

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO**

---

---

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**  
**FACULTAD DE MEDICINA**

**T E S I S**

**REALIZADA PARA OBTENER EL GRADO COMO ESPECIALISTA EN**  
**MEDICINA FAMILIAR**

**EVALUACIÓN DEL GRADO DE DEPENDENCIA A LA NICOTINA EN PACIENTES**  
**FUMADORES DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA/UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR**  
**No.8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

**P R E S E N T A**

**DR. NAVARRO MARTÍNEZ RICARDO ULISES**  
**MÉDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR**

HGZ/UMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”  
Matricula: 97370295 Teléfono: 5518012300 Fax: No Fax  
Email: [runm\\_1311@hotmail.com](mailto:runm_1311@hotmail.com)

**DR. VILCHIS CHAPARRO EDUARDO**  
**DIRECTOR DE TESIS**

Médico Familiar. Maestro en Ciencias de la Educación. Doctor en Ciencias de la Educación  
Profesor Titular de la residencia de Medicina Familiar  
HGZ/UMF No 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”  
Matricula: 99377278 Teléfono: 55506422 ext. 28235 Fax: No Fax  
Email: [eduardo.vilchisch@imss.gob.mx](mailto:eduardo.vilchisch@imss.gob.mx)

**DR. ESPINOZA ANRUBIO GILBERTO**  
**ASESOR METODOLÓGICO**

Médico Familiar, Maestro en Administración de Hospitales y Salud Pública  
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud  
HGZ/UMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”  
Matricula: 99374232 Teléfono: 55506422 ext. 28235 Fax: No Fax  
Email: [gilberto.espinozaa@imss.gob.mx](mailto:gilberto.espinozaa@imss.gob.mx)

**DRA. GARAY JUNCO SILVIA**  
**ASESOR CLINICO**

Médico Familiar  
Adscrito al servicio de Consulta externa  
HGZ/UMF No 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”  
Matricula: 99373532 Teléfono: 5526989718 Fax: No Fax  
Email: [silviagarayj@gmail.com.mx](mailto:silviagarayj@gmail.com.mx)

**DR. ESPINOZA ANRUBIO GILBERTO**  
**COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**CD.DE MÉXICO. ENERO 2018**  
**R-2018-3605-015**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

# **EVALUACIÓN DEL GRADO DE DEPENDENCIA A LA NICOTINA EN PACIENTES FUMADORES DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA/UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

**AUTORES:** Dr. Ricardo Ulises Navarro Martínez <sup>(1)</sup>. Dr. Eduardo Vilchis Chaparro <sup>(2)</sup>. Dr. Gilberto Espinoza Anrubio <sup>(3)</sup>. Dra. Silvia Garay Junco <sup>(4)</sup>.

- <sup>(1)</sup> Médico Residente de Especialización en Medicina Familiar. HGZ/UMF N° 8 “Dr Gilberto Flores Izquierdo” Instituto Mexicano del seguro social IMSS.
- <sup>(2)</sup> Médico Especialista en Medicina Familiar. Profesor Titular de la Especialización Médica en Medicina Familiar. HGZ/UMF N° 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” Instituto Mexicano del Seguro Social. IMSS.
- <sup>(3)</sup> Médico Especialista en Medicina Familiar. Coordinador clínico de Educación e Investigación en Salud. HGZ/UMF N° 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” Instituto Mexicano del Seguro Social. IMSS. Maestro en Tecnología Educativa. Jefe del Departamento de Investigación en Educación Médica.
- <sup>(4)</sup> Médico Especialista en Medicina Familiar. HGZ/UMF N°8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” Instituto Mexicano del Seguro Social. IMSS.

## **OBJETIVO:**

Determinar el grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores del Hospital General de Zona/Unidad de Medicina Familiar No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”.

## **MATERIALES Y METODOS:**

Estudio prospectivo, transversal no comparativo, descriptivo, observacional con una muestra de 340 pacientes mayores de 18 años (intervalo de confianza de 99%) de la consulta externa del HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” IMSS. Instrumento de medición; Test de Fagerström que evalúa el grado de dependencia a la nicotina.

## **RESULTADOS:**

Se estudió a 340 pacientes en el HGZ/UMF No 8, mayores de 18 años con tabaquismo, para evaluar el grado de dependencia a la nicotina. Se encontró que la media de edad fue de 59.44 años, con una población de sexo femenino mayoritaria en un 52%, donde la edad de inicio del tabaquismo predomina entre los 14 a 20 años en un 79.4%. Encontrando que el 49.4% presenta dependencia baja a la nicotina.

## **CONCLUSIONES:**

Se encontró que todos los pacientes con tabaquismo, no estuvieron exentos de presentar algún grado de la dependencia a la nicotina congruente con lo reportado en la Encuesta Nacional de Adicciones y la Comisión Nacional Contra las Adicciones. Evaluado mediante el Test de Fagerström.

## **PALABRAS CLAVES:**

Tabaquismo, Dependencia, Nicotina, Test Fagerström.

**EVALUACIÓN DEL GRADO DE DEPENDENCIA A LA  
NICOTINA EN PACIENTES FUMADORES DEL HOSPITAL  
GENERAL DE ZONA/UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR  
No.8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN SUR DE LA CIUDAD DE MÉXICO  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA / UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8  
“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”  
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA**

**AUTORIZACIONES**

---

**DR. CARLOS ERNESTO CASTILLO HERRERA  
DIRECTOR DEL H.G.Z. / U.M.F. No. 8 “DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

---

**DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO  
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD  
DEL H.G.Z. / U.M.F. No. 8 “DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

---

**DR. EDUARDO VILCHIS CHAPARRO  
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR  
DEL H.G.Z. / U.M.F. No. 8 “DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

---

**DR. EDUARDO VILCHIS CHAPARRO**  
**PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR**  
**DEL H.G.Z. / U.M.F. No. 8 "DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO"**  
**DIRECTOR DE TESIS**

---

**DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO**  
**COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD**  
**DEL H.G.Z. / U.M.F. No. 8 "DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO"**  
**ASESOR METODOLÓGICO DE TESIS**

---

**DRA. SILVIA GARAY JUNCO**  
**MÉDICO FAMILIAR ADSCRITO AL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA**  
**DEL H.G.Z. / U.M.F. No. 8 "DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO"**  
**ASESOR CLÍNICO DE TESIS**

## AGRADECIMIENTOS

A mi madre que me ha apoyado durante mi formación como médico especialista, quien a pesar de no vivir bajo el mismo techo, siempre tiene un momento para brindarme la calma y apoyo que necesito.

A mis hermanos que siempre me brindan consejos de vida y trabajo.

A mis amigos, compañeros de vida y del mismo sentir, que juntos hemos recorrido estos tres largos años, por su apoyo en mis momentos de tristeza, enfermedad, alegrías y triunfos.

A Dany mi compañero de vida, gracias por aguantarme estos tres años, por estar siempre al lado mio y por brindarme un oído fiel dispuesto a escuchar, un hombro en el cual llorar y un abrazo en el cual confiar.

A todos los médicos, que ayudaron durante mi formación académica y profesional, tanto como profesores, asesores y coordinadores, gracias por su paciencia y dedicación.

## ÍNDICE

| TEMA   | PÁGINA |
|--|--------|
| 1. Marco teórico   | 8      |
| 2. Planteamiento del problema  | 18     |
| 3. Justificación   | 19     |
| 4. Objetivos   | 20     |
| 5. Hipótesis   | 21     |
| 6. Material y métodos  | 22     |
| 7. Diseño de la investigación  | 23     |
| 8. Población o universo  | 24     |
| 9. Ubicación temporal y espacial de la población                       | 25     |
| 10. Muestra  | 26     |
| 11. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación                    | 27     |
| 12. Variables  | 28     |
| 13. Diseño estadístico   | 32     |
| 14. Instrumento de recolección   | 33     |
| 15. Método de recolección  | 34     |
| 16. Maniobras para evitar y controlar sesgos                           | 35     |
| 17. Cronograma de actividades  | 36     |
| 18. Recursos humanos, materiales, físicos y financiamiento del estudio | 37     |
| 19. Consideraciones éticas   | 38     |
| 20. Resultados   | 39     |
| 21. Tablas y gráficas  | 43     |
| 22. Discusión  | 73     |
| 23. Conclusiones   | 78     |
| 24. Bibliografía   | 79     |
| 25. Anexos   | 85     |



## 1. MARCO TEÓRICO

### **Tabaquismo**

El tabaquismo es una enfermedad crónica adictiva, que suele iniciarse antes de los 15 años de edad y que origina graves padecimientos respiratorios, cardiovasculares y neoplásicos. La adicción a psicotrópicos o psicofármacos agrupa diversos patrones de uso y abuso de sustancias, ya sean medicamentos o tóxicos naturales, químicos o sintéticos<sup>1</sup>.

El consumo de tabaco es uno de los factores de riesgo evitables que más morbilidad y mortalidad causa en el mundo<sup>2</sup>. Según la OMS el tabaco es una de las mayores amenazas para la salud pública que ha tenido que afrontar el mundo, mata a casi 6 millones de personas al año, de las cuales más de 5 millones son consumidores directos y más de 600 000 son fumadores pasivos<sup>3</sup>.

La clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (CIE-10), agrupa el uso de estos compuestos psicoactivos como “Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas”, de manera particular la dependencia al tabaco se clasifica en la categoría de “Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de tabaco”<sup>4</sup>, por el contenido de nicotina, una sustancia psicoactiva<sup>5</sup> y principal alcaloide catalogado como factor determinante de la dependencia psicofarmacológica que produce su consumo<sup>6</sup>.

### **Epidemiología del consumo de tabaco**

En todo el mundo existen más de 1200 millones de individuos fumadores, de los cuales la cuarta parte son personas adultas. La prevalencia del tabaquismo es diferente entre los distintos países y grupos de edad, así como en función del sexo y del nivel socioeconómico<sup>7</sup>. Datos estadísticos de la OMS indican que en los adultos, la exposición al humo ajeno causa graves trastornos cardiovasculares y respiratorios, en particular coronariopatías y cáncer de pulmón<sup>8</sup>.

El tabaquismo sigue siendo un serio problema de salud pública, el porcentaje de adultos en Estados Unidos que son fumadores de cigarrillos sigue siendo alto; aproximadamente el 20% de la población sigue fumando a pesar de los esfuerzos de salud pública para reducir el consumo de tabaco. Investigaciones del Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) reportaron que fumar se asocia con una morbi-mortalidad significativa causando 443.000 muertes y el costo promedio es de 193,000 millones de dólares anuales en asistencia sanitaria directa<sup>9</sup>.

En los últimos 10 años desde que entró en vigor el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMTC), la región de las Américas ha avanzado considerablemente en la implementación de políticas de control del tabaco. Aproximadamente la mitad de la población de la región está protegida por medidas como los ambientes libres de humo de tabaco (49% de la población) y advertencias sanitarias gráficas en los productos de tabaco (58%)<sup>10</sup>.

Sin embargo, otras medidas importantes, y específicamente la prohibición de la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco, abarcan a menos de una cuarta parte de la población<sup>11</sup>.

En México se estima que anualmente mueren 43 mil personas por enfermedades atribuibles al tabaquismo, representando el 8.4% del total de muertes en el país. Las enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares, las respiratorias crónicas y el cáncer de pulmón son las que tienen mayor peso en la carga global de la enfermedad, además representan un alto costo económico para el sistema de salud mexicano<sup>12</sup>.

La epidemia de tabaquismo se encuentra focalizada en grupos de mayor vulnerabilidad, la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) en el año 2002 reportó que el 9.0% de los hombres adolescentes de 12 a 17 años eran fumadores actuales (fumaron 1 cigarro o más en el último año), y para el 2011 se incrementó a 12.3%, representando un incremento de 27% en el consumo de tabaco. En contraste, en las mujeres adolescentes de este mismo grupo de edad, la prevalencia de consumo pasó de 3.8% en el 2002 a 8.3% en el 2011, representando un cambio de más del doble de prevalencia de consumo de tabaco en 9 años<sup>13</sup>.

Entre 2009 y 2015 la epidemia de tabaquismo se ha mantenido sin cambios. La reciente Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos México (GATS por sus siglas en inglés) reportó en el año 2009 una prevalencia global de consumo de tabaco del 15.9% en la población de 15 años y más, y en el año 2015 fue de 16.4%. Sin embargo, se observaron descensos significativos en la prevalencia de consumo en los hombres en comparación con las mujeres. El comparativo de la GATS México refiere que el 8.3% de las mujeres jóvenes de 25 a 44 años eran fumadoras en 2009, y para el 2015 se observó que el consumo aumentó a 10%. Una característica particular de la epidemia del tabaquismo en México es el patrón de consumo de los fumadores, de acuerdo con la GATS México 2015 solo el 7.6% son fumadores diarios de tabaco, Entre los fumadores diarios, los hombres consumen un promedio de 8 cigarrillos al día y de 6.8 en las mujeres. De igual manera se observó que más de la mitad de los fumadores son ocasionales (8.8%) con bajos niveles de adicción física a la nicotina. Si bien la mayoría de los fumadores mexicanos son ocasionales o diarios, en promedio fuman pocos cigarrillos en comparación con los fumadores a nivel global, pero no se debe olvidar que México alberga 14.3 millones de fumadores. Lo que confirma que el tabaquismo es un problema de salud pública que debe ser considerado prioritario en las políticas de salud de México<sup>14</sup>.

El Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) de la OMS, es el primer tratado internacional basado en evidencia científica que reafirma el derecho de todas las personas al máximo nivel de salud posible. En él se establecen las estrategias para la reducción de la oferta y demanda de tabaco, así como las estrategias de monitoreo y vigilancia de la epidemia. México firmó el tratado el 12 de agosto de 2003 y lo ratificó el 28 de mayo de 2004<sup>15</sup>, lo cual dio pauta para la creación de la Ley General para el Control del Tabaco (LGCT) aprobada en 2008<sup>16</sup>.

La encuesta GATS, también reportó que, en promedio, un fumador gasta 297.20 pesos al mes en cigarros, 7 de cada 10 refirió haber observado propaganda anti-tabaco en la televisión o radio. El 98.1% de los adultos cree que fumar causa serios daños a la salud, el 93.4% de los adultos apoya la prohibición de fumar en espacios cerrados públicos y de trabajo así como el 84% de los adultos apoya la prohibición total de la publicidad, promoción y patrocinio<sup>17</sup>.

En México el 20% más pobre de las familias mexicanas gastan casi el 11% de sus ingresos totales en tabaco, las marcas más populares de consumo son Marlboro, Camel y Delicados<sup>18</sup>.

### **Factores químicos del tabaco**

La nicotina es un alcaloide natural, la cual esta compuesta por 10 átomos de carbono, 14 de hidrógeno y 2 de nitrógeno (C<sub>10</sub>H<sub>14</sub>N<sub>2</sub>).derivado de la hoja del tabaco, *Nicotiana tabacum* y es el principal compuesto en el humo, sin embargo, se ha demostrado que existen más de 4.000 componentes tóxicos, entre ellos se encuentran: alquitranes, monóxido de carbono, ácido carbónico, piridina y acroleína entre otros, se estima que en cada bocanada de humo ingresan al organismo 1015 radicales libres, carga tan elevada que explica el estrés oxidativo a que se someten los fumadores. Su absorción principal es a nivel alveolar y se da de manera rápida por la gran superficie de contacto de los alveolos y la disolución de la nicotina en fluidos con pH fisiológicos<sup>19</sup>.

El sitio principal de acción de la nicotina es el receptor nicotínico  $\alpha 4\beta 2$  de acetilcolina y el neurotransmisor endógeno que actúa sobre este receptor es la acetilcolina. Esto produce una considerable diversidad en las combinaciones de subunidades, que puede explicar en parte la selectividad específica de la región funcional de los efectos de la nicotina en el sistema nervioso central (SNC)<sup>20</sup>.

Tradicionalmente se ha pensado que la dependencia a la nicotina requiere varios años de fumar regularmente, hallazgos recientes han demostrado que los adolescentes pueden experimentar dependencia siendo fumadores leves e infrecuentes; según esta investigación, esto podría pronosticar fuertemente el comportamiento del tabaco en un futuro y por lo tanto comprender la etiología de la dependencia al tabaco sería importante para la prevención del tabaquismo y los esfuerzos de cesación<sup>21</sup>.

## Genética del Tabaquismo

Actualmente se ha intentado estudiar la relación entre el consumo de tabaco y la susceptibilidad genética. En los últimos años se han publicado gran número de estudios que ponen de manifiesto una influencia genética significativa en diversos aspectos del comportamiento del fumador. Se ha estimado que los factores genéticos contribuyen aproximadamente en un 40-50% en el inicio del consumo de tabaco, en un 70-80% en el grado de dependencia del fumador y sobre un 50% en el éxito del tratamiento de deshabituación tabáquica<sup>22</sup>.

Posterior a inhalar el humo, la nicotina llega al cerebro en segundos, luego sus niveles declinan rápidamente para la distribución en otros tejidos y se metaboliza en el hígado, por enzimas de la familia CYP2A6 y el producto de sus metabolitos se excretan a través del riñón, con una vida media de 2 horas. La nicotina produce alteraciones a nivel del SNC lo que ocasiona su poder adictivo, al aumentar la liberación de dopamina en el núcleo accumbens produciendo la sensación de placer y bienestar, lo que determina la dependencia física<sup>23</sup>.

La nicotina actúa a través de unión a receptores nicotínicos de acetilcolina, su estructura se compone por cinco subunidades de canales iónicos. Se ha demostrado que la adicción a la nicotina los receptores  $\alpha 4\beta 2$  juegan un papel importante por su alta afinidad y sensibilidad a la nicotina, compuestos por dos subunidades  $\alpha 4$  y tres  $\beta 2$ , ubicados en el área tegmental ventral. La subunidad  $\alpha 4$  tiene mayor importancia en la producción de sensación de placer al fumar y la subunidad  $\beta 2$  en la conducta de autoadministración asociada a la nicotina<sup>24</sup>.

Las concentraciones plasmáticas de nicotina y su persistencia vienen determinadas por genes implicados en el metabolismo nicotínico como: CYP2A6, CYP2D6, CYP2A13 y CYP2B6. Por lo que un metabolismo lento, así como un metabolismo rápido de nicotina, se han relacionado con un mayor riesgo de consumo de tabaco<sup>25</sup>. La tensión de la vida diaria puede tener un impacto significativo en los patrones de expresión de la salud y de la enfermedad no solo en lo personal, sino en el entorno del individuo, es decir, la familia<sup>26</sup>.

## Aspectos psicosociales del tabaquismo

El tabaquismo representa un problema de salud pública importante en todos los países, dado que es socialmente aceptado y de fácil acceso, por lo que constituye un problema de difícil erradicación y/o control<sup>27</sup>. El fumar de manera constante llega a desarrollar una dependencia física y psicológica a la nicotina, esta sustancia alcanza concentraciones cerebrales entre los 10 y 19 segundos después de inhalar el humo del cigarrillo, lo que estimula la liberación de dopamina, noradrenalina entre otros neurotransmisores, generando una sensación de placer, en algunos individuos, favorece la concentración y la relajación<sup>28</sup>.

Dentro de la literatura sobre la dependencia de sustancias psicoactivas, un ejemplo muy estudiado ha sido la del alcohol, algunos autores suponen que el afecto negativo asociado con la depresión afecta la decisión a corto plazo y los procesos en la toma de decisiones que conducen a un alivio afectivo<sup>29</sup>. De tal forma la dependencia al tabaco pudiera ser usado por individuos con depresión para aliviar emociones negativas y para mejorar las emociones positivas, por ejemplo; los individuos con una historia de depresión parecen mostrar una mejora del estado de ánimo al fumar un cigarrillo en comparación con los individuos sin antecedentes de depresión<sup>30</sup>.

También se ha visto que, en los adultos jóvenes además de la depresión, la anhedonia, definida por la American Psychiatric Association como una disminución del interés o el placer en las actividades que antes eran agradables<sup>31</sup>, parece estar específicamente relacionada con la motivación para fumar. En un estudio que comparaba el poder predictivo de la anhedonia y la depresión sobre el abandono del hábito de fumar, se encontró que la anhedonia es un factor de riesgo para el fracaso en el abandono del tabaquismo cuando se controla la depresión<sup>32</sup>.

La familia ejerce una gran influencia sobre el consumo de drogas en sus miembros, puede actuar eliminando, neutralizando o inhibiendo tales conductas<sup>33</sup>. Las influencias pueden deberse al modelado directo que ejercen sobre la conducta de los más pequeños; a sus actitudes y orientaciones hacia el consumo; juegan un papel importante en la elección de los compañeros de sus hermanos pequeños; también pueden actuar como una fuente de suministro de drogas. Por lo tanto, algunos autores sugieren que los hermanos podrían considerarse como un subgrupo especial de compañeros, cuya influencia sería menor que la de los propios compañeros, pero mayor que la de los padres<sup>34</sup>. La familia es una unidad biopsicosocial y una de sus funciones más importantes es contribuir a la salud de todos sus miembros, por medio de la transmisión de creencias y valores de padres a hijos, así como el apoyo brindado<sup>35</sup>.

El estilo de vida de la familia es aprendido por los integrantes de la misma, incluyendo conductas disfuncionales que se pueden reproducir generación con generación, por tal motivo, los problemas de funcionamiento familiar pueden influir tanto en la aparición como en la descompensación de las enfermedades crónicas, en la mayoría de las enfermedades psiquiátricas y en las conductas de riesgo de salud. Resultados de investigaciones documentan la relación del funcionamiento familiar como factor predisponente o coadyuvante en la producción y el curso de diversas enfermedades y problemas de salud en sus integrantes<sup>36</sup>.

Relacionada con la funcionalidad, se encuentra la jerarquía entendiéndola como el nivel de autoridad que gobierna en la organización familiar y que puede ser; autoritaria, indiferente negligente, indulgente, permisiva o recíproca con autoridad, los límites que representan las reglas que delimitan a las jerarquías pueden ser; claros, difusos o rígidos, así como la comunicación que es la forma en que la familia se expresa entre sí<sup>37</sup>.

Son pocas las investigaciones sobre el uso de tabaco y la afectación directa en la funcionalidad familiar, sin embargo, un estudio reportó que en cuanto a la percepción de funcionalidad familiar, el 78.9% de los jóvenes presentaron normo-funcionalidad familiar, mientras que el 16.9% presentó disfunción leve y el 4.2% reveló disfunción grave. El nivel de dependencia a la nicotina medido con el test de Fagerström resultó en dependencia leve en el 80.3%, dependencia moderada en el 18.3% y dependencia grave en el 1.4%. Por lo tanto se sugiere que, la dependencia al tabaco tiene una relación significativa con la funcionalidad familiar, evitando que los miembros de esta, se desarrollen de manera adecuada<sup>38</sup>.

### **Diagnóstico de la dependencia a la nicotina**

La dependencia a la nicotina se diagnostica por la presencia de 3 o más de los siete criterios clasificados dentro del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM V) de la American Psychiatric Association. Los cuales incluyen; **Tolerancia**, disminución del efecto con una cantidad constante de tabaco, con necesidad de cantidades crecientes para conseguir el efecto deseado. **Abstinencia**; aparición de un síndrome de abstinencia es característico ante la falta de tabaco. **Fumar** cantidades mayores o por periodos más largos del deseado. **Deseo** persistente de fumar e intentos fallidos para interrumpir o disminuir el consumo, **Utilizar** periodos considerables de tiempo en la obtención o el consumo de tabaco. **Reducción** de las actividades laborales, sociales o recreativas por fumar y **Continuar** fumando, aunque tenga conciencia de que esto daña su salud<sup>39</sup>.

Como en toda enfermedad se debe realizar un diagnóstico adecuado para brindar el mejor tratamiento oportuno, en el caso particular de los pacientes con tabaquismo, se recomienda realizar una buena anamnesis para la recolección mínima de datos con el objetivo de conocer la cantidad de cigarrillos que fuma al día y de ser necesario conocer los años de fumador<sup>40</sup>.

El **test de Fagerström** es una prueba que creó en el año 1978 el doctor Karl Fagerström<sup>41-44</sup> uno de los mayores expertos del mundo en tabaquismo con el nombre de Cuestionario de tolerancia de Fagerström, modificada en 1991 por Heatherton et al<sup>45</sup>. Propusieron la supresión de 2 ítems para mejorar las respuestas psicométricas, actualmente es utilizada para medir por medio de seis preguntas el nivel de adicción en los fumadores. El test se utiliza para evaluar el grado de dependencia física de un fumador a la nicotina, el cuál es evaluado en bajo, moderado y alto grado de dependencia.<sup>46</sup>

## **Tratamiento de la dependencia a la nicotina**

### Intervenciones para dejar de fumar:

El tabaquismo debe considerarse una enfermedad psiquiátrica debido a la adicción que se desarrolla como consecuencia del consumo de productos del tabaco<sup>47</sup>. Las intervenciones pueden dividirse en conductuales y farmacológicas, dentro de las primeras debemos considerar al consejo médico y al trabajo en grupo a través de la terapia cognitivo conductual. De las estrategias farmacológicas resaltan la terapia de reemplazo con nicotina<sup>48</sup> y los fármacos antidepresivos. En México contamos con una gama amplia de recursos terapéuticos para el tratamiento de la adicción al tabaco<sup>49</sup>.

### Estrategias conductuales: Consejo médico

El consejo médico es la herramienta disponible más simple con la que el médico cuenta para influir de manera decisiva en un fumador para que deje de fumar. Sin embargo, sólo el 35% de los médicos se ocupa en proporcionar consejo a la mayoría de los pacientes fumadores que hacen cuando menos una visita anual a un médico. Se sabe que la recomendación del médico incrementa el número de fumadores que dejan de fumar del 2 al 4%<sup>50</sup>.

También se ha observado que la participación del médico u otros profesionales de la salud para motivar al fumador a que deje de fumar incrementa las probabilidades de éxito hasta 2.5 veces más en comparación con no hacer nada cuando se atiende a pacientes fumadores. Los fumadores consideran el consejo médico o la recomendación para dejar de fumar una motivación importante. En general se recomienda a los profesionales de la salud que expliquen a cada paciente en particular, las razones por las cuales es importante dejar de fumar tomando en cuenta los riesgos específicos y/o a los antecedentes familiares. El médico debe solicitar al paciente identificar riesgos para la salud tanto agudos como crónicos, así como los riesgos que implica la exposición ambiental al humo del tabaco para otras personas. Resulta de utilidad que el médico pida al paciente identificar posibles beneficios al dejar de fumar, enfatizar los más relevantes para el paciente (en salud, para mejorar el olfato o gusto, económicos, bienestar, seguridad a otros, desempeño físico, envejecimiento, etc). Identificar impedimentos o barreras para lograr la abstinencia total del cigarrillo (supresión, miedo a fallar, ganar peso, poco apoyo, depresión, placer por el tabaco)<sup>51</sup>.

### Terapia psicológica de grupo:

Constituye un método de psicoterapia cuyo objetivo es enseñar a los pacientes a pensar racionalmente. La terapia de grupo se basa en la utilización de herramientas de apoyo cognitivo conductual encaminadas a modificar la percepción y la actitud del paciente hacia el cigarrillo y sus efectos nocivos. Requiere de la participación de un psicólogo clínico especializado en esta modalidad de tratamiento. Habitualmente la terapia se proporciona en grupos de apoyo que se reúnen periódicamente por espacio de 4 a 6 semanas. A través de esta serie de sesiones se da información sobre los motivos de iniciación en el tabaquismo, motivos de recaídas, se ofrecen estrategias para controlar la adicción y estrategias de autoayuda para identificar riesgos de recaída. El paciente además recibe tratamiento farmacológico con sustitutos de nicotina<sup>52</sup>.

Con esta modalidad de tratamiento se logra una abstinencia al año del 20% al 35%. De acuerdo al resultado de una revisión sistemática en la Biblioteca Cochrane<sup>53</sup> de un total de 16 ensayos clínicos controlados, se demostró que la terapia psicológica de grupo es más efectiva comparada con grupos que no reciben ningún tipo de intervención. De acuerdo a Stead y Lancaster<sup>54</sup>, la terapia psicológica de grupo es superior a la terapia psicológica individual u otras intervenciones de menor intensidad. En México se ha evaluado el éxito a corto y mediano plazo de la terapia psicológica para dejar de fumar, observando buenos resultados. Al final de las sesiones de terapia de grupo el 83% de los pacientes se mantiene en abstinencia, el seguimiento a 12 meses mostró que la tasa de abstinencia se ubica en 35%<sup>55</sup>.

### Terapia de Reemplazo de Nicotina (TRN):

La razón para usar sustitutos de la nicotina, estriba en disminuir o evitar el síndrome de abstinencia derivado de la supresión súbita de la sustancia. El potencial adictivo de los sustitutos de nicotina es menor al del cigarrillo y además carece de otros tóxicos que contiene el humo. La razón por la cual la TRN presenta menores efectos tóxicos radica en su forma de administración<sup>56</sup>.

### Vía mucosa oral:

La nicotina está ligada a una resina de intercambio iónico (nicotina polacrilex) y se libera a través de la masticación. Los niveles séricos de nicotina alcanzados dependen del vigor, rapidez y duración de la misma, pero en general al cabo de 15-30 minutos, se consiguen nicotinemias adecuadas. La pauta de administración generalmente consiste en comenzar con el chicle de 2mg. El de 4mg se utiliza para fumadores con alto grado de dependencia: test de Fagerström mayor de 7 puntos (Anexo 2), fumador de más de 20-25 cigarrillos (día, y/o que comienza a fumar en los primeros 30 minutos, y/o que tiene dificultad para evitar fumar en los lugares prohibidos<sup>57, 58</sup>.



Se comienza con una pieza de chicle cada 1-2 horas. Se mastica lentamente hasta percibir un fuerte sabor a nicotina. A continuación se interrumpe la masticación hasta que desaparezca ese sabor (1 minutos aproximadamente) y este proceso se repite de forma intermitente durante 30 minutos. Durante el primer mes, la mayoría de los pacientes requiere unas 9-12 piezas de 2mg (18-24 mg de nicotina) al día. Los que utilizan los chicles de 4mg, responden a 9-12 piezas al día (36-48mg de nicotina)<sup>59</sup>. En ambos casos la dosis máxima es de 24 piezas/día, aunque en el caso de los de 2mg puede ser de 30 piezas/día si el tratamiento se realiza bajo control médico. La duración de la terapia habitualmente es de 12 semanas. Se inicia (1<sup>a</sup>-6<sup>a</sup> semana) con un chicle cada 1-2 horas; a la 7<sup>a</sup>-9<sup>a</sup> semana, cada 2-4 horas y a partir de la 10<sup>a</sup>-12<sup>a</sup>, cada 4-8 horas. No se recomienda utilizarlos durante periodos mayores de 6 meses. Al cabo de 2-3 meses de abstinencia, se deben ir reduciendo las dosis. A los pacientes que durante 3 meses se han mantenido sin fumar, se les interrumpe la terapia o se disminuye gradualmente. Se puede reducir el número de piezas diarias (1-2 a intervalos de 4-7 días), o acortar el tiempo de masticación (de los 30 minutos habituales a 10-15 minutos)<sup>60</sup>.

### Sistemas Transdérmicos

Existen varios sistemas de liberación transdérmica de nicotina, los cuales difieren en la duración de aplicación del parche. Algunos liberan el fármaco durante 24 horas al día y uno lo hace sólo durante 16 horas<sup>61</sup>. El parche está constituido por una capa adhesiva, por encima de la cual se sitúa una membrana que controla la difusión de la nicotina, que se encuentra en el interior de un reservorio, rodeado por una capa protectora. Mediante la administración transdérmica de nicotina se consiguen niveles plasmáticos estables, aunque al comienzo de la utilización del parche se precisan 6-12 horas en alcanzar nicotinemias adecuadas, en contraste con los 15-30 minutos del chicle de nicotina<sup>62</sup>.

La pauta de administración consiste en aplicar el parche inmediatamente después de extraerlo de su envase protector, para prevenir la pérdida de nicotina por evaporación<sup>63</sup>. Colocarlo en una zona limpia, seca y no pilosa todos los días en el momento de levantarse y retirarlo al día siguiente (parche de 24 horas), o ese mismo día en el momento de acostarse (parche de 16 horas). Elegir cada día una zona diferente para la aplicación, dejando transcurrir varios días antes de utilizar de nuevo una misma zona<sup>64</sup>.

Se recomienda una dosis inicial de 21mg/24 horas o 15 mg/16 horas durante un periodo de al menos 4 semanas. Dicha dosis deberá reducirse gradualmente hasta alcanzar niveles de 7mg/24 horas o 5 mg/16 horas y cumplir aproximadamente 12 semanas de tratamiento. Los parches Transdérmicos no deben almacenarse por encima de 30°C por que son sensibles al calor<sup>65,66</sup>.

### Spray nasal:

Consiste en una solución que contiene 100mg (10mg/ml) de nicotina, para administrar en 200 pulverizaciones. La absorción es muy rápida, aproximadamente el 53% de la dosis pasa a la circulación sistémica. Los niveles plasmáticos se alcanzan rápidamente (4-15 minutos) después de una dosis única de 1mg (1 pulverización de 0.5mg en cada fosa nasal). La administración de nicotina por esta vía alcanza nicotinemias muy semejantes a las alcanzadas tras fumar un cigarrillo, dando lugar a picos altos, lo cual puede producir dependencia<sup>67</sup>.

La dosis debe individualizarse, pero normalmente se inicia el tratamiento con 1mg de 1-2 veces por hora. No deben administrarse más de 40mg/día. La dosis mínima eficaz es de 8mg/día. La duración recomendada de tratamiento es de 3 meses; y a continuación se reduce la dosis diaria a lo largo de 6-8 semanas. No se aconseja su utilización durante periodos superiores a 6 meses. Es la forma farmacéutica con mayor efectividad en el alivio del síndrome de abstinencia; por este motivo está especialmente indicada en fumadores altamente dependientes que fuman más de 30 cigarrillos al día y con una puntuación en el test de Fagerström superior a 8<sup>68</sup>.

### Bupropión:

Medicamento antidepresivo de gran utilidad en el proceso de dejar de fumar, se recomienda en fumadores de alto grado de dependencia, ya que disminuye los síntomas por abstinencia y la compulsión. Estimula la función noradrenérgica y dopaminérgica<sup>69, 70</sup>.

La dosis a iniciar es de 150 mg lo que equivale a consumir 1 comprimido por 3 días y se recomienda iniciar de 7 a 14 días antes de dejar de fumar, tomar una tableta por las mañanas. Se continúa con 300mg, equivalente a consumir 2 comprimidos al día uno a las 08:00 horas y otro a las 16:00 horas, durante 7-12 semanas. Puede presentar insomnio, si esto ocurre, tomar la segunda dosis a las 14:00. Continuar con esta dosis hasta finalizar el tiempo<sup>71, 72</sup>.

## **2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El consumo de tabaco es uno de los factores de riesgo evitables que más morbilidad y mortalidad causa en el mundo. Según la OMS el tabaco es una de las mayores amenazas para la salud pública que ha tenido que afrontar el mundo, considerado un trastorno mental y del comportamiento, debido al consumo de nicotina.

Se considera que a nivel mundial a pesar de todas las estrategias en salud y las campañas que se han implementado para disminuir el consumo de tabaco, actualmente se reportan cifras elevadas en el consumo de la nicotina.

El abuso del tabaco, así como de otras sustancias es una de las principales causas de muerte prematura evitable, constituyendo un costo enorme a la sociedad. Los daños a la salud que provocan son alarmantes y diversos organismos internacionales se han propuesto unir esfuerzos para abatir sus efectos en los grupos de edad más vulnerables.

En México se ha observado un aumento en el consumo de tabaco volviéndose un grave problema de salud en la actualidad. Además de que la población de consumo ha incrementado y la edad de inicio de este es cada vez más temprana, siendo como grupo vulnerable a los adolescentes ocasionando un aumento en las adicciones en forma crónica.

En México la prevalencia de fumadores es del 24.8% en hombres y 7.8% en mujeres. Un poco más de mil millones de personas fuman tabaco en todo el mundo y cerca de 6 millones de personas mueren anualmente por el consumo y la exposición al humo del tabaco. En México provoca la muerte de más de 60 mil personas al año. El tabaquismo causa 71% de los cánceres de pulmón, 42% enfermedades pulmonares crónicas y 10% de las enfermedades cardiovasculares.

La medición de los fumadores y su grado de dependencia física a la nicotina es de gran utilidad para la vigilancia del consumo, proteger a las siguientes generaciones y prevenir el desarrollo de comorbilidades.

**¿Cuál es el grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores en el Hospital General de Zona/Unidad de Medicina Familiar No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”?**

### **3. JUSTIFICACION:**

El tabaquismo es un problema de salud pública a nivel mundial, en México provoca la muerte de más de 60 mil personas al año, causando el 71 % de los cánceres de pulmón, 42 % enfermedades pulmonares crónicas y 10 % de las enfermedades cardiovasculares.

Las enfermedades isquémicas del corazón son la principal causa de mortalidad en nuestro país, por esto el consumo de tabaco se mantiene hoy en día como la principal causa de muerte prevenible a nivel mundial.

En la actualidad estamos expuestos a factores externos que pueden interferir en nuestra salud. La literatura nos hace referencia a todas las morbilidades asociadas en estos pacientes que se encuentran bajo la exposición del tabaco, así como las complicaciones que se desarrollan a lo largo de la vida relacionadas a un mayor índice de tabaquismo.

Considero importante medir el nivel de dependencia a la nicotina en pacientes del HGZ/UMF No. 8 para poder brindar un manejo integral, explicando las diferentes complicaciones y el impacto que tiene en su salud, el poder brindar un tratamiento sustitutivo adecuado y mejorar la calidad de vida de manera integral.

## 4. OBJETIVOS

### General:

- Determinar el grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores del Hospital General de Zona/Unidad de Medicina Familiar No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”.

### Específicos:

- Conocer la edad de inicio del paciente fumador.
- Conocer el grupo de edad con mayor número de fumadores.
- Definir el género predominante de fumadores.

## 5. HIPÓTESIS

Se realizó hipótesis descriptiva con fines de enseñanza, ya que los estudios descriptivos no ameritan la realización de hipótesis.

### **Hipótesis Nula ( $H_0$ )**

Los pacientes fumadores del Hospital General de Zona/Unidad de Medicina Familiar No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” no tendrán dependencia a la nicotina.

### **Hipótesis Alterna ( $H_1$ )**

Los pacientes fumadores del Hospital General de Zona/Unidad de Medicina Familiar No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” tendrán dependencia a la nicotina.

## 6. MATERIALES Y MÉTODOS

### TIPO DE INVESTIGACION

El presente trabajo es un estudio de tipo:

1. Según el proceso de causalidad o tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información:

**PROSPECTIVO.**

2. Según el número de una misma variable o el periodo y secuencia del estudio:

**TRANSVERSAL.**

3. Según la intención comparativa de los resultados de los grupos estudiados:

**NO COMPARATIVO.**

4. Según el control de las variables o el análisis y alcance de los resultados:

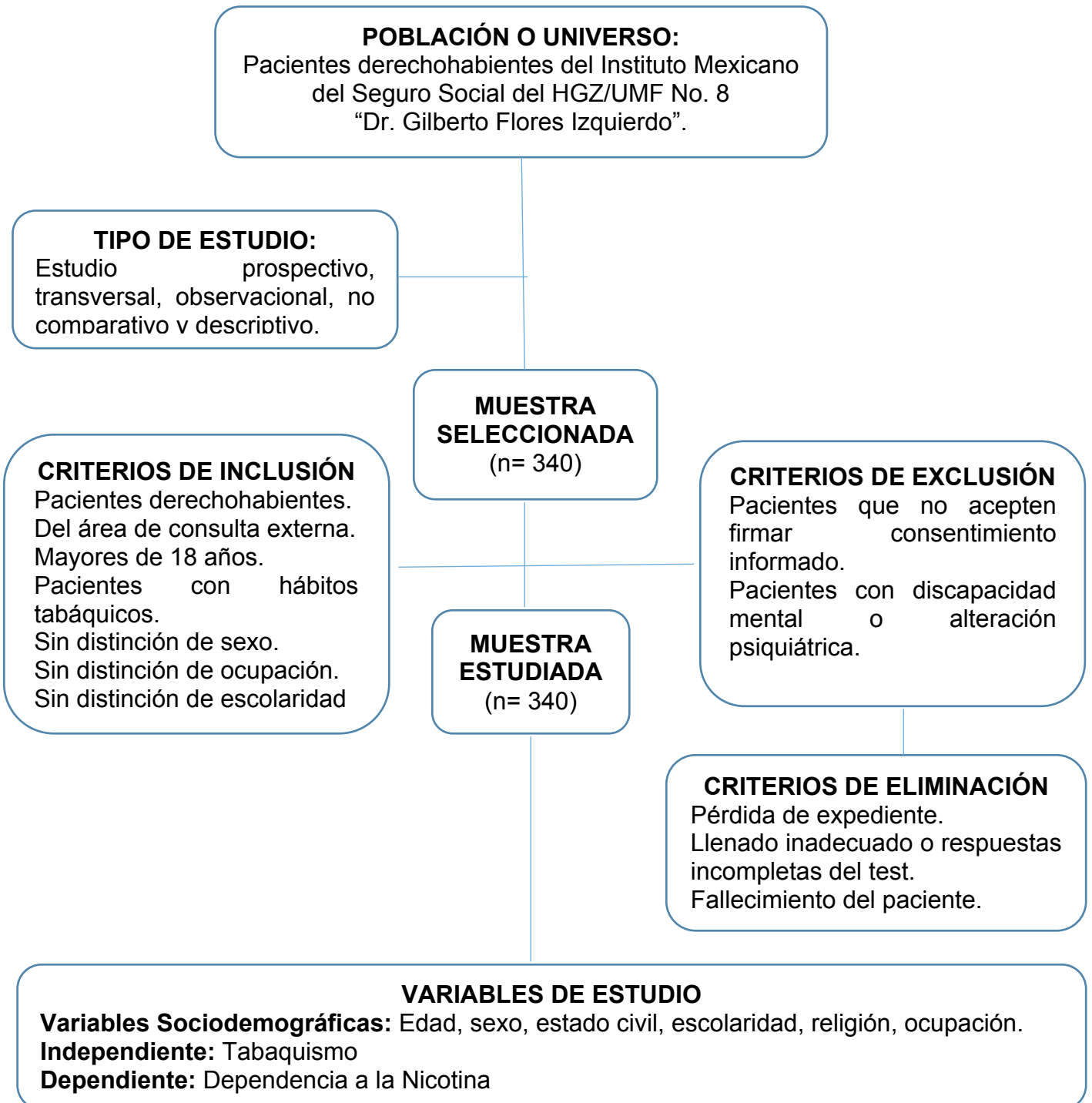
**DESCRIPTIVO.**

5. De acuerdo con la inferencia del investigador en el fenómeno que se analiza:

**OBSERVACIONAL.**

Prospectivo, transversal, no comparativo, descriptivo observacional.

## 7. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:



Elaboró: Dr. Ricardo Ulises Navarro Martínez.



## **8. POBLACIÓN O UNIVERSO**

El estudio se realizó en pacientes fumadores, mayores de 18 años de edad, que acudieron a la consulta externa en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar Numero 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”. Tipo de población Urbana.

## **9. UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DE LA POBLACIÓN**

La investigación se efectuó en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar Numero 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” que se encuentra en Av. Río Magdalena No 289, Colonia Tizapán San Ángel, C.P. 01090, Delegación Álvaro Obregón en la Ciudad de México. Se realizó en el periodo comprendido de marzo de 2016 a febrero de 2018.

## 10. MUESTRA:

### TAMAÑO DE LA MUESTRA

El tamaño de la muestra para un estudio descriptivo de una variable dicotómica, será necesario de 340 pacientes con un intervalo de confianza de 99%. Con una proporción del 0.15, con amplitud total del intervalo de confianza 0.10.

### DEFINICIÓN DE CONCEPTOS DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA:

N= Número total de individuos requeridos

Z= alfa = Desviación normal estandarizada para alfa bilateral

P= Proporción esperada

(1 - P) = Nivel de confianza del 99 %

W= Amplitud del intervalo de confianza

$$N = \frac{4 Z^2 P (1 - P)}{W^2}$$

## **11. CRITERIOS DE SELECCIÓN**

### **11.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

- Pacientes derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Pacientes que se encuentren en el área de consulta externa.
- Pacientes mayores de 18 años.
- Pacientes con hábitos tabáquicos.
- Pacientes sin distinción de sexo.
- Pacientes sin distinción de ocupación.

### **11.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

- Pacientes que no acepten firmar consentimiento informado.
- Pacientes con discapacidad mental o alteración psiquiátrica.

### **11.3. CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:**

- Pérdida de expediente.
- Llenado inadecuado o respuestas incompletas del test de Fagerström.
- Fallecimiento del paciente.

## 12. VARIABLES

### **VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS:**

1. Edad
2. Sexo
3. Escolaridad
4. Ocupación
5. Estado civil
6. Religión
7. Con comorbilidad

### **VARIABLES DE COMORBILIDAD ASOCIADA**

- a) Obesidad
- b) Hipertensión Arterial Sistémica
- c) Diabetes Tipo 2
- d) Neumopatías
- e) Otras

### **VARIABLES DEL TEST O INSTRUMENTO**

- Dependencia baja de menos de 4 puntos
- Dependencia moderada de 4 a 7 puntos
- Dependencia alta más de 7 puntos

### **VARIABLE INDEPENDIENTE**

- ✓ Tabaquismo

### **VARIABLE DEPENDIENTE**

- ✓ Grado de dependencia a la nicotina

## DEFINICIÓN CONCEPTUAL

### VARIABLE INDEPENDIENTE:

Tabaquismo: Práctica de consumir tabaco en sus diferentes formas y posibilidades, considerada una adicción y enfermedad, provocada por la nicotina.

### VARIABLE DEPENDIENTE:

Dependencia a la Nicotina: Es la necesidad compulsiva de consumir nicotina.

### DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS:

Edad: Tiempo que un ser humano ha vivido en años a partir de su nacimiento.

Sexo: Género al que pertenece un individuo.

Ocupación: Forma en que una persona dedica tiempo.

Estado civil: Estado en que una persona se encuentra legalmente.

Escolaridad: Nivel de educación escolar que tiene una persona.

Religión: conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ella, de normas morales para la conducta individual y social de prácticas rituales, principalmente la oración y el sacrificio para darle culto.

Comorbilidad: En medicina se refiere a enfermedades y / o a diversos trastornos que se añaden a la enfermedad inicial.

### DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS COMORBILIDADES ASOCIADAS:

Obesidad: Estado patológico que se caracteriza por un exceso o una acumulación excesiva y general de grasa en el cuerpo.

Hipertensión Arterial Sistémica: Es un trastorno en el que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente alta, lo que puede dañarlos.

Diabetes Tipo 2: Es un trastorno metabólico que se caracteriza por hiperglucemia en el contexto de resistencia a la insulina y falta relativa de insulina.

Neumopatías: Agrupa al conjunto de las patologías agudas o crónicas que afectan a los pulmones.

**DEFINICIÓN OPERATIVA DE LAS VARIABLES  
CARACTERISTICAS GENERALES**

| NOMBRE DE VARIABLES                       | TIPO DE VARIABLE | ESCALA DE MEDICIÓN   | VALORES DE LAS VARIABLES   |
|---|------------------|----------------------|--|
| Edad                                      | Cuantitativa     | Continua             | Años, números enteros  |
| Sexo                                      | Cualitativa      | Nominal (dicotómica) | 1= Femenino<br>2= Masculino  |
| Escolaridad                               | Cualitativa      | Nominal              | 1= Analfabeta<br>2= Primaria<br>3= Secundaria<br>4= Preparatoria<br>5= Licenciatura<br>6= Posgrado |
| Ocupación                                 | Cualitativa      | Nominal              | 1= Empleado<br>2= Desempleado<br>3= Jubilado<br>4= Estudiante                                      |
| Estado civil                              | Cualitativa      | Nominal              | 1= Soltero<br>2= Casado<br>3= Divorciado<br>4= Viudo<br>5= Unión libre                             |
| Religión                                  | Cualitativa      | Nominal              | 1= Creyente<br>2= No creyente  |
| Elaboró: Ricardo Ulises Navarro Martínez. |                  |                      |  |

**DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES DE COMORBILIDADES ASOCIADAS**

| NOMBRE DE VARIABLES                      | TIPO DE VARIABLE | ESCALA DE MEDICION | VALORES DE LAS VARIABLES |
|--|------------------|--------------------|--------------------------|
| Obesidad                                 | Cualitativa      | Nominal            | 1=Si<br>2=No             |
| Hipertensión arterial                    | Cualitativa      | Nominal            | 1=Si<br>2=No             |
| Diabetes Tipo 2                          | Cualitativa      | Nominal            | 1=Si<br>2=No             |
| Neumopatías                              | Cualitativa      | Nominal            | 1=Si<br>2=No             |
| Otras                                    | Cualitativa      | Nominal            | 1=Si<br>2=No             |
| Elaboró: Ricardo Ulises Navarro Martínez |                  |                    |                          |

### DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES DEL TEST DE FAGERSTRÖM

| NOMBRE DE VARIABLES  | TIPO DE VARIABLE | ESCALA DE MEDICION | VALORES DE LAS VARIABLES |
|----------------------|------------------|--------------------|--------------------------|
| Dependencia Baja     | Cualitativa      | Nominal            | Menos de 4 puntos        |
| Dependencia Moderada | Cualitativa      | Nominal            | De 4 a 7 puntos          |
| Dependencia Alta     | Cualitativa      | Nominal            | Más de 7 puntos.         |

Elaboró: Ricardo Ulises Navarro Martínez



### **13. DISEÑO ESTADÍSTICO**

El análisis estadístico se llevó a cabo a través del programa SPSS 23 de Windows. Para el análisis de los resultados se utilizó medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, varianza, rango, valor mínimo y valor máximo), estimación de medias y proporciones con intervalos de confianza. Además de distribución de frecuencias y porcentajes.

El tipo de muestra fue representativa, y se calculó a través de la prevalencia nacional de tabaquismo en la Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos (GATS) en México 2015. La prevalencia en dicho año fue de 16.4% equivalente a 14.3 millones de adultos. Tomando como valor de la proporción esperada ( $p$ ) 0.15 de sujetos que presentan la variable de interés, con un nivel de confianza del 99%. La muestra a estudiar será de 340 pacientes.

## 14. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN

### Test de la Dependencia a la Nicotina de Fagerström

Creada por Fagerström & Schneider en 1978, actualizada en 1991 mejorando las propiedades psicométricas. El objetivo es evaluar la dependencia fisiológica de la nicotina en jóvenes y adultos.

El cuestionario es auto administrado, diseñado para la evaluación de la dependencia nicotínica relacionada con el consumo de cigarrillos.

La versión original, **Fagerström Tolerance Questionnaire (FTQ)**, fue publicada en 1978 y contenía 8 ítems. Con posterioridad, en 1991, Heatherton et al. Propusieron la supresión de 2 ítems (cantidad de nicotina que contiene sus cigarrillos y si el paciente se traga o no el humo) ya que no encontraron una relación adecuada con las medidas bioquímicas y contribuían a las deficientes propiedades psicométricas del cuestionario. De este modo, nació el **Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND)**, cuestionario de 6 ítems que analiza la cantidad de cigarrillos consumidos por el paciente, la compulsión por fumar y la dependencia nicotínica.

Los ítems 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 de tipo numérica de 4 puntos (0 a 3 puntos). La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones obtenidas en cada ítem y oscila de 0 a 10 puntos. E. Becona y F. L. Vázquez han validado este instrumento; fiabilidad; el cociente de consistencia interna (alfa de Cronbach) 0.56-0.64. Fiabilidad test-retest: 0.88. Validez; Los coeficientes de correlación de Pearson obtenidos en la prueba de validez convergente fueron moderados, con determinadas medidas bioquímicas de consumo (0.25-0.40) y con el número de años como fumador (0.52). Se muestra útil para predecir la severidad del deseo, el grado de sintomatología y la cantidad de recaídas.

#### APLICACIÓN:

Tiempo de administración: 2 minutos

Normas de aplicación: Consta de seis reactivos, para cada ítem, el sujeto tiene que marcar una alternativa, de las dos o cuatro que hay (según el ítem), que será la que mejor refleje su situación actual. Cuanto mayor es la puntuación, más elevada es la adicción.

Interpretación: Se suman las respuestas de los seis ítems. La puntuación oscila entre 0 a 10, puntos de corte 4 y 7. Menos de 4 dependencia baja, de 4 a 7 dependencia moderada, más de 7 dependencia alta.

## **15. MÉTODO DE RECOLECCIÓN**

Se explicó e invitó a participar de forma individual y verbal a los pacientes mayores de 18 años de edad que se encontraron en el área de consulta externa del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar número 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, además se les proporcionó el consentimiento informado y una vez que lo leyeron, aceptaron y firmaron, se les otorgó a los participantes los cuestionarios para que lo contestaran en un tiempo máximo de 10 minutos.

De igual manera se creó una hoja de recolección de datos, donde se registraron características generales, variables sociodemográficas, de patología específica y del instrumento de tamizaje. Posteriormente se realizó la recolección de las encuestas y el concentrado de la información en una hoja de trabajo de Excel, para culminar con el análisis de datos en el Programa SPSS de Windows.

## 16. MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS

### **Control se sesgos de información**

Se realizó una revisión sistemática de la literatura de la medicina basada en evidencia y de fuentes de información confiable para la realización del marco teórico.

### **Control de sesgos de selección:**

Se calculó el tamaño de la muestra necesaria para un estudio descriptivo de una variable dicotómica, necesaria de 340 pacientes, con un intervalo de confianza de 99%. Con una proporción del 0.15. Con una amplitud total de intervalo de confianza 0.10.

Se evaluó cuidadosamente las implicaciones en la selección de los participantes, para el estudio.

Criterios de inclusión.

### **Control de sesgos de medición:**

Se aplicó el cuestionario de forma individual a los pacientes mayores de 18 años que acudan al área de consulta externa del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar número 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”.

Los pacientes respondieron el cuestionario sin ayuda de terceras personas, para evitar la manipulación de las respuestas.

El examinador superviso el cuestionario para el llenado correcto del test.

### **Control de sesgos de análisis:**

Los resultados fueron analizados mediante el programa validado: S.P.S.S versión evaluación 23 que sirvió para la elaboración de tablas y gráficos, además de obtener medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, varianza, rango, valor mínimo y valor máximo), estimación de medias y proporciones con intervalos de confianza. Además de frecuencias y porcentajes.

No se manipularán los resultados con la intención de lograr objetivos de conclusiones.

## 17. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO  
DELEGACIÓN SUR CDMX  
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS.  
HGZ/UMF No 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"

**TITULO DEL PROYECTO:** EVALUACIÓN DEL GRADO DE DEPENDENCIA A LA NICOTINA EN PACIENTES FUMADORES DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA/UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"

### 2016 -2017

| FECHA                      | MAR 2016 | ABR 2016 | MAY 2016 | JUN 2016 | JUL 2016 | AGO 2016 | SEP 2016 | OCT 2016 | NOV 2016 | DIC 2016 | ENE 2017 | FEB 2017 |
|----------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| TITULO                     | X        |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |
| ANTECEDENTES               | X        |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | X        |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |
| OBJETIVOS                  |          | X        |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |
| HIPOTESIS                  |          |          | X        |          |          |          |          |          |          |          |          |          |
| PROPOSITOS                 |          |          |          | X        |          |          |          |          |          |          |          |          |
| DISEÑO METODOLOGICO        |          |          |          |          | X        |          |          |          |          |          |          |          |
| ANALISIS ESTADISTICO       |          |          |          |          |          | X        | X        |          |          |          |          |          |
| CONSIDERACIONES ETICAS     |          |          |          |          |          |          |          | X        |          |          |          |          |
| RECURSOS                   |          |          |          |          |          |          |          |          | X        |          |          |          |
| BIBLIOGRAFIA               |          |          |          |          |          |          |          |          | X        |          |          |          |
| ASPECTOS GENERALES         |          |          |          |          |          |          |          |          |          | X        |          |          |
| ACEPTACION                 |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          | X        | X        |

### 2017-2018

| FECHA                           | MAR 2017 | ABR 2017 | MAY 2017 | JUN 2017 | JUL 2017 | AGO 2017 | SEP 2017 | OCT 2017 | NOV 2017 | DIC 2018 | ENE 2018 | FEB 2018 |
|---------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| PRUEBA PILOTO                   | X        |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |
| ETAPA DE EJECUCION DEL PROYECTO | X        |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |
| RECOLECCION DE DATOS            | X        | X        | X        |          |          |          |          |          | X        |          |          |          |
| ALMACENAMIENTO DE DATOS         |          |          | X        | X        |          |          |          |          |          |          |          |          |
| ANALISIS DE DATOS               |          |          |          | X        |          |          |          |          |          |          |          |          |
| DESCRIPCION DE DATOS            |          |          |          |          | X        |          |          |          |          |          |          |          |
| DISCUSIÓN DE DATOS              |          |          |          |          |          | X        | X        |          |          |          |          |          |
| CONCLUSION DEL ESTUDIO          |          |          |          |          |          |          | X        |          |          |          |          |          |
| INTEGRACION Y REVICION FINAL    |          |          |          |          |          |          |          | X        |          |          |          |          |
| REPORTE FINAL                   |          |          |          |          |          |          |          |          | X        |          |          |          |
| AUTORIZACIONES                  |          |          |          |          |          |          |          |          |          | X        |          |          |
| IMPRESIÓN DEL TRABAJO           |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          | X        |          |
| PUBLICACION                     |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          | X        |

## **18. RECURSOS MATERIALES, FÍSICOS, HUMANOS Y DE FINANCIAMIENTO**

### **Recursos Físicos:**

El trabajo se realizó en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar N°8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” IMSS.

### **Recursos Humanos:**

Para la realización de este proyecto se contó con la participación de un investigador, quien fue el aplicador del cuestionario y recolecto los datos. Participo un asesor quien dirigió la investigación.

### **Recursos Materiales:**

Se utilizó una computadora portátil, una USB para el almacenamiento de la información recolectada, se realizó el análisis estadístico por medio del programa SPSS de Windows, servicio de fotocopiado para reproducir el cuestionario, impresora, plumas.

### **Financiamiento:**

Los gastos fueron cubiertos por el médico residente de Medicina Familiar investigador.

## 19. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se apega a la declaración de Helsinki fue originalmente adoptada en junio de 1964 en Helsinki, Finlandia, y ha sido sometida a cinco revisiones y dos clarificaciones, creciendo considerablemente de 11 a 37 párrafos. La Asociación Médica Mundial (AMM) promulgó la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables.

Párrafo 6: El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

Párrafo 7: La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

Párrafo 10: Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta declaración.

Párrafo 22: El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos deben describirse claramente y ser justificados en un protocolo de investigación. El protocolo debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar cómo se han considerado los principios enunciados en esta Declaración.

Párrafo 25: La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria.

No desobedece a la ley general de salud, se integra la carta de consentimiento informado del protocolo de investigación. El protocolo denominado **“EVALUACIÓN DEL GRADO DE DEPENDENCIA A LA NICOTINA EN PACIENTES FUMADORES DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA/UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”** se encuentra en anexos.

El estudio estará bajo la consideración del Reglamento de la Ley General de Salud, que hace referencia a los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, así como también bajo los criterios de la Norma Oficial de Investigación Científica (NORMA Oficial Mexicana NOM-012- SSA3-2012) que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

## 20. RESULTADOS

Se estudió a 340 pacientes mayores de 18 años de edad en el HGZ/UMF No. 8. La media de edad fue de 59.44 años con una desviación estándar de 18.702, con una moda de 65 años, un valor mínimo de 18 años y valor máximo de 96 años.

La categoría de rango de edad mostró: 34 (10%) se encontraron dentro del rango de 18 a 30 años, 43 (12.6%) en el rango de 31 a 45 años, 83 (24.4%) en el rango de 46 a 60 años y 180 (53%) en el rango de 61 años o más. (Ver tabla y gráfica 1)

En la categoría de sexo se observó 178 (52.0%) fueron mujeres y 162 (48.0%) fueron varones. (Ver tabla y gráfica 2)

De acuerdo con la escolaridad, se observó: 19 (5.6%) fueron analfabetas, 80 (23.5%) cursaron primaria, 71 (21.0%) secundaria, 64 (18.8%) con preparatoria, 77 (22.6%) licenciatura y 29 (8.5%) posgrado. (Ver tabla y gráfica 3)

En la categoría de ocupación se encontró: 137 (40.3%) empleados, 75 (22.0%) desempleados, 105 (30.9%) jubilados y 23 (6.8%) estudiantes. (Ver tabla y gráfica 4)

Dentro de la sección de estado civil se encontró: 34 (10.0%) fueron solteros, 122 (35.9%) casados, 72 (21.2%) divorciados, 79 (23.2%) viudos y 33 (9.7%) en unión libre. (Ver tabla y gráfica 5)

En el apartado de religión se reportó: 316 (93.0%) son creyentes, 24 (7.0%) son no creyentes. (Ver tabla y gráfica 6)

En la sección de edad de inicio se encontraron 1 (0.3%) comenzo a los 14 años, 36 (10.6%) a los 15 años, 10 (2.9%) a los 16 años, 27 (7.9%) a los 17 años, 99 (29.1%) a los 18 años, 8 (2.4%) a los 19 años, 89 (26.2%) a los 20 años, 25 (7.4%) a los 21 años, 31 (9.0%) a los 22 años, 3 (0.9%) a los 23 años, 7 (2.1%) a los 25 años, 1 (0.3%) a los 27 años, 2 (0.6%) a los 30 años y 1 (0.3%) a los 40 años. (Ver tabla y gráfica 7)

En la categoría de rango de edad de inicio encontramos 270 (79.4%) de 14 a 20 años, 69 (20.3%) de 21 a 30 años y 1 (0.3%) de 31 a 40 años. (Ver tabla y gráfica 8)

En el apartado de rango de número de cigarrillos al día se encontró 138 (40.6%) de 1 a 5 cigarrillos, 46 (13.5%) de 6 a 10 cigarrillos, 70 (23.2%) de 11 a 15 cigarrillos, 76 (22.4%) de 16 a 20 cigarrillos y de 1 (0.3%) más de 20 cigarrillos al día. (Ver tabla y gráfica 9)

En el concepto de comorbilidad asociada se encontró; 291 (85.6%) sí presentan otras comorbilidades y 49 (14.4%) niegan padecerlas. (Ver tabla y gráfica 10)



En las comorbilidades encontradas en pacientes con tabaquismo, se encontro Obesidad en 123 (36.2%) presentaron y 217 (63.8%) no presentaron, Diabetes Tipo 2 en 142 (41.8%) si presentaron y 198 (48.2%) no presentaron, Hipertensión arterial sistémica en 173 (50.9%) si presentaron y 167 (49.1%) no presentaron, Neumopatías en 149 (43.8%) si presentaron y 191 (56.2%) no presentaron, Otras comorbilidades en 104 (30.6%) si presentaron y 236 (69.4%) no presentaron. (Ver tabla y gráfica 11, 11.1-11.5)

En relación al grado de dependencia a la nicotina se encontró que 168 (49.4%) presentaron dependencia baja, 148 (43.5%) presentaron dependencia moderada y 24 (7.1%) presentaron dependencia alta. (Ver tabla y gráfica 12)

En la categoría de sexo y grado de dependencia a la nicotina, se observó en el sexo femenino que; 74 (21.8%) con dependencia baja, 88 (25.9%) con dependencia moderada y 16 (4.7%) con dependencia alta. Respecto al sexo masculino se encontró; 94 (27.6%) con dependencia baja, 60 (17.6) con dependencia moderada y 8 (2.5%) con dependencia alta.

(Ver tabla y gráfica 13).

En el apartado de rango de edad de inicio y grado de dependencia a la nicotina, se analizó la siguiente información: en el rango de 14 a 20 años; 132 (38.8%) presentaron dependencia baja, 120 (35.3%) dependencia moderada y 18 (5.3%) dependencia alta. En el rango de 21 a 30 años; 35 (10.3%) presentaron dependencia baja, 28 (8.2%) dependencia moderada y 6 (1.8%) dependencia alta. En el rango de 31 a 40 años solo se presento 1 (0.3%) con dependencia baja. (Ver tabla y gráfica 14)

En la sección de escolaridad y grado de dependencia a la nicotina, se encontró en la población analfabeta; 9 (2.6%) dependencia baja, 8 (2.4%) dependencia moderada y 2 (0.6%) dependencia alta, en la población con primaria; 41 (12.1%) dependencia baja, 36 (10.6) dependencia moderada y 3 (0.9%) dependencia alta, en la población con secundaria; 39 (11.5%) dependencia baja, 27 (7.9%) dependencia moderada y 5 (1.5%) dependencia alta, en la población con preparatoria; 31 (9.1%) dependencia baja, 27 (7.9%) dependencia moderada y 6 (1.8%) dependencia alta, en la población con licenciatura; 33 (9.7%) dependencia baja, 36 (10.6%) dependencia moderada y 8 (2.4%) dependencia alta, en la población con posgrado; 15 (4.4%) dependencia baja y 14 (4.1%) con dependencia moderada. (Ver tabla y gráfica 15)

En la categoría de ocupación y grado de dependencia a la nicotina, se encontró en el grupo de empleados; 71 (20.9%) con dependencia baja, 56 (16.5%) dependencia moderada y 10 (2.9%) dependencia alta, en el grupo de desempleados; 35 (10.3%) con dependencia baja, 32 (9.4%) dependencia moderada y 8 (2.4%) dependencia alta, en el grupo de Jubilados; 53 (15.6%) con dependencia baja, 47 (13.8%) dependencia moderada y 5 (1.5%) dependencia alta, en el grupo de estudiante; 9 (2.6%) con dependencia baja, 13 (3.8%) dependencia moderada y 1 (0.3%) dependencia alta. (Ver tabla y gráfica 16)

En la apartado de estado civil y grado de dependencia a la nicotina, se encontró en el grupo de solteros; 15 (4.4%) con dependencia baja, 17 (5.0%) dependencia moderada y 2 (0.6%) dependencia alta, en los casados; 60 (17.6%) dependencia baja, 51 (15.0%) dependencia moderada y 11 (3.2%) dependencia alta, en los divorciados; 34 (10.0%) dependencia baja, 35 (10.3%) dependencia moderada y 3 (0.9%) dependencia alta, en los viudos; 43 (12.6%) con dependencia baja, 31 (9.1%) dependencia moderada y 5 (1.5%) dependencia alta, en el grupo de unión libre; 16 (4.7%) con dependencia baja, 14 (4.1%) dependencia moderada y 3 (0.9%) dependencia alta. (Ver tabla y gráfica 17)

En la sección de rango de número de cigarrillos al día y grado de dependencia la nicotina, se encontró; en el rango de 1 a 5 cigarrillos; 136 (40.0%) con dependencia baja, 2 (0.6%) dependencia moderada, en el rango de 6 a 10 cigarrillos; 19 (5.6%) con dependencia baja, 26 (7.6%) dependencia moderada y 1 (0.3%) dependencia alta, en el rango de 11 a 15 cigarrillos; 11 (3.2%) con dependencia baja, 67 (19.7%) dependencia moderada y 1 (0.3%) dependencia alta, en el rango de 16 a 20 cigarrillos; 2 (0.6%) con dependencia baja, 53 (15.6%) dependencia moderada y 21 (6.2%) dependencia alta, en el rango de más de 20 cigarrillos se encontró; 1 (0.3%) con dependencia alta. Ver tabla y gráfica 18)

En la categoría de comorbilidad asociada y grado de dependencia a la nicotina, se encontró que, los que tenían comorbilidad asociada presentaron; 141 (41.5%) con dependencia baja, 127 (37.4%) dependencia moderada y 23 (6.8%) dependencia alta, respecto al grupo de los que no tenían comorbilidad asociada; 27 (7.9%) con dependencia baja, 148 (43.5%) dependencia moderada y 24 (7.1%) dependencia alta. (Ver tabla y gráfica 19)

Dentro de la sección de pacientes con obesidad y grado de dependencia a la nicotina se encontró que los que presentaron obesidad; 58 (17.1%) con dependencia baja, 56 (16.5%) dependencia moderada y 9 (2.6%) dependencia alta, así como en pacientes sin obesidad 110 (32.4%) con dependencia baja, 92 (27.1%) dependencia moderada y 15 (4.4%) dependencia alta.

(Ver tabla y gráfica 20)

En relación a los pacientes con diabetes tipo 2 y grado de dependencia la nicotina, se encontró que los que presentaron la enfermedad; 64 (18.8%) con dependencia baja, 68 (20.0%) dependencia moderada y 10 (2.9%) dependencia alta, respecto a los que no presentaron diabetes tipo 2; 104 (30.6%) con dependencia baja, 80 (23.5%) dependencia moderada y 14 (4.1%) dependencia alta. (Ver tabla y gráfica 21)

En el apartado de pacientes con hipertensión arterial sistémica y grado dependencia a la nicotina, se encontró que los que presentaron la comorbilidad; 85 (25.0%) con dependencia baja, 76 (22.4%) dependencia moderada y 12 (3.5%) dependencia alta, respecto a los que no presentaron hipertensión arterial sistémica; 83 (24.4%) dependencia baja, 72 (21.2%) dependencia moderada y 12 (3.5%) dependencia alta. (Ver tabla y gráfica 22)

En la categoría de pacientes con neumopatía y grado de dependencia a la nicotina, se encontró que los que presentaron la comorbilidad; 70 (20.6%) con dependencia baja, 68 (20.0%) dependencia moderada y 11 (3.2%) dependencia alta, respecto a los que no presentaron alguna neumopatía; 98 (28.8%) dependencia baja, 80 (23.5%) dependencia moderada y 13 (3.8%) dependencia alta. (Ver tabla y gráfica 23)

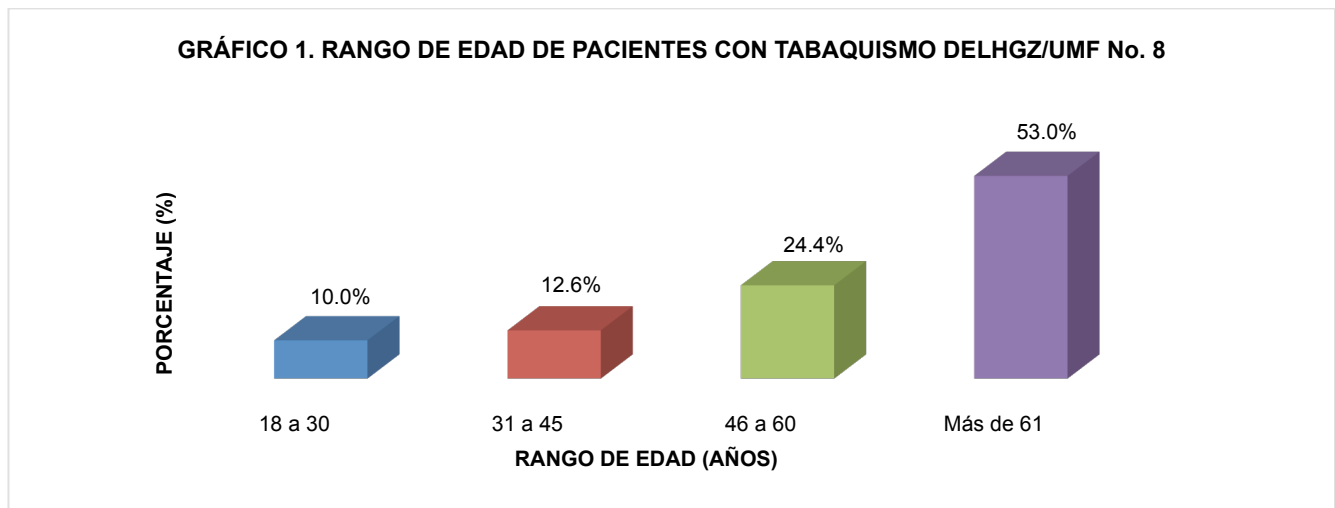
En la sección de pacientes con otras comorbilidades asociadas y grado de dependencia a la nicotina, se encontró que los pacientes que si presentaron alguna otra comorbilidad; 45 (13.2%) dependencia baja, 48 (14.1%) dependencia moderada y 11 (3.2%) dependencia alta, respecto a los que no presentaron otra comorbilidad; 168 (49.4%) dependencia baja, 148 (43.5%) dependencia moderada y 24 (7.1%) dependencia alta.

(Ver tabla y gráfica 24)

## **21. TABLAS Y GRÁFICAS**

| <b>TABLA 1. RANGO DE EDAD DE PACIENTES CON TABAQUISMO DEL HGZ/UMF No. 8</b> |                   |                       |
|---|-------------------|-----------------------|
| <b>Rango de Edad (años)</b>   | <b>Frecuencia</b> | <b>Porcentaje (%)</b> |
| 18 a 30   | 34                | 10.0                  |
| 31 a 45   | 43                | 12.6                  |
| 46 a 60   | 83                | 24.4                  |
| 61 o más  | 180               | 53.0                  |
| <b>Total</b>  | <b>340</b>        | <b>100</b>            |

Fuente: n=340 Navarro-M RU, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Garay-J S. Evaluación del grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores del HGZ/UMF No.8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2018.



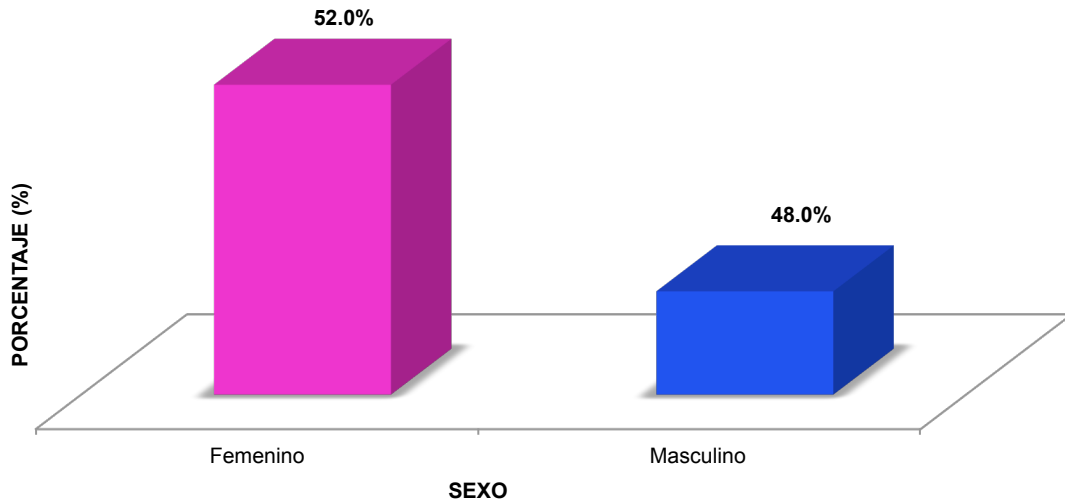
Fuente: n=340 Navarro- RU, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Garay-J S. Evaluación del grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores del HGZ/UMF No.8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2018.

**TABLA 2. SEXO DE PACIENTES CON TABAQUISMO DEL HGZ/UMF No. 8**

| Sexo         | Frecuencia | Porcentaje (%) |
|--------------|------------|----------------|
| Femenino     | 178        | 52.0           |
| Masculino    | 162        | 48.0           |
| <b>Total</b> | <b>340</b> | <b>100</b>     |

Fuente: n=340 Navarro-M RU, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Garay-J S. Evaluación del grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores del HGZ/UMF No.8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2018.

**GRÁFICA 2. SEXO DE PACIENTES CON TABAQUISMO DEL HGZ/UMF No. 8**



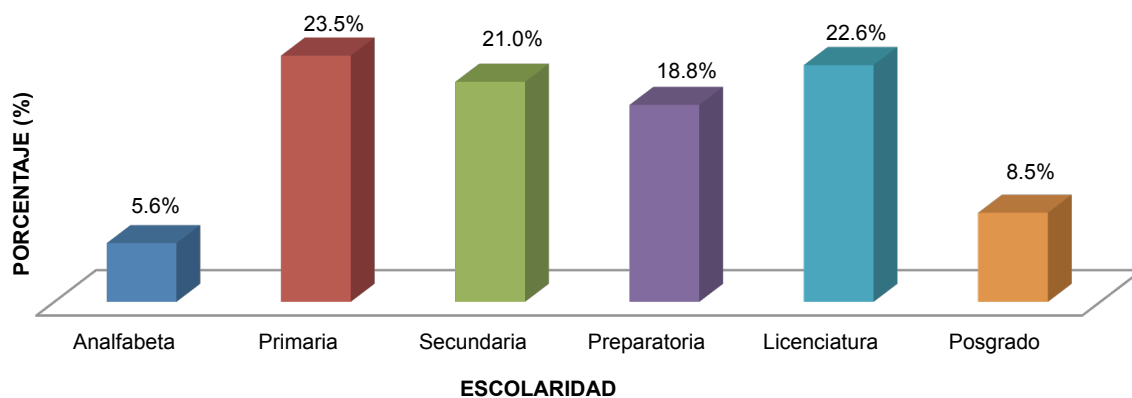
Fuente: n=340 Navarro-M RU, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Garay-J S. Evaluación del grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores del HGZ/UMF No.8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2018.

**TABLA 3. ESCOLARIDAD DE PACIENTES CON TABAQUISMO DEL HGZ/UMF No. 8**

| Escolaridad  | Frecuencia | Porcentaje (%) |
|--------------|------------|----------------|
| Analfabeta   | 19         | 5.6            |
| Primaria     | 80         | 23.5           |
| Secundaria   | 71         | 21.0           |
| Preparatoria | 64         | 18.8           |
| Licenciatura | 77         | 22.6           |
| Posgrado     | 29         | 8.5            |
| <b>Total</b> | <b>340</b> | <b>100</b>     |

Fuente: n=340 Navarro-M RU, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Garay-J S. Evaluación del grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores del HGZ/UMF No.8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2018.

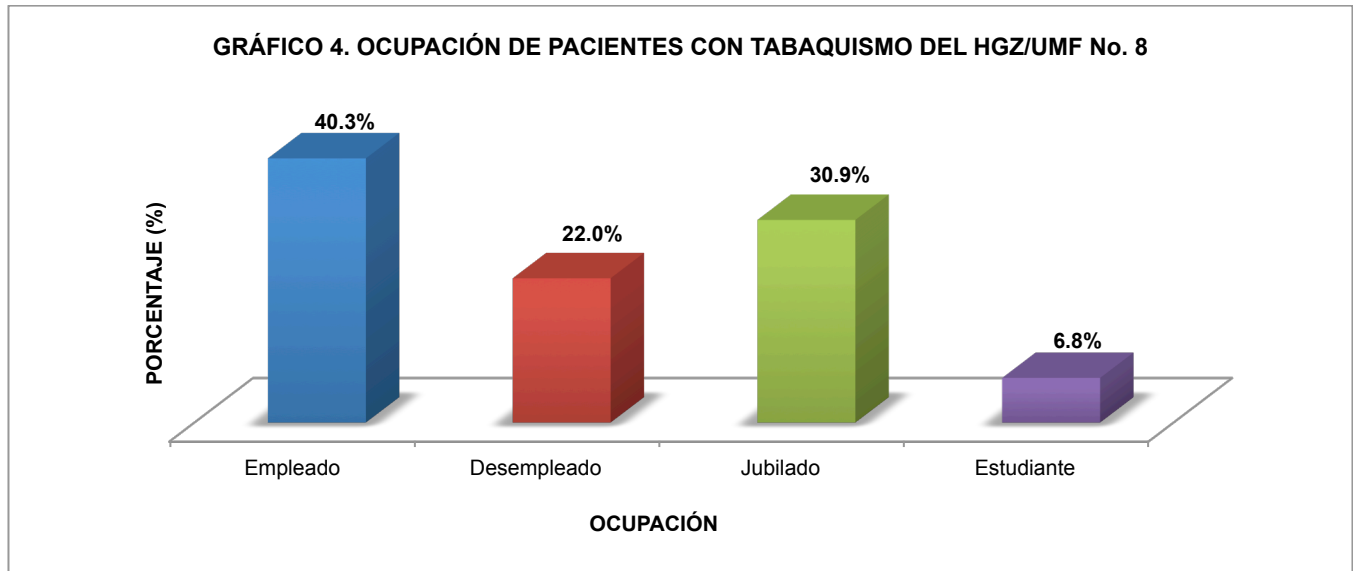
**GRÁFICA 3. ESCOLARIDAD DE PACIENTES CON TABAQUISMO DEL HGZ/UMF No. 8**



Fuente: n=340 Navarro-M RU, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Garay-J S. Evaluación del grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores del HGZ/UMF No.8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2018.

| <b>TABLA 4. OCUPACIÓN DE PACIENTES CON TABAQUISMO DEL HGZ/UMF No. 8</b> |                   |                       |
|---|-------------------|-----------------------|
| <b>Ocupación</b>  | <b>Frecuencia</b> | <b>Porcentaje (%)</b> |
| Empleado  | 137               | 40.3                  |
| Desempleado   | 75                | 22.0                  |
| Jubilado  | 105               | 30.9                  |
| Estudiante  | 23                | 6.8                   |
| <b>Total</b>  | <b>340</b>        | <b>100</b>            |

Fuente: n=340 Navarro-M RU, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Garay-J S. Evaluación del grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores del HGZ/UMF No.8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2018.



Fuente: n=340 Navarro-M RU, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Garay-J S. Evaluación del grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores del HGZ/UMF No.8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2018.

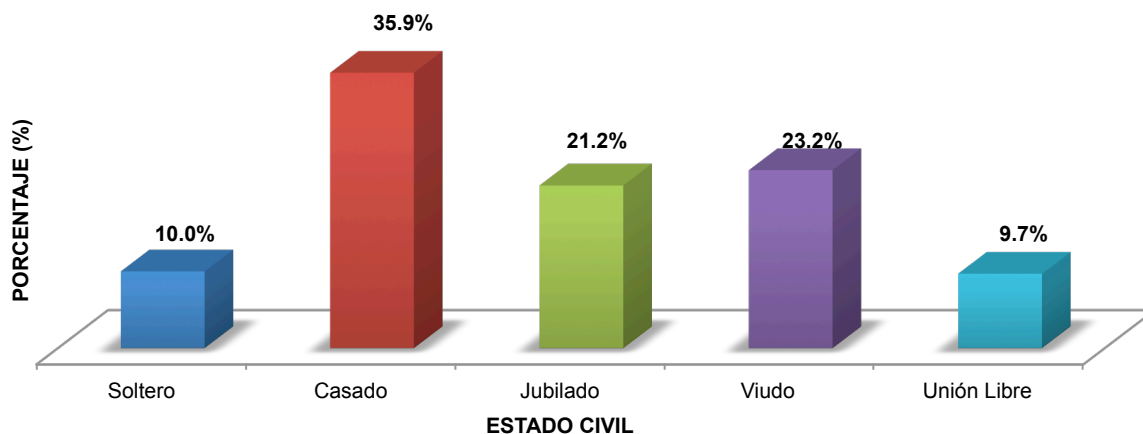


**TABLA 5. ESTADO CIVIL DE PACIENTES CON TABAQUISMO DEL HGZ/UMF No. 8**

| Estado Civil | Frecuencia | Porcentaje (%) |
|--------------|------------|----------------|
| Soltero      | 34         | 10.0           |
| Casado       | 122        | 35.9           |
| Divorciado   | 72         | 21.2           |
| Viudo        | 79         | 23.2           |
| Unión Libre  | 33         | 9.7            |
| <b>Total</b> | <b>340</b> | <b>100</b>     |

Fuente: n=340 Navarro-M RU, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Garay-J S. Evaluación del grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores del HGZ/UMF No.8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2018.

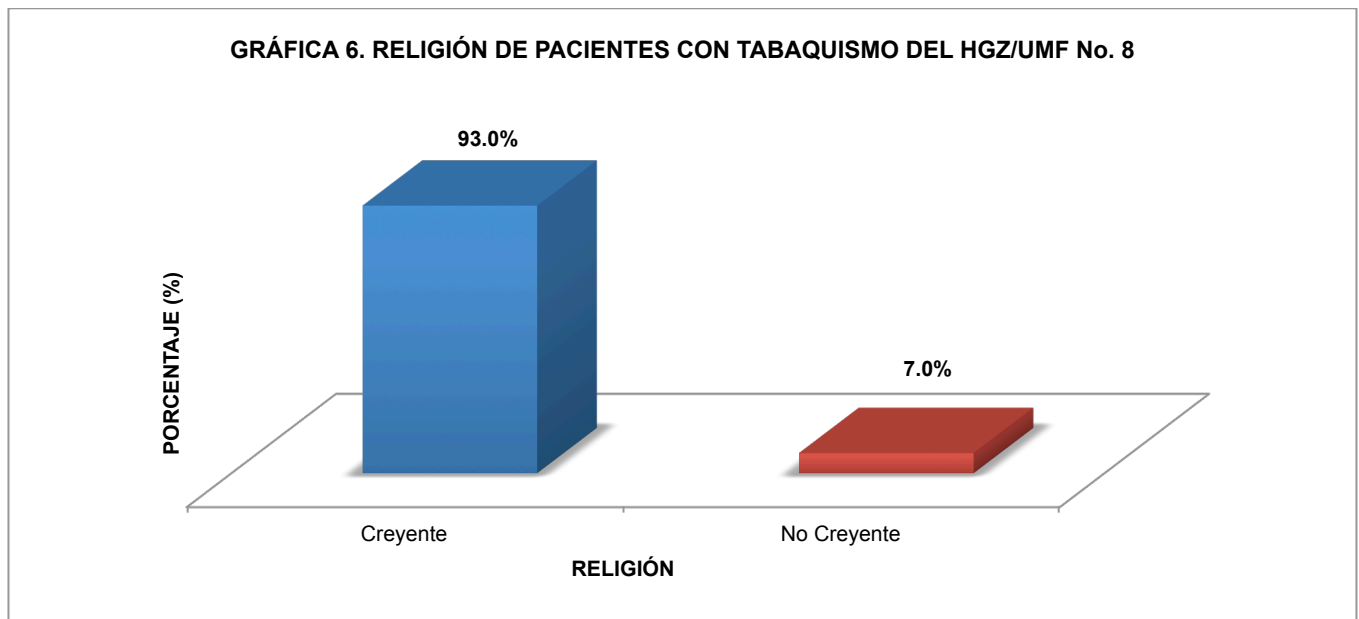
**GRÁFICO 5. ESTADO CIVIL DE PACIENTES CON TABAQUISMO DEL HGZ/UMF No. 8**



Fuente: n=340 Navarro-M RU, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Garay-J S. Evaluación del grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores del HGZ/UMF No.8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2018

| <b>TABLA 6. RELIGIÓN DE PACIENTES CON TABAQUISMO DEL HGZ/UMF No. 8</b> |                   |                       |
|--|-------------------|-----------------------|
| <b>Religión</b>  | <b>Frecuencia</b> | <b>Porcentaje (%)</b> |
| Creyente   | 316               | 93.0                  |
| No Creyente  | 24                | 7.0                   |
| <b>Total</b>   | <b>340</b>        | <b>100</b>            |

Fuente: n=340 Navarro-M RU, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Garay-J S. Evaluación del grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores del HGZ/UMF No.8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2018.



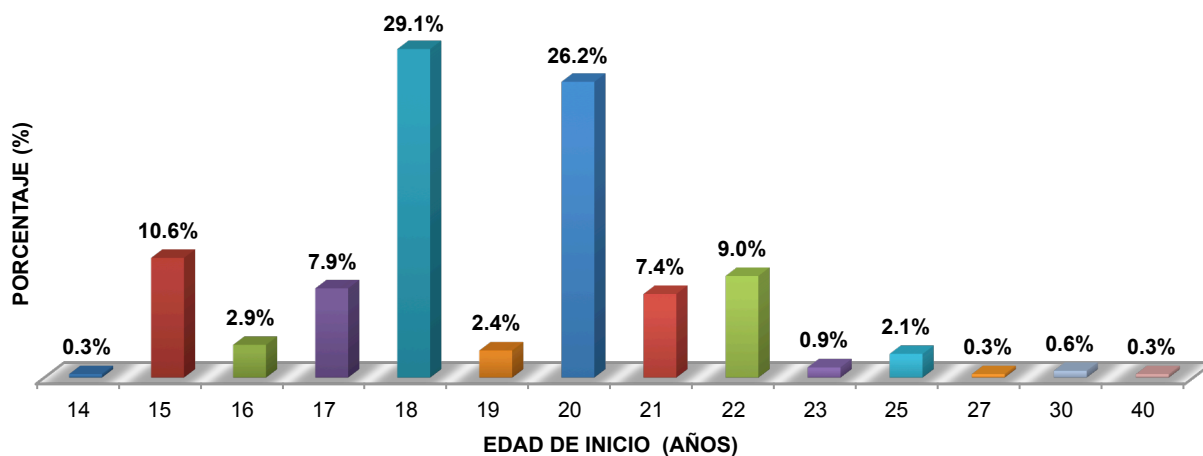
Fuente: n=340 Navarro-M RU, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Garay-J S. Evaluación del grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores del HGZ/UMF No.8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2018

**TABLA 7. EDAD DE INICIO DE TABAQUISMO EN PACIENTES DEL HGZ/UMF No. 8**

| Edad de Inicio (años) | Frecuencia | Porcentaje (%) |
|-----------------------|------------|----------------|
| 14                    | 1          | 0.3%           |
| 15                    | 36         | 10.6           |
| 16                    | 10         | 2.9            |
| 17                    | 27         | 7.9            |
| 18                    | 99         | 29.1           |
| 19                    | 8          | 2.4            |
| 20                    | 89         | 26.2           |
| 21                    | 25         | 7.4            |
| 22                    | 31         | 9.0            |
| 23                    | 3          | 0.9            |
| 25                    | 7          | 2.1            |
| 27                    | 1          | 0.3            |
| 30                    | 2          | 0.6            |
| 40                    | 1          | 0.3            |
| <b>Total</b>          | <b>340</b> | <b>100</b>     |

Fuente: n=340 Navarro-M RU, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Garay-J S. Evaluación del grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores del HGZ/UMF No.8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2018.

**GRÁFICA 7. EDAD DE INICIO DE TABAQUISMO EN PACIENTES DEL HGZ/UMF No. 8**



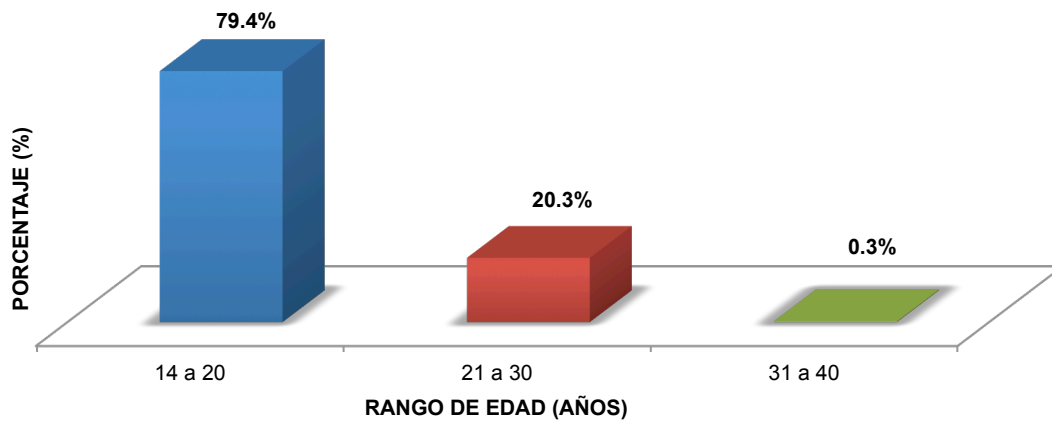
Fuente: n=340 Navarro-M RU, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Garay-J S. Evaluación del grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores del HGZ/UMF No.8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2018

**TABLA 8. RANGO DE EDAD DE INICIO DEL TABAQUISMO EN PACIENTES DEL HGZ/UMF No. 8**

| Rango de Edad (años) | Frecuencia | Porcentaje (%) |
|----------------------|------------|----------------|
| 14 a 20              | 270        | 79.4           |
| 21 a 30              | 69         | 20.3           |
| 31 a 40              | 1          | 0.3            |
| <b>Total</b>         | <b>340</b> | <b>100</b>     |

Fuente: n=340 Navarro-M RU, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Garay-J S. Evaluación del grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores del HGZ/UMF No.8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2018.

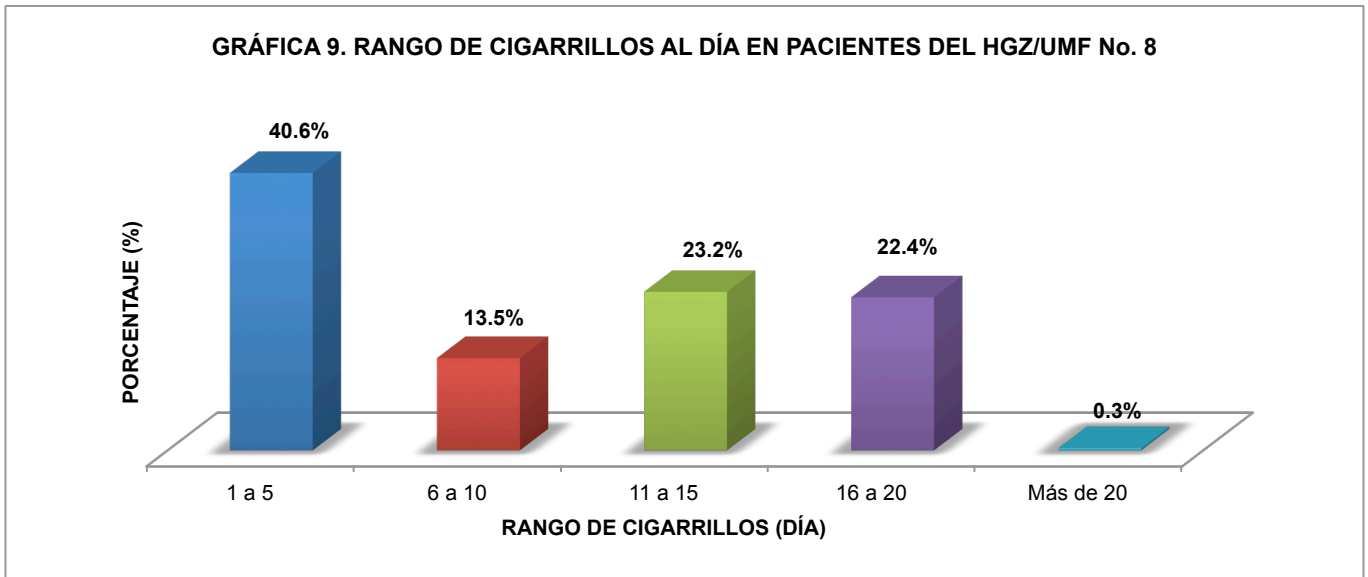
**GRÁFICO 8. RANGO DE EDAD DE INICIO DEL TABAQUISMO EN PACIENTES DEL HGZ/UMF No.8**



Fuente: n=340 Navarro-M RU, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Garay-J S. Evaluación del grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores del HGZ/UMF No.8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2018

| TABLA 9. RANGO DE CIGARRILLOS AL DÍA EN PACIENTES DEL HGZ/UMF No. 8 |            |                |
|---|------------|----------------|
| Rango de Cigarrillos (día)  | Frecuencia | Porcentaje (%) |
| 1 a 5   | 138        | 40.6           |
| 6 a 10  | 46         | 13.5           |
| 11 a 15   | 79         | 23.2           |
| 16 a 20   | 76         | 22.4           |
| Más de 20   | 1          | 0.3            |
| <b>Total</b>  | <b>340</b> | <b>100</b>     |

Fuente: n=340 Navarro-M RU, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Garay-J S. Evaluación del grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores del HGZ/UMF No.8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2018.



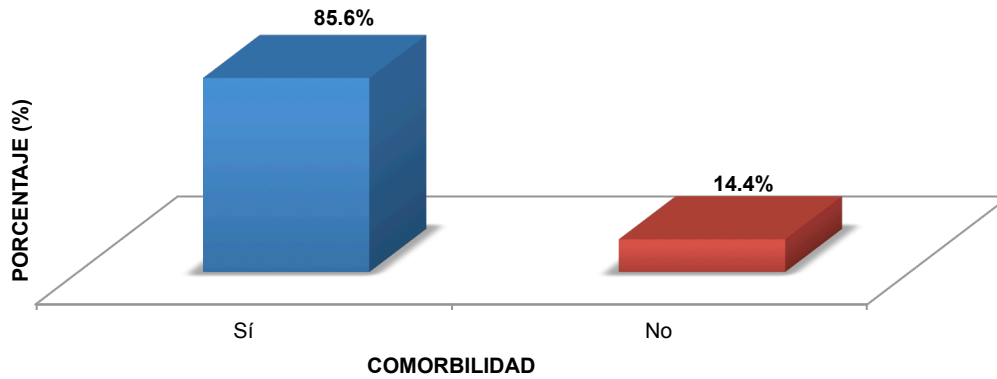
Fuente: n=340 Navarro-M RU, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Garay-J S. Evaluación del grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores del HGZ/UMF No.8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2018

**TABLA 10. COMORBILIDAD ASOCIADA EN PACIENTES CON TABAQUISMO DEL HGZ/UMF No. 8**

| Comorbilidad | Frecuencia | Porcentaje (%) |
|--------------|------------|----------------|
| Sí           | 291        | 85.6           |
| No           | 49         | 14.4           |
| <b>Total</b> | <b>340</b> | <b>100</b>     |

Fuente: n=340 Navarro-M RU, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Garay-J S. Evaluación del grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores del HGZ/UMF No.8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2018.

**GRÁFICA 10. COMORBILIDAD ASOCIADA EN PACIENTES CON TABAQUISMO DEL HGZ/UMF No. 8**



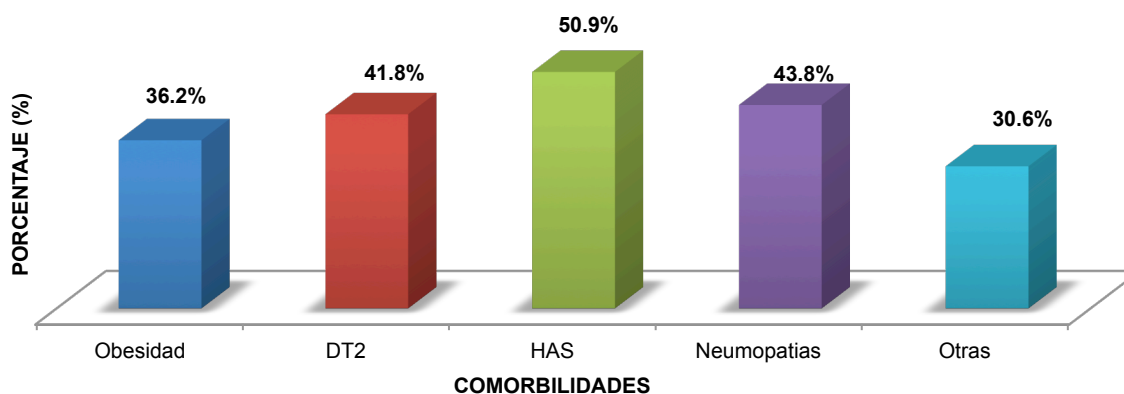
Fuente: n=340 Navarro-M RU, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Garay-J S. Evaluación del grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores del HGZ/UMF No.8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2018

**TABLA 11. COMORBILIDADES ENCONTRADAS EN PACIENTES CON TABAQUISMO DEL HGZ/UMF No. 8**

| <b>Obesidad</b>                              | <b>Frecuencia</b> | <b>Porcentaje (%)</b> |
|--|-------------------|-----------------------|
| Sí   | 123               | 36.2%                 |
| No   | 217               | 63.8%                 |
| <b>Total</b>                                 | <b>340</b>        | <b>100.0%</b>         |
| <b>Diabetes Tipo 2 (DT2)</b>                 | <b>Frecuencia</b> | <b>Porcentaje</b>     |
| Sí   | 142               | 41.8%                 |
| No   | 198               | 58.2%                 |
| <b>Total</b>                                 | <b>340</b>        | <b>100.0%</b>         |
| <b>Hipertensión Arterial Sistémica (HAS)</b> | <b>Frecuencia</b> | <b>Porcentaje</b>     |
| Sí   | 173               | 50.9%                 |
| No   | 167               | 49.1%                 |
| <b>Total</b>                                 | <b>340</b>        | <b>100.0%</b>         |
| <b>Neumopatías</b>                           | <b>Frecuencia</b> | <b>Porcentaje</b>     |
| Sí   | 149               | 43.8%                 |
| No   | 191               | 56.2%                 |
| <b>Total</b>                                 | <b>340</b>        | <b>100.0%</b>         |
| <b>Otras Comorbilidades</b>                  | <b>Frecuencia</b> | <b>Porcentaje</b>     |
| Sí   | 104               | 30.6%                 |
| No   | 236               | 69.4%                 |
| <b>Total</b>                                 | <b>340</b>        | <b>100%</b>           |

Fuente: n=340 Navarro-M RU, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Garay-J S. Evaluación del grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores del HGZ/UMF No.8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2018.

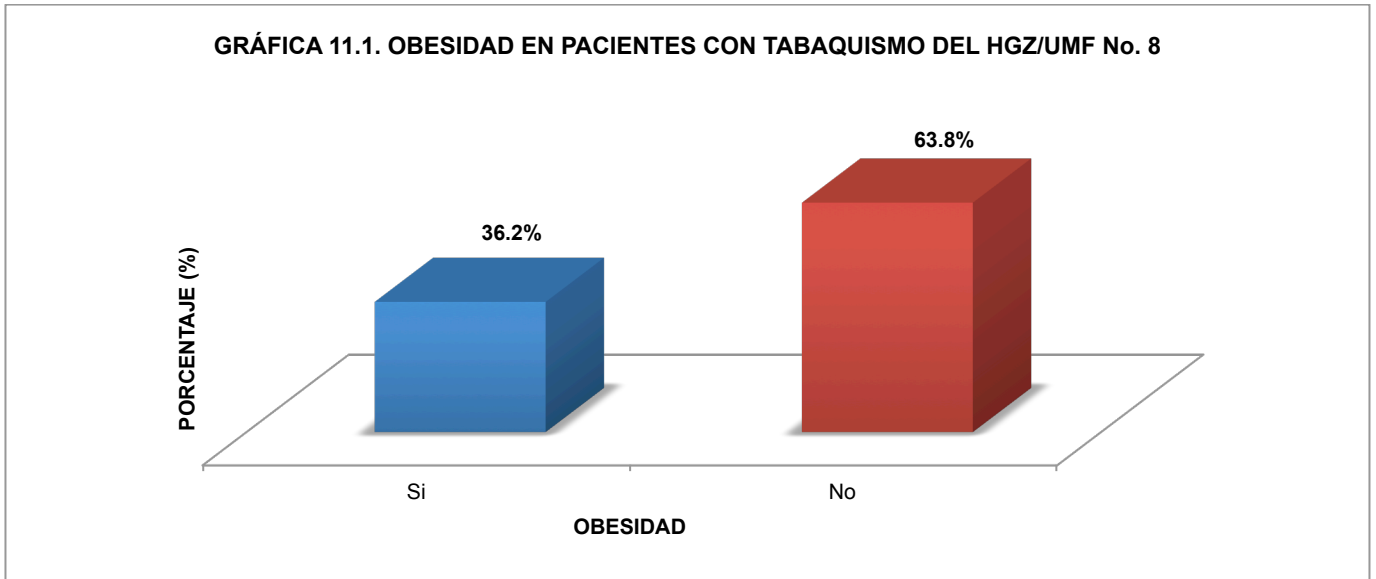
**GRÁFICA 11. COMORBILIDADES ENCONTRADAS EN PACIENTES CON TABAQUISMO DEL HGZ/UMF No. 8**



Fuente: n=340 Navarro-M RU, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Garay-J S. Evaluación del grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores del HGZ/UMF No.8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2018

| <b>TABLA 11.1. OBESIDAD EN PACIENTES CON TABAQUISMO DEL HGZ/UMF No. 8</b> |                   |                       |
|---|-------------------|-----------------------|
| <b>Obesidad</b>   | <b>Frecuencia</b> | <b>Porcentaje (%)</b> |
| Sí  | 123               | 36.2%                 |
| No  | 217               | 63.8%                 |
| <b>Total</b>  | <b>340</b>        | <b>100.0%</b>         |

Fuente: n=340 Navarro-M RU, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Garay-J S. Evaluación del grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores del HGZ/UMF No.8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2018.

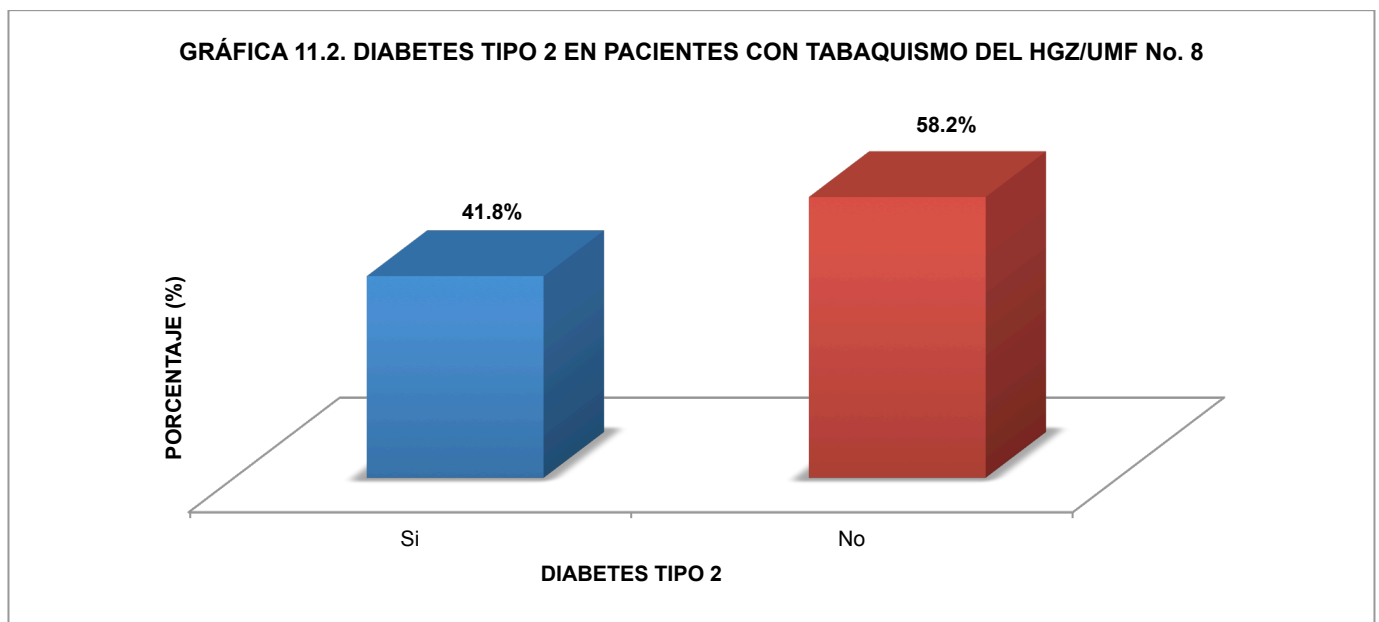


Fuente: n=340 Navarro-M RU, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Garay-J S. Evaluación del grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores del HGZ/UMF No.8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2018



| <b>TABLA 11.2. DIABETES TIPO 2 EN PACIENTES CON TABAQUISMO DEL HGZ/UMF No. 8</b> |                   |                   |
|--|-------------------|-------------------|
| <b>Diabetes Tipo 2 (DT2)</b>   | <b>Frecuencia</b> | <b>Porcentaje</b> |
| Sí   | 142               | 41.8%             |
| No   | 198               | 58.2%             |
| <b>Total</b>   | <b>340</b>        | <b>100.0%</b>     |

Fuente: n=340 Navarro-M RU, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Garay-J S. Evaluación del grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores del HGZ/UMF No.8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2018.



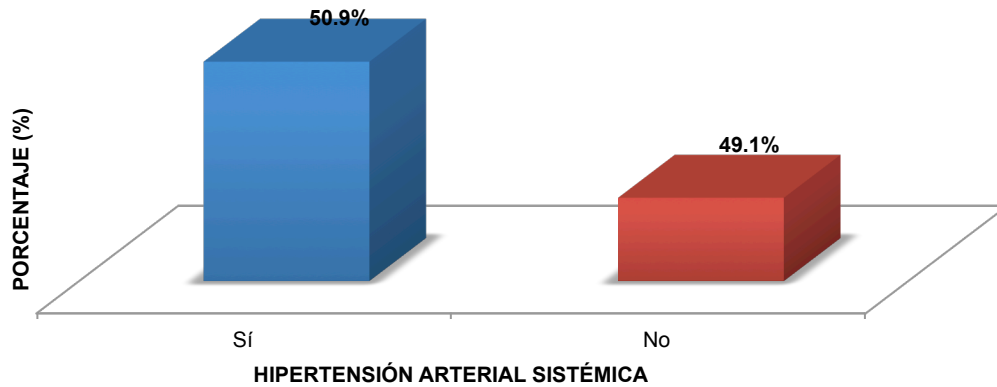
Fuente: n=340 Navarro-M RU, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Garay-J S. Evaluación del grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores del HGZ/UMF No.8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2018

**TABLA 11.3. HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA EN PACIENTES CON TABAQUISMO DEL HGZ/UMF No. 8**

| Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) | Frecuencia | Porcentaje    |
|---------------------------------------|------------|---------------|
| Sí                                    | 173        | 50.9%         |
| No                                    | 167        | 49.1%         |
| <b>Total</b>                          | <b>340</b> | <b>100.0%</b> |

Fuente: n=340 Navarro-M RU, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Garay-J S. Evaluación del grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores del HGZ/UMF No.8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2018.

**GRÁFICA 11.3. HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA EN PACIENTES CON TABAQUISMO DEL HGZ/UMF No. 8**



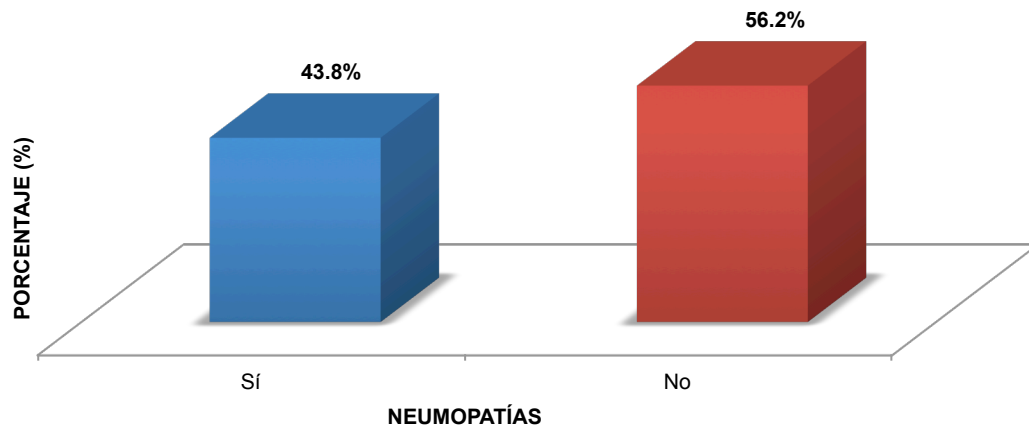
Fuente: n=340 Navarro-M RU, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Garay-J S. Evaluación del grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores del HGZ/UMF No.8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2018

**TABLA 11.4. NEUMOPATÍAS EN PACIENTES CON TABAQUISMO DEL HGZ/UMF No. 8**

| Neumopatías  | Frecuencia | Porcentaje    |
|--------------|------------|---------------|
| Sí           | 149        | 43.8%         |
| No           | 191        | 56.2%         |
| <b>Total</b> | <b>340</b> | <b>100.0%</b> |

Fuente: n=340 Navarro-M RU, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Garay-J S. Evaluación del grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores del HGZ/UMF No.8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2018.

**GRÁFICA 11.4. NEUMOPATÍAS EN PACIENTES CON TABAQUISMO DEL HGZ/UMF No. 8**



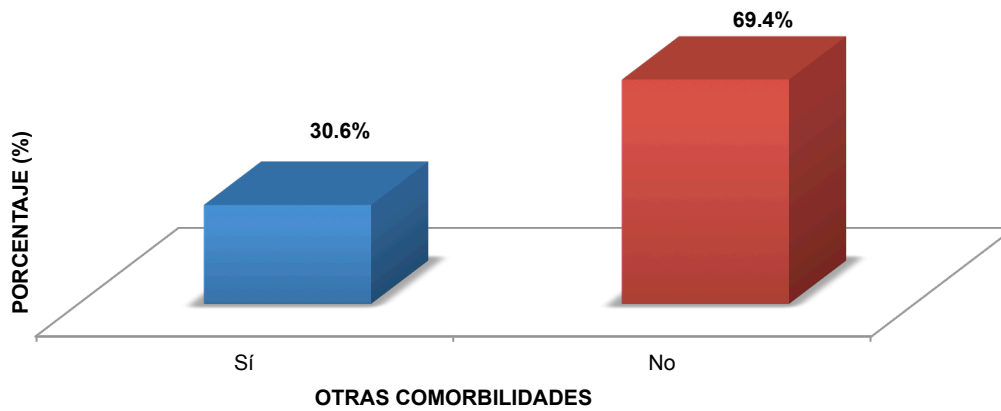
Fuente: n=340 Navarro-M RU, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Garay-J S. Evaluación del grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores del HGZ/UMF No.8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2018

**TABLA 11.5. OTRAS COMORBILIDADES EN PACIENTES CON TABAQUISMO DEL HGZ/UMF No. 8**

| Otras Comorbilidades | Frecuencia | Porcentaje  |
|----------------------|------------|-------------|
| Sí                   | 104        | 30.6%       |
| No                   | 236        | 69.4%       |
| <b>Total</b>         | <b>340</b> | <b>100%</b> |

Fuente: n=340 Navarro-M RU, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Garay-J S. Evaluación del grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores del HGZ/UMF No.8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2018.

**GRÁFICA 11.5. OTRAS COMORBILIDADES EN PACIENTES CON TABAQUISMO DEL HGZ/UMF No. 8**



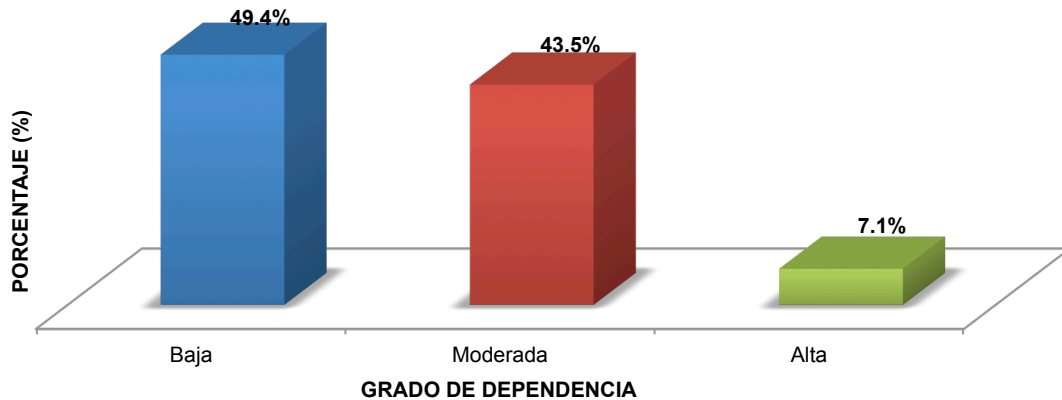
Fuente: n=340 Navarro-M RU, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Garay-J S. Evaluación del grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores del HGZ/UMF No.8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2018

**TABLA 12. TABAQUISMO Y GRADO DE DEPENDENCIA A LA NICOTINA EN PACIENTES DEL HGZ/UMF No. 8**

| Grado de Dependencia | Frecuencia | Porcentaje (%) |
|----------------------|------------|----------------|
| Baja                 | 168        | 49.4           |
| Moderada             | 148        | 43.5           |
| Alta                 | 24         | 7.1            |
| <b>Total</b>         | <b>340</b> | <b>100</b>     |

Fuente: n=340 Navarro-M RU, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Garay-J S. Evaluación del grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores del HGZ/UMF No.8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2018.

**GRÁFICA 12. TABAQUISMO Y GRADO DE DEPENDENCIA A LA NICOTINA EN PACIENTES DEL HGZ/UMF No. 8**



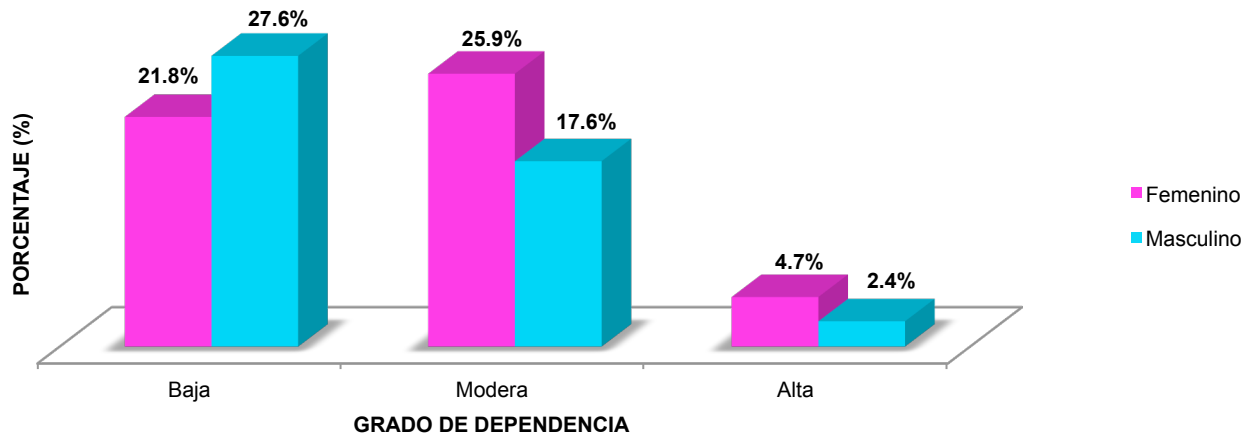
Fuente: n=340 Navarro-M RU, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Garay-J S. Evaluación del grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores del HGZ/UMF No.8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2018

**TABLA 13. SEXO Y GRADO DE DEPENDENCIA A LA NICOTINA EN PACIENTES CON TABAQUISMO DEL HGZ/UMF No. 8**

| Grado de dependencia a la nicotina |      |            |          |            |      |            |       |            |
|------------------------------------|------|------------|----------|------------|------|------------|-------|------------|
| Sexo                               | Baja | Porcentaje | Moderada | Porcentaje | Alta | Porcentaje | Total | Porcentaje |
| Femenino                           | 74   | 21.8%      | 88       | 25.9%      | 16   | 4.7%       | 178   | 52.4%      |
| Masculino                          | 94   | 27.6%      | 60       | 17.6%      | 8    | 2.5%       | 162   | 47.6%      |
| Total                              | 168  | 49.4%      | 148      | 43.5%      | 24   | 7.1%       | 340   | 100%       |

Fuente: n=340 Navarro-M RU, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Garay-J S. Evaluación del grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores del HGZ/UMF No.8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2018

**GRÁFICA 13. SEXO Y GRADO DE DEPENDENCIA A LA NICOTINA EN PACIENTES CON TABAQUISMO DEL HGZ/UMF No. 8**



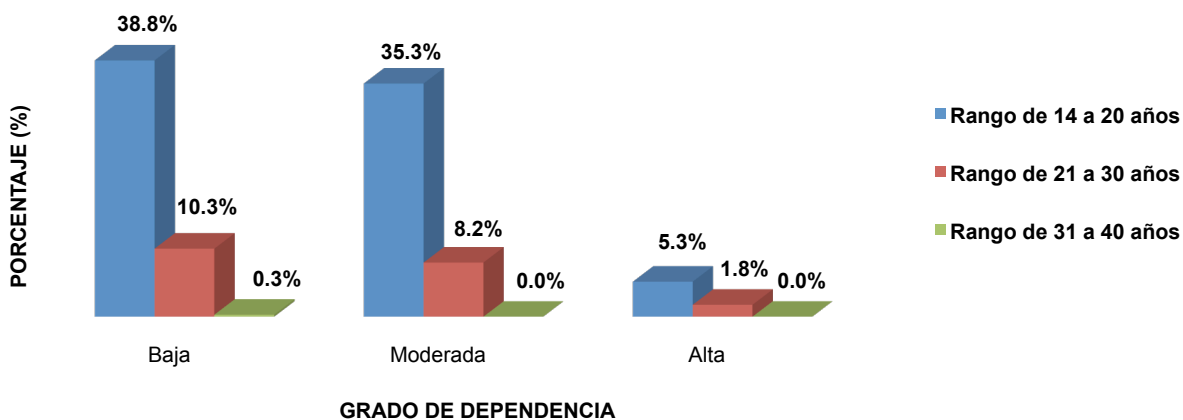
Fuente: n=340 Navarro-M RU, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Garay-J S. Evaluación del grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores del HGZ/UMF No.8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2018

**TABLA 14. RANGO DE EDAD DE INICIO Y GRADO DE DEPENDENCIA A LA NICOTINA EN PACIENTES DEL HGZ/UMF No. 8**

| Rango de Edad (años) | Grado de dependencia a la nicotina |            |          |            |      |            | Total | Porcentaje |
|----------------------|------------------------------------|------------|----------|------------|------|------------|-------|------------|
|                      | Baja                               | Porcentaje | Moderada | Porcentaje | Alta | Porcentaje |       |            |
| 14 a 20              | 132                                | 38.8%      | 120      | 35.3%      | 18   | 5.3%       | 270   | 79.4%      |
| 21 a 30              | 35                                 | 10.3%      | 28       | 8.2%       | 6    | 1.8%       | 69    | 20.3%      |
| 21 a 40              | 1                                  | 0.3%       | 0        | 0.0%       | 0    | 0.0%       | 1     | 0.3%       |
| Total                | 168                                | 49.4%      | 148      | 43.5%      | 24   | 7.1%       | 340   | 100%       |

Fuente: n=340 Navarro-M RU, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Garay-J S. Evaluación del grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores del HGZ/UMF No.8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2018

**GRÁFICA 14. RANGO DE EDAD DE INICIO Y GRADO DE DEPENDENCIA A LA NICOTINA EN PACIENTES DEL HGZ/UMF No. 8**



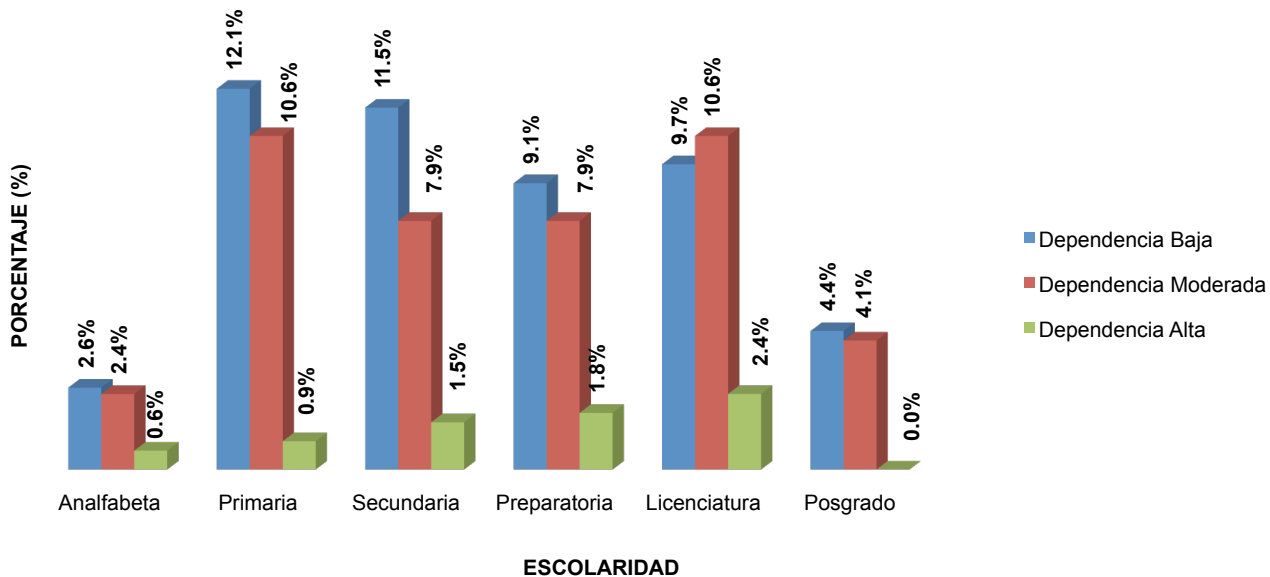
Fuente: n=340 Navarro-M RU, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Garay-J S. Evaluación del grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores del HGZ/UMF No.8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2018

**TABLA 15. ESCOLARIDAD Y GRADO DE DEPENDENCIA A LA NICOTINA EN PACIENTES DEL HGZ/UMF No. 8**

| Escolaridad  | Grado de dependencia a la nicotina |              |            |              |           |             | Total      | Porcentaje  |
|--------------|------------------------------------|--------------|------------|--------------|-----------|-------------|------------|-------------|
|              | Baja                               | Porcentaje   | Moderada   | Porcentaje   | Alta      | Porcentaje  |            |             |
| Analfabeta   | 9                                  | 2.6%         | 8          | 2.4%         | 2         | 0.6%        | 19         | 5.6%        |
| Primaria     | 41                                 | 12.1%        | 36         | 10.6%        | 3         | 0.9%        | 80         | 23.5%       |
| Secundaria   | 39                                 | 11.5%        | 27         | 7.9%         | 5         | 1.5%        | 71         | 20.9%       |
| Preparatoria | 31                                 | 9.1%         | 27         | 7.9%         | 6         | 1.8%        | 64         | 18.8%       |
| Licenciatura | 33                                 | 9.7%         | 36         | 10.6%        | 8         | 2.4%        | 77         | 22.6%       |
| Posgrado     | 15                                 | 4.4%         | 14         | 4.1%         | 0         | 0.0%        | 29         | 8.5%        |
| <b>Total</b> | <b>168</b>                         | <b>49.4%</b> | <b>148</b> | <b>43.5%</b> | <b>24</b> | <b>7.1%</b> | <b>340</b> | <b>100%</b> |

Fuente: n=340 Navarro-M RU, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Garay-J S. Evaluación del grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores del HGZ/UMF No.8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2018

**GRÁFICA 15. ESCOLARIDAD Y GRADO DE DEPENDENCIA A LA NICOTINA EN PACIENTES DEL HGZ/UMF No. 8**



Fuente: n=340 Navarro-M RU, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Garay-J S. Evaluación del grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores del HGZ/UMF No.8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2018.

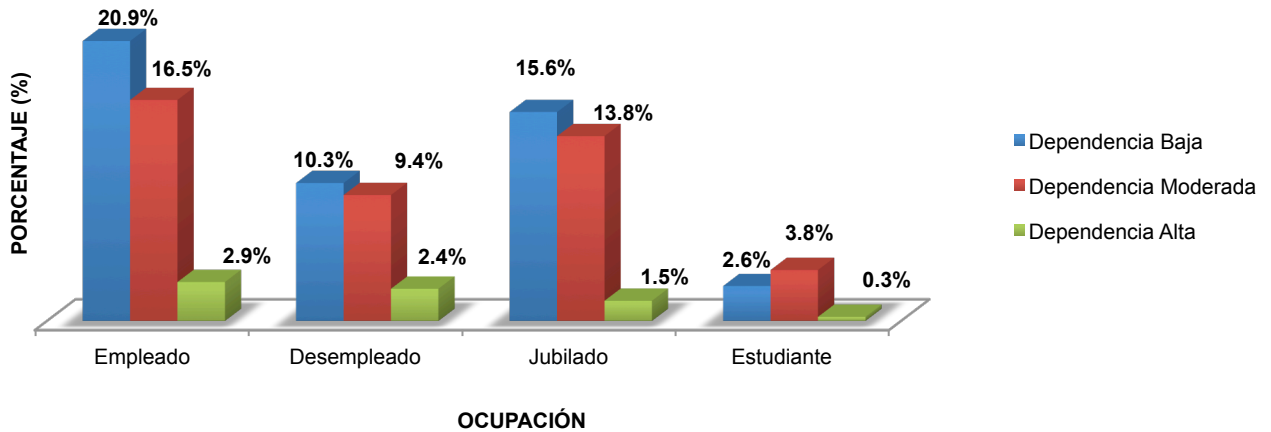


**TABLA 16. OCUPACIÓN Y GRADO DE DEPENDENCIA A LA NICOTINA EN PACIENTES DEL HGZ/UMF No. 8**

| Ocupación   | Grado de dependencia a la nicotina |            |          |            |      |            | Total | Porcentaje |
|-------------|------------------------------------|------------|----------|------------|------|------------|-------|------------|
|             | Baja                               | Porcentaje | Moderada | Porcentaje | Alta | Porcentaje |       |            |
| Empleado    | 71                                 | 20.9%      | 56       | 16.5%      | 10   | 2.9%       | 137   | 40.3%      |
| Desempleado | 35                                 | 10.3%      | 32       | 9.4%       | 8    | 2.4%       | 75    | 22.1%      |
| Jubilado    | 53                                 | 15.6%      | 47       | 13.8%      | 5    | 1.5%       | 105   | 30.9%      |
| Estudiante  | 9                                  | 2.6%       | 13       | 3.8%       | 1    | 0.3%       | 23    | 6.8%       |
| Total       | 168                                | 49.4%      | 148      | 43.5%      | 24   | 7.1%       | 340   | 100%       |

Fuente: n=340 Navarro-M RU, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Garay-J S. Evaluación del grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores del HGZ/UMF No.8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2018

**GRÁFICA 16. OCUPACIÓN Y GRADO DE DEPENDENCIA A LA NICOTINA EN PACIENTES DEL HGZ/UMF No. 8**



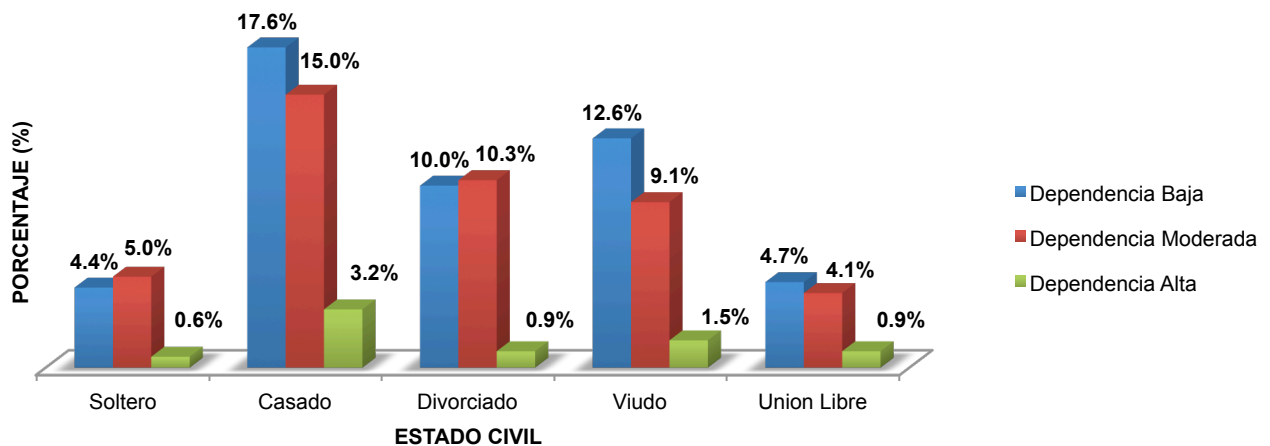
Fuente: n=340 Navarro-M RU, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Garay-J S. Evaluación del grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores del HGZ/UMF No.8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2018

**TABLA 17. ESTADO CIVIL Y GRADO DE DEPENDENCIA A LA NICOTINA EN PACIENTES DEL HGZ/UMF No. 8**

| Edo. Civil  | Grado de dependencia a la nicotina |            |          |            |      |            | Total | Porcentaje |
|-------------|------------------------------------|------------|----------|------------|------|------------|-------|------------|
|             | Baja                               | Porcentaje | Moderada | Porcentaje | Alta | Porcentaje |       |            |
| Soltero     | 15                                 | 4.4%       | 17       | 5.0%       | 2    | 0.6%       | 34    | 10.0%      |
| Casado      | 60                                 | 17.6%      | 51       | 15.0%      | 11   | 3.2%       | 122   | 35.9%      |
| Divorciado  | 34                                 | 10.0%      | 35       | 10.3%      | 3    | 0.9%       | 72    | 21.2%      |
| Viudo       | 43                                 | 12.6%      | 31       | 9.1%       | 5    | 1.5%       | 79    | 23.2%      |
| Unión Libre | 16                                 | 4.7%       | 14       | 4.1%       | 3    | 0.9%       | 33    | 9.7%       |
| Total       | 168                                | 49.4%      | 148      | 43.5%      | 24   | 7.1%       | 340   | 100%       |

Fuente: n=340 Navarro-M RU, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Garay-J S. Evaluación del grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores del HGZ/UMF No.8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2018

**GRÁFICA 17. ESTADO CIVIL Y GRADO DE DEPENDENCIA A LA NICOTINA EN PACIENTES DEL HGZ/UMF No. 8**



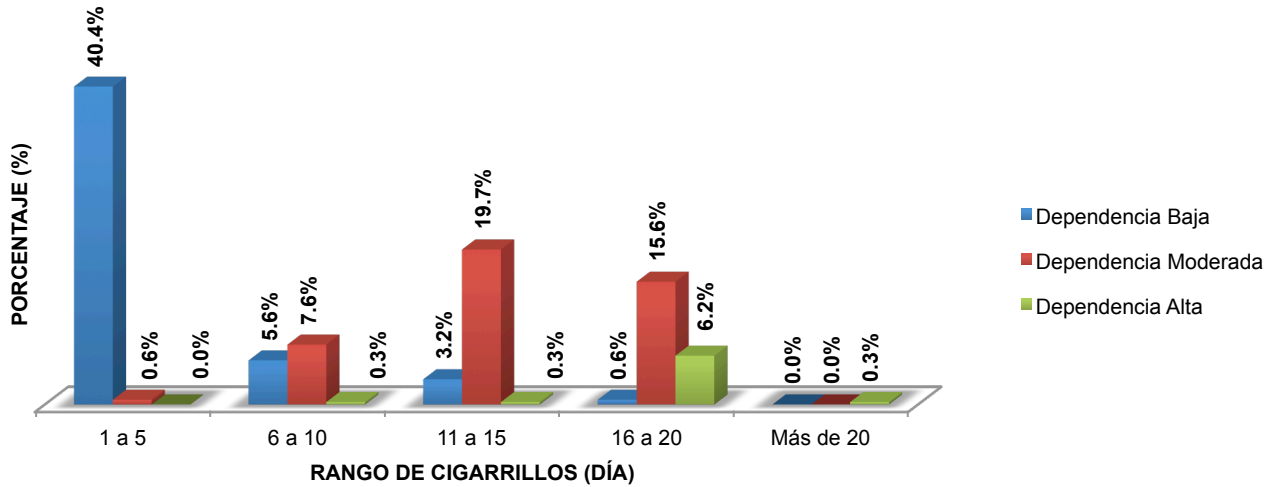
Fuente: n=340 Navarro-M RU, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Garay-J S. Evaluación del grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores del HGZ/UMF No.8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2018

**TABLA 18. RANGO DE CIGARRILLOS AL DÍA Y GRADO DE DEPENDENCIA A LA NICOTINA EN PACIENTES DEL HGZ/UMF No. 8**

| Rango Cigarrillos (día) | Grado de dependencia a la nicotina |            |          |            |      |            | Total | Porcentaje |
|-------------------------|------------------------------------|------------|----------|------------|------|------------|-------|------------|
|                         | Baja                               | Porcentaje | Moderada | Porcentaje | Alta | Porcentaje |       |            |
| 1 a 5                   | 136                                | 40.0%      | 2        | 0.6%       | 0    | 0%         | 138   | 40.6%      |
| 6 a 10                  | 19                                 | 5.6%       | 26       | 7.6%       | 1    | 0.3%       | 46    | 13.5%      |
| 11 a 15                 | 11                                 | 3.2%       | 67       | 19.7%      | 1    | 0.3%       | 79    | 23.2%      |
| 16 a 20                 | 2                                  | 0.6%       | 53       | 15.6%      | 21   | 6.2%       | 76    | 22.4%      |
| Más de 20               | 0                                  | 0%         | 0        | 0%         | 1    | 0.3%       | 1     | 0.3%       |
| Total                   | 168                                | 49.4%      | 148      | 43.5%      | 24   | 7.1%       | 340   | 100%       |

Fuente: n=340 Navarro-M RU, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Garay-J S. Evaluación del grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores del HGZ/UMF No.8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2018

**GRÁFICA 18. RANGO DE CIGARRILLOS AL DÍA Y GRADO DE DEPENDENCIA A LA NICOTINA EN PACIENTES DEL HGZ/UMF No. 8**



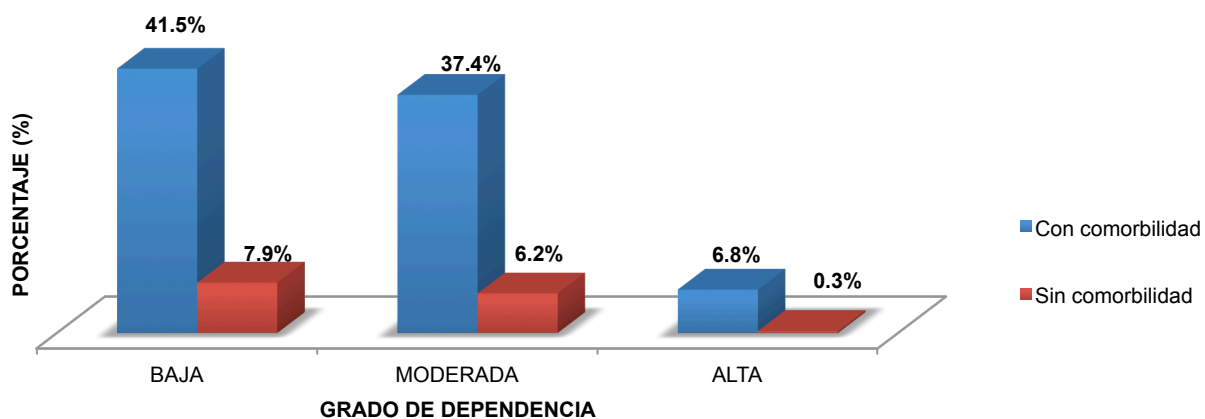
Fuente: n=340 Navarro-M RU, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Garay-J S. Evaluación del grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores del HGZ/UMF No.8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2018

**TABLA 19. COMORBILIDAD ASOCIADA Y GRADO DE DEPENDENCIA A LA NICOTINA EN PACIENTES DEL HGZ/UMF No. 8**

| Grado de dependencia a la nicotina |      |            |          |            |      |            |       |            |
|------------------------------------|------|------------|----------|------------|------|------------|-------|------------|
| Comorbilidad                       | Baja | Porcentaje | Moderada | Porcentaje | Alta | Porcentaje | Total | Porcentaje |
| Sí                                 | 141  | 41.5%      | 127      | 37.4%      | 23   | 6.8%       | 291   | 85.6%      |
| No                                 | 27   | 7.9%       | 21       | 6.2%       | 1    | 0.3%       | 49    | 14.4%      |
| Total                              | 168  | 49.4%      | 148      | 43.5%      | 24   | 7.1%       | 340   | 100%       |

Fuente: n=340 Navarro-M RU, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Garay-J S. Evaluación del grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores del HGZ/UMF No.8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2018

**GRÁFICA 19. COMORBILIDAD ASOCIADA Y GRADO DE DEPENDENCIA A LA NICOTINA EN PACIENTES DEL HGZ/UMF No. 8**



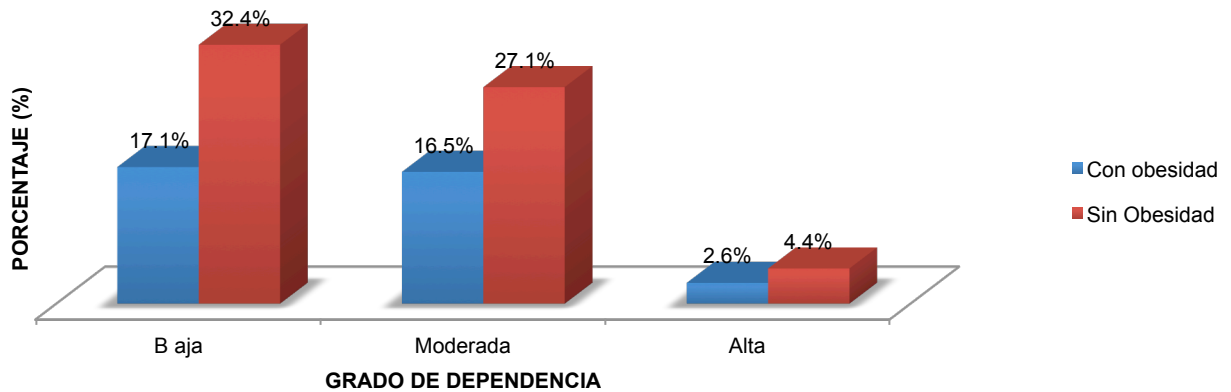
Fuente: n=340 Navarro-M RU, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Garay-J S. Evaluación del grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores del HGZ/UMF No.8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2018

**TABLA 20. OBESIDAD Y GRADO DE DEPENDENCIA A LA NICOTINA EN PACIENTES DEL HGZ/UMF No. 8**

| Grado de dependencia a la nicotina |      |            |          |            |      |            |       |            |
|------------------------------------|------|------------|----------|------------|------|------------|-------|------------|
| Obesidad                           | Baja | Porcentaje | Moderada | Porcentaje | Alta | Porcentaje | Total | Porcentaje |
| Sí                                 | 58   | 17.1%      | 56       | 16.5%      | 9    | 2.6%       | 123   | 36.2%      |
| No                                 | 110  | 32.4%      | 92       | 27.1%      | 15   | 4.4%       | 217   | 62.8%      |
| Total                              | 168  | 49.4%      | 148      | 43.5%      | 24   | 7.1%       | 340   | 100%       |

Fuente: n=340 Navarro-M RU, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Garay-J S. Evaluación del grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores del HGZ/UMF No.8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2018

**GRÁFICA 20. OBESIDAD Y GRADO DE DEPENDENCIA A LA NICOTINA EN PACIENTES DEL HGZ/UMF No. 8**



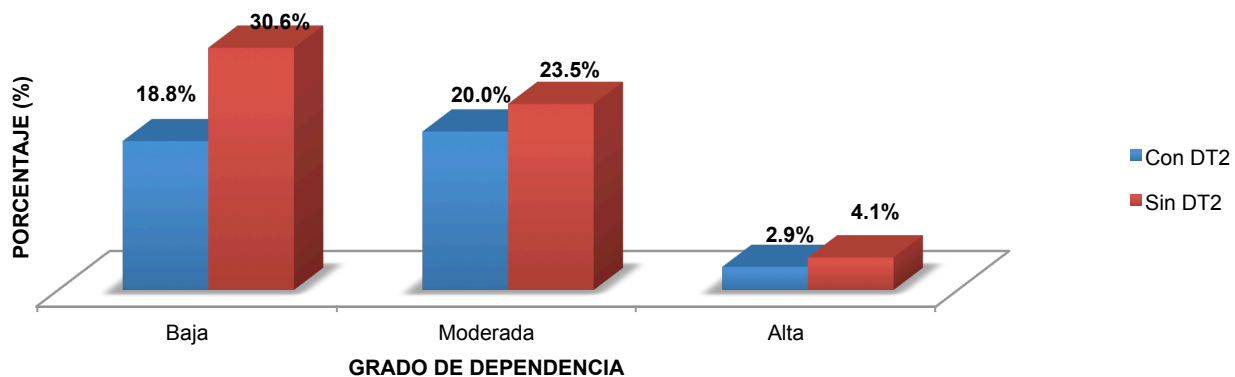
Fuente: n=340 Navarro-M RU, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Garay-J S. Evaluación del grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores del HGZ/UMF No.8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2018

**TABLA 21. DIABETES TIPO 2 Y GRADO DE DEPENDENCIA A LA NICOTINA EN PACIENTES DEL HGZ/UMF No. 8**

| Grado de dependencia a la nicotina |      |            |          |            |      |            |       |            |
|------------------------------------|------|------------|----------|------------|------|------------|-------|------------|
| DT2                                | Baja | Porcentaje | Moderada | Porcentaje | Alta | Porcentaje | Total | Porcentaje |
| Sí                                 | 64   | 18.8%      | 68       | 20.0%      | 10   | 2.9%       | 142   | 41.8%      |
| No                                 | 104  | 30.6%      | 80       | 23.5%      | 14   | 4.1%       | 198   | 58.2%      |
| Total                              | 168  | 49.4%      | 148      | 43.5%      | 24   | 7.1%       | 340   | 100%       |

Fuente: n=340 Navarro-M RU, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Garay-J S. Evaluación del grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores del HGZ/UMF No.8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2018

**GRÁFICA 21. DIABETES TIPO 2 Y GRADO DE DEPENDENCIA A LA NICOTINA EN PACIENTES DEL HGZ/UMF NO. 8**



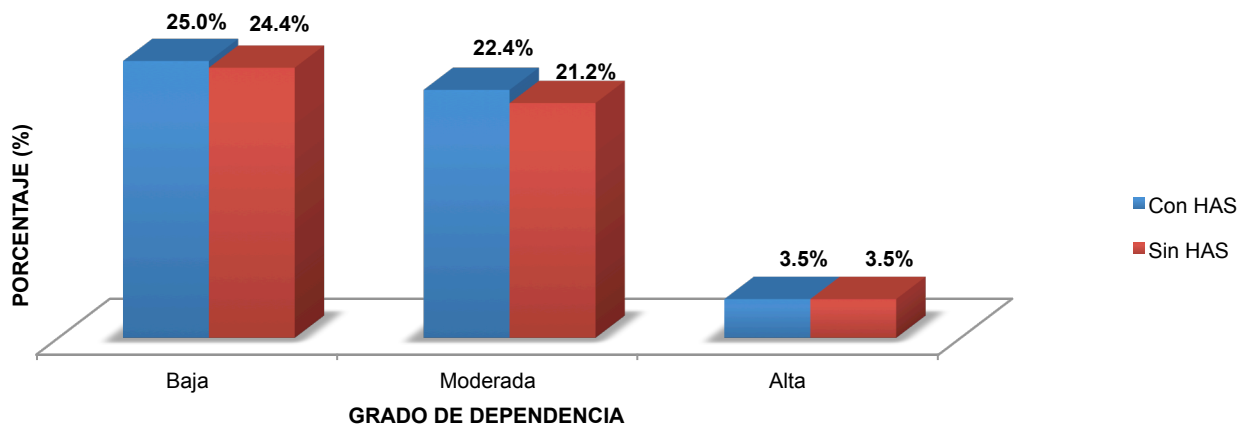
Fuente: n=340 Navarro-M RU, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Garay-J S. Evaluación del grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores del HGZ/UMF No.8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2018

**TABLA 22. HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA Y GRADO DE DEPENDENCIA A LA NICOTINA EN PACIENTES DEL HGZ/UMF No. 8**

| Grado de dependencia a la nicotina |      |            |          |            |      |            |       |            |
|------------------------------------|------|------------|----------|------------|------|------------|-------|------------|
| HAS                                | Baja | Porcentaje | Moderada | Porcentaje | Alta | Porcentaje | Total | Porcentaje |
| Sí                                 | 85   | 25.0%      | 76       | 22.4%      | 12   | 3.5%       | 173   | 50.9%      |
| No                                 | 83   | 24.4%      | 72       | 21.2%      | 12   | 3.5%       | 167   | 49.1%      |
| Total                              | 168  | 49.4%      | 148      | 43.5%      | 24   | 7.1%       | 340   | 100%       |

Fuente: n=340 Navarro-M RU, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Garay-J S. Evaluación del grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores del HGZ/UMF No.8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2018

**GRÁFICA 22. HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA Y GRADO DE DEPENDENCIA A LA NICOTINA EN PACIENTES DEL HGZ/UMF No. 8**



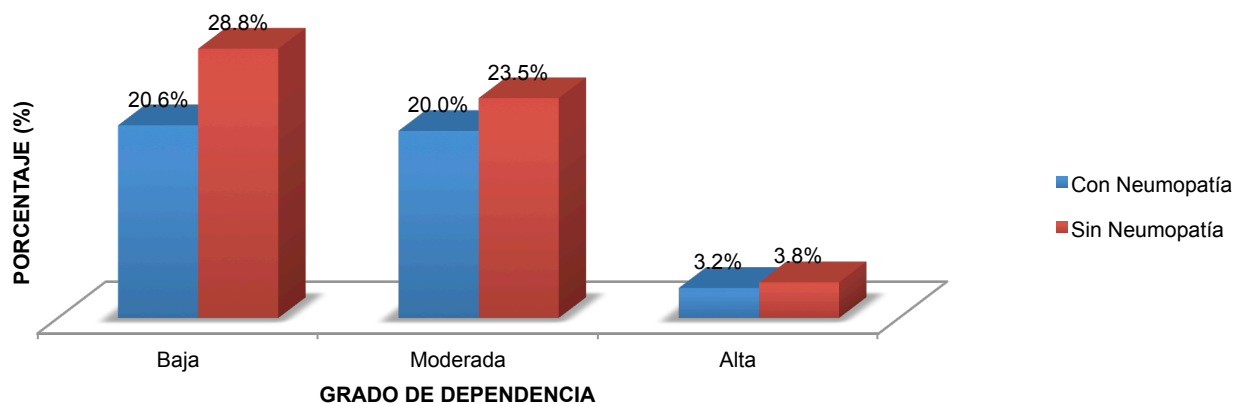
Fuente: n=340 Navarro-M RU, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Garay-J S. Evaluación del grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores del HGZ/UMF No.8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2018

**TABLA 23. NEUMOPATÍAS Y GRADO DE DEPENDENCIA A LA NICOTINA EN PACIENTES DEL HGZ/UMF No 8**

| Neumopatías | Grado de dependencia a la nicotina |            |          |            |      |            | Total | Porcentaje |
|-------------|------------------------------------|------------|----------|------------|------|------------|-------|------------|
|             | Baja                               | Porcentaje | Moderada | Porcentaje | Alta | Porcentaje |       |            |
| Sí          | 70                                 | 20.6%      | 68       | 20.0%      | 11   | 3.2%       | 149   | 43.8%      |
| No          | 98                                 | 28.8%      | 80       | 23.5%      | 13   | 3.8%       | 191   | 56.2%      |
| Total       | 168                                | 49.4%      | 148      | 43.5%      | 24   | 7.1%       | 340   | 100%       |

Fuente: n=340 Navarro-M RU, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Garay-J S. Evaluación del grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores del HGZ/UMF No.8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2018

**GRÁFICA 23. NEUMOPATÍAS Y GRADO DE DEPENDENCIA A LA NICOTINA EN PACIENTES DEL HGZ/UMF No. 8**



Fuente: n=340 Navarro-M RU, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Garay-J S. Evaluación del grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores del HGZ/UMF No.8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2018

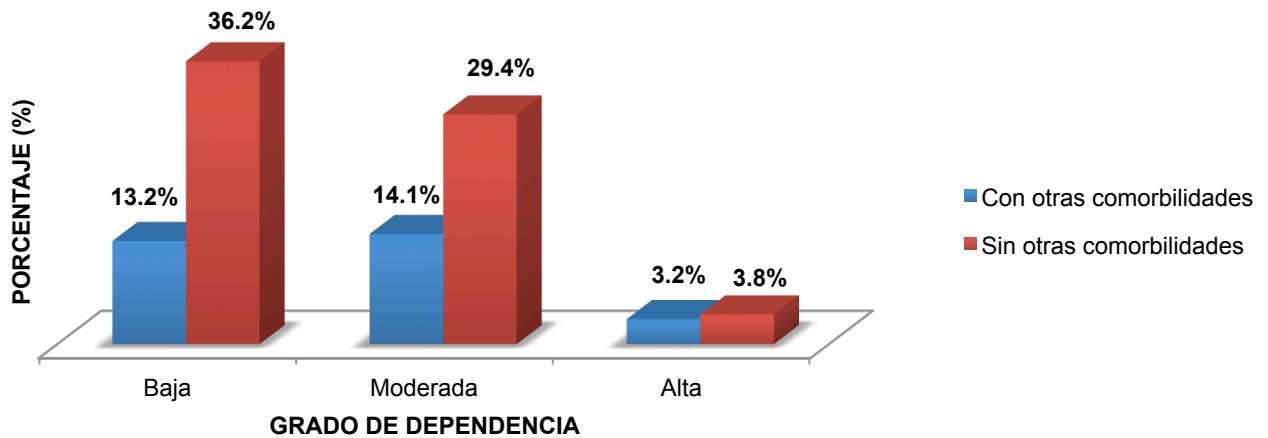


**TABLA 24. OTRAS COMORBILIDADES Y GRADO DE DEPENDENCIA A LA NICOTINA EN PACIENTES DEL HGZ/UMF No. 8**

| Otras | Grado de dependencia a la nicotina |            |          |            |      |            | Total | Porcentaje |
|-------|------------------------------------|------------|----------|------------|------|------------|-------|------------|
|       | Baja                               | Porcentaje | Moderada | Porcentaje | Alta | Porcentaje |       |            |
| Sí    | 45                                 | 13.2%      | 48       | 14.1%      | 11   | 3.2%       | 104   | 30.6%      |
| No    | 123                                | 36.2%      | 100      | 29.4%      | 13   | 3.8%       | 236   | 69.4%      |
| Total | 168                                | 49.4%      | 148      | 43.5%      | 24   | 7.1%       | 340   | 100%       |

Fuente: n=340 Navarro-M RU, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Garay-J S. Evaluación del grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores del HGZ/UMF No.8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2018

**GRÁFICA 24. OTRAS COMORBILIDADES Y GRADO DE DEPENDENCIA A LA NICOTINA EN PACIENTES DEL HGZ/UMF No. 8**



Fuente: n=340 Navarro-M RU, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Garay-J S. Evaluación del grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores del HGZ/UMF No.8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2018

## 22. DISCUSIONES

En el presente estudio se evaluó el grado de dependencia física a la nicotina en fumadores mayores de 18 años de edad, Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8, utilizando el test de Fagerström, así mismo se analizaron las variables sociodemográficas.

De acuerdo a un estudio realizado por Landea RM y cols. “Prevalencia del tabaquismo, dependencia y motivación para dejar de fumar en los trabajadores de un Hospital General”. (Argentina 2016). En donde se evaluó el grado de dependencia a la nicotina, encontrándose dependencia baja en el 51%, moderada en el 45% y alta en un 4% <sup>73</sup>. En nuestro estudio se encontró dependencia baja en el 49.4%, moderada en un 43.5% y alta en el 7.1%, lo cual es similar ya que ambas poblaciones son latinas, están expuestas a los mismos factores de riesgo así como la población estudiada comparte el rango de edad.

En otros estudios realizados por; Rivas V., y cols., “Género y tabaquismo en estudiantes de medicina de una Universidad Mexicana”, (México, 2015) <sup>75</sup> y Seijas B., y cols. “Dependencia de nicotina, seguimiento a un año plazo de pacientes tratados con terapia grupal más reemplazo de nicotina”. (Chile 2014) <sup>76</sup>. Situaban a sus pacientes en nivel de dependencia baja, cercano al 50% en ambos estudios. En este estudio la población mayoritaria es similar con nivel de dependencia baja en un 49.4%. Ya que se menciona que la gran mayoría de pacientes consume en bajo número de cigarrillos al día de una manera aislada. De tal forma que si el paciente con el hábito tabáquico no mantiene un estricto control en el deseo de fumar, el comportamiento de la adicción puede ser mayor al grado de dependencia. Así como se demostró que conforme aumentó la edad el grado de dependencia fue mayor, por lo que, esto hace pensar que un abordaje temprano de la dependencia podría evitar un desenlace fatal para nuestra población.

En un estudio realizado por la “Encuesta Nacional de Adicciones”. (México 2011). Hubo un incremento importante en el número de población con tabaquismo. En 2002 era un 9% para hombres y 3.8% en mujeres, para el 2011 aumento a un 12.3% y 8,3% respectivamente, lo que llevó a un incremento del consumo de tabaco<sup>13</sup>. En nuestro estudio se encontró que el 52% de los fumadores son del sexo femenino y el 48% del sexo masculino, lo cual es similar a los datos proporcionados en la encuesta, en nuestra población hay un mayor número de derechohabientes del sexo femenino en comparación con el sexo masculino. De Igual manera respecto a la “Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos”. (México 2015)<sup>14</sup>. Se puede observar que hubo un descenso significativo en la prevalencia de consumo de tabaco en los hombres en comparación con las mujeres, esto concuerda con los resultados de nuestro estudio, al igual que se reporta en un estudio realizado por el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), “Las mujeres y el tabaquismo: informe de la Dirección General de SaludPública”. (Atlanta 2017)<sup>77</sup>. Esto puede ser explicado por que, ahora el sexo femenino presenta un incremento en el consumo de tabaco por la connotación que la cultura ha dado en los últimos años al consumo de tabaco por mujeres, vinculándolo a la igualdad de derechos, a la lucha por la equidad de género, de justicia y de autonomía, entre otros, hace que el tabaquismo tenga mayor aceptación social y crezca rápidamente a pesar de que el organismo de la mujer es más vulnerable a los efectos del tabaco, lo cual nos obliga a realizar actividades informativas sobre los daños que esto ocasiona.

En el estudio realizado por la “Comisión Nacional Contra las Adicciones”, (México 2017)<sup>74</sup>, A nivel nacional se estima que 21.7% de la población mexicana de 12 a 65 años, es fumadora activa, en promedio inician el consumo de tabaco a los 20.4 años y fuman 6.5 cigarrillos al día, el 50% de los fumadores diarios, fuma menos de 4 cigarrillos al día. Esto es similar con los resultados en nuestra población, ya que obtuvimos un 29.1% y 26.2% para la población de 18 y 20 años respectivamente, así como el 40.6% de nuestra población estudiada consume de 1 a 5 cigarrillos al día, lo cual se acerca al valor promedio de la población. Los resultados son similares a lo reportado en la bibliografía, debido a que ambos estudios son realizados en población mexicana, la cual tiene la misma exposición a factores de riesgo, nivel socio económico y escolaridad, así como se menciona que, el patrón de consumo del fumador mexicano es principalmente de tipo ocasional.

En el estudio realizado por la “Encuesta Nacional de Adicciones”, (México 2011) <sup>13</sup> y por la “Comisión Nacional Contra las Adicciones”, (México 2017) <sup>74</sup>, se observó que la población fumadora tenía un nivel de educación; medio superior, superior y posgrado, mientras que en nuestro estudio, la población presentó niveles de educación primaria en 23.5%, seguida de licenciatura en 22.6%, en nivel secundaria un 21%, bachillerato fue del 18.8%, posgrado en 8.5% y analfabeta en 5.6%, predominando el nivel de educación primaria y en segundo lugar de licenciatura, lo cual es similar solo a nivel licenciatura, esto se a encontrado en otro estudio, realizado por Sanchez H. CM., y cols. Llamado “Tabaquismo entre universitarios: caracterización del uso en la visión de los estudiantes”. (Honduras 2016) <sup>78</sup>. En el que se reporta, que el consumo de tabaco se hace por desahogo, para liberar estrés o encajar en el grupo social, por la influencia de amigos, por un ambiente diferente, el contagio y la vergüenza que sienten al rechazar una invitación para fumar es lo que orienta al estudiante de licenciatura a fumar, aunado a está se reportó como un estimulante para estar despierto así como para bajar de peso y en el caso de los varones; demostrar su masculinidad, por el prejuicio de no ser aceptado sino se fumaba.

En un estudio realizado por Francisco R. J. y cols. Llamado “Consumo de tabaco en adultos de Monterrey: relación con actividad físico-deportiva y familia”. (Monterrey 2015) <sup>79</sup>, se encontró que el 40.5% de la población con tabaquismo, su estado civil era casado, en nuestro estudio coincide presentando un valor del 35.9%, esto se puede inferir a que hay una mayor probabilidad de ser un fumador de manera esporádica y/o habitual cuando un miembro de la familia presenta esté tipo de hábito.

En un estudio realizado por Díaz P. JA. Y cols. Llamado “Comorbilidad y hábito tabáquico en pacientes atendidos en Servicios de Medicina Interna. Estudio COTAMIR”. (Galicia 2014). Se encontró que: hipertensión arterial sistémica se presentaba en un 54.5%, las neumopatías ocupaban el 39.5%, así como diabetes tipo 2 en un 24.9%. En nuestro estudio encontramos que las cifras de hipertensión arterial sistémica fueron de 50.9%, neumopatías en un 43.8% y diabetes tipo 2 en un 41.8%, por lo que al comparar los resultados de hipertensión y Neumopatías encontramos que los resultados son similares, ya que el tabaquismo representa un factor de riesgo importante para el desarrollo de estas comorbilidades, así como en el riesgo de complicaciones de las mismas, la diferencia que se marca es, que nuestra población presenta un mayor porcentaje de personas con diabetes tipo 2 con un 16.9% mayor que la población de Galicia, esto se puede deber a que la población mexicana estadísticamente, presenta mayor número de población con diabetes tipo 2, que la población Europea.

Dentro de los alcances de nuestro estudio fue determinar el grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores de nuestro hospital, encontrando que el nivel de dependencia mayoritario fue bajo, seguido del moderado y en poco porcentaje el grado alto, esto nos ayuda a poder identificar a los pacientes con riesgo de desarrollar una mayor dependencia, así como el poder brindar una buena promoción a la salud, sobre las implicaciones que el tabaquismo conlleva, para poder mejorar la calidad de vida de los pacientes, así como lograr un buen desapego del hábito tabáquico de manera integral con todo el personal de salud.

Es por ello que a pesar de que gran parte de la población estudiada se encuentre con un grado bajo de dependencia, esto podría considerarse como un problema de salud que requiere de tratamiento farmacológico sustitutivo como lo indica la literatura. Así mismo, esto debería dejar de percibirse como un problema de tipo social, ya que puede ser un factor de riesgo que incrementa la probabilidad de complicaciones crónicas de tipo respiratorias, cardiovasculares, cáncer, entre otras.

Otro de los alcances fue determinar las características sociodemográficas y las comorbilidades asociadas (obesidad, diabetes tipo 2, hipertensión arterial sistémica, Neumopatías y otras enfermedades), causantes de modificar la evolución clínica de los pacientes, que pueden desencadenar complicaciones o incluso que estas fueran causadas por el inicio de un tabaquismo temprano.

Un límite dentro de nuestro estudio, se menciona que el tabaquismo es prevalente entre los jóvenes y edad adulta temprana lo cual es mencionado en la literatura, en nuestro estudio no se encontró la asociación entre grupos de edad entrevistados, el promedio de edad de la población estudiada son adultos mayores en un 53% dejando a los adultos jóvenes en un 10% y adultos maduros en 37%, en la etapa de adulto joven es común encontrarse relativamente sano y con buen estado físico lo que hace que no se sientan vulnerables ante los efectos del tabaco, por lo cuál es difícil encontrar a este tipo de población dentro de nuestras instalaciones, aunado a la transición demográfica, motivo por el que nuestra población adulto mayor abarca más de la mitad de la población estudiada.

Otra limitación de nuestro estudio se encuentra que es un estudio transversal, esto es una desventaja ya que no permite identificar la variabilidad de la dependencia con el tiempo y no podemos dar seguimiento a la evolución de estos pacientes, sin embargo no deja la oportunidad de brindar una intervención terapéutica, muy independientemente de la edad, sobre todo considerando que cada vez es más frecuente encontrar pacientes jóvenes con factores de riesgo para cardiopatía y cáncer pulmonar e inclusive en niños de fumadores y esposas con tabaquismo pasivo, un argumento que puede explicar la motivación en dejar de fumar por grupos de edad es la permanencia de catalogar el tabaquismo como un vicio y no como una adicción. Con ello se podría brindar la promoción de la salud efectiva.

El presente estudio resulta de gran relevancia para **la práctica asistencial**, ya que se trata de pacientes que en su mayoría presenta enfermedades crónico degenerativas, las cuales pueden ser prevenibles, si se da un adecuado seguimiento, orientación y promoción de la salud así como en caso de ameritar tratamiento desde el primer nivel de atención médica. Ya que al ser nosotros el primer contacto con el paciente, podríamos intervenir para una detección oportuna así como brindar un manejo integral, evitando las complicaciones que esta patología conlleva.

**En el aspecto educativo:** Es importante conocer los factores involucrados que llevan al paciente a iniciar el tabaquismo así como el por que del mantenimiento de este hábito, para poder identificar de manera oportuna a pacientes, en cualquier rango de edad y realizar la promoción y prevención a la salud, con el fin de evitar las complicaciones, de esta manera podremos hacer hincapié en los programas y normas ya establecidos, para concientizar al personal de salud que están en contacto con los pacientes, así como involucrar a la familia en el logro de las metas terapéuticas de las patologías principales que presentan nuestros pacientes, para favorecer una mejora en su calidad de vida. Así como fortalecer los conocimientos de todo el personal de salud de primer nivel, para poder brindar una orientación adecuada en este tipo de pacientes.

**En el área de investigación:** Este estudio puede ser aplicado en diferentes aspectos, ya sea para profundizar en una o más de las variables que se estudiaron, haciendo un seguimiento durante un plazo de tiempo mayor de los mismos pacientes e investigando a los nuevos, para de esta manera hacer una vigilancia estrecha. Para la realización de futuros estudios en diferentes centros de salud y niveles de atención con el objetivo de mejorar los resultados en este proyecto. Así como hacer estudios comparativos en diferentes unidades de medicina familiar y poder identificar donde se encuentran las mayores debilidades y poder controlarlas con el fin de ayudar al paciente de una manera oportuna.

**En el rubro Administrativo:** Este estudio nos puede brindar la oportunidad de que nosotros como médicos familiares identifiquemos y limitemos los factores de riesgo, con ello lograr un adecuado control, evitaremos la desviación de recursos tanto humanos como materiales hacia las patologías que el tabaquismo conlleva, con el fin de evitar esto, se podría orientar en la aplicación de programas con mayor impacto en la población, mejorando la calidad de las herramientas que se brindan al personal de salud para la contratación de servicios de prevención o la capacitación del personal de salud, que se ven involucrados en la atención, para evitar las complicaciones y hospitalizaciones innecesarias.

## 23. CONCLUSIONES

En la presente investigación se cumplió el objetivo de evaluar el grado de dependencia a la nicotina en pacientes con tabaquismo del HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”. Encontrando que el sexo predominante en esta población es femenino, con edad de inicio del hábito tabaquico promedio es de los 14 a 20 años, con más de la mitad de la población estudiada con un grado de dependencia a la nicotina de leve a moderada.

Con los resultados obtenidos en nuestro estudio de acuerdo a las hipótesis planteadas con fines educativos, se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula, concluyéndose que los fumadores del HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, no estuvieron exentos de presentar algún grado de la dependencia a la nicotina, congruente con lo reportado en la Encuesta Nacional de Adicciones y la Comisión Nacional Contra las Adicciones.

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

La atención médica de primer nivel ofrece un marco idóneo para realizar consejería antitabaco; ya que el médico familiar es el profesional de la salud que tiene más contacto con personas fumadoras sanas y/o enfermas. Es el que tempranamente puede colaborar en la educación para la salud, por lo que una buena relación médico paciente puede facilitar el abordaje de los fumadores y su seguimiento en el proceso de abandono del tabaco, con muy buenos resultados, según lo ya comprobado en algunos estudios. Teniendo lo anterior, el medico familiar debe promover la motivación, la voluntad para abandonar el cigarro, así como integrar a la familia del paciente, con el fin de promover la disminución del consumo de tabaco.

El trabajo demostró factibilidad de aplicar por el médico la escala dependencia de la nicotina (test de Fagerström) para identificar y abordar pacientes fumadores.

## 24. BIBLIOGRAFIA

1. OMS. Día Mundial Sin Tabaco. Organización mundial de la salud. [Internet]. 2017. [Último acceso: diciembre 2017]. Disponible en: <http://who.int/campaigns/no-tobacco-day/2017/es/>
2. Tarrazo, M., Pérez-Ríos, M., Santiago-Pérez, M., Malvar, A., Suanzes, J. and Hervada, X. Cambios en el consumo de tabaco: Auge del tabaco de liar e introducción de los cigarrillos electrónicos. 2016. Gac Sanit. [Internet]. 2017; 31(3):204-209, Disponible en: <http://sciencedirect.com/article/pii/S0213911116301224>
3. OMS. Tabaco. Organización mundial de la salud. [Internet]. 2016. [Último acceso: octubre 2016] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es/>
4. OPS. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud (CIE-10). [Internet]. 2013. 10th ed. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud. [Último acceso: octubre 2016]. Disponible en: <http://publications.paho.org/product.php?productid=990&cat=85&page=1%20>
5. González Romero, P., Cuevas Fernández, F., Marcelino Rodríguez, I., Rodríguez Pérez, M., Cabrera de León, A. and Aguirre-Jaime, A. ETAP: una escala de tabaquismo para la atención primaria de salud. Atención Primaria, [Internet]. 2016; 48(5), 288-294. Disponible en: <http://www.m.elsevier.es/es-revista-atención-primaria-27-artículo-etap-una-escala-tabaquismo-atención-S0212656715002449>
6. ENSANUT. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. [Internet]. 2016 [Último acceso: enero 2017]. Disponible en: <http://www.inp.mx/avisos/4576-resultados-ensanut-mc-2016.html>
7. WHO. WHO Study Group on Tobacco Product Regulation. [Internet]. 2015. 1st ed. Geneva: World Health Organization. [Último acceso octubre 2016]. Disponible en: <http://www.apps.who.int/iris/bitstream/10665/161512/1/9789241209892.pdf>
8. WHO. WHO report in the global tobacco epidemic. [Internet]. 2017. [Último acceso diciembre 2017]. Disponible en: [http://www.who.int/tobacco/global\\_report/2017/en/](http://www.who.int/tobacco/global_report/2017/en/)
9. Chen, L., Xian, H., Gruzca, R., Saccone, N., Wang, J., Johnson, E., Breslau, N., Hatsukami, D. and Bierut, L. Nicotine dependence and comorbid psychiatric disorders: Examination of specific genetic variants in the CHR5A5-A3-B4 nicotinic receptor genes. Drug and Alcohol Dependence. [Internet]. 2013; 123S S42-S51. Disponible en: [http://www.drugandalcoholdependence.com/article/S0376-8716\(12\)00031-2/pdf](http://www.drugandalcoholdependence.com/article/S0376-8716(12)00031-2/pdf)
10. OPS. Informe sobre el Control del Tabaco en la Región de las Américas. Organización Panamericana de la Salud. Washington, DC. [Internet]. 2016. [Último acceso: octubre 2016]. Disponible en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=23415&Itemid=270&lang=en](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=23415&Itemid=270&lang=en)
11. OMS. Día Mundial sin tabaco. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. 2016. [Último acceso: mayo 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/tobacco/wntd/2017/announcement/es/index.html>
12. Pichon-Riviere A., et al. Carga de Enfermedad Atribuible al Tabaquismo en México. Documento Técnico IECS N° 10. Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria, Buenos aires, Argentina. [Internet]. 2013. [Último acceso: octubre 2016]. Disponible en: [http://media.controltabaco.mx/content/2013/Tabaquismo\\_en\\_M%C3%A9xico.pdf](http://media.controltabaco.mx/content/2013/Tabaquismo_en_M%C3%A9xico.pdf)



13. SSA. Encuesta Nacional de Adicciones 2011 Reporte Tabaco. [Internet]. 2011. [Último acceso: agosto 2017]. Disponible en: <http://www.controltabaco.mx/publicaciones/encuesta-nacional-de-adicciones-2011-tabaco>.
14. Organización Panamericana de la Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos. México 2015. Cuernavaca, México: INSP/OPS, [Internet]. 2017 [Último acceso: noviembre 2017]. Disponible en: [http://media.controltabaco.mx/content/productos/2017/GATS\\_2015\\_ESPA%C3%91OL\\_\(electr%C3%B3nico\)\\_5\\_julio6.pdf](http://media.controltabaco.mx/content/productos/2017/GATS_2015_ESPA%C3%91OL_(electr%C3%B3nico)_5_julio6.pdf)
15. Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. [Internet]. 2003. [Último acceso noviembre 2017] Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42811/1/9241591913.pdf?ua=1>
16. Ley General para el Control del Tabaco. Diario Oficial de la Federación. 30/04/2008. México, DF: Congreso General, [Internet]. 2008. [Último acceso agosto 2017] Disponible en: <http://diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGCT.pdf>
17. Pérez Cruz, N., Pérez Cruz, H., Fernández Manchón, E., Nicotina y Adicción: un enfoque molecular del tabaquismo. Rev haban cienc méd [Internet]. 2007. [Último acceso: diciembre 2016] 6(1). Disponible en: [http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2007000100006](http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2007000100006)
18. Colegio de salud pública de yucatán, mérida, yucatán. Avances en el control del tabaquismo en México; la visión de la OPS/OMS. [Internet]. 2017. [Último acceso: diciembre 2017]. Disponilbe en: <http://nccd.cdc.gov/GTSSData>
19. Tony P. George, et al. Use of the nicotine metabolite ratio as a genetically informed biomarker of response to nicotine patch or varenicline for smoking cessation: a randomised, double-blind placebo-controlled trial. The Lancet. [Internet] 2015. 3(2) 131-138. Disponible en: [http://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600\(14\)70294-2/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600(14)70294-2/fulltext)
20. Arielle S. Selya. Et al. Nicotine dependence varying effects of smoking events on momentary mood changes among adolescents, NIH-PA. [Internet]. 2015. [Último acceso: diciembre 2016]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4252301/pdf/nihms631821.pdf>
21. Verde Rello, Z. and Santiago Dorrego, C. Genética del tabaquismo. Medicina Clínica. [Internet]. (2013); 140(2) 66-67. Disponible en: <http://www.elsevier.es/en-revista-medicina-clinica-2-articulo-genetica-del-tabaquismo-S0025775312007968>
22. Eriksen, M., Mackay, J y Ross, H. The tobacco Atlas, Fourth Edition. Atlanta: American Cancer Society and World Lung Foundation. [Internet]. (2015). [Último acceso: octubre 2016]. Disponible en: <http://www.tobaccoatlas.org/>
23. Ponciano G. Bases científicas de la vareniclina. Guía para la práctica clínica: Sistema para la cesación del tabaquismo. American College of Chest Physicians. [Internet] 2016. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-73482008000200007](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73482008000200007)
24. Foulds J. The neurobiological basis for partial agonist treatment of nicotine dependency: varenicline. Int J Clin Pract. [Internet]. 2016; 60 (5): 571-576. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1368-5031.2006.00955.x/full>

25. Pérez Cuadrado, S., Morán Tiesta, C., Carreño Freire, P., Suárez Del Villar Acebal, T., Cámara Sola, E. and Sánchez Fernández, Y. Consumo de psicofármacos y disfunción familiar. *Aten Primaria*. [Internet]. 2012; 41(3)153-157. Disponible en: <http://www.elsevier.es/pt-revista-atencion-primaria-27-articulo-consumo-psicofarmacos-disfuncion-familiar-S0212656708000541?redirectNew=true>
26. Dierker, L., Rose, J., Selya, A., Piasecki, T., Hedeker, D. and Mermelstein, R. Depression and nicotine dependence from adolescence to young adulthood. *Addictive Behaviors*. [Internet]. 2015; 41(3)124-128.
27. Herrera- Velazquez, M., Wagner, F., Velasco-Mondragón., Borges, G. Y Lazcano-Ponce, E. Inicio en el consumo de alcohol y tabaco, transición a otras drogas en estudiantes de Morelos, México. *Salud pública de México*. [Internet]. 2014; 42(2) 132-140. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v46n2/a06v46n2.pdf>
28. Leal B. BM., Ocampo O. Ma., Cícero S. 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. *Salud Mental*. [Internet]. 2016; 33(6)489-497. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/582/58219792003.pdf>
29. Spring, B., Cook, J., Appelhans, B., Maloney, A., Richmond, M., Vaughn, J. Hedeker, D. Nicotine effects on affective response in depression-prone smokers. *Psychopharmacology*. [Internet]. 2014; 196(3)461–471. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17960366>
30. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association; 2013. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.
31. Leventhal, A., Piper, M., Japuntich, S., Baker, T., & Cook, J. Anhedonia, Depressed Mood, and Smoking Cessation Outcome. *Journal of Consulting and Counseling Psychology*. [Internet]. 2014; 82(1) 122-129. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3934823/>
32. Idoia Jiménez Pulido. Evolución del consumo de tabaco, alcohol y drogas entre adolescentes en la última década y relación con el apoyo familiar. Universidad de Jaén. [Internet]. 2012. Disponible en: <http://www.samfyc.es/pdf/GdTAdol/2012003.pdf>
33. Contretas C. I., Luna D. MC., Arrieta P. RT., Auto-concepto del adolescente con y sin consumo de tabaco y alcohol. *Rev Fac Med UNAM*. [Internet]. 2015; 51(6) 239-242. Disponible en: <http://revistas.unam.mx/index.php/rfm/article/viewFile/14745/14045>
34. Trujillo-Guerrero TJ., Vázquez-Cruz E., Córdova-Soriano JA., Percepción de la funcionalidad familiar y el consumo de drogas en adolescentes. *Aten Fam*. [Internet]. 2016, 23(3). Disponible en: [http://www.fmposgrado.unam.mx/atencion\\_familiar/23-3.pdf](http://www.fmposgrado.unam.mx/atencion_familiar/23-3.pdf)
35. Lourdes M. Jaime V., Luis P. Caracterización del funcionamiento familiar en el paciente alcohólico. *Acta Médica del Centro*. [Internet]. 2014; 8(1)1-7. Disponible en: <http://www.revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/41/140>
36. Edna D.; Víctor M. Relación entre percepción de funcionalidad familiar y dependencia a la nicotina en jóvenes fumadores de 15 a 24 años. *Revista Médica MD* [Internet]. 2015; 6(4) 253-257. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=60318>

37. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *Br J Addict.* [Internet]. 1991; 86(9) 1119-27. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1932883>
38. 4th ed. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 2012. Barcelona Masson.
39. Rodríguez C. M., Veiga F. S., Ayesta J. Bases de la dependencia/adicción nicotínica. MIT [Internet]. 2015. 23(5) 104-135. Disponible en: [https://www.asturias.es/Astursalud/Imagen/AS\\_Salud%20Publica/AS\\_Drogas/Tabaco/Dependencia\\_adiccion\\_nicotinica.pdf](https://www.asturias.es/Astursalud/Imagen/AS_Salud%20Publica/AS_Drogas/Tabaco/Dependencia_adiccion_nicotinica.pdf)
40. Fagerström K. Determinants of tobacco use and renaming the FTND to the Fagerström Test for Cigarette Dependence. *Nicotine Tob Res.* [Internet]. 2012; 14(1)75-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22025545>
41. National Institute on Drug Abuse Clinical Trials Network. Instrument: Fagerström Test for Nicotine Dependence. *Psychopharmacology.* 2008. [Último acceso: mayo 2016]. 196(3) 461-571. Disponible en: <http://cde.drugabuse.gov/instrument/d7c0b0f5-b865-e4de-e040-bb89ad43202b>.
42. Prevención, diagnóstico y tratamiento del consumo de tabaco y humo ajeno, en el primer nivel de atención, México: Secretaría de Salud; 2009. Disponible: [www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html](http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html)
43. Johnson E. O., Chase G. A., Breslau N. Persistence of cigarette smoking: familial liability and the role of nicotine dependence. *Addiction* 2013; 97(1) 1063-1070
44. Test de Fagerström: dependencia de la nicotina. *Clin Invest Arterioscl* 2003; 15(5):196-233.
45. Becona E., Vázquez F. L., The Fagerström Test for Nicotine Dependence in a Spanish sample. *Psychological Reports* 1998; 83 (3 Pt2): 1455-1458
46. Fagerström K. O., Schneider N. Measuring nicotine dependence: a review of the FTND. *J Behav Med* 1989; 12:159-82.
47. Hughes, JR, Fiester, S, Goldstein, MG, et al. American Psychiatric Association practice guideline for treatment of patient with nicotine dependency. *Am J Psychiatry* 2016; 153(Suppl): S1
48. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: A US Public Health Service report. The Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline Panel, Staff, and Consortium Representatives. *JAMA* 2013; 283: 3244.
49. Sansores RH, Ramírez-Vengas A, Espinosa-Martínez M, Sandoval RA. Tratamientos para dejar de fumar disponibles en México. *Salud Pública de México* 2014; 44 supl 1: S116-S124.
50. Smoking and health: a physician's responsibility. A statement of the joint committee on smoking and health. American College of Chest Physicians, American Thoracic Society, Asia Pacific Society of Respiriology, Canadian Thoracic Society, European Respiratory Society, International Union Against Tuberculosis and Lung Disease. *Eur Respir J* 2015; 8: 1808.
51. Sigaly C., Stead L. F., Physician advice for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 4, 2014.* Oxford: Update Software.
52. Ellis A, Abrahams E. *Terapia Racional Emotiva (TRE).* Ed. Pax. México. 2012

53. Lancaster T. Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013; (3): CD001292. Review
54. Stead L. F., Lancaster T. Group behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014; (3): CD001007. Review
55. Sansores-Martínez RH, Córdoba Ponce MP, Espinosa Martínez M, Herrera-Kiengerher L, Ramírez-Venegas A y cols. Evaluación del programa cognitivo conductual para dejar de fumar del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. *Rev Inst Nal Enf Resp* 2015; 11: 29-35.
56. Shiffman S, West R, Gilbert D. Recommendation for the assessment of tobacco craving and withdrawal in smoking cessation trials. *Nicotine Tob Res* 2014; 6(4): 599-614.
57. Glover ED, Sachs DPL, Stitzer ML, et al. Smoking cessation in highly dependent smokers with 4 mg nicotine polacrilex. *Am J Health Behavior* 2016; 20: 319.
58. Henningfield JE. Nicotine medication for smoking cessation *N Engl J Med* 2015; 333 (1): 1196-1203
59. Begoña O., *Boletín Terapéutico del Consejo de Colegios Farmacéuticos de Euskadi.* 2014; 11(1) 5-20.
60. Guías Mexicanas para el Tratamiento del Tabaquismo. *Neumología y Cirugía de Tórax,* 2015; 64 (S2). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/neumo/nt-2015/nts052a.pdf>
61. Stapleton JA, Russell MAH, Feyerabben C, Wiseman SM, Gustavsson G, et al. Dose effects and predictors of outcome in a randomized trial of transdermal nicotine patches in general practice. *Addiction* 2015; 90: 31-42.
62. Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 4 2012.* Oxford: Update Software
63. Daughton DM, Fortmann SP, Glover ED, et al. The smoking cessation efficacy of varying doses of nicotine patch delivery systems 4 to 5 years post-quit day. *Prev Med* 2014; 28: 113.
64. Working group for the study of transdermal nicotine in patients with coronary artery disease. Nicotine replacement for patients with coronary artery disease. *Arch Intern Med* 2015; 154(1):89-95.
65. Benowitz NL, Gourlay SG. Cardiovascular toxicity of nicotine: Implications for nicotine replacement therapy. *J Am Coll Cardiol* 2014; 29: 1422-1431.
66. Mahmarian JJ, Moye LA, Nasser GA, et al. Nicotine patch therapy in smoking cessation reduces the extent of exercise-induced myocardial ischemia. *J Am Coll Cardiol* 2016; 30: 125.
67. Tonnesen P., Norregaard J., Mikkelsen K., Jorgensen S., Nilsson F., A double-blind trial of a nicotine inhaler for smoking cessation. *JAMA* 2013; 269: 1268-1271.
68. Hajek P, West R, Foulds J, et al. Randomized comparative trial of nicotine polacrilex, a transdermal patch, nasal spray, and an inhaler. *Arch Intern Med* 2015; 159:159-203.
69. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; (2): CD000031.

70. Hays JT, Hurt RD, Rigotti NA, et al. Sustained-release bupropion for pharmacologic relapse prevention after smoking cessation. A randomized, controlled trial. *Ann Intern Med* 2014; 135: 423
71. Hurt RD, Sachs DPL, Glover ED, Offord KP, Dale LC, et al. A Comparison of sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation. *N Engl J Med* 2017; 337: 1195
72. Jorenby DE, Leischow SSJ, Nides MA, Rennard SI, Jonson JAA, Hughes AR, et al. A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. *N Engl J Med* 2014; 340: 685-691.
73. Landea RM, Pozzi A, De Sandro JM, Gola V, Salazar M. Prevalencia del tabaquismo, dependencia y motivación para dejar de fumar en los trabajadores de un hospital general de argentina. *Revista Tórax*. [Internet]. 2016; 8 (15): 31-37. Disponible en: [www.archbronconeumol.org/es/pdf/X0300289616545510/S300/](http://www.archbronconeumol.org/es/pdf/X0300289616545510/S300/)
74. Reynales-Shigematsu LM, Zavala-Arciniega L, Paz-Ballesteros WC, Gutiérrez-Torres DS, García-Buendía JC, Rodríguez-Andrade MA, et al., Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Tabaco. Ciudad de México, México: INPRFM; 2017. Disponible en: [www.inprf.gob.mx](http://www.inprf.gob.mx), [www.conadic.gob.mx](http://www.conadic.gob.mx), [www.insp.mx](http://www.insp.mx)
75. Rivas V. JF., Cardaci D. Género y tabaquismo en estudiantes de medicina de una Universidad Mexicana. *La revista de investigación y Educación en Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia*. [Internet]. 2015. [Último acceso: enero 2018]. 15(2). Disponible en: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/viewFile/16945/14676>
76. Seijas B. D. Dependencia de nicotina, seguimiento a un año plazo de pacientes tratados con terapia grupal más reemplazo de nicotina. *Rev. Méd. Chile*. [Internet]. 2014. [Último acceso: enero 2018]. 127(11) 1313-1320.
77. Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), “Las mujeres y el tabaquismo: informe de la Dirección General de Salud Pública”. Atlanta. 2017. Disponible en: <http://www.cdc.gov/tobacco>
78. Sanchez H. CM. Y Pillon SC. “Tabaquismo entre universitarios: caracterización del uso en la visión de los estudiantes”. *Rev Latino Am Enfermagem*. . [Internet]. Honduras 2016; 720(7): May-June. Disponible en: <http://www.eerp.usp.br/rlae>
79. Francisco R. J., Isorna F. M., Ruiz R. J., y Vaquero C. R. “Consumo de Tabaco en adultos de Monterrey: relación con actividad físico-deportiva y familia”. *Nutr Hosp*. [Internet]. 2015; 32(2):808-816. Disponible en: <http://www.biblioteca.cij.gob.mx>tabaco1>

## **25. ANEXOS**

**(ANEXO 1) HOJA DE DATOS PERSONALES Y VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA**



**EVALUACIÓN DEL GRADO DE DEPENDENCIA A LA NICOTINA EN PACIENTES FUMADORES DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA / UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"**

**INSTRUCCIONES:**

*Lea cuidadosamente las siguientes preguntas de manera detallada y seleccione una sola respuesta, no deje preguntas sin contestar. Favor de completar los datos personales.*

|              |                     |                      |                     |                       |                       |                   |
|--------------|---------------------|----------------------|---------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------|
| Nombre       |                     |                      |                     |                       |                       |                   |
| Edad         |                     |                      |                     |                       |                       |                   |
| Sexo         | 1 ( )<br>Femenino   | 2 ( )<br>Masculino   |                     |                       |                       |                   |
| Escolaridad  | 1 ( )<br>Analfabeta | 2 ( )<br>Primaria    | 3 ( )<br>Secundaria | 4 ( )<br>Preparatoria | 5 ( )<br>Licenciatura | 6 ( )<br>Posgrado |
| Ocupación    | 1 ( )<br>Empleado   | 2 ( )<br>Desempleado | 3 ( )<br>Jubilado   | 4 ( )<br>Estudiante   |                       |                   |
| Estado Civil | 1 ( )<br>Soltero    | 2 ( )<br>Casado      | 3 ( )<br>Divorciado | 4 ( )<br>Viudo        | 5 ( )<br>Unión Libre  |                   |
| Religión     | 1 ( )<br>Creyente   | 2 ( )<br>No creyente |                     |                       |                       |                   |

|  |                      |                   |                       |
|--|----------------------|-------------------|-----------------------|
| ¿Usted fuma o fumo Tabaco?                     | 1 ( )<br>Sí          | 2 ( )<br>No       |                       |
| ¿A partir de qué edad inicio a fumar?          |                      |                   |                       |
| ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?              |                      |                   |                       |
| ¿Tiene alguna enfermedad crónico-degenerativa? | 1 ( )<br>Sí          | 2 ( )<br>No       |                       |
| ¿Cuál?   | 1 ( )<br>Obesidad    | 2 ( )<br>Diabetes | 3 ( )<br>Hipertensión |
|  | 4 ( )<br>Neumopatías | 5 ( )<br>Otra     |                       |

## (ANEXO 2) TEST DE FAGERSTRÖM

Seleccione la respuesta correcta en la casilla de puntuación.

| Pregunta  | Respuesta          | Puntuación |
|---|--------------------|------------|
| ¿Cuánto tiempo después de despertarse fuma su primer cigarrillo?                                    | Menos de 5 minutos | 3          |
|   | 6 a 30 minutos     | 2          |
|   | 31 a 60 minutos    | 1          |
|   | Más de 60 minutos  | 0          |
| ¿Encuentra dificultad para no fumar en los sitios donde está prohibido (cine, teatro, hospital...)? | Sí                 | 1          |
|   | No                 | 0          |
| ¿Qué cigarrillo le desagrada más dejar de fumar?  | El primero         | 1          |
|   | Otros              | 0          |
| ¿Cuántos cigarrillos fuma cada día?   | Más de 30          | 3          |
|   | 21 a 30            | 2          |
|   | 11 a 20            | 1          |
|   | Menos de 11        | 0          |
| ¿Fuma más durante las primeras horas tras levantarse que durante el resto del día?                  | Sí                 | 1          |
|   | No                 | 0          |
| ¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que guardar cama la mayor parte del día?                    | Sí                 | 1          |
|   | No                 | 0          |



### (ANEXO 3) CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO  
DELEGACIÓN SUR CDMX  
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS.  
HGZ/UMF No 8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

#### TITULO DEL PROYECTO: **EVALUACIÓN DEL GRADO DE DEPENDENCIA A LA NICOTINA EN PACIENTES FUMADORES DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA/UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

##### 2016 -2017

| FECHA                      | MAR 2016 | ABR 2016 | MAY 2016 | JUN 2016 | JUL 2016 | AGO 2016 | SEP 2016 | OCT 2016 | NOV 2016 | DIC 2016 | ENE 2017 | FEB 2017 |
|----------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| TITULO                     | X        |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |
| ANTECEDENTES               | X        |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | X        |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |
| OBJETIVOS                  |          | X        |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |
| HIPOTESIS                  |          |          | X        |          |          |          |          |          |          |          |          |          |
| PROPOSITOS                 |          |          |          | X        |          |          |          |          |          |          |          |          |
| DISEÑO METODOLOGICO        |          |          |          |          | X        |          |          |          |          |          |          |          |
| ANALISIS ESTADISTICO       |          |          |          |          |          | X        | X        |          |          |          |          |          |
| CONSIDERACIONES ETICAS     |          |          |          |          |          |          |          | X        |          |          |          |          |
| RECURSOS                   |          |          |          |          |          |          |          |          | X        |          |          |          |
| BIBLIOGRAFIA               |          |          |          |          |          |          |          |          | X        |          |          |          |
| ASPECTOS GENERALES         |          |          |          |          |          |          |          |          |          | X        |          |          |
| ACEPTACION                 |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          | X        | X        |

##### 2017-2018

| FECHA                           | MAR 2017 | ABR 2017 | MAY 2017 | JUN 2017 | JUL 2017 | AGO 2017 | SEP 2017 | OCT 2017 | NOV 2017 | DIC 2018 | ENE 2018 | FEB 2018 |
|---------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| PRUEBA PILOTO                   | X        |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |
| ETAPA DE EJECUCION DEL PROYECTO | X        |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |
| RECOLECCION DE DATOS            | X        | X        | X        |          |          |          |          |          |          |          |          |          |
| ALMACENAMIENTO DE DATOS         |          |          | X        | X        |          |          |          |          |          |          |          |          |
| ANALISIS DE DATOS               |          |          |          | X        |          |          |          |          |          |          |          |          |
| DESCRIPCION DE DATOS            |          |          |          |          | X        |          |          |          |          |          |          |          |
| DISCUSIÓN DE DATOS              |          |          |          |          |          | X        | X        |          |          |          |          |          |
| CONCLUSION DEL ESTUDIO          |          |          |          |          |          |          | X        |          |          |          |          |          |
| INTEGRACION Y REVICION FINAL    |          |          |          |          |          |          |          | X        |          |          |          |          |
| REPORTE FINAL                   |          |          |          |          |          |          |          |          | X        |          |          |          |
| AUTORIZACIONES                  |          |          |          |          |          |          |          |          |          | X        |          |          |
| IMPRESIÓN DEL TRABAJO           |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          | X        |          |
| PUBLICACION                     |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          | X        |

## (ANEXO 4) CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

|  |   |
|--|---|
|  <p><b>IMSS</b><br/>SEGURIDAD Y SALUD SOCIAL</p>  | <p><b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br/>UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN<br/>Y POLÍTICAS DE SALUD<br/>COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD</b></p> <p><b>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO<br/>(ADULTOS)</b></p>   |
| <p><b>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN<br/>EVALUACIÓN DEL GRADO DE DEPENDENCIA A LA NICOTINA EN PACIENTES FUMADORES DEL HOSPITAL GENERAL DE<br/>ZONA/UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"</b></p> |   |
| Nombre del estudio:  |   |
| Patrocinador externo (si aplica):  | No aplica   |
| Lugar y fecha:   | Ciudad de México, de Marzo del 2016 a Febrero del 2018  |
| Número de registro:  | En trámite  |
| Justificación y objetivo del estudio:  | En México hay una alta prevalencia de tabaquismo. El objetivo es determinar el grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores en el Hospital General de Zona/Unidad de Medicina Familiar N°8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo".  |
| Procedimientos:  | Se aplicará el test de Fagerström para evaluar el grado de dependencia a la nicotina a pacientes en la consulta externa del HGZ/MF N°8.   |
| Posibles riesgos y molestias:  | No existen riesgos  |
| Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:  | Conocer si existe depresión en los pacientes ancianos y crear redes de apoyo.   |
| Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:  | Protocolo descriptivo, no hay intervención de variables, por lo tanto solo se informara en caso de datos relevantes   |
| Participación o retiro:  | Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en el que considere conveniente sin que ello afecte a la atención médica que recibo en el instituto  |
| Privacidad y confidencialidad:   | El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificara en la presentación o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados de forma confidencial.  |
| En caso de colección de material biológico (si aplica):  |   |
| <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>   | No autoriza que se tome la muestra.<br><br>Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.<br><br>Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.   |
| Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):  |   |
| Beneficios al término del estudio:   |   |
| En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:   |   |
| Investigador Responsable:  | Eduardo Vilchis Chaparro, Médico Familiar. Maestro en Ciencias de la Educación, Profesor Titular de la residencia de Medicina Familiar, HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, Mat 99377278 Teléfono: 55506422 ext. 28235 Fax: No Fax.  |
| Colaboradores:   | Gilberto Espinoza Anrubio CCEIS del HGZ/UMF#8, Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud HGZ/UMF No.8, Mat 99374232, Teléfono 55506422 ext. 28235 Cel: 5535143649 Fax: No Fax.<br>Silvia Garay Junco, HGZ/UMF #8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, Médico Especialista en Medicina Familiar, Médico Familiar Mat 99373532 Teléfono:5526989718 Fax: No Fax.<br>Ricardo Ulises Navarro Martínez. Residente HGZ/UMF No.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" Matrícula: 99370295 Teléfono:5518012300 Fax: No Fax Email: <a href="mailto:runm_1311@hotmail.com">runm_1311@hotmail.com</a> |
| En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a:  | Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: <a href="mailto:comision.etica@imss.gob.mx">comision.etica@imss.gob.mx</a>  |
| _____  | <b>Ricardo Ulises Navarro Martínez</b>  |
| Nombre y firma del sujeto  | Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento   |
| _____  | _____   |
| Testigo 1  | Testigo 2   |
| _____  | _____   |
| Nombre, dirección, relación y firma  | Nombre, dirección, relación y firma   |
| Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio  |   |
| Clave: 2810-009-013  |   |