVI, empleando la *Nicotiana rustica*, originaria de México. Socialmente, el tabaco adquirió aceptación cuando el embajador de Francia, Jean Nicot, lo recomendó en su forma de polvo inhalado nasalmente, a la reina de Francia, Catalina de Médicis, como remedio en contra de sus frecuentes e intensas cefaleas; de hecho, la reina se hizo al hábito y la costumbre se extendió rápidamente entre los nobles de Europa, convirtiendo su uso en verdadera regla de etiqueta; en Francia, André Thevet, cosmógrafo, también tuvo que ver con la difusión de la planta y sus usos; en 1558 lo mencionaba en Brasil con el nombre local de Petún.⁴

Para algunos, los ingleses son los responsables de que se popularizara la costumbre de fumar gracias a Sir Walter Raleigh, cortesano de Isabel I, percibiéndosele entonces como un distintivo de aristocracia. El consumo de tabaco continuó extendiéndose; sin embargo, se adoptaron diversas políticas para penalizar y restringir su consumo; entre ellas, sobresale la excomunión dictada a los fumadores por los Papas Vibano (Urbano) VII, Vibano VIII, Inocencio X e Inocencio XII; físicamente más terribles resultaron las penas que iban desde el arresto hasta la horca y la decapitación, pasando por diversos tipos de mutilación, ejercidos en Dinamarca, Rusia, China y Turquía. Ya en 1619 Jacobo I, rey de Inglaterra, lo declaró nocivo en su documento *Misocarpus*; en 1635 fue prohibido por los frailes dominicos.³

En 1606 Felipe III decretó que el tabaco sólo podía cultivarse en Cuba, Santo Domingo, Puerto Rico y Venezuela y ordenó pena de muerte para los que vendieran semillas a los extranjeros.

En 1614, el mismo Felipe III designó por decreto a Sevilla como la capital del mundo del tabaco, al ordenar que se estableciera la primera gran fábrica de tabaco y que todo el producto recolectado en los dominios del imperio fuera trasladado a la misma Sevilla para su control, manufactura y posterior exportación.

España fue el primer sitio en donde se gravó fiscalmente la importación de tabaco; en efecto, hacia 1611, cuando ya había plantaciones formales en Santo Domingo y Cuba, las cortes españolas decidieron en 1623 que la hacienda pública se hiciera cargo de la comercialización de las labores del tabaco, lo que dio origen al establecimiento de uno de los monopolios más antiguos de que se tiene memoria. Las rentas se destinaban básicamente a financiar obras públicas y sociales, como la construcción de la Biblioteca Nacional de Madrid y la publicación del primer Diccionario de la Lengua de la Real Academia Española en 1723. La cascada de países que grabaron el tabaco no se hizo esperar; así lo hicieron Portugal en 1664, Austria en 1670 y Francia en 1674. De la misma manera que varios Papas satanizaron y excomulgaron a los fumadores, el Papa Alejandro VII, con gran visión financiera, estableció el primer impuesto en el mundo sobre el uso del tabaco, en el año de 1660, antes de que se levantara la excomunión a los fumadores, acción que fue completada por Benedicto XII al establecer la primera fábrica pontificia de tabaco en 1779, encargando la elaboración de los cigarrillos a las monjas de varios conventos de Roma.^{3,4}

En 1619 Jacobo I, rey de Inglaterra, produjo un documento conocido como Misocarpus, en donde lo declaraba nocivo.

En 1635 los frailes dominicos lo prohibieron, por su origen “pagano”. El rey de Dinamarca, Christian IV, castigaba con la horca a los fumadores. El papa Urbano VIII proclamó un edicto, en 1624, en donde proscribía el uso del tabaco y del rapé en la arquidiócesis de Sevilla, pero no se pronunció acerca de los hábitos del clero. Autorizó a todos los maestros de ceremonias para apoderarse de las cajas de tabaco que en aquella época eran de oro y plata y a excomulgar a los fumadores.

Durante la Segunda Guerra Mundial las mujeres contribuyeron al esfuerzo bélico-antibélico y se “ganaron” el derecho de fumar en público a la par que los hombres, afirmando su independencia, igualdad, emancipación y patriotismo. El primer cigarrillo con filtro apareció en 1949, como una respuesta a la presión de un sector de los fumadores, preocupados por los daños que pudiera causar a la salud, aunque las compañías tabacaleras nunca lo reconocieran así. En 1954 se publicó el estudio epidemiológico realizado en más de 4,000 médicos británicos por Richard Doll y Austin Hill, en Inglaterra, demostrando la irrefutable asociación estadística entre consumo de tabaco y cáncer de pulmón.¹

En el Reino Unido en 1962 se llevó a cabo el primer informe del colegio de médicos sobre el tabaco y la salud de pulmón. En EUA en 1964, el primer informe del Director General de Salud Pública sobre el hábito de fumar y la salud comunicó que el humo del tabaco ocasionaba cáncer de pulmón en los hombres, en 1965, en el Reino Unido se prohibió la publicidad de cigarrillos en televisión.

La Primera Conferencia Mundial sobre el Tabaco y la Salud se celebró en E.U.A. (Nueva York 1967). En la década de los 80's importantes acontecimientos como el lanzamiento del chicle de nicotina se dio a conocer, en E.U.A., por primera vez, el cáncer de pulmón costó más vidas femeninas que el de mama, un 73% del tabaco del mundo había pasado a cultivarse en países subdesarrollados.⁵

La Organización Mundial de la Salud, instituyó su Primer Día Mundial sin Tabaco en 1988, convertido posteriormente en un acontecimiento celebrado el 31 de mayo de todos los años con temas diversos y se han otorgado medallas conmemorativas a los países que se han distinguido por su lucha contra el tabaquismo.⁶

En cuanto a la década de los noventa, se inaugura el GLOBALink, el sitio web y de mercado que fundó la Unión Internacional contra el Cáncer para la comunidad mundial del control del tabaco, se inauguró la Red Internacional para algunos Hospitales sin Humo con el propósito de crear un ambiente saludable para el personal y los pacientes hospitalarios.

De gran relevancia es considerada la acción del departamento de Justicia en Estados Unidos que llevó a los tribunales al sector tabaco (1999), para recuperar miles de millones de dólares públicos gastados en tratamientos sanitarios relacionados con el hábito de fumar, responsabilizando a los fabricantes de cigarrillos de “una campaña coordinada de fraudes y engaños”. En este siglo, destacan acciones tan importantes como la constitución de la Alianza de la Convención Marco (FCA) de ONG, en apoyo a la Convención Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT) y sus protocolos relacionados.⁷

En México se ha adoptado de manera progresiva algunas medidas no solo vinculadas a garantizar el derecho de los no fumadores, a tener un medio ambiente libre de humo de tabaco, sino a regular otros aspectos vinculados con el proceso de etiquetado, comercialización y distribución de cigarrillos.

Es en 1984 cuando por primera vez la Ley General de Salud consideró las adicciones, fármaco dependencia, alcoholismo y tabaquismo como un problema de salubridad general. Este esquema normativo dio lugar a la creación, en la Secretaría de Salud (SSA) del Consejo Nacional Contra las Adicciones el 8 de julio de 1986 cuya primera sede fue el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, que en el mismo año es nominado sede del programa contra el tabaquismo por el Ministro de Salud y los miembros del Consejo Nacional contra las Adicciones.^{3,4}

La Organización Mundial de la Salud a través del Dr. Guerra de Macedo, Secretario General de la OMS en la sede de la representación en México, hace entrega de la Medalla “Tabaco o Salud” al Dr. Jesús Kumate Rodríguez, Secretario de Salud en ese tiempo por las acciones realizadas en contra del tabaquismo. En el año 2000 se decretó la modificación a la fracción 11 del Art. 188 de la Ley General de Salud que estableció el deber de orientar a la población para que se abstenga de fumar en el interior de edificios públicos propiedad del gobierno federal.

En el año 2001, se da a conocer el “Programa contra el tabaquismo” elaborado por el CONADIC Consejo Nacional Contra las Adicciones de la Secretaría de Salud, cuya finalidad es la de contrarrestar las repercusiones negativas que el tabaquismo tiene, sobre la salud de los individuos fumadores activos y pasivos, así como en la salud pública.

A partir de 2002 se ejecutó el Programa “Las Escuelas Libres de Humo de Tabaco” en 130 000 planteles de educación primaria y secundaria, lo que favoreció a la población de un millón de maestros y 20.5 millones de alumnos entre 6 y 15 años de edad. Más de 532 edificios que han logrado su reconocimiento como “Libres de Humo de Tabaco” lo que influye directamente en la salud en más de 50 000 trabajadores federales y estatales.⁸

En México en particular en el Distrito Federal se instauró a principios del año 2004 la Ley de Protección a la Salud de los no fumadores que obliga entre otras cosas a no fumar en transporte público, locales cerrados, espacios de atención como bancos, oficinas de gobierno, comerciales o de servicios, auditorios, bibliotecas, instituciones médicas y de enseñanza. Así como, la asignación del 40% de las mesas de restaurantes y bares como zonas de no fumar y un número determinado de habitaciones de hotel.⁸

El 31 de Mayo de 2007 se conmemoró el día mundial sin fumar por la Organización Mundial de la Salud y el lema mundial fue “Ambiente Libre de Humo de Tabaco”. En México se declaró “Existen nuevas leyes por aprobarse en las cámaras de diputados y senadores para la protección de la salud de los no fumadores y así lograr espacios libres de humo”.⁸

La Ley antitabaco de México, Distrito Federal, vigente desde abril del 2008 y la Ley antitabaco de México, vigente desde julio del 2009, son las regulaciones actuales.

1.2. Definición de tabaquismo.

No existe un acuerdo unánime sobre cuándo se considera que una persona es fumadora. No hay ningún valor de consumo que sea seguro, ni tampoco ningún tipo de consumo.^{1,12}

Fumar un cigarrillo supone la absorción de sustancias tóxicas e irritantes, que no son inocuas en ninguna dosis. Ahora bien, el riesgo asociado está en relación con el número de cigarrillos fumados y con el tiempo que se lleva fumando.

Según la OMS un fumador es una persona que ha fumado diariamente durante el último mes, cualquier cantidad de cigarrillos, incluso uno. En trabajos de intervenciones de profesionales sanitarios de atención primaria en estados unidos cataloga como fumador a toda persona que haya consumido tabaco, aunque sea una calada en la última semana.

En la práctica habitual, y en el contexto de la mayoría de los protocolos clínicos, fumador es la persona que responde afirmativamente a la pregunta “¿usted fuma?”.

Parte del problema del tabaquismo es la creencia de que se trata de un mal hábito, sin embargo para entender la magnitud del problema se debe de partir del concepto, el tabaquismo es una adicción. La adicción se establece mediante la progresiva instauración de la tolerancia farmacológica (necesidad de dosis mayores para conseguir los mismos efectos) y la aparición de la dependencia psíquica y física, actualmente se tiende a la situación del término “dependencia Física” por el de “neuroadaptación”.

Entendiendo como adicción al conjunto de fenómenos del comportamiento, cognoscitivos y fisiológicos, que se desarrollan luego del consumo repetido de una sustancia en este caso de la nicotina.

Existen varias clasificaciones de las drogas desde el punto de vista de sociología de Freixa quien divide a las drogas en institucionalizadas, o legales y no institucionalizadas, o ilegales. Entre las primeras destacan el alcohol, tabaco y café.

De las más usadas por su operatividad, está la de Nahas, elaborada con criterios farmacológicos a partir de las experiencias de autoadministración de drogas en simios. Nahas considera ocho factores: acción sobre el humor, neurotoxicidad, acción de refuerzo positivo, tolerancia, síndrome de abstinencia, patología mental, patología somática y letalidad de la sobredosis. Lo divide en 7 grupos que son Opiáceos, Psicoestimulantes mayores, Psicodpresores, cannabis, alucinógenos, solventes y Psicoestimulantes menores; clasificando al tabaco en este último grupo junto con la cola, Khat y la cafeína.

Dando puntos de neurotoxicidad, tolerancia, síndrome de abstinencia, patología mental y sobredosis letal.

La nicotina es un compuesto sumamente adictivo entendiendo como sustancia adictiva a aquella que altera funciones mentales y a veces físicas, que al ser consumidas reiterativamente tiene la posibilidad de dar origen a una adicción.

Estos productos incluyen las sustancias estupefacientes psicotrópicos clasificados en la Ley General de Salud, a aquellos de uso médico, los de uso industrial, los derivados de elementos de origen natural, los de diseño, así como el tabaco y las bebidas alcohólicas.

La nicotina es la droga más difundida en el mundo, es altamente adictiva, su consumo es legal y aceptado universalmente. Es la sustancia responsable del “bienestar psicológico” y la dependencia biológica del fumador.

1.3. Epidemiología

En México el tabaquismo representa 165 muertes diarias a consecuencia de todas las enfermedades que se asocian a esta adicción. Estas defunciones representan 10% de las muertes nacionales.

La prevalencia del tabaquismo en México principalmente basados en la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA), que es la fuente de información más relevante sobre consumo de tabaco en México. Muestra que 26.4% de la población entre 12 y 65 años de edad son fumadores. Lo que representa más de 16 millones de personas fumadoras. Siendo en su mayoría hombres aunque cada vez es mayor el número de mujeres que fuman.²

Dicho reporte refiere que los hombre son los que fuman más 66.4% y 33.6 % de mujeres, en las mujeres en comparación con la encuesta del 1998 en las mujeres se observó un aumento en el consumo, ya que en 1998 solo un 29% de los fumadores correspondía a las mujeres.²

La ENA también reporto que el 27% de la población adulta de 18 a 65 años es fumadora. Un 18.2% se considera ex fumador y 55.4% no ha fumado.

La tendencia en el consumo de tabaco en la población mexicana se ha mantenido estable durante los últimos 15 años, observándose en general una tendencia hacía el abandono al tabaco del consumo en la población general.

Tabaquismo en adolescentes.

En cuento a la edad de inicio se advierte que el consumo de tabaco comienza a una edad cada vez más temprana. El consumo entre adolescentes. Casi un millón de adolescentes de 12 a 17 años en área urbana son fumadores con una mayor prevalencia en hombres 15.4% que en mujeres 4.8%.²

La facilidad del acceso al tabaco por los menores de edad se refleja en México en la información disponible de consumo de tabaco en adolescentes a pesar de la legislación vigente.

En cuanto a la edad de inicio, casi la mitad de los adolescentes (47.6%) comenzó a fumar entre los 15 y 17 años, 10% de los hombres comenzó a fumar antes de los 11 años.²

Tabaquismo en adultos.

Los fumadores en adultos de 18 a 65 años edad, la prevalencia es de 30.2%. Por sexo es de 45.3% en mujeres. La edad de inicio en los adultos tuvo lugar en edades muy tempranas, entre 15 y 17 años 1%. Sólo un 3.7% inició entre los 26 y 35 años y 1.3% a edades mayores de 35 años. Con un promedio de consumo de 5 cigarrillos al día.

Tabaquismo pasivo.

Por otra parte existe el problema de los fumadores pasivos, ya que según la ENA se estimó que el 52.6% de la población era fumadora pasiva, lo que equivale a 18 millones de mexicanos expuestos involuntariamente a los efectos del humo esta exposición se encuentra tanto en hogares como en lugares públicos y áreas de trabajo. La exposición de los no fumadores al humo del tabaco aumenta el riesgo de cáncer de pulmón y cardiopatías, empeora enfermedades especialmente en niños como asma y bronquitis. Neumonías e infecciones de oído medio.

Tabaquismo y personal de salud.

En México se han realizado desde hace 25 años varios trabajos del consumo de tabaco en el personal de salud. Se efectuó una encuesta en el personal médico de siete hospitales de tercer nivel y señaló que por lo menos 7 de cada 10 habían fumado alguna vez en su vida. Otro estudio que condujo Tapia-Conyer señala que la prevalencia de consumo entre médicos era de 27%, es decir uno de cada 3 consumen tabaco. Seis de cada 10 lo hacen de manera cotidiana y 50% fuma, en promedio, uno a cinco cigarrillos por día como la población en general.⁶

También se han realizado protocolos en aspirantes a las residencias médicas con el propósito de conocer la prevalencia así como intervención ante el consumo de tabaco en sus pacientes. Se encontró que un 20% era fumador actualmente, 34% ex fumador y 46% no fumaba, con una edad de inicio de 16 años. Y dos terceras partes fumaban de 1 a 5 cigarrillos.⁶

1.4. Tabaquismo y Adolescencia

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el tabaquismo se inicia en los primeros años de la adolescencia. De los 1.100 millones de fumadores que hay en el mundo hoy en día, el 90% inició el hábito antes de los 19 años. En los Estados Unidos, más de un millón de jóvenes por año se vuelven adictos al tabaco

Las tasas de tabaquismo entre los estudiantes de escuela secundaria aumentaron de 27,5 a 36,4 en los últimos años. En América Latina, 3 de cada 4 fumadores iniciaron el hábito entre los 14 y los 17 años de edad y la mayoría de ellos vivía en zonas urbanas (16). En México, 38,3% de los hombres fuma y 14,4% de las mujeres; cerca de la mitad empezó a fumar entre los 12 y los 17 años y la prevalencia más elevada de tabaquismo se registra en el grupo de 18 a 29 años de edad.⁶

El tabaquismo no sólo perjudica a los adolescentes sino que puede ser un indicador de otros comportamientos de riesgo. Los cigarrillos se consideran como “droga de iniciación”, lo que significa que su consumo suele preceder al consumo de alcohol o de drogas ilícitas. Además, el tabaquismo se vincula con otros comportamientos de riesgo, como la participación en peleas y/o en relaciones sexuales no protegidas.⁷

La OMS calcula que en el transcurso del próximo siglo, en todo el mundo fumarán más de 200 millones de mujeres. Además, prevé que la mortalidad entre las fumadoras se habrá duplicado para el año 2020. Esto significa que cada año morirá un millón de mujeres por enfermedades asociadas al consumo de tabaco.

En los países desarrollados, los comportamientos relativos al hábito de fumar entre las mujeres adultas y las jóvenes se parecen cada vez más a los de los hombres y los muchachos. Un estudio realizado en Canadá sugiere que, en comparación con los hombres jóvenes, es más probable que las adolescentes sigan fumando. Las tendencias indican que en el último siglo, después de una epidemia de tabaquismo en hombres ocurría una epidemia en mujeres.¹⁵

En Canadá, la prevalencia del hábito de fumar es más alta en el hombre que en la mujer para todos los grupos de edad, excepto para el de 12 a 19 años, en que es más alta entre las muchachas. En América Latina 40 por ciento de los hombres y 21 por ciento de las mujeres son fumadores. Si bien actualmente el porcentaje de mujeres que fuman es más bajo con respecto a los hombres, las tasas referentes a las mujeres están en aumento. El nivel de conocimiento del público en cuanto a los riesgos para la salud derivados del consumo de tabaco es escaso en algunas partes de América Latina, como también lo son los incentivos para dejar de fumar, en un estudio sobre un grupo de clase media urbana en la ciudad de México, muestra que mientras el porcentaje de fumadores permaneció relativamente estable en los hombres, aumentó de manera pronunciada en las mujeres. De las mujeres de 45 a 64 años, menos del 3% fuma, mientras que en el grupo de 35 a 44 años un 22% fuma.¹⁶

Existe una relación entre el nivel de educación y el tabaquismo, aunque esta puede variar según el país analizado, las diferencias culturales, las condiciones socioeconómicas y los grupos de edad. En los Estados Unidos 32% de las mujeres que tenían entre 9 y 11 años de educación fumaban, en comparación con 12% entre las que tenían un mínimo de 16 años de estudio. Sin embargo, entre las que había cursado menos de 9 años de estudio la prevalencia del tabaquismo es equivalente a la registrada en las personas con 13 a 15 años de educación.⁴

Una encuesta realizada en México en 1993 revela tendencias semejantes: las mujeres con un mayor nivel educacional fuman menos que las de poca educación, con excepción de las mujeres que no cursaron estudios de primaria.

Factores inductores al tabaquismo

Los mensajes que incitan al tabaquismo, ya sean de los amigos, la familia o los medios de comunicación, hacen que los adolescentes tengan la impresión de que este hábito es una norma social inofensiva.

Las mujeres jóvenes pueden verse inducidas más fácilmente al hábito de fumar cuando observan ese comportamiento en sus amigos, padres y hermanos. De ciertos trabajos de investigación se desprende que las adolescentes pueden ser más sensibles que los muchachos a la presión social de sus grupos de compañeros para que comiencen a fumar.¹⁷

El tabaquismo entre los compañeros es un factor importante en el inicio de las adolescentes a dicho hábito, y en las tasas correspondientes de tabaquismo en las adolescentes. Un estudio reveló que los fumadores tenían más probabilidades de tener amigos fumadores que los no fumadores. Otro estudio realizado en el mismo país entre estudiantes de octavo grado, observó que los grupos de compañeros tienen una importancia fundamental en la adopción del hábito de fumar entre adolescentes jóvenes, en particular entre las muchachas. Cerca de 80 por ciento de los adolescentes que fuman, hombres o mujeres, dijeron tener por lo menos un amigo cercano que fuma. Un estudio de alumnos de décimo grado reveló que 31% de las mujeres, en comparación con 17% de los varones, daban como justificación para empezar a fumar, las normas sociales. Además, 15% de las muchachas y 9% de los muchachos señalaron que la presión social los había inducido a fumar.¹⁷

En América del Norte, el consumo de tabaco por parte de los padres influye en que los adolescentes empiecen o no a fumar. Aproximadamente la mitad de los adolescentes que fuman tienen padres que fuman. La OMS señala que alrededor de la mitad de los adolescentes que fuman tienen padres fumadores e indica además que para los hijos de padres fumadores aumenta casi tres veces la probabilidad de fumar. Si ambos padres fuman, sus hijos tienen más probabilidades de hacerlo también.

Los jóvenes que fuman tienen una gran influencia sobre sus hermanos(as). En un examen de la literatura especializada, estudios realizados indican que si un joven fuma es casi seguro que sus hermanos y hermanas menores comenzarán a hacerlo también. Algunos estudios indican que las muchachas pueden verse más influenciadas que los hombres por el comportamiento de sus hermanos y hermanas que fuman.¹²

Además en busca de mercados nuevos, las empresas tabacaleras lanzan campañas de publicidad agresivas dirigidas a mujeres y adolescentes. Sus esfuerzos han tenido éxito especialmente entre las mujeres de 12 a 19 años de edad. La correlación positiva entre la promoción del tabaco y su consumo entre adolescentes ha quedado bien documentada en los Estados Unidos.¹³

Al dirigirse a la mujer, quienes comercializan el tabaco presentan al tabaquismo como símbolo de independencia y de “estar a la moda”. Las imágenes seductoras de fumadores, destacadas en películas, videos musicales y la publicidad incitan a empezar a fumar. Es común que los personajes de películas consuman tabaco y alcohol y, según un estudio hecho en los Estados Unidos, estas imágenes aparecen en más de 80 por ciento de las películas de acción, las comedias y los dramas.⁹

La publicidad sobre el cigarrillo se fundamenta en las aspiraciones de las jóvenes de ser independientes, audaces, atractivas y delgadas. Las estrategias de comercialización de Philip Morris atraen a las jóvenes con artículos elegantes como bolsos de cuero negro hechos por diseñadores famosos, lentes de sol y chalecos con el logotipo de la empresa.¹⁰

En América Latina son comunes las campañas publicitarias y promocionales de las empresas tabacaleras multinacionales. Estas eran las principales patrocinadoras de actividades deportivas y culturales, como partidos de fútbol y conciertos, que atraen mucho a los jóvenes, modificado por la ley en México recientemente. Además, en muchos países latinoamericanos, los niños venden cigarrillos y trabajan en el cultivo del tabaco.

Actualmente se están adoptando y llevando a la práctica varias iniciativas para reglamentar y reducir la publicidad sobre el cigarrillo en varios países latinoamericanos.

La adolescencia es un momento de la vida en que los jóvenes tratan de reafirmar o descubrir su propia identidad, determinando en que grupo social se sienten mejor. Mientras se siga presentando al cigarrillo como glamoroso, se anuncie profusamente y sea fácil su compra, algunos jóvenes pensarán que fumar es una forma de mejorar su imagen y/o de enfatizar su rebeldía.

1.5. Componentes del Tabaco

El humo del tabaco, posee una composición compleja, de acuerdo a investigaciones recientes, se han demostrado cerca de 5000 tóxicos distintos que se producen en la combustión del tabaco y que ingresan en los pulmones y sangre y dentro de sus componentes se pueden hacer cuatro categorías.¹

Alquitrán

Nicotina

Monóxido de carbono

Irritantes

De estos componentes, se acepta generalmente que el alquitrán y los irritantes son los agentes responsables del cáncer de pulmón, la bronquitis crónica y el enfisema. Aunque se cree que la nicotina no participa en el desarrollo de cánceres, puede desempeñar un papel en la enfermedad cardiovascular.

Lo que colorea de pardo el filtro del cigarrillo, mancha la piel de los dedos y los dientes de quienes fuman, no es la nicotina, ya que esta es incolora, sino los componentes del alquitrán de tabaco, que solo han sufrido una combustión parcial y que se depositan como residuos a manera de hollín en una chimenea.

Al fumar una cajetilla diaria, inhala unos 480 centímetros cúbicos de alquitrán de tabaco por año, lo que significa rociar las vías respiratorias superiores y los pulmones con algo más de tres cuartos de litro de alquitrán que además contiene benzopireno.^{9,13}

El benzopireno es una sustancia que lesiona el material genético de las células y produce cáncer en los órganos con los que se pone en contacto. De igual forma también de boca, garganta y estómago y se relaciona con el de vejiga y útero.

Propiedades farmacológicas de la nicotina

Tras la inhalación de la nicotina procedente del cigarrillo se obtiene un pico plasmático que alcanza su máximo nivel en menos de 10 minutos encontrándose concentraciones de hasta 25-50ng/ml, su vida media es de unos 30 minutos pudiendo acumularse en el organismo transcurridos de 6-8 horas; de hecho se detectan niveles plasmáticos durante toda la noche después de haber fumado durante el día, el descenso de la concentración plasmática ocurre en dos fases: una rápida que dura de 5 a 10 minutos (fase alfa), secundaria a su distribución por los diversos tejidos orgánicos y otra fase más lenta (fase beta) que dura unos 60 minutos, en la que se produce la metabolización del alcaloide.¹³

Cuando la nicotina se absorbe a nivel del pulmón, a través de la membrana alveolo capilar, llega en primer lugar al cerebro, donde se detecta en menos de 10 segundos; en esta rapidez de absorción radica en gran parte su potencial de generar adicción. A los 20 segundos ya se detecta en las extremidades, acumulándose en médula suprarrenal, riñones y placenta. La absorción de la nicotina puede llevarse a cabo en los plexos sublinguales y mucosa bucal (4-45%), pulmón 70-90% y piel. Una vez que la nicotina llega al cerebro, atraviesa la barrera hematoencefálica, facilitando el transporte al interior de las células y la unión con los receptores específicos.¹³

El mecanismo de acción de la nicotina es muy complejo, por similitud estructural con la acetilcolina actúa sobre los mismos receptores ocasionando una estimulación ganglionar primaria, pudiendo desarrollar una de sensibilización secundaria, favoreciendo la aparición del fenómeno de tolerancia. Los receptores acetilcolínicos que resultan estimulados son llamados “nicotínicos”; la nicotina estimula el núcleo ceruleus, ocasionando una disminución del estrés y una mayor capacidad de concentración del individuo. Los fumadores manifiestan encontrarse menos cansados, más tranquilos y con mayor capacidad para la concentración. Estas manifestaciones se justifican tanto por la acción del alcaloide sobre los receptores, como por el hecho de la supresión del síndrome de abstinencia, y se han corroborado de modo objetivo: en el electroencefalograma realizado al individuo fumador se observa un trazado en el que predominan las ondas beta (traduce el estado de alerta), por el contrario en la fase de abstinencia disminuye la frecuencia de estas ondas, aumentando las de tipo alfa y theta.⁹

Del mismo modo se observan unas respuestas motoras y sensoriales de mayor intensidad después de fumar un cigarrillo, la relajación y disminución de la irritabilidad tras el consumo de tabaco parecen más debidas a la supresión del síndrome de abstinencia que a un “refuerzo positivo” de la nicotina.

No obstante es su acción sobre el sistema dopaminérgico-mesolímbico la más interesante, este es el sistema encargado de regular las sensaciones placenteras del organismo.⁹

Cuando un individuo consume una sustancia que estimula este sistema, tendrá aumento de su sensación de placer, lo que ocasionará que el sujeto tenga una avidez por la readministración de dicha sustancia. Este es el mecanismo fisiológico para la aparición de la dependencia.

Debido a esto cuando un fumador deja de fumar sufrirá el síndrome de abstinencia a la nicotina, de ahí que esta sustancia este considerada como la causante de la dependencia y como uno de los factores más importantes del mantenimiento y la consolidación de la conducta que representa el fumar.

La metabolización de la nicotina ocurre principalmente a nivel hepático, aunque también en los riñones y los pulmones; da lugar a 15 metabolitos, los más importantes son la cotinina y la nicotina-1-N-óxido.

La eliminación de los metabolitos y de la fracción alcaloide no metabolizada más eficazmente por lo que presentan mayor excreción urinaria del alcaloide y sus metabolitos. En las primeras 24 horas se elimina el 77% de la nicotina absorbida y al tercer día se ha llegado a eliminar hasta el 90%.

En condiciones normales se elimina por vía urinaria una cantidad similar de cotinina y nicotina, aunque la eliminación de esta se ve influenciada por el pH de la orina de manera que en condiciones de acidez (pH de 5 o menos) se excreta en un 30 a 40% de su dosis inicial al no ser reabsorbida por los túbulos, mientras que en condiciones de alcalinidad (pH de 8 o más), es reabsorbida en su mayor parte.

Efectos neurobiológicos de la nicotina

Sistema Nervioso Central.

La nicotina aumenta el metabolismo regional de glucosa en el cerebro, lo que mejora la capacidad de mantener la concentración de forma continua, también incrementa algunas funciones cognitivas superiores como la memoria, de esta manera los fumadores consumirán nicotina para mantener su nivel de atención, vigilancia y funciones cognitivas, algunos fumadores comentan que fumar mejora su estado depresivo y otros trastornos afectivos, se ha comprobado que al dejar de fumar aparecen situaciones depresivas y que existen mayores tasas de fumadores en individuos con trastornos depresivos y que a su vez hay una mayor prevalencia de episodios depresivos en los fumadores.

Cardiovascular

Sus efectos se producen por estimulación del sistema nervioso autónomo, se produce aumento de la frecuencia cardiaca con aumento del automatismo cardiaco y un descenso del umbral arritmogénico, lo que favorece la aparición de trastornos del ritmo cardiaco, también se produce aumento de la presión arterial y vasoconstricción lo que da lugar a frialdad y palidez de la piel. Los fumadores presentan alteraciones del patrón lipídico, consistentes en una elevación de la concentración plasmática de ácidos grasos libres, triglicéridos y colesterol, con aumentos de las fracciones LDL y VLDL-colesterol, con disminución de la HDL, el fumar se asocia a un incremento de la actividad plaquetaria que junto con el aumento de la viscosidad sanguínea, facilita la aparición de fenómenos trombogénicos.

Efectos Gastrointestinales

Estimula la secreción gástrica e inhibe la secreción pancreática exógena. Inhibe la producción de prostaglandinas a nivel de la mucosa gástrica, puede provocar vómitos e hipersalivación y aumenta el peristaltismo intestinal.

Efectos Neuroendócrinos

Controla la liberación de noradrenalina en diversas áreas cerebrales, también tienen efectos sobre los niveles cerebrales de serotonina, y aumenta la secreción de acetilcolina. Aunque estos cambios podrían explicar ciertas acciones de la nicotina sobre el nivel de alerta/vigilancia y sobre las funciones cognoscitivas.

Eleva los niveles plasmáticos de varias hormonas entre las que se encuentran la ACTH, prolactina, hormona del crecimiento, además están aumentados los niveles de glucosa, cortisol y vasopresina. Los efectos antiestrogénicos podrían adelantar la menopausia en 1 a 2 años en las mujeres fumadoras.

Efectos sobre el Metabolismo.

Los fumadores pesan menos que los no fumadores, unos 4 kg menos de media. Al dejar de fumar recupera esa cantidad, esto se justifica por una tasa metabólica más alta debido a una mayor cantidad de catecolaminas circulantes, además los fumadores presentan menor apetito, el cual lo recuperan al dejar de fumar.

Efectos sobre el Embarazo

La nicotina puede provocar un aumento en la morbimortalidad natal debido a parto prematuro, abortos, embarazos ectópicos, placenta previa, desprendimiento prematuro de membranas y bajo peso al nacer, la vasoconstricción de vasos placentarios, así como una mayor cantidad de carboxihemoglobina circulante, condiciona que el aporte al feto sea más precario.

Efectos Neuromusculares.

Produce un temblor de las manos y una disminución simultánea del tono de algunos músculos esqueléticos (cuadriceps), de la amplitud en el electromiograma y de los reflejos tendinosos profundos. A mayores dosis la nicotina puede provocar temblor muscular más generalizado de origen central.

1.6. Dependencia de la nicotina

Actualmente y con los conocimientos que poseemos la nicotina se considera como una droga de alto poder adictivo.

La dependencia de la nicotina es un conjunto de síntomas cognoscitivos comportamentales y fisiológicos que se llevan a cabo cuando se produce el consumo repetido de una sustancia. Existe un patrón de autoadministración periódico que con frecuencia lleva a la tolerancia, la abstinencia y al consumo irresistible de la droga. La tolerancia es la obligación de requerir dosis cada vez mayores de la sustancia para lograr los efectos deseados, o también la reducción de los efectos de una dosis equivalente tras el uso continuo de la droga. La abstinencia es el conjunto de signos y síntomas habitualmente desagradables que

aparecen cuando se produce carencia de la nicotina. Se dice que una sustancia produce dependencia física cuando su carencia es capaz de producir un síndrome de abstinencia, habitualmente el síndrome de abstinencia de una droga incorpora signos y síntomas contrarios a los efectos placenteros que se lograrían con la administración de la droga, la necesidad compulsiva del uso de una sustancia que se contempla en la naturaleza de cualquier sustancia, se entiende como dependencia psíquica, el abuso conlleva tan solo el resultados de los efectos perjudiciales del consumo continuado, pero su diagnóstico no requiere la participación de la tolerancia, abstinencia y deseo irresistible del consumo.

Todos estos aspectos se cumplen con la nicotina, por lo que podemos afirmar que la nicotina es una droga psicoactiva, generadora de dependencia, originando unas conductas y facilitando la aparición de alteraciones y signos físicos específicos.

Una de las características de la nicotina en generar su capacidad de adicción es su rapidez de absorción y la intensidad de los efectos provocados, se detectan niveles de nicotina en el cerebro después de 10 segundos de inhalar el humo de un cigarrillo.

Existen ciertos tipos de cuestionarios diseñados específicamente para evaluar la dependencia física a la nicotina del individuo fumador, siendo el más utilizado el test de Fagerström, el cual ha demostrado gran utilidad en la práctica clínica, puntuaciones en el test menores o iguales a 4 puntos indican dependencia leve, valores de 5-6 indican dependencia moderada y si la puntuación es igual o mayor a 7 la dependencia es alta.

Existen otros instrumentos como es el cuestionario de motivos de mantenimiento del tabaquismo de Russell realizado por Yolanda Graciela del Socorro Fajardo Ponce y basado en el publicado por Rusell el cual evalúa las razones por las que las personas mantienen su adicción al tabaco; determina aspectos Psicosocial, Estimulación, Manipulación, Relajación, Necesidad o adictivo y Hábito o automático.

Otro instrumento es el de creencias sobre las consecuencias del tabaco de Nazira Calleja, el cual evalúa los pensamientos y opiniones comunes acerca de los efectos positivos y negativos del consumo de tabaco. Y finalmente los criterios del DSM-IVR.

1.7 Tabaco y enfermedades asociadas.

Tabaco y cáncer.

En 1923 Farh de origen alemán fue el primero en sospechar que el tabaco podría ser un factor etiológico principal del carcinoma broncopulmonar. Actualmente son múltiples las evidencias que relacionan el consumo de tabaco y cáncer; se ha estimado que entre el 75-80% de los cánceres humanos están relacionados con agentes químicos denominados carcinógenos por su capacidad de inducir alteraciones específicas en la célula, cuyo resultado final es la manifestación tumoral.

En el humo del tabaco se han descrito casi 5,000 sustancias químicas diferentes, muchas de las cuales son potentes carcinógenos, como los hidrocarburos aromáticos policíclicos, nitrosaminas y aminas aromáticas, otros compuestos son promotores de la carcinogénesis, como ciertos derivados del fenol.

El principal efecto carcinógeno del tabaco ocurre sobre aquellos directamente expuestos al humo de cigarrillo, sin embargo los carcinógenos además de ser inhalados se disuelven en la saliva llegando al intestino, donde son absorbidos, pasando a través del hígado a la circulación sistemática y siendo eliminados por la orina.

El tabaco se ha relacionado con el cáncer de pulmón, laringe, orofaringe, esófago, estómago, páncreas, hígado, colon, recto, vejiga, riñón, aparato genital y órganos linfáticos.

Cáncer de pulmón.

El tabaco es responsable directo de más del 90% de casos de cáncer pulmonar. En los hombres fumadores el riesgo de padecer esta enfermedad es de 5 a 20 veces mayor que para los no fumadores.

En mujeres fumadoras el riesgo es menor que en los hombres, pero significativamente mayor que en las no fumadoras. Según la agencia de protección al ambiente de los Estados Unidos de América el tabaco incrementa el riesgo de sus cuatro tipos histológicos principales de cáncer de pulmón: epidermoide, de células pequeñas, de células grandes y adenocarcinoma aunque es mayor en los dos primeros: los procesos que conducen al cáncer pulmonar se inician con la exposición a diferentes carcinógenos, cuya fuente más importante es el humo del tabaco, estos carcinógenos son capaces de alterar la expresión de diferentes genes humanos, y estas alteraciones pueden, a su vez, causar cambios moleculares que originan que la célula pueda dividirse sin control y causar alteraciones neoplásicas.

Cáncer de laringe y cavidad oral.

El 83% de las neoplasias de laringe son debidas al consumo de tabaco, constituyendo el primer agente causal de esta patología; la combinación de consumo de cigarrillos y alcohol aumenta el riesgo de cáncer de laringe hasta en un 75% respecto al consumo exclusivo de uno de ellos (alcohol o tabaco), sobre todo en tumores supraglóticos.

En cuanto a las neoplasias orales y orofaríngeas estas pueden localizarse en labios, lengua, encías, paladar, mucosa, velo del paladar, glándulas salivales, suelo de la boca y orofaringe. Aproximadamente el 92% de los tumores en estas localizaciones en hombres y el 61% en mujeres son atribuibles al consumo de tabaco.

Cáncer del aparato digestivo.

Se ha comprobado una relación directa con el desarrollo de cáncer de esófago, se calcula que alrededor del 80% del total de los carcinomas esofágicos, tienen relación con el tabaco, ese porcentaje es similar para ambos sexos, aunque no existe contacto directo con el humo se ha demostrado que algunas partículas carcinógenas del humo del cigarro son deglutidas y que el moco bronquial cargado con partículas carcinógenas está presente en el esófago, es por este hecho anatómico que el tercio superior del esófago es el más comúnmente afectado por este tumor, en cuanto al cáncer gástrico, se ha encontrado un aumento de hasta tres veces en pacientes que son fumadores a comparación de quienes no lo son, así como lesiones displásicas .

En relación con el cáncer de páncreas el riesgo es doble en fumadores, existe una relación dosis/respuesta y después de 15 años, el riesgo se iguala con el de un no fumador.

Cáncer de riñón y vejiga.

Ambos tumores se hallan directamente relacionados con el consumo de cigarrillos. El cáncer de vejiga se encuentra relacionado estrechamente con las aminas aromáticas como la beta-naftilamina. Esta sustancia se ha encontrado en cantidades considerables en el humo del tabaco. En relación con el cáncer renal y de uréter la asociación del tabaco es más débil, aunque también están relacionados con el tabaco, habiéndose indicado un 40% de incremento de riesgo para padecer esta neoplasia en fumadores.

Cáncer de mama y aparato genital.

El tabaquismo pasivo en la edad en la cual aún no se ha desarrollado el tejido mamario, se asocia a un alto riesgo, mientras que si la primera exposición se da en la adolescencia o jóvenes adultas, entonces el riesgo es intermedio, y si se da en la edad adulta el riesgo es bajo, en cuanto al cáncer de cuello uterino se presenta un doble de riesgo en relación con las no fumadoras, se ha podido

encontrar nicotina y restos de otros metabolitos activos en el moco cervical de fumadoras tanto activas como pasivas.

Cardiopatía Isquémica.

La incidencia entre los fumadores de ambos sexos es mayor 2 a 4 veces en la población fumadora a diferencia de la no fumadora, el tabaquismo se relaciona directamente con el infarto agudo del miocardio y la muerte súbita se calcula que el 29% de las muertes por enfermedad coronaria son debidas a tabaquismo, y que los fumadores tienen un aumento del 70% de probabilidad de tener cardiopatía isquémica mortal y un aumento del 200% de tener cardiopatía isquémica no mortal, también se ha documentado el efecto nocivo del tabaco en la re-estenosis tras angioplastia coronaria transluminal percutánea donde se duplica la incidencia entre los fumadores, así como un aumento del 20% en la presencia de re-infarto entre la población fumadora frente al 5% en los que no lo son, el dejar de fumar disminuye el riesgo entre un 30 y un 50% en el plazo de 1 a 2 años, posteriormente se iguala al de la población no fumadora en un lapso de 10 a 15 años.

Enfermedad cerebrovascular.

El tabaquismo es un factor reconocido de aumento en la incidencia de ictus trombótico, la probabilidad de desarrollarlo es 2 a 3 veces superior en individuos que fuman en relación con los que no lo hacen, este riesgo disminuye de forma brusca al dejar de fumar y puede alcanzar el nivel de los no fumadores en un lapso de 5 años.

Enfermedad Arterial Periférica.

El tabaquismo es la principal causa de vasculopatía periférica. El mecanismo patogénico más frecuente es la enfermedad aterosclerosa, está bien demostrada la asociación entre tabaquismo y la vasculopatía indicándose como aumenta el riesgo de 4 a 6 veces.

Patología respiratoria no tumoral

Rinitis Alérgica

Los síntomas más importantes son; obstrucción nasal, estornudos de repetición, comezón en la nariz y escurrimiento nasal de moco transparente. No es necesario que todos ellos se presenten al mismo tiempo, puede haber predominio de alguno de ellos.

Ocasionalmente se acompaña de congestión ocular con lagrimeo así como comezón y ardor de ojos o bien molestias en los oídos, ocasionando otitis que cuando es muy frecuente puede llegar a afectar la audición de los niños.

Es bien conocido que cuando el paciente que tiene una rinitis alérgica y se expone a algún contaminante, ya sea intra domiciliario como el humo del cigarro, va a estar enfermo más tiempo y con más intensidad.

Hiperreactividad Bronquial

En fumadores asintomáticos se requieren menores concentraciones de metacolina para producir bronco constricción que en sujetos no fumadores, se ha relacionado el consumo de tabaco directamente con el asma bronquial donde produce un aumento de la hiperreactividad bronquial, pudiéndose indicar que el tabaquismo es un factor de riesgo que influye más en una evolución desfavorable de esta enfermedad, que en la propia génesis de la misma.

Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)

Es la de mayor impacto socioeconómico y prevalencia de todas las enfermedades respiratorias, caracterizada por la presencia de obstrucción crónica y poco reversible al flujo aéreo causada principalmente por una reacción inflamatoria frente al humo del tabaco, más del 90% de los casos de EPOC están relacionados con el consumo de tabaco, mientras que entre un 15 a un 20% de todos los fumadores desarrollan esta enfermedad, la mortalidad por EPOC es 14 veces

superior en fumadores de cigarrillos que en no fumadores, y 6 veces superior en fumadores de pipa y puro, la mortalidad está en relación directa con la cantidad de cigarrillos consumidos: los consumidores de 1 a 4 cigarrillos por día tienen una mortalidad 5 veces superior que los no fumadores y los fumadores de más de 25 cigarrillos al día, dos veces más alta que al grupo menos fumador.

Enfermedad dental y periodontal

Característico el cambio en la coloración de dientes y la halitosis, presencia de micronódulos blanquecinos localizados difusamente por el paladar, como consecuencia del efecto irritativo del humo sobre los tejidos “estomatitis del fumador”.

Patología en los jóvenes

El joven habitualmente es poco receptivo a las complicaciones producida por el tabaquismo a largo plazo y por tanto en la edad adulta, además de las alteraciones en la piel causadas por el tabaquismo en la piel (arrugas prematuras), manchas en los dientes, halitosis y mal olor corporal pueden ser bastante importantes como estímulo inicial para que el joven se plantee dejar esta adicción, además se encuentra un aumento en la tos crónica y broncoespasmo al ejercicio, así como reducción del desarrollo de la función pulmonar, en general las afecciones van desde un deterioro de la imagen personal a una disminución en el rendimiento físico y deportivo.

2 Planteamiento del problema

Las enfermedades crónicas no transmisibles causan aproximadamente dos terceras partes de las muertes en el mundo. Los principales factores de riesgo que se asocian causalmente son el consumo de tabaco, una mala dieta, inactividad física y el abuso del alcohol. El consumo de tabaco provoca 1 de cada 6 muertes por enfermedades crónicas y es factor de riesgo de seis de las ocho principales causas de mortalidad en el mundo.

En México, el consumo de tabaco ocasiona más de 60 000 muertes al año, además, impacta negativamente la economía familiar e implica pérdida de productividad laboral, mortalidad prematura y elevados costos para el sector salud.

En América Latina, 3 de cada 4 fumadores iniciaron el hábito entre los 14 y los 17 años de edad y la mayoría de ellos vivía en zonas urbanas. En México, 38,3% de los hombres fuma y 14,4% de las mujeres; cerca de la mitad empezó a fumar entre los 12 y los 17 años y la prevalencia más elevada de tabaquismo se registra en el grupo de 18 a 29 años de edad.

El tabaquismo no sólo perjudica a los adolescentes sino que puede ser un indicador de otros comportamientos de riesgo. Los cigarrillos se consideran como “droga de iniciación”, lo que significa que su consumo suele preceder al consumo de alcohol o de drogas ilícitas. Además, el tabaquismo se vincula con otros comportamientos de riesgo, como la participación en peleas y/o en relaciones sexuales no protegidas. Por ello ningún otro producto de consumo es tan peligroso ni ha provocado tantas muertes como el tabaco. Además se debe tener en cuenta que se ha demostrado que el consumo de esta sustancia tiene una alta farmacodependencia, y está dada por la dependencia a la nicotina constituye un problema de salud pública en nuestro país por su alta incidencia y morbimortalidad en enfermedades del aparato respiratorio, entre otras cáncer de pulmón. Por lo que surge la siguiente interrogante: ¿Cuál es la motivación y dependencia de tabaco en adolescentes que acuden al Hospital Regional de Nezahualcóyotl?

3 Justificación

La OMS reconoce a los riesgos psicosociales como uno de los principales problemas, en el contexto actual, ya que identifica su característica como una amenaza para el desarrollo del bienestar social. El Riesgo Psicosocial comprende las situaciones y los factores que se encuentran en el entorno donde vive las personas y que puede afectar directamente su salud física, psicológica y social, ya sea de forma provisional o permanentemente. De manera particular, el Riesgo Psicosocial en Adolescentes integra diversas conductas, como lo es el consumo de drogas, ya sean legales o ilegales, la violencia intrafamiliar y escolar, baja autoestima, abandono escolar, relaciones sexuales sin protección y a edades tempranas y delincuencia, entre otras.

El tabaquismo es una enfermedad crónica sistémica perteneciente al grupo de las adicciones con posibilidad de tratamiento. Actualmente en México afecta a aproximadamente 17 millones de personas, representando un problema de salud pública, no olvidando que según la Encuesta Nacional de Adicciones reveló que el 10% de fumadores tiene menos de 18 años, edad de inicio de la adicción, argumentado en considerar el fácil acceso al tabaco al ser una de las tantas drogas legales y debido a que este problema tiene diversas repercusiones dentro del área social, al afectar las relaciones con la familia, los amigos y la escuela; así como en el bienestar personal al desequilibrar la salud física, psicológica y emocional de los jóvenes; presentada por la adicción al tabaco, principalmente por uno de sus componentes activos, la nicotina; la acción de dicha sustancia acaba condicionando el abuso de su consumo. De ahí la importancia de detectar los aspectos motivacionales que indiquen al consume en los adolescentes y determinar si existe ya algún nivel de adictivo para poder realizar una intervención oportuna.

4.0 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

- Determinar el aspecto motivacional y dependencia de tabaco en adolescentes en el Hospital Regional de Nezahualcóyotl Issemym.

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar factores sociodemográficos relacionados con los adolescentes.
- Determinar el aspecto motivacional de imagen psicológica por el adolescente en el consumo de tabaco.
- Determinar el aspecto motivacional de actividad mano – boca por el adolescente en el consumo de tabaco.
- Determinar el aspecto motivacional indulgencia por el adolescente en el consumo de tabaco.
- Determinar el aspecto motivacional de sedación por el adolescente en el consumo de tabaco.
- Determinar el aspecto motivacional de estimulación por el adolescente en el consumo de tabaco.
- Determinar el aspecto motivacional de adicción por el adolescente en el consumo de tabaco.
- Determinar el aspecto motivacional de automatismo por el adolescente en el consumo de tabaco.
- Identificar el nivel de dependencia tabáquico por los adolescentes.

5.0 METODOLOGIA

5.1 TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio prospectivo, transversal, observacional y descriptivo.

5.2 POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO

Se llevó el presente estudio en una población total de 98 adolescentes que refirieron haber consumido en algún momento tabaco y que acudieron al Hospital Regional Nezahualcóyotl al servicio de consulta externa, durante el periodo de 01 Agosto de 2017 al 31 de Octubre de 2017.

El presente estudio se realizó en las instalaciones del ISSEMYM Nezahualcóyotl ubicado en Avenida San Juan de Aragón s/n, colonia Vicente Villada, Municipio de Nezahualcóyotl Estado de México, en el periodo de 01 de Agosto 2017 al 31 de Octubre de 2017.

5.3 MUESTRA

No probabilística, intencional, por censo que consistió en 98 adolescentes.

5.4 CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y ELIMINACION

CRITERIOS DE INCLUSION

- Adolescentes Derechohabientes del ISSEMyM Nezahualcóyotl
- Adolescentes que mencionaron haber consumido tabaco en los 3 últimos meses.
- Que acudan a la consulta externa y deseen participar previo consentimiento de tutor.
- Que acepten participar en el estudio previo llenado del consentimiento informado.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Adolescentes que negaron consumo de tabaco en los últimos 3 meses.
- Adolescentes con negación de participación o consenso de tutor.

CRITERIOS DE ELIMINACION

- Encuestas incompletas o ilegibles.

5.5 TIPO Y ESCALA DE MEDICION DE LAS VARIABLES Y DEFINICION CONCEPTUAL.

Variable	Tipo y escala de Medición	Definición Conceptual	Valores de las variables
Edad	Cuantitativa Nominal	Periodo de tiempo que ha pasado desde el nacimiento	1. 10 a 12 años 2. 13 a 15 años 3. 16 a 18 años 4. Más de 18 años
Sexo	Cualitativa Nominal	Características anatómicas y cromosómicas de los individuos.	1.- Masculino 2.- Femenino
Motivación	Cualitativa nominal	Énfasis que presenta una persona hacia un determinado medio de satisfacer una necesidad, creando o aumentando con ello	1.Actividad mano-boca 2.Indulgencia 3.Sedación 4.Estimulación 5.Automatismo

		el impulso necesario para que ponga en obra esa acción.	
Dependencia	Cualitativa ordinal	Se refiere cuando una persona tiene una necesidad compulsiva de alguna sustancia para experimentar sus efectos o para aplacar el malestar que surge por su privación	1.Dependencia Baja 2.Dependencia Alta

5.6 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El test de Russel evalúa la motivación del fumador contemplando distintos aspectos:

IMAGEN PSICOLÓGICA: Mediante las preguntas 6, 19 y 23 se evalúa el peso de la “Imagen Social” que el fumador cree que obtiene a través del hábito tabáquico.

ACTIVIDAD MANO – BOCA: A través de los ítems 5, 10 y 22 se valora la importancia de la parte conductual en el hecho de “tener algo entre las manos”.

INDULGENCIA: Las preguntas 3, 4 y 16 determinan hasta qué punto el fumador relaciona su hábito con las situaciones de relax y placer.

SEDACIÓN: Los ítems 7, 12 y 24 revelan cuando el fumador fuma para calmarse.

ESTIMULACIÓN: Mediante las preguntas 8, 13 y 17 se pone de manifiesto cuando un fumador fuma para estimularse.

ADICCIÓN: Con las preguntas 11, 18 y 20 se revela el grado de adicción del fumador a su hábito.

AUTOMATISMO: Los ítems 2, 9 y 15 desvelan los cigarrillos que el fumador fuma sin pensar, es decir, de modo automático.

El test de Russel informa del tipo de motivación que más pesa en cada fumador, siendo útil de cara a la terapia. Puntuaciones iguales o superiores a 6 en los apartados o aspectos anteriores implican la preponderancia del aspecto en concreto.

La **DEPENDENCIA GLOBAL** viene determinada por la puntuación obtenida en los ítems 1, 14 y 21 sumada a la alcanzada en 11, 18 y 20, (Adicción), junto con 2, 9 y 15, (Automatismo). Puntuaciones superiores o iguales a 20 responden a “Alta Dependencia”.

5.7 ANALISIS DE LA INFORMACION

El análisis de la información se realizó utilizando estadística descriptiva con medidas de tendencia central y dispersión.

5.8 RECURSOS HUMANOS

Para la realización del presente trabajo participaron el médico titular del trabajo de investigación residente de medicina familiar.

5.9 RECURSOS MATERIALES Y FISICOS:

Laptop portátil, programa office 2010 paquetería de hoja de cálculo de tipo Excel. Pluma y lápices. La presente investigación se llevó a cabo en el Hospital Regional Nezahualcóyotl. Ubicado en San Juan de Aragón S/N, colonia Vicente Villada, Nezahualcóyotl, Estado de México.

6. CONSIDERACIONES ETICAS

Declaración de Helsinki (VI) Adoptada por la 18a Asamblea Médica Mundial (Helsinki, 1964), revisada por la 29a Asamblea Médica Mundial (Tokio, 1975).

A. Introducción

1. La Asociación Médica Mundial ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos que sirvan para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos. La investigación médica en seres humanos incluye la investigación del material humano o de información identificables.

2. El deber del médico es promover y velar por la salud de las personas. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.

3. La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula "velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente" y el Código Internacional de Ética Médica afirma que. "El médico debe actuar solamente en el interés del paciente al proporcionar atención médica que pueda tener el efecto de debilitar la condición mental y física del paciente".

4. El progreso de la medicina se basa en la investigación, la cual, en último término, tiene que recurrir muchas veces a la experimentación en seres humanos.

5. En investigación médica en seres humanos, la preocupación por el bienestar de los seres humanos debe tener siempre primacía sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad.

6. El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos y también comprender la etiología y patogenia de las enfermedades. Incluso, los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos disponibles deben ponerse a

prueba continuamente a través de la investigación para que sean eficaces, efectivos, accesibles y de calidad.

7. En la práctica de la medicina y de la investigación médica del presente, la mayoría de los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos implican algunos riesgos y costos.

8. La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

9. Los investigadores deben conocer los requisitos éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que los requisitos internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico disminuya o elimine cualquiera medida de protección para los seres humanos establecida en esta Declaración.

B. Principios básicos para toda investigación medica

10. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano.

11. El protocolo de la investigación debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar que se han observado los principios enunciados en esta Declaración.

12. Siempre debe respetarse el derecho de los participantes en la investigación a proteger su integridad. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de los individuos, la confidencialidad de la información del paciente y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física y mental y su personalidad.

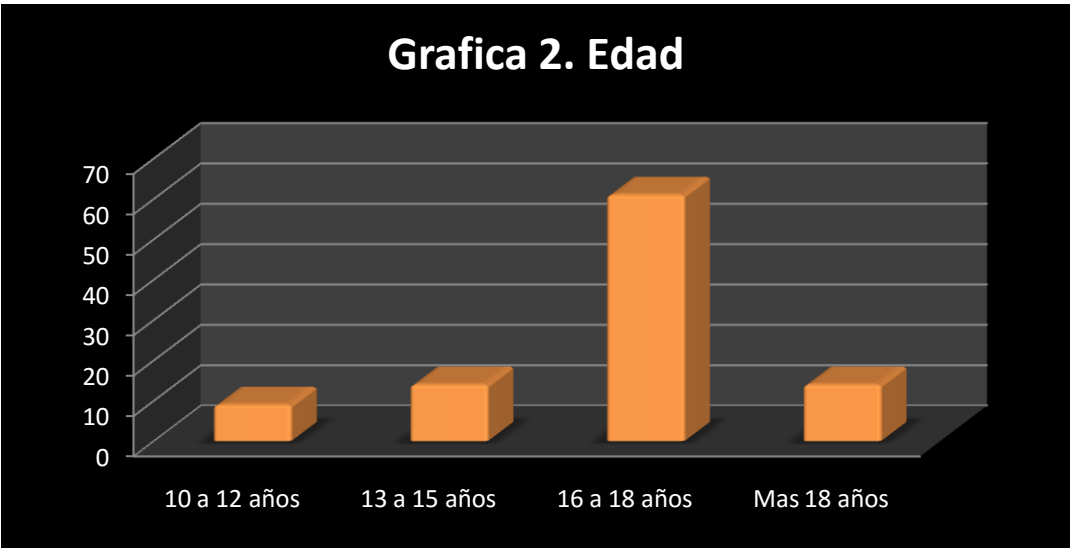
7. RESULTADOS

Con un total de 98 adolescentes que fueron encuestados en la consulta externa del Hospital Regional Nezahualcóyotl, Issemym, que cumplieron los criterios de selección se obtuvo con un total de 21 adolescentes correspondieron al sexo femenino (21%) y 77 adolescentes del sexo masculino (79%). Grafica1



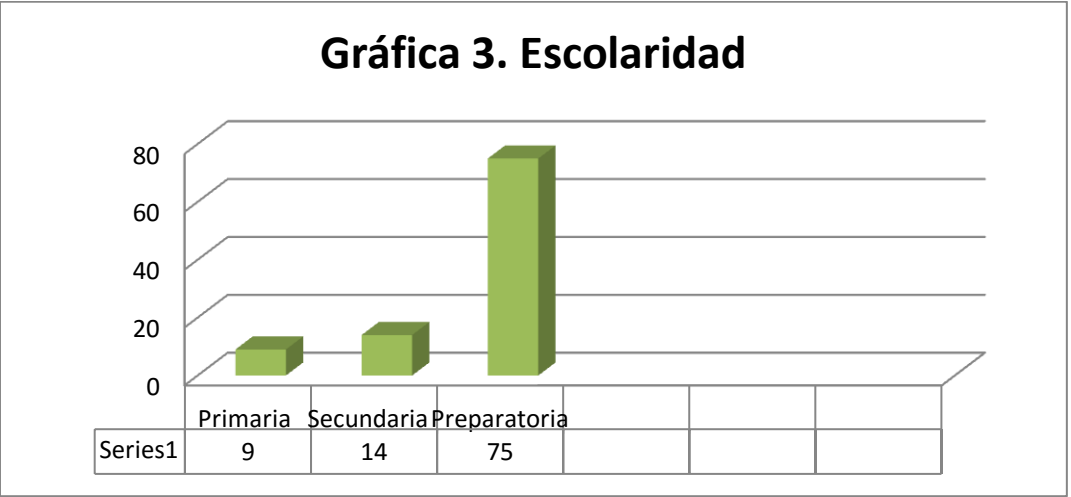
Encuesta aspectos motivacionales y dependencia de tabaquismo de Russel

De los 98 adolescentes entrevistados de acuerdo al grupo de edad de 10 a 12 años fue un total de 9 adolescentes (9%), del rango de los 13 a 15 años fueron 14 adolescentes (14%), de los 16 a 18 años fueron 61 adolescentes (62%) y finalmente más 18 años fueron 14 adolescentes (15%). Gráfica 2.



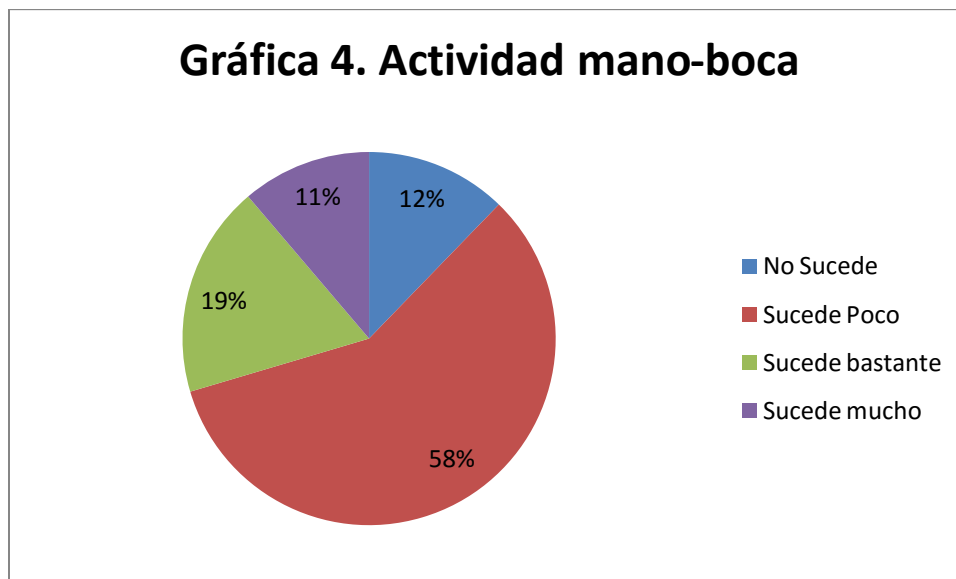
Encuesta aspectos motivacionales y dependencia de tabaquismo de Russel

Valorando el grado escolar que presentaban se observó con nivel escolar de primaria 9 adolescentes (9%), con grado escolar de secundaria 14 adolescentes (14%) y 75 adolescentes (76%) con preparatoria. Gráfica 3



Encuesta aspectos motivacionales y dependencia de tabaquismo de Russel

Realizando la encuesta de Russel sobre el aspecto motivacional en la actividad mano-boca 12 adolescentes (12%) refirieron que No sucede, con el aspecto de Sucede poco fueron 57 adolescentes (58%), con la respuesta de Sucede bastante fueron 18 adolescentes (19%) y finalmente con el Sucede mucho 11 adolescentes (11%). Gráfica 4

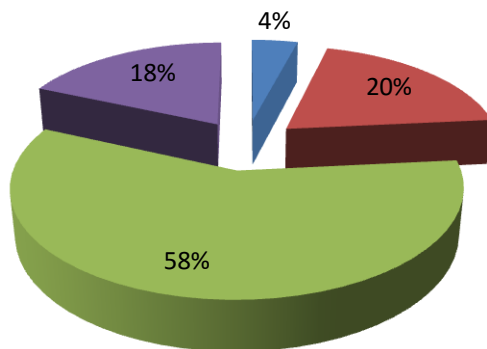


Encuesta aspectos motivacionales y dependencia de tabaquismo de Russel

Con el aspecto motivacional de Indulgencia fueron 4 adolescentes (4%) con No Sucede, con 19 adolescentes (20%) con Sucede Poco, 57 adolescentes (58%) con Sucede bastante y 18 adolescentes (18%) con Sucede mucho. Grafica 5

Gráfica 5. Indulgencia

■ No Sucede ■ Sucede Poco ■ Sucede bastante ■ Sucede mucho

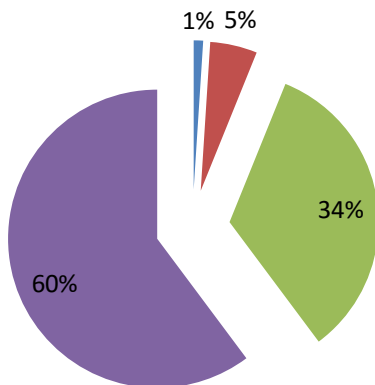


Encuesta aspectos motivacionales y dependencia de tabaquismo de Russel

En el aspecto motivacional de sedación la respuesta fue de No Sucede con un adolescente (1%), con Sucede Poco fueron 5 adolescentes (5%), con Sucede bastante 33 adolescentes (34%) y con Sucede mucho 59 adolescentes (60%). Gráfica 6.

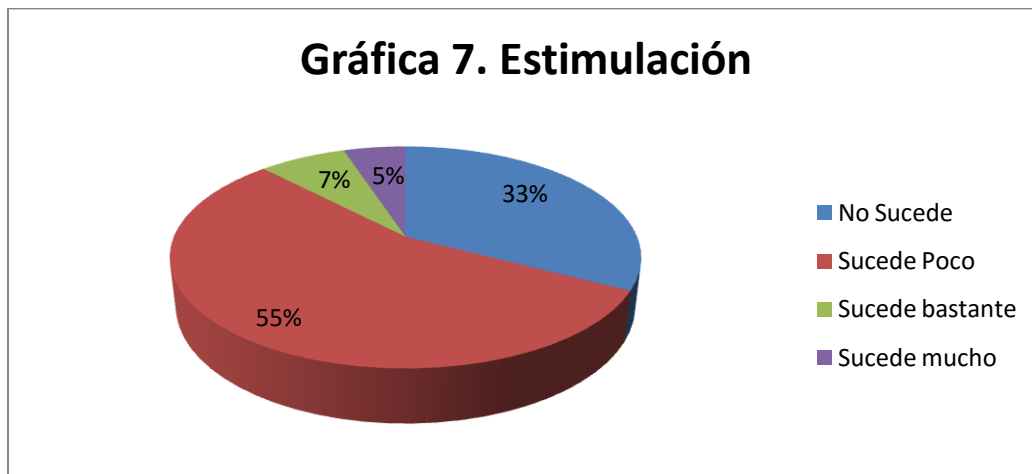
Gráfica 6. Sedación

■ No Sucede
■ Sucede Poco
■ Sucede bastante
■ Sucede mucho



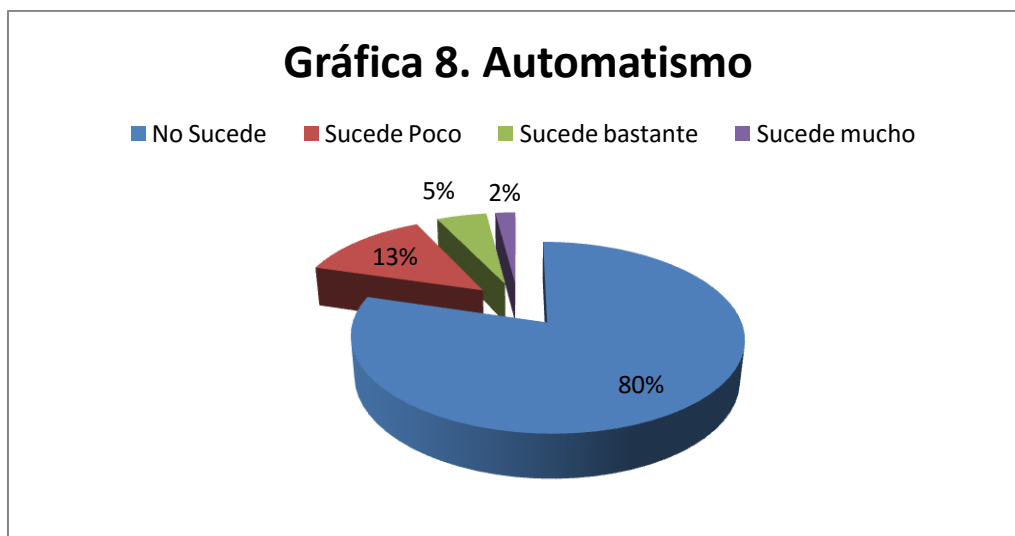
Encuesta aspectos motivacionales y dependencia de tabaquismo de Russel

Considerando otro aspecto de aspecto motivacional del tipo Estimulación las respuestas fueron con No Sucede 32 adolescentes (33%), con Sucede Poco 54 adolescentes (55%), con Sucede bastante 7 adolescentes (7%) y con Sucede mucho 5 adolescentes (5%) Gráfica 7



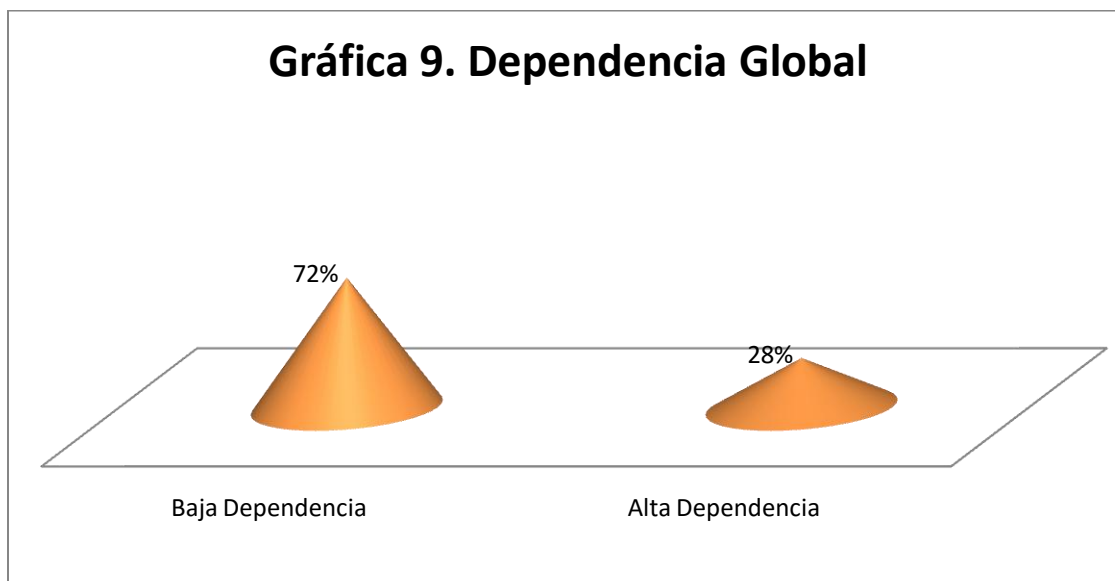
Encuesta aspectos motivacionales y dependencia de tabaquismo de Russel

Por último de los aspectos motivacionales el de Automatismo fueron con No Sucede 78 adolescentes (80%), con Sucede Poco 13 adolescentes (13%), con Sucede bastante 5 adolescentes (5%) y con Sucede mucho 2 adolescentes (2%). Gráfica 8



Encuesta aspectos motivacionales y dependencia de tabaquismo de Russel

Finalmente de los 98 adolescentes entrevistados, se determinó el grado de dependencia que presentaban, con una dependencia alta solo fue de 27 adolescentes (28%) y 71 adolescentes (72%) con dependencia baja. Gráfica 9



Encuesta aspectos motivacionales y dependencia de tabaquismo de Russel

8. Análisis de Resultados.

Se encuestó a un total de 98 adolescentes, obteniendo 21 adolescentes correspondieron al sexo femenino (21%) y 77 adolescentes del sexo masculino (79%). De acuerdo a la encuesta de tabaquismo en jóvenes del 2011, en México, los adolescentes el 67.5% probó el cigarro entre los 11 y 13 años de edad, 64.4% hombres y 70.6% mujeres. Inversamente a lo obtenido en el presente estudio además refiere que el 16% de los adolescentes experimentó y probó el tabaco antes de los 10 años de edad; 16.8% de los hombres y 14.9% de las mujeres, inició el consumo diario de cigarrillos entre los 11 y 13 años; 62.7% de los hombres y 73.1% de las mujeres.

En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 se encontró El porcentaje de adolescentes que consumen tabaco para los años 2000, 2006 y 2012 fue de 9.7, 7.6 y 9.2%, respectivamente. Entre los años 2000 y 2012 no se observa un cambio estadísticamente significativo. En los hombres se observa un ligero descenso (14.5% en 2000, 10.8% en 2006 y 12.3% en 2012) y en las mujeres ha permanecido estable (5.0% en 2000, 4.3% en 2006 y 6.0% en 2012). Con lo que refleja nuevamente mayor predominio en las mujeres. El 74% de los adolescentes entre 13 y 15 años de edad creía que es difícil dejar de fumar una vez que se inicia. El 27.3% que nunca había fumado pensaba que fumar hace sentir a la gente más cómoda socialmente; tanto hombres como mujeres tienen una percepción similar; 28.3% de los hombres y 26.6% de las mujeres. En el presente estudio correspondería al aspecto motivacional de indulgencia pero también hace reflejo del aspecto motivacional de sedación motivado tal vez por aspectos de marginación familiar y en esa etapa característica del adolescente de incompreensión.

El 3.7% de los jóvenes fumadores refirió que fumaba en los primeros 30 minutos después de levantarse, hallazgo que nos indica dependencia al tabaco. Por sexo, 4.1% de los hombres y 2.2% de las mujeres presentó adicción a la nicotina. En la presente investigación fue de 28% muy alta en comparación, a la encuesta nacional de salud.

9. Conclusiones

Es papel determinante el que se puede realizar en los consultorios de primer contacto al identificar adolescente fumadores en quienes se pueden realizar acciones específicas para motivar al abandono del tabaco. El tabaquismo debe considerarse como una afección médica de carácter crónico caracterizada por la adicción a la nicotina. En la actualidad se clasifica entre las enfermedades psiquiátricas, como ocurre en otras adicciones.

La adolescencia es un período en la vida del ser humano en la cual se experimenta una serie de cambios tanto en la parte física, social, como psicológica. En esta etapa muchos/as adolescentes, experimentan distanciamiento con sus progenitores y un mayor acercamiento con sus amistades, quienes en un buen porcentaje, suplen las necesidades de información. Por ello, es esencial que todo proveedor de salud aproveche cualquier contacto que tenga adolescentes, para proporcionar una atención integral incluyendo dentro de ésta, la consejería. Tomando en cuenta que en la mayoría de los casos no será el o la adolescente quien buscara la consejería.

La consejería es una herramienta disponible más simple con la que un médico cuenta para influir de manera decisiva para que deje de fumar. Sin embargo solo el 35% de los médicos realizan consejo médico, o que por lo menos se realicen las intervenciones para canalizar a otras áreas de salud, del área de intervención en adicciones, psiquiatría y/o psicología, pero hacer mejor tamizaje en el área de salud del adolescente tanto en adicciones, sexualidad, prevención y educación.

10. Bibliografía

1. Juárez Fuentes Carlos Alberto. Conocimientos y actitudes de Médicos Familiares y Generales sobre tabaquismo. Centro de Integración Juvenil A.C. Marzo 2009.
2. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Consumo de Tabaco en México 2000-2012: los beneficios de su reducción. Instituto Nacional de Salud Pública.
3. Sobrillo Peña V, Barrenechea Benguria JI, Patología relacionada con el tabaco.
4. En: Jiménez Ruiz (ed). Aproximación al Tabaquismo. 2005.
5. Córdova R. Martín. Casas R. Barbera. Valor de los Cuestionarios breves en la predicción del abandono del tabaco en atención primaria. Aten Primaria. 2010; 25 (1): 32-36.
6. Reynales Shigematsu LM, Rodríguez Bolaños R, Ortega Ceballos P. Encuesta de Tabaquismo en jóvenes México 2011. Instituto Nacional de Salud Pública. Primera Edición, 2013.
7. Lazcano Ponce E, Tovar Guzmán V, Meneses-González F, Rascón Pacheco A, Hernández Ávila M. Trenes of lung cancer mortality in Mexico. Arch Med Res 2000; 28:565.
8. Rubio Monteverde H. Modelo para la prestación de servicios en materia de tabaquismo en México. Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. 2003; 16(2).
9. Rubio Monteverde Horacio. Tabaquismo: grave problema de salud. Academia Nacional de Medicina, 2011.
10. Sharon Joana Valdés Rubí, Medina Palacios Abundio, Frecuencia de tabaquismo en alumnos inscritos de la escuela preparatoria oficial no 106, Almoloya del rio, Estado de México, de agosto de 2012 a julio de 2013. Tesis para título de Médico Cirujano.
11. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, Para la Prevención, Tratamiento y Control de las adicciones. México, D.F.; SSA.

12. Guillén Dávila Catalina. Cisneros Alvarado Herlinda. Tabaquismo en Adolescentes. Tesis para la Licenciatura en Intervención Educativa. 2014.
13. Banco Mundial- OPS/OMS. La epidemia de Tabaquismo. Los Gobiernos y los Aspectos económicos del control del tabaco, Washington D.C. Publicación científica 2000; 25-6.
14. Secretaria De Salud, Consejo Nacional Contra Las Adicciones, Instituto Nacional De Psiquiatría, Instituto Nacional De Salud Pública (2009). Encuesta Nacional De Adicciones. Reporte De Resultados Nacionales. Publicación Especial. pp27 2008.
15. Joffre Velázquez V, García Maldonado G, Barrientos Gómez M, Vázquez Nava F. Consumo de Tabaco en Alumnos de Preparatoria de la Región Sur de Tamaulipas. Resultados Preliminares Revista Médica del Hospital General de México, S.S. 2007 Oct-Dic; (4):175-9.
16. Trujillo A. Percepción de riesgo, estrés y consumo de drogas. Estudio transcultural entre adolescentes de Barcelona y Bogotá. Universidad de Barcelona 2006.
17. Villatoro J, Gutiérrez M, Quiroz N, Moreno M, Gaytán L, Gaytán F. Encuesta de Consumo de Drogas en Estudiantes 2006. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.