



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Facultad de Medicina

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO



**EVALUACIÓN DEL GRADO DE DEPENDENCIA A LA NICOTINA EN
PACIENTES FUMADORES QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DEL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
NÚMERO 8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

TESIS

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

PRESENTA

DRA. ANAHI SANTIAGO GARCIA

DIRECTOR DE TESIS

DR. ESPINOZA ANRUBIO GILBERTO

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”

ASESOR METODOLÓGICO

DR. VILCHIS CHAPARRO EDUARDO

Médico Familiar. Maestro en Ciencias de la Educación
Profesor Titular de la residencia de Medicina Familiar
HGZ/UMF 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

ASESOR CLÍNICO

DR. SÁNCHEZ PINEDA JORGE

Médico Familiar adscrito al HGZ/UMF 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

CIUDAD DE MÉXICO, OCTUBRE 2019



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 QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO.

AUTORES: Dra. Santiago García Anahí ⁽¹⁾. Dr. Espinoza Anrubio Gilberto ⁽²⁾. Dr. Vilchis Chaparro Eduardo ⁽³⁾. Dr. Sanchez Pineda Jorge ⁽⁴⁾.

⁽¹⁾ Residente de Medicina Familiar HGZ/UMF No.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo".

⁽²⁾ Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo".

⁽³⁾ Profesor Titular en Especialidad de Medicina Familiar HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo".

⁽⁴⁾ Médico Familiar Adscrito al servicio de Consulta Externa del HGZ/UMF No, 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo"

OBJETIVO:

Evaluar el grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores que acuden a consulta externa del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar número 8 del IMSS.

MATERIAL Y METODOS:

Estudio prospectivo, transversal, descriptivo, observacional. Tamaño de la muestra: 246 con un intervalo de confianza de 95%. Criterios de inclusión: Pacientes fumadores, sin distinción de sexo, pacientes derechohabientes que acudan al servicio de consulta externa del HGZ/UMF#8. Instrumento utilizado: Test de Fagerström de dependencia a la nicotina.

RESULTADOS: Se estudió a 246 pacientes en el HGZ/UMF No 8, mayores de 18 años fumadores para evaluar el grado de dependencia a la nicotina. Se encontró que la media de edad fue de 59.7 años, con una población de sexo femenino mayoritaria en un 63.4%. Se encontró dependencia a la nicotina baja en el 22.4%, moderada en el 9.3% y alta en el 2.8% respectivamente.

CONCLUSIONES:

En nuestra población estudiada, el sexo femenino fue el predominante. La mayoría de los pacientes presentó dependencia a la nicotina baja en el rango de edad de 46 a 55 años. Esto le da pauta al Médico Familiar para realizar intervenciones adecuadas para el tratamiento del hábito tabáquico y mejorar la calidad de vida de los pacientes fumadores, así como evitar complicaciones asociadas a esta adicción. Evaluado mediante el Test de Fagerström.

PALABRAS CLAVES:

Tabaquismo, Dependencia, Nicotina, Test Fagerström.

**EVALUACIÓN DEL GRADO DE DEPENDENCIA A
LA NICOTINA EN FUMADORES QUE ACUDEN A
CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL GENERAL
DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
NÚMERO 8.**

**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 CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD**

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

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”
ASESOR METODOLÓGICO DE TESIS

DR. JORGE SÁNCHEZ PINEDA
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 mis padres, que me motivaron a continuar mi formación ahora como médico especialista, quienes han creído en mi en todo momento.

A mis amigas Lucia y Pamela con quienes he recorrido los años de residencia, que me han apoyado y me motivan a continuar día a día. Con quienes he compartido momentos de alegrías, risas, llanto, esperanza y triunfo.

A mi novio Jorge quien ha estado conmigo durante todo este tiempo apoyándome y siendo paciente, quien ha sido una pieza fundamental en mi vida.

A todos los médicos que conocí durante mi formación académica y profesional, a mis profesores, asesores y coordinadores, por su paciencia y dedicación,
A la jefa Gina por asesorarme, guiarme y orientarme en la elaboración de esta investigación.

ÍNDICE

1. Marco teórico	8
2. Planteamiento del problema	16
3. Justificación	17
4. Objetivos	18
5. Hipótesis	19
6. Material y métodos	20
7. Diseño de la investigación	21
8. Población o universo	22
9. Ubicación temporal y espacial de la población	23
10. Muestra	24
11. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	25
12. Variables	26
13. Diseño estadístico	27
14. Instrumento de recolección	30
15. Método de recolección	31
16. Maniobras para evitar y controlar sesgos	32
17. Cronograma de actividades	33
18. Recursos humanos, materiales, físicos y financiamiento del estudio	35
19. Consideraciones éticas	36
20. Resultados	38
21. Tablas y gráficas	41
22. Discusión	55
23. Conclusiones	59
24. Bibliografía	61
25. Anexos	65

MARCO TEORICO

Tabaquismo

El tabaquismo es considerado una enfermedad adictiva crónica y supone la primera causa evitable de morbilidad y mortalidad en el mundo occidental. Es un factor de riesgo para muchas enfermedades, en el caso del fumador directo, como enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular y vascular periférica, así como de otras afecciones otorrinolaringológicas y digestivas. La exposición a humo de tabaco ajeno, aquel que se produce cuando una persona ajena quema productos de tabaco en espacios abiertos o cerrados, en los adultos ocasiona graves trastornos cardiovasculares y respiratorios, en particular coronariopatías y cáncer de pulmón; en los lactantes causa muerte súbita y en las mujeres embarazadas ocasiona bajo peso ponderal del recién nacido.¹

El consumo de sustancias psicoactivas (psicotrópicos y psicofármacos), se define al rubro genérico que agrupa diversos patrones de uso y abuso de estas sustancias, ya sean medicamentos o tóxicos naturales, químicos o sintéticos. Los trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de tabaco (CIE 10: F17) se encuentran definidos como parte de los “Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas” (F10 a F19). En la cuarta edición revisada del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales DSM IV, se clasifica como “Trastornos relacionados con nicotina (por consumo [dependencia o abuso], o trastorno abstinencia, inducido por nicotina)”.²

La abstinencia a la nicotina se identifica con ciertos criterios establecidos como son: consumo de nicotina durante al menos algunas semanas, interrupción brusca o disminución de la cantidad de nicotina consumida, seguida a las 24 horas por cuatro (o más) de los siguientes signos: a) estado de ánimo disfórico o depresivo, b) Insomnio c) Irritabilidad, frustración o ira d) Ansiedad e) Dificultades de concentración f) Inquietud g) Disminución de la frecuencia cardíaca h) Aumento del apetito o del peso. Estos síntomas provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Y por ultimo los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.³

La adicción a la nicotina surge de una combinación de factores genéticos, ambientales y farmacológicos, pero las características del sistema de suministro de nicotina también son de crucial importancia. El hábito tabáquico se inicia desde muy temprana edad favorecido por la cultura, las tradiciones, lo que a la larga ocasiona un problema de salud pública importante debido a las enfermedades que ocasiona, muertes prematuras, años de productividad y con ello costos sanitarios.⁴

Epidemiología

La Organización Mundial de la Salud (OMS), estima que más de 7 millones de personas al año mueren por causa del tabaco, de las cuales más de 6 millones son consumidores directos y alrededor de 890 000 son no fumadores expuestos al humo ajeno, más del 80% de esas muertes se registran en países de ingresos medianos o bajos.⁵

La prevalencia del tabaquismo en México, en 2011 fue de 21.7% (17.3 millones) y en 2016 de 20.8% (17.6 millones). En los hombres, la prevalencia de consumo de tabaco se mantuvo sin cambios significativos en el periodo 2011-2016 (31.4%), en términos absolutos pasó de 12 millones a 12.8 millones. En las mujeres, la prevalencia de consumo de tabaco pasó de 12.6% (5.2 millones) a 10.9% (4.8 millones) en 2016.⁶

Según la Encuesta Nacional de consumo de drogas, alcohol y tabaco 2016-2017, la prevalencia global de tabaquismo en México fue de 17.6%. En mujeres corresponde a 8.7% y en hombres 27.1%. En el caso de adultos de 18 a 65 años la prevalencia fue 20.1%, de los cuales 9.8% fueron mujeres y 31.3% hombres.⁷

La mortalidad atribuible al consumo de tabaco en México se debe principalmente a las siguientes enfermedades: Infarto agudo al miocardio en el 38%, EPOC en el 29%, enfermedad cerebrovascular en el 23% y cáncer de pulmón, bronquios y tráquea en el 10%.⁸

El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco entró en vigor en febrero de 2005 y en la actualidad hay 180 partes suscritas que representan más del 90% de la población mundial. Este Convenio es un hito en la promoción de la salud pública. Es un tratado basado en pruebas científicas que reafirma el derecho de las personas al nivel más alto posible de salud, establece perspectivas jurídicas para la cooperación sanitaria internacional y fija criterios rigurosos en lo relativo al cumplimiento. Contiene medidas dirigidas a reducir tanto la demanda como la oferta de tabaco. Concretamente, en su artículo 6 propone medidas relacionadas con los precios e impuestos para disminuir la demanda de este producto, tales como la subida de los impuestos, que se traduce en un aumento en el precio de venta de los productos de tabaco, y la prohibición o restricción de la venta de estos productos libres de impuestos y de derechos de aduana. La aplicación de las disposiciones de este tratado puede ayudar a los gobiernos a alcanzar el objetivo de lograr una reducción relativa del 30% en la prevalencia del consumo actual de tabaco de aquí a 2025. En 2008, la OMS adoptó un conjunto de medidas prácticas y costo eficaces, a fin de intensificar la aplicación de las principales disposiciones en materia de reducción de la demanda del Convenio Marco de la OMS sobre el terreno: las medidas MPOWER. Las seis medidas MPOWER son las siguientes:

- Vigilar el consumo de tabaco y las medidas de prevención.
- Proteger a la población del humo de tabaco.
- Ofrecer asistencia a las personas que deseen dejar de fumar.
- Advertir de los peligros del tabaco.
- Hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio.
- Aumentar los impuestos al tabaco

Actualmente, más de la mitad de los países, que engloban a una población de 2800 millones de personas (cerca del 40% de la población mundial), aplican al menos una medida MPOWER al nivel más alto de aplicación, con resultados óptimos.⁹

El Protocolo para la eliminación del comercio ilícito de productos de tabaco establece una amplia gama de medidas en relación con la cadena de suministro de tabaco, por ejemplo, en lo referente a la concesión de licencias para la importación, exportación y fabricación de productos de tabaco; el establecimiento de sistemas de seguimiento y localización; y la imposición de las sanciones penales a los responsables de operaciones de tráfico ilícito. Asimismo, trata de penalizar la producción ilícita y el contrabando transfronterizo. Se trata del primer protocolo del Convenio y se adoptó en noviembre de 2012, en la 5.^a reunión de la Conferencia de las Partes, celebrada en Seúl (República de Corea). El Protocolo se basa en el artículo 15 del CMCT de la OMS. Está abierto a la ratificación, aceptación, aprobación o adhesión por las Partes en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco.¹⁰

Dependencia a la nicotina

El tabaco es originario de América y proviene de la planta *Nicotiana Tabacum*, arbusto de hojas verdes grandes, de textura vellosa y pegajosa con sabor amargo, sus flores son de color blanco, amarillo y violeta. El humo del tabaco contiene más de 4000 productos químicos, de los cuales se sabe que al menos 250 son nocivos, y más de 50 causan cáncer. El principal componente químico del tabaco es la nicotina, alcaloide líquido oleoso e incoloro (C₁₀ H₁₄ N₂), responsable de la dependencia química. Es una sustancia psicoactiva que ejerce su efecto a nivel del sistema nervioso central y actúa como un reforzador positivo por su efecto psicoestimulante y relajante. El efecto estimulante se debe a un aumento en la liberación de neurotransmisores, principalmente dopamina, en los sistemas de recompensa cerebrales, que están formados básicamente por el área tegmental ventral y el núcleo accumbens.¹¹

Neurobiología de la dependencia a la nicotina

Los receptores nicotínicos en el sistema nervioso central son proteínas que pueden ser desensibilizados si son expuestos por un período de tiempo prolongado a un agonista como la nicotina lo que conlleva a un incremento en la densidad de los receptores nicotínicos en distintas áreas del cerebro.¹²

El sistema dopaminérgico se encuentra muy estrechamente relacionado con los procesos de refuerzo, es decir, con lo que se denominan “circuitos de recompensa” ligados al abuso de sustancias. La dopamina es una amina biógena que es liberada en el espacio intersináptico para poder ejercer sus acciones sobre receptores específicos, sufriendo posteriormente un proceso de recaptación como mecanismo de ahorro. El sistema dopaminérgico está constituido por diferentes núcleos y vías (mesolímbica, nigroestriatal, mesocortical y tuberoinfundibular). La vía mesolímbica es la más relacionada con los procesos de adicción a nicotina, tiene sus cuerpos celulares en el área tegmental ventral y de aquí emite sus axones hacia el núcleo accumbens. Varias sustancias adictivas activan esta vía liberando dopamina en el núcleo accumbens. El núcleo accumbens se subdivide en dos zonas: la ventromedial o núcleo (“shell”) y la dorsolateral o corteza/cubierta (“core”). El núcleo está implicado en la integración y expresión de las emociones, a través de sus proyecciones hacia la amígdala, el hipotálamo lateral y la sustancia gris central, mientras que la corteza está implicada más bien en funciones motoras.¹³

Sistema noradrenérgico. En este sistema el núcleo principal en relación con la adicción a nicotina es el “locus coeruleus”, un núcleo eminentemente noradrenérgico, de donde parten diferentes vías, una de ellas muy relacionada con las respuestas emocionales al síndrome de abstinencia a nicotina, que posee terminales en la amígdala. Algunos hallazgos han puesto de manifiesto que la administración de nicotina incrementa la expresión de c-fos, un gen de activación temprana, en locus coeruleus. Este hecho podría estar relacionado con la expresión de tirosina hidroxilasa, una enzima implicada en la síntesis de noradrenalina.¹⁴

La nicotina es una amina terciaria que consta de una piridina y un anillo de pirrolidina, que se une a los receptores colinérgicos nicotínicos (nAChR), lo que resulta en la liberación de dopamina y otros neurotransmisores, como la noradrenalina (norepinefrina), acetilcolina, serotonina, ácido gamma-aminobutírico, glutamato y endorfinas. Otros factores que influyen en la dependencia son el sabor, el aroma y el ritual que se establece durante el proceso de fumar, así como la interacción social que se presenta entre fumadores. Aunado a lo anterior se han realizado estudios en los cuales se concluye la relación entre la alteración del genoma y la dependencia a la nicotina.¹⁵

Los criterios para dependencia de sustancias, “un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de doce meses: 1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems: (a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado; (b) el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado. 2. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems: (a) el síndrome de abstinencia característico para la sustancia; (b) se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia. 3. La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía. 4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia. 5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, en el consumo de la sustancia, o en la recuperación de los efectos de la sustancia. 6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia. 7. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia.¹⁶

Dentro de los factores asociados a la dependencia a la nicotina se encuentran la asociación con enfermedades como depresión o ansiedad, así como el consumo de otras sustancias adictivas. En un estudio realizado en estudiantes de medicina peruanos en 2015 se encontró que la dependencia al tabaco se relacionó con la dependencia alcohólica y el consumo de café, probablemente secundario al nivel de estrés.¹⁷

El Test de Fagerström para la dependencia a la nicotina es una versión abreviada del cuestionario de tolerancia de Fagerstrom.¹⁸

El cuestionario de tolerancia de Fagerström fue desarrollado por Karl-Olov Fagerström. Este instrumento fue modificado a la prueba de Fagerström para la dependencia de la nicotina por Todd Heatherton, y col. en 1991.¹⁹

Es un instrumento estándar para evaluar la intensidad de la adicción física a la nicotina. Contiene seis elementos que evalúan la cantidad de consumo de cigarrillos, la compulsión al uso y la dependencia. De acuerdo a la puntuación, se clasifica en dependencia baja, moderada o alta.²⁰

Los profesionales deben respetar y reconocer la complejidad y las circunstancias desafiantes que enfrentan algunos hogares, y tratar de evitar una mayor estigmatización de los hogares que fuman y que a menudo hacen lo mejor en circunstancias difíciles.²¹

Tratamiento

La mayoría de los fumadores que conocen los peligros del tabaco desean dejarlo. El asesoramiento y la medicación pueden duplicar la probabilidad de que un fumador que desea abandonar el tabaco lo consiga.²²

El manejo del tabaquismo incluye terapia de reemplazo a la nicotina, fármacos y terapia conductivo conductual.²³

Ya sea en monoterapia o combinada la cual se prefiere debido a que se ha observado mayor tasa de abstinencia a 6 meses, en este último caso es preferible la terapia conductivo conductual.²⁴

En general, la utilización de fármacos duplica la probabilidad de dejar de fumar comparada con placebo, con tasas de cesación a 6 meses alrededor del 25%.²⁵

Esta eficacia puede incrementarse cuando la medicación se combina con consejería, alcanzando tasas de éxito hasta de 27.6%. En el caso de pacientes de recién diagnóstico es donde se ha observado un mejor apego al tratamiento para dejar de fumar.²⁶

Las tasas más altas de abandono del hábito de fumar se asociaron con terapia de reemplazo a la nicotina (NRT) (17.6%) y bupropión (inhibe la recaptación de dopamina y noradrenalina y puede inhibir la expresión de la tirosina hidroxilasa) (19.1%) en comparación con placebo (10.6%). La vareniclina (27.6%) y la combinación de NRT (31.5%) fueron más efectivas para lograr el cese del hábito de fumar a largo plazo que el bupropión o las solas formulaciones de NRT.²⁷

Cabe mencionar que, al elegir el tipo de terapia, se debe tomar en cuenta las comorbilidades, la elección del paciente y la tolerancia y aparición de efectos adversos, así como la disponibilidad. Adecuar el tratamiento dependerá de la intensidad de consumo de tabaco. En caso de que el fumador responda negativamente a la opción de dejar de fumar, como profesionales de salud tenemos el deber de informar acerca del daño a la salud a la que se expone el resto de la familia la cual puede presentar consecuencias mayores.²⁸

Antecedentes

En un estudio realizado en China de 2012 a 2014, donde se utilizó el test de Fagerström para evaluar la dependencia a la nicotina, se encontró que la dependencia fue mayor en hombres que en mujeres y en relación a la edad aumentaba conforme a los años. En cuanto a escolaridad se observó que la prevalencia del tabaquismo fue mayor en quienes asistieron a escuela media y la alta dependencia con escolaridad primaria o menor. A mayor ingreso económico mayor prevalencia de tabaquismo y dependencia baja.²⁹

Como se mencionó anteriormente, la dependencia a la nicotina se relaciona con depresión, se ha visto que pacientes con antecedente de depresión mayor tienen mayor probabilidad de desarrollar dependencia a la nicotina por lo tanto menor tasa de cesación de tabaco y mayor probabilidad de recaída tanto en el tabaquismo como en depresión y por lo tanto síndrome de abstinencia más intenso. En un estudio realizado en Uruguay de 2013- 2014 donde se evaluó la prevalencia de EPOC y depresión en personas que asistían a consulta de cesación tabáquica, se encontró asociación alta entre estas dos entidades. También se aplicó el test de Fagerström el cual dio como resultado que los pacientes con EPOC presentaron mayor grado de dependencia a la nicotina. ³⁰

En México se realizó un estudio aplicando el test de Fagerström de dependencia a la nicotina en una población que incluyó a personal del área de la salud donde se observó dependencia baja. ³¹

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El tabaquismo es una adicción que ocasiona gran parte de la morbilidad y mortalidad en nuestra población. La prevalencia del tabaquismo en México en los adultos de 2016-2017 fue 20.1%, de los cuales 9.8% fueron mujeres y 31.3% hombres.

A pesar de las políticas de salud pública instaurados, sigue siendo un problema de salud pública, ya que es la principal causa prevenible de muerte prematura en el mundo. Es por ello que debemos conocer el grado de dependencia a la nicotina con el fin de realizar intervenciones que mejoren la calidad de vida de estos pacientes, al orientar el tratamiento para esta adicción.

Por lo anterior se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores que acuden a consulta externa del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar número 8?

JUSTIFICACIÓN

El tabaquismo es una enfermedad prevenible, la cual se encuentra dentro de las principales causas de morbilidad y mortalidad. Existe evidencia del daño ocasionado a la salud derivado de esta adicción, por lo que es considerado un factor de riesgo para muchas enfermedades crónicas como cáncer, enfermedades pulmonares, enfermedades cardiovasculares, depresión, ansiedad entre otras; implicando un aumento de costos para el paciente y el sector salud, que genera el consumo de tabaco.

A pesar de los programas implementados para la reducción del tabaquismo, este sigue siendo un problema de salud pública, debido a que genera múltiples enfermedades, mayor costo sanitario, disminución de la esperanza de vida y por lo tanto de años de productividad. Por ello es importante que el médico familiar detecte esta adicción, incluso mucho tiempo antes de que el paciente y su familia presenten padecimientos relacionados al consumo de tabaco.

El estudio desarrollado en el presente trabajo nos permite conocer el grado de dependencia a la nicotina aplicando el test de Fagerström en nuestra población. Con el fin de realizar intervenciones que mejoren la calidad de vida de estos pacientes.

OBJETIVO GENERAL

Evaluar el grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores que acuden a consulta externa del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar número 8.

HIPÓTESIS

Se realiza hipótesis por motivos de enseñanza, ya que los estudios descriptivos no ameritan hipótesis.

HIPÓTESIS NULA (H_0):

Los pacientes fumadores que acuden a la consulta externa del HGZ/UMF No.8 no tienen dependencia a la nicotina.

HIPÓTESIS ALTERNA (H_1):

Los pacientes fumadores que acuden a la consulta externa del HGZ/UMF No.8 tienen dependencia a la nicotina.

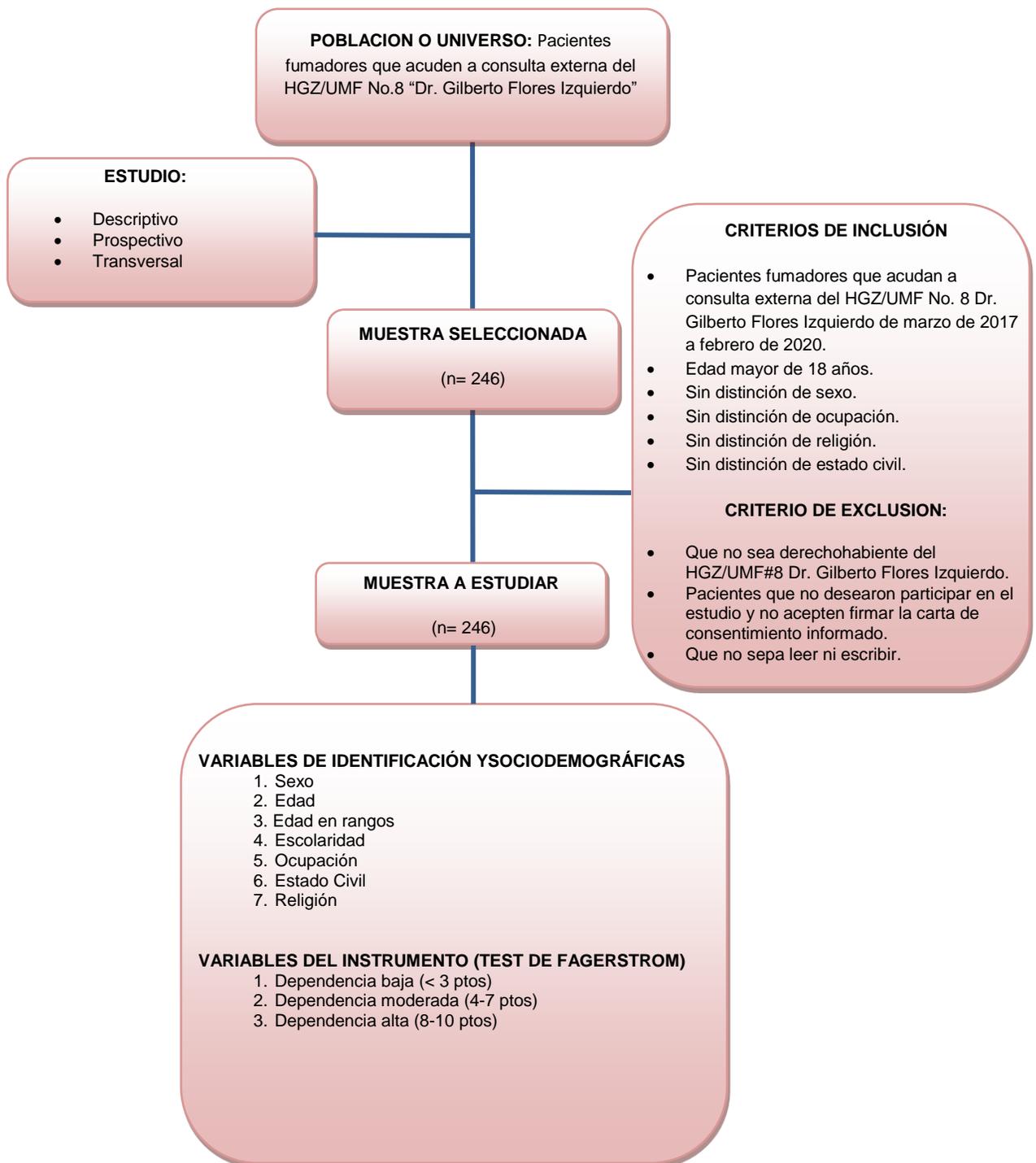
MATERIALES Y METODOS

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.**

DISEÑO DE LA INVESTIGACION:



Elaboró: Anahí Santiago García Residente de Medicina Familiar

POBLACION O UNIVERSO

El estudio se realizó en el HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, en la Ciudad de México a población urbana derechohabiente fumadora que acudió a consulta externa.

UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DE LA POBLACIÓN

La investigación se llevó a cabo en el HGZ/UMF No 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” que se encuentra ubicado en Av. Río Magdalena No 289, col. Tizapán San Ángel, Ciudad de México. En el período comprendido de marzo de 2017 a febrero de 2020.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

El tamaño de la muestra para un estudio descriptivo con una variable dicotómica necesaria fue de 246 pacientes, con un intervalo de confianza de 95%, con una proporción del 0.20, y una amplitud del intervalo de confianza de 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 95%

W= amplitud del intervalo de confianza

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

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes fumadores.
- Pacientes que acudan a consulta externa del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo de marzo de 2017 a febrero de 2020.
- Edad mayor de 18 años.
- Sin distinción de sexo.
- Sin distinción de ocupación.
- Sin distinción de religión.
- Sin distinción del estado civil.

CRITERIOS EXCLUSIÓN

- Que no sea derechohabiente del HGZ/UMF#8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.
- Pacientes que no desearon participar en el estudio y no acepten firmar la carta de consentimiento informado.
- Que no sepa leer ni escribir.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Pacientes que llenen mal la hoja de recolección de datos.
- Que la hoja de recolección de datos presente respuestas ilegibles.

VARIABLES

VARIABLES DEL ESTUDIO:

Variable independiente: Tabaquismo.

Variable dependiente: Dependencia a la nicotina.

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS:

Edad

Edad en rangos

Sexo

Estado civil

Escolaridad

Ocupación

Religión

VARIABLE DEL TEST DE FAGERSTRÖM

Grado de dependencia a la nicotina

Baja

Moderada

Alta

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES DE IDENTIFICACIÓN DE ESTUDIO

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL
Tabaquismo	Dependencia o adicción al tabaco.
Dependencia a la nicotina	Es el estado psicofísico causado por la interacción de un organismo vivo con el tabaco, caracterizado por modificación del comportamiento y otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible por tomar dicha sustancia en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por la privación
	Elaboró: Santiago García Anahí Residente de MF

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS:

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL
Edad	Tiempo que ha vivido un individuo a partir de su nacimiento.
Edad en rangos	Clasificación del tiempo que ha vivido un individuo a partir de su nacimiento.
Sexo	Condición orgánica masculina o femenina al que pertenece un individuo.
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.
Ocupación	Trabajo, empleo u oficio.
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 y de prácticas rituales, principalmente la oración y el sacrificio para darle culto.
	Elaboró: Santiago García Anahí Residente de MF

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES UNIVERSALES

Variable	Tipo	Escala de medición	Valores de Medición
Edad	Cuantitativa	Continua	Años
Edad en rangos	Cuantitativa	Continua	<ol style="list-style-type: none"> 1. 18 a 24 años 2. 25 a 35 años 3. 36 a 45 años 4. 46 a 55 años 5. 56 a 65 años 6. 66 a 75 años 7. 76 a 85 años 8. 86 a 95 años
Sexo	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Femenino 2. Masculino
Estado civil	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Soltero 2. Casado 3. Unión libre 4. Divorciado 5. Viudo
Escolaridad	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Primaria 2. Secundaria 3. Bachillerato 4. Carrera técnica 5. Licenciatura 6. Posgrado
Ocupación	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Empleado 2. Desempleado 3. Pensionado 4. Estudiante
Religión	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Con religión 2. Sin Religión

Elaboró: Santiago García Anahí Residente de MF

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE DEL INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN (TEST DE FAGERSTRÖM)

Variable	Tipo	Escala de medición	Valores de Medición
Grado de dependencia a la nicotina	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dependencia baja (0-3 puntos) 2. Dependencia moderada (4-7 puntos) 3. Dependencia alta (8-10 puntos)

Elaboró: Santiago García Anahí Residente de MF

DISEÑO ESTADÍSTICO

El análisis estadístico se llevó a cabo a través del programa SPSS 22 de Windows. Para el análisis de los resultados se utilizaron 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 de una población urbana, representativa y se calculó a través de su prevalencia, la cual fue de 20%.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN (Anexo 1)

Test de la Dependencia a la Nicotina de Fagerström

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 creada por Fagerström & Schneider y 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 (sí 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 (0.250.40) 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.

MÉTODO DE RECOLECCIÓN

La recolección de muestras y su procesamiento estuvo a cargo de la investigadora Dra. Santiago García Anahí, la cual se llevó a cabo en la consulta externa del HGZ/UMF N.8. Previo acuerdo con las autoridades del HGZ/UMF N, 8 del IMSS y con la aprobación del proyecto de investigación.

Se procedió a la selección de los pacientes (de acuerdo a los criterios de inclusión) que asistieron a la consulta de medicina familiar, en cualquier turno, que se encontraron en la sala de espera. Se les dió una breve descripción sobre el test, su utilidad y que beneficios presta, se dio y leyó el consentimiento informado a las personas aceptantes. Se aplicó el test de Fagerström a los pacientes fumadores. Posteriormente se procedió a realizar la clasificación del grado de dependencia a la nicotina.

MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS

Control de sesgo de información:

- El formato creado para la recolección de datos fue sometido a una revisión por los asesores de la investigación, para verificar su correcta estructura y la precisión de los datos.
- Las fuentes de información fueron similares para todos los participantes
- Los participantes no fueron conscientes de las hipótesis específicas bajo investigación.
- La definición de la enfermedad fue estándar.
- Se utilizaron artículos recientes en fuentes bibliográficas reconocidas.

Control de sesgos de selección:

- Se calculó el tamaño de la muestra para un estudio descriptivo con una población de 246 pacientes, con un intervalo de confianza de 95%.
- Se eligieron grupos representativos en base a criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

Control de sesgos de medición:

- Se utilizó el Test de Fagerström de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores que acudieron a consulta externa del HGZ- UMF8.

Control de sesgos de análisis:

- Para minimizar errores en el proceso de captura de información se verificaron los datos recabados.
- Los resultados fueron analizados mediante el programa validado: S.P.S.S versión evaluación 22 que sirvió para la elaboración de tablas y gráficos, además se obtuvieron 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 manipularon los resultados con la intención de lograr objetivos de conclusiones.

CRONOGRAMA

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 CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

TÍTULO DE LA TESIS: EVALUACIÓN DEL GRADO DE DEPENDENCIA A LA NICOTINA EN PACIENTES FUMADORES QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 8_DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO".

2017-2018

FECHA	MARZO 2017	ABRIL 2017	MAYO 2017	JUNIO 2017	JULIO 2017	AGOSTO 2017	SEPTIEMBRE 2017	OCTUBRE 2017	NOVIEMBRE 2017	DICIEMBRE 2017	ENERO 2018	FEBRERO 2018
Idea a estudiar	X											
Título		X										
Antecedentes			X									
Planteamiento del problema				X								
Justificación				X								
Objetivos					X							
Hipótesis					X							
Material y métodos						X						
Tipo de estudio						X						
Diseño metodológico							X					
Población							X					
Lugar y tipo de estudio								X				
Tipo y tamaño de la muestra								X				
Criterios de inclusión, exclusión y eliminación								X				
Variables									X			
Definición de las variables									X			
Diseño estadístico									X			
Instrumentos de recolección										X		
Método de recolección										X		
Cronograma										X		
Recursos											X	
Consideraciones éticas											X	
Bibliografía											X	
Reporte de protocolo												X

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DELEGACIÓN SUR DE LA CIUDAD DE MEXICO
 HOSPITAL GENERAL DE ZONA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8
 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"
 COORDINACIÓN CLINICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

TÍTULO DE LA TESIS: EVALUACIÓN DEL GRADO DE DEPENDENCIA A LA NICOTINA EN PACIENTES FUMADORES QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO".

2018-2019

FECHA	MARZO 2018	ABRIL 2018	MAYO 2018	JUNIO 2018	JULIO 2018	AGOSTO 2018	SEPTIEMBRE 2018	OCTUBRE 2018	NOVIEMBRE 2018	DICIEMBRE 2018	ENERO 2019	FEBRERO 2019
Prueba piloto	X				}							
Ejecución del proyecto		X										
Recolección de datos			X									
Almacenamiento de datos				X								
Análisis de datos					X							
Descripción de datos						X						
Discusión de datos							X					
Conclusión								X				
Integración y revisión final									X			
Reporte final										X		
Autorizaciones											X	
Impresión del trabajo												X
Publicación												X

RECURSOS MATERIALES, FÍSICOS, HUMANOS Y DE FINANCIAMIENTO

RECURSOS HUMANOS:

Un investigador (Dra. Anahí Santiago García.)

Un aplicador de encuestas (Dra. Anahí Santiago García)

Un recolector de datos (Dra. Anahí Santiago García)

Asesor metodológico para la revisión de la tesis (Dr. Gilberto Espinoza Anrubio).

Asesor experimental (Dr. Eduardo Vilchis Chaparro)

Asesores de diseño estadístico e interpretación de datos (Dr. Gilberto Espinoza Anrubio).

RECURSOS MATERIALES

Computadora portátil para registrar toda la información de la investigación.

Servicio de fotocopiado.

Lápices.

Borradores.

Hojas blancas tamaño carta.

RECURSOS FÍSICOS

Instalaciones del HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

RECURSOS FINANCIEROS

Los gastos en general se financiaron por parte del médico residente en Medicina Familiar Dra. Anahí Santiago García.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Declaración de Helsinki

La Declaración 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. Se agregan los párrafos más relevantes sobre los cuales se fundamenta el actual protocolo de investigación:

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.

Ley General de Salud

Con fundamento en lo dispuesto por los Artículos 13 Inciso A, Fracción I, 14 y 96 de la Ley General de Salud, 5o. Inciso A y 113 al 120 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y Artículo 22 Fracción V del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. Se integra la carta de consentimiento informado del protocolo de investigación. Ver anexo 2.

RESULTADOS

Se estudió a 246 pacientes fumadores mayores de 18 años de edad en el HGZ/UMF No. 8. La media de edad fue de 59.70 años con una desviación estándar de 16.990, con una moda de 67 años, un valor mínimo de 25 años y valor máximo de 94 años.

La categoría de rango de edad mostró: 20 (8.1%) se encontraron dentro del rango de 25 a 35 años, 32 (13%) en el rango de 36 a 45 años, 54 (22%) en el rango de 46 a 55 años, 43 (17.5%) en el rango de 56 a 65 años, 41 (16.7%) en el rango de 66 a 75 años, 46 (18.7%) en el rango de 76 a 85 años, y 10 (4.1%) en el rango de 86 a 95 años. (Ver tabla y gráfica 1).

En la categoría de sexo se observó 156 (63.4%) fueron mujeres y 90 (36.6%) fueron hombres. (Ver tabla y gráfica 2).

De acuerdo con la escolaridad, se observó: 28 (11.4%) cursaron primaria, 51 (20.7%) secundaria, 68 (27.6%) con bachillerato, 47 (19.1%) carrera técnica, 47 (19.1%) licenciatura y 5 (2%) posgrado. (Ver tabla y gráfica 3).

En la categoría de ocupación se encontró: 127 (51.6%) empleados, 52 (21.1%) desempleados, 67 (27.2%) pensionados. (Ver tabla y gráfica 4).

Dentro de la sección de estado civil se encontró: 52 (21.1%) fueron solteros, 109 (44.3%) casados, 23 (9.3%) en unión libre, 31 (12.6%) divorciados y 31 (12.6%) viudos. (Ver tabla y gráfica 5).

En el apartado de religión se reportó: 200 (81.3%) con religión, 46 (18.7%) sin religión. (Ver tabla y gráfica 6).

En relación al grado de dependencia a la nicotina se encontró que 161 (65.4%) presentaron dependencia baja, 71 (28.9%) presentaron dependencia moderada y 14 (5.7%) presentaron dependencia alta. (Ver tabla y gráfica 7).

En la categoría de sexo y grado de dependencia a la nicotina, se observó en el sexo femenino que; 102 (41.5%) con dependencia baja, 43 (17.5%) con dependencia moderada y 11 (4.5%) con dependencia alta. Respecto al sexo masculino se encontró; 59 (24%) con dependencia baja, 28 (11.4%) con dependencia moderada y 3 (1.2%) con dependencia alta. (Ver tabla y gráfica 8).

En la sección rango de edad y grado de dependencia a la nicotina, se encontró que de 25 a 35 años 14 (5.7%) dependencia baja, 5 (2%) dependencia moderada y 1 (0.4%) dependencia alta; de 36 a 45 años 22 (8.9%) dependencia baja, 10 (4.1%) dependencia moderada; 46 a 55 años, 36 (14.6%) dependencia baja, 17 (6.9%) dependencia moderada y 1 (0.4%) dependencia alta; 56 a 65 años, 29 (11.8%) dependencia baja, 10 (4.1%) dependencia moderada y 4 (1.6%) dependencia alta; 66 a 75 años, 24 (9.8%) dependencia baja, 13 (5.3%) dependencia moderada y 4 (1.6%) dependencia alta; 76 a 85 años, 32 (13%) dependencia baja, 13 (5.3%) dependencia moderada y 1 (0.4%) dependencia alta y de 86 a 95 años, 4 (1.6%) dependencia baja y 3 (1.2%) con dependencia moderada y 3 (1.2%) dependencia alta. (Ver tabla y gráfica 9).

En la sección de escolaridad y grado de dependencia a la nicotina, se encontró que en la población con primaria 23 (9.3%) dependencia baja, 4 (1.6%) dependencia moderada y 1 (0.4%) dependencia alta; en la población con secundaria, 35 (14.2%) dependencia baja, 16 (6.5%) dependencia moderada; en la población con bachillerato, 44 (17.9%) dependencia baja, 17 (6.9%) dependencia moderada y 7 (2.8%) dependencia alta; en la población con carrera técnica, 31 (12.6%) dependencia baja, 13 (5.3%) dependencia moderada y 3 (1.2%) dependencia alta; en la población con licenciatura, 27 (11%) dependencia baja, 17 (6.9%) dependencia moderada y 3 (1.2%) dependencia alta, en la población con posgrado; 1 (0.4%) dependencia baja y 4 (1.6%) con dependencia moderada. (Ver tabla y gráfica 10).

En la categoría de ocupación y grado de dependencia a la nicotina, se encontró en el grupo de empleados; 84 (34.1%) con dependencia baja, 38 (15.4%) dependencia moderada y 5 (2%) dependencia alta, en el grupo de desempleados; 36 (14.6%) con dependencia baja, 13 (5.3%) dependencia moderada y 3 (1.2%) dependencia alta, en el grupo de Pensionados; 41 (16.7%) con dependencia baja, 20 (8.1%) dependencia moderada y 6 (2.4%) dependencia alta. (Ver tabla y gráfica 11).

En el apartado de religión y grado de dependencia a la nicotina, se encontró en el grupo de con religión; 134 (54.5%) con dependencia baja, 55 (22.4%) dependencia moderada y 11 (4.5%) dependencia alta; en el grupo sin religión 27 (11%) dependencia baja, 16 (6.5%) dependencia moderada y 3 (1.2%) dependencia alta. (Ver tabla y gráfica 12).

En el apartado de estado civil y grado de dependencia a la nicotina, se encontró en el grupo de solteros; 40 (16.3%) con dependencia baja, 7 (2.8%) dependencia moderada y 5 (2%) dependencia alta, en los casados; 68 (27.6%) dependencia baja, 37 (15%) dependencia moderada y 4 (1.6%) dependencia alta, en unión libre; 17 (6.9%) dependencia baja, 6 (2.4%) dependencia moderada, en los divorciados; 18 (7.3%) dependencia baja, 11 (4.5%) dependencia moderada y 2 (0.8%) dependencia alta, en los viudos; 18 (7.3%) con dependencia baja, 10 (4.1%) dependencia moderada y 3 (1.2%) dependencia alta.(Ver tabla y gráfica 13).

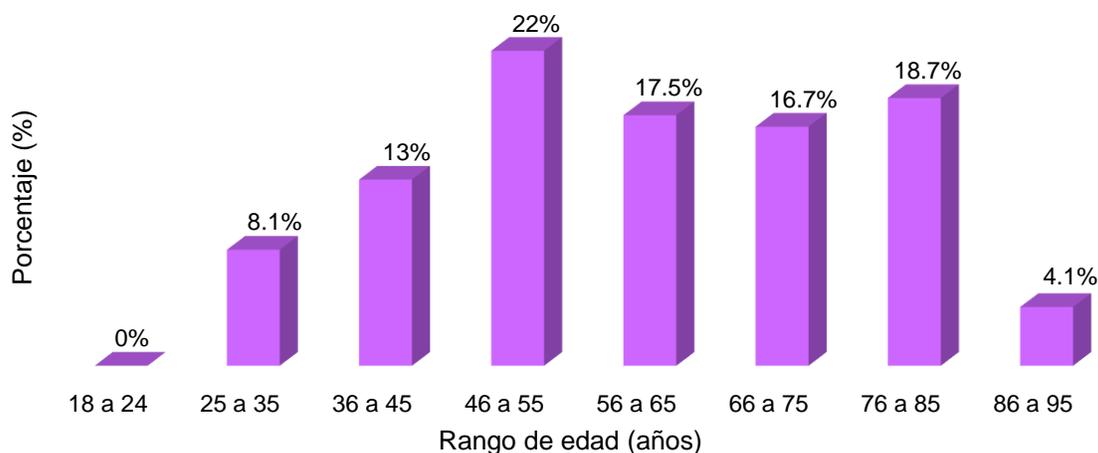
TABLAS Y GRÁFICAS

Tabla 1. Rango de edad de pacientes fumadores con dependencia a la nicotina en el HGZ/UMF No.8

Rango de edad (años)	Frecuencia	Porcentaje
18 a 24	0	0
25 a 35	20	8.1
36 a 45	32	13.0
46 a 55	54	22.0
56 a 65	43	17.5
66 a 75	41	16.7
76 a 85	46	18.7
86 a 95	10	4.1
Total	246	100

Fuente: n=246 Santiago-G A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación del grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores del HGZ/UMF No.8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2019.

Gráfica 1. Rango de edad en pacientes fumadores con dependencia a la nicotina en el HGZ/UMF No.8



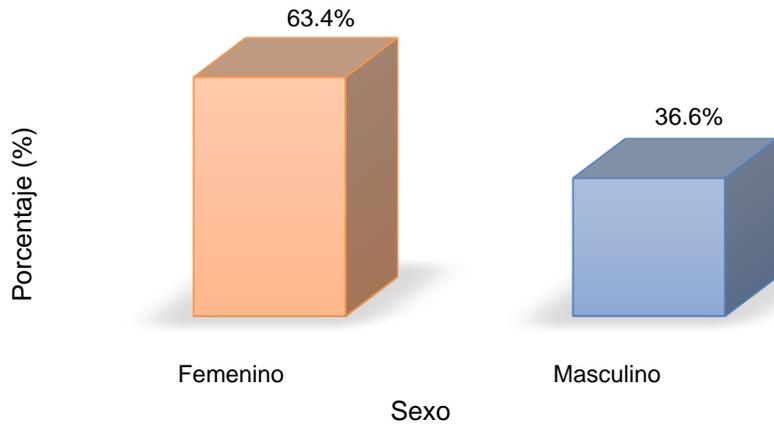
Fuente: n=246 Santiago-G A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación del grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores del HGZ/UMF No.8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2019.

Tabla 2. Sexo de pacientes fumadores con dependencia a la nicotina en el HGZ/UMF No. 8

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	156	63.4
Masculino	90	36.6
Total	246	100.0

Fuente: n=246 Santiago-G A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación del grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores del HGZ/UMF No.8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2019.

Gráfica 2. Sexo de pacientes fumadores con dependencia a la nicotina en el HGZ/UMF No.8



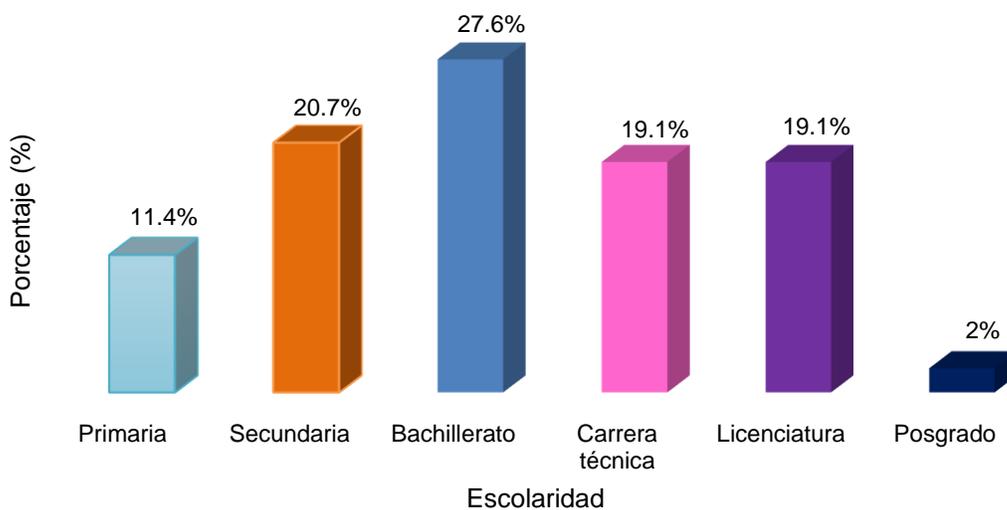
Fuente: n=246 Santiago-G A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación del grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores del HGZ/UMF No.8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2019.

Tabla 3. Escolaridad de pacientes fumadores con dependencia a la nicotina en el HGZ/UMF No.8

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	28	11.4
Secundaria	51	20.7
Bachillerato	68	27.6
Carrera técnica	47	19.1
Licenciatura	47	19.1
Posgrado	5	2.0
Total	246	100.0

Fuente: n=246 Santiago-G A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación del grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores del HGZ/UMF No.8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2019.

Gráfico 3. Escolaridad en pacientes fumadores con dependencia a la nicotina en el HGZ/UMF No.8



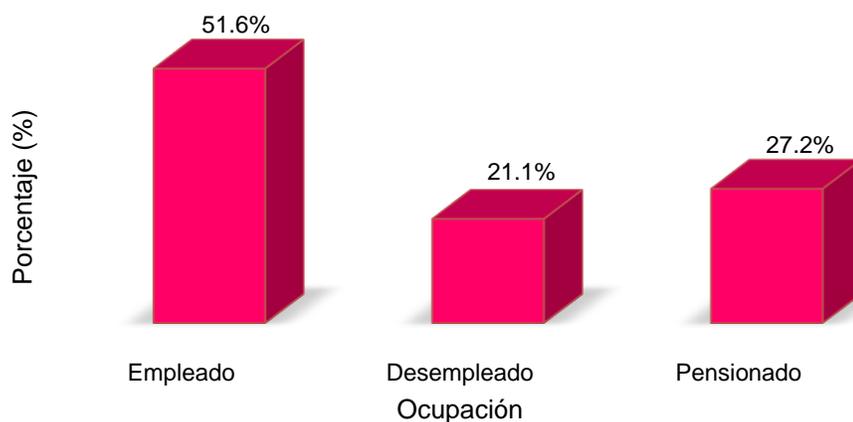
Fuente: n=246 Santiago-G A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación del grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores del HGZ/UMF No.8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2019.

Tabla 4. Ocupación de pacientes fumadores con dependencia a la nicotina en el HGZ/UMF No.8

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Empleado	127	51.6
Desempleado	52	21.1
Pensionado	67	27.2
Total	246	100.0

Fuente: n=246 Santiago-G A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación del grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores del HGZ/UMF No.8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2019.

Gráfica 4. Ocupación de pacientes fumadores con dependencia a la nicotina en el HGZ/UMF No.8



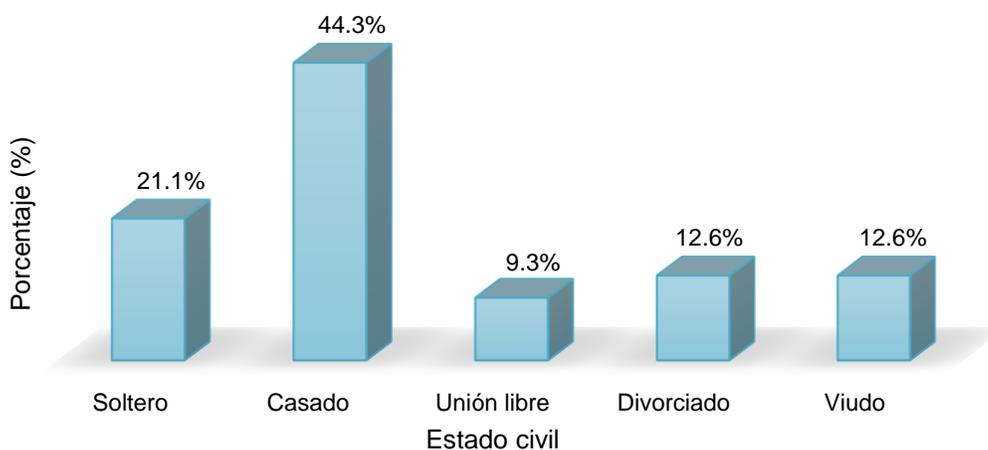
Fuente: n=246 Santiago-G A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación del grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores del HGZ/UMF No.8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2019.

Tabla 5. Estado civil de pacientes fumadores con dependencia a la nicotina en el HGZ/UMF No.8

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	52	21.1
Casado	109	44.3
Unión libre	23	9.3
Divorciado	31	12.6
Viudo	31	12.6
Total	246	100.0

Fuente: n=246 Santiago-G A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación del grado de dependencia a la nicotina en pacientes con fumadores del HGZ/UMF No.8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2019.

Gráfica 5. Estado civil de pacientes fumadores con dependencia a la nicotina en el HGZ/UMF No.8



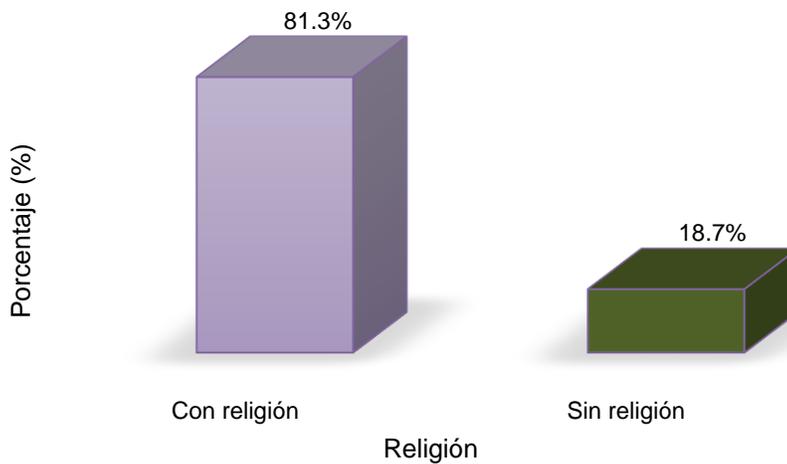
Fuente: n=246 Santiago-G A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación del grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores del HGZ/UMF No.8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2019.

Tabla 6. Religión de pacientes fumadores con dependencia a la nicotina en el HGZ/UMF No.8

Religión	Frecuencia	Porcentaje
Con religión	200	81.3
Sin religión	46	18.7
Total	246	100.0

Fuente: n=246 Santiago-G A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación del grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores del HGZ/UMF No.8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2019.

Gráfica 6. Religión de pacientes fumadores con dependencia a la nicotina en el HGZ/UMF No.8



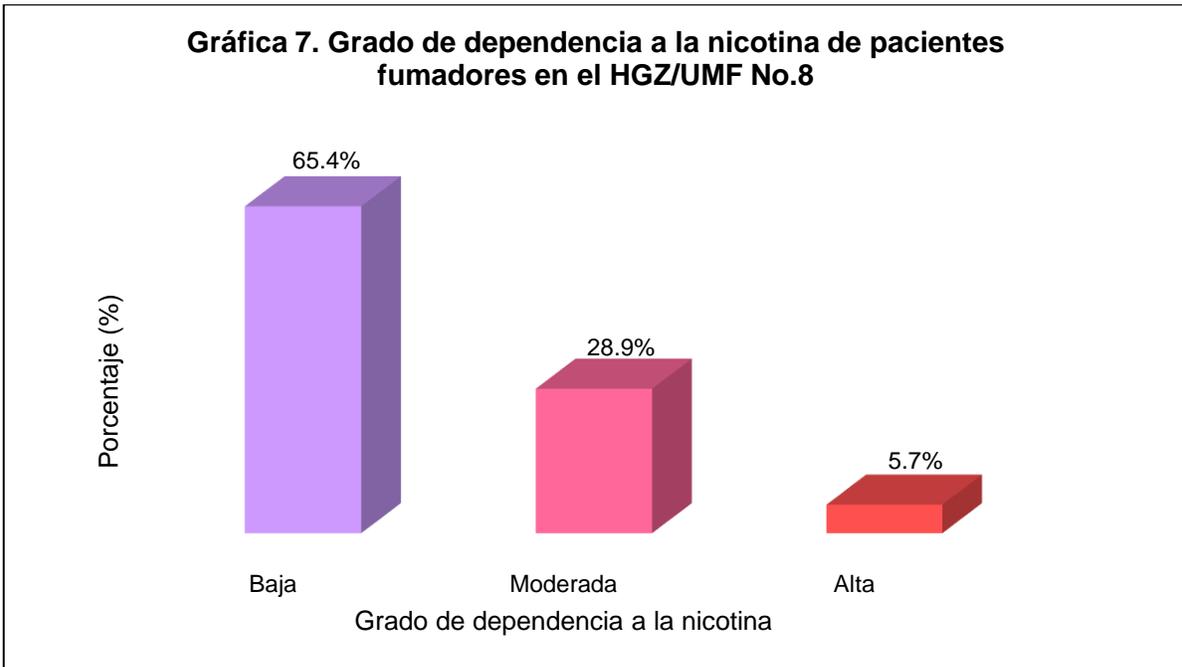
Fuente: n=246 Santiago-G A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación del grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores del HGZ/UMF No.8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2019.

Tabla 7. Grado de dependencia a la nicotina de pacientes fumadores en el HGZ/UMF No.8

Grado de dependencia a la nicotina	Frecuencia	Porcentaje
Baja	161	65.4
Moderada	71	28.9
Alta	14	5.7
Total	246	100.0

Fuente: n=246 Santiago-G A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación del grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores del HGZ/UMF No.8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2019.

Gráfica 7. Grado de dependencia a la nicotina de pacientes fumadores en el HGZ/UMF No.8



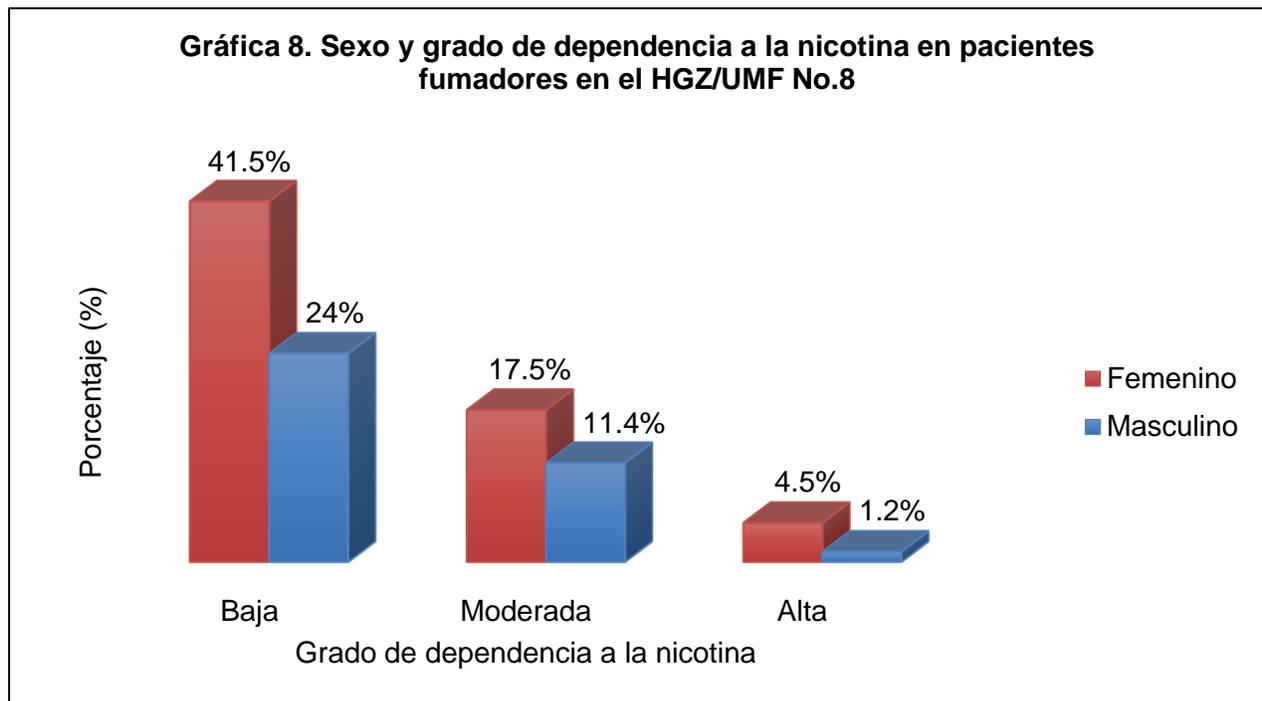
Fuente: n=246 Santiago-G A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación del grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores del HGZ/UMF No.8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2019.

Tabla 8. Sexo y grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores en el HGZ/UMF No.8

Grado de dependencia a la nicotina								
Sexo	Baja	Porcentaje	Moderada	Porcentaje	Alta	Porcentaje	Total	Porcentaje
Femenino	102	41.5	43	17.5	11	4.5	156	63.4
Masculino	59	24	28	11.4	3	1.2	90	36.6
Total	161	65.4	71	28.9	14	5.7	246	100

Fuente: n=246 Santiago-G A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación del grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores del HGZ/UMF No.8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2019.

Gráfica 8. Sexo y grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores en el HGZ/UMF No.8



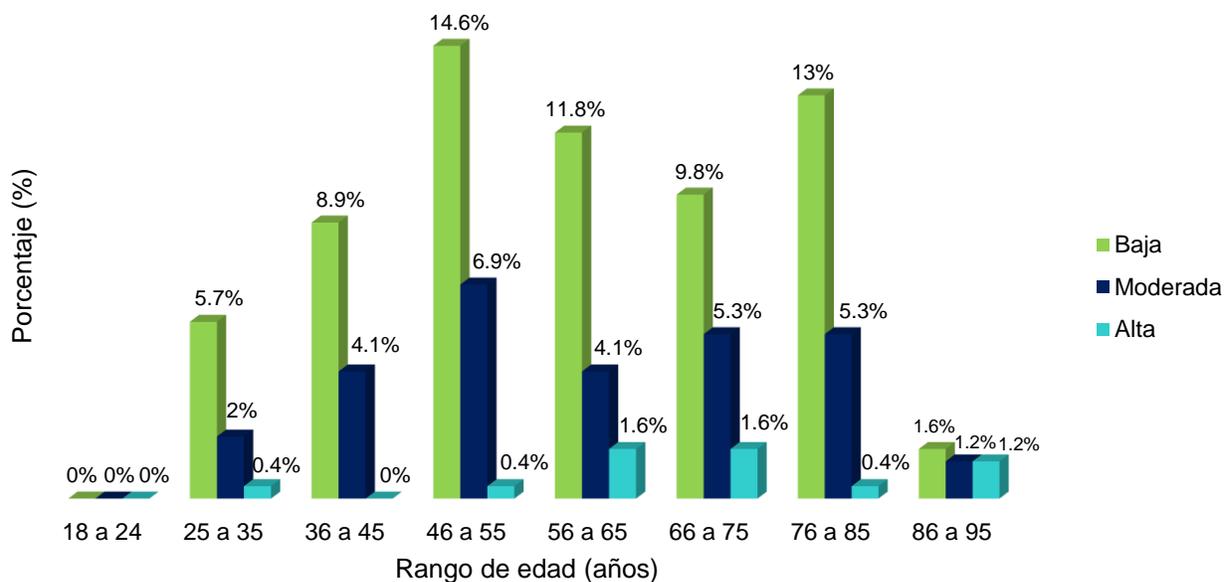
Fuente: n=246 Santiago-G A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación del grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores del HGZ/UMF No.8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2019.

Tabla 9. Rango de edad y grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores en el HGZ/UMF No.8

Rango de edad (años)	Grado de dependencia a la nicotina						Total	Porcentaje
	Baja	Porcentaje	Moderada	Porcentaje	Alta	Porcentaje		
18 a 24	0	0	0	0	0	0	0	0
25 a 35	14	5.7	5	2.0	1	0.4	20	8.1
36 a 45	22	8.9	10	4.1	0	0	32	13
46 a 55	36	14.6	17	6.9	1	0.4	54	22
56 a 65	29	11.8	10	4.1	4	1.6	43	17.5
66 a 75	24	9.8	13	5.3	4	1.6	42	16.7
76 a 85	32	13	13	5.3	1	0.4	46	18.7
86 a 95	4	1.6	3	1.2	3	1.2	10	4.1
Total	161	65.4	71	28.9	14	5.7	246	100

Fuente: n=246 Santiago-G A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación del grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores del HGZ/UMF No.8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2019.

Gráfica 9. Rango de edad y grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores en el HGZ/UMF No.8



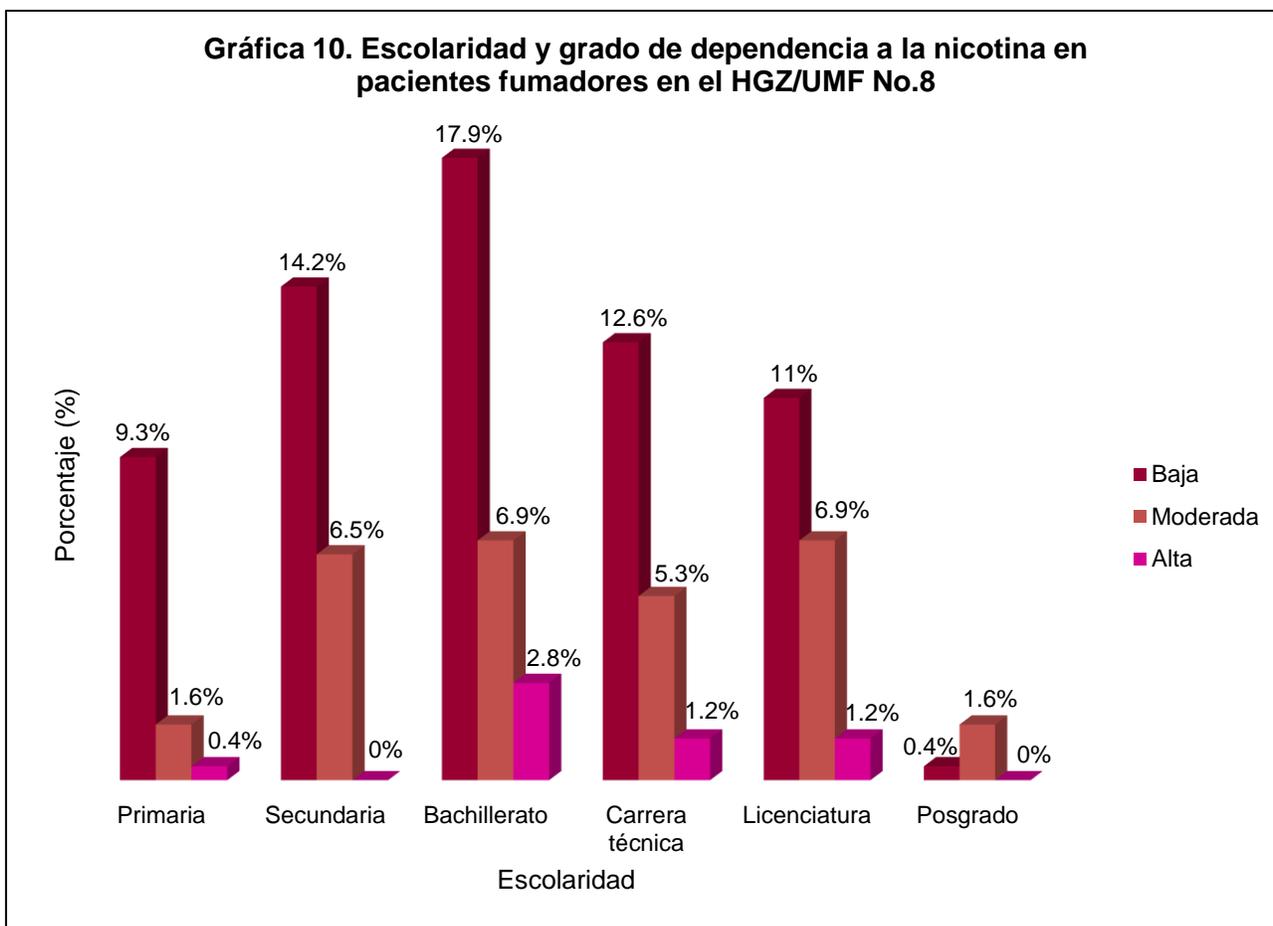
Fuente: n=246 Santiago-G A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación del grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores del HGZ/UMF No.8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2019.

Tabla 10. Escolaridad y grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores en el HGZ/UMF No.8

Grado de dependencia a la nicotina								
Escolaridad	Baja	Porcentaje	Moderada	Porcentaje	Alta	Porcentaje	Total	Porcentaje
Primaria	23	9.3	4	1.6	1	0.4	28	11.4
Secundaria	35	14.2	16	6.5	0	0	51	20.7
Bachillerato	44	17.9	17	6.9	7	2.8	68	27.6
Carrera técnica	31	12.6	13	5.3	3	1.2	47	19.1
Licenciatura	27	11	17	6.9	3	1.2	47	19.1
Posgrado	1	0.4	4	1.6	0	0	5	2
Total	161	65.4	71	28.9	14	5.7	246	100

Fuente: n=246 Santiago-G A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación del grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores del HGZ/UMF No.8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2019.

Gráfica 10. Escolaridad y grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores en el HGZ/UMF No.8



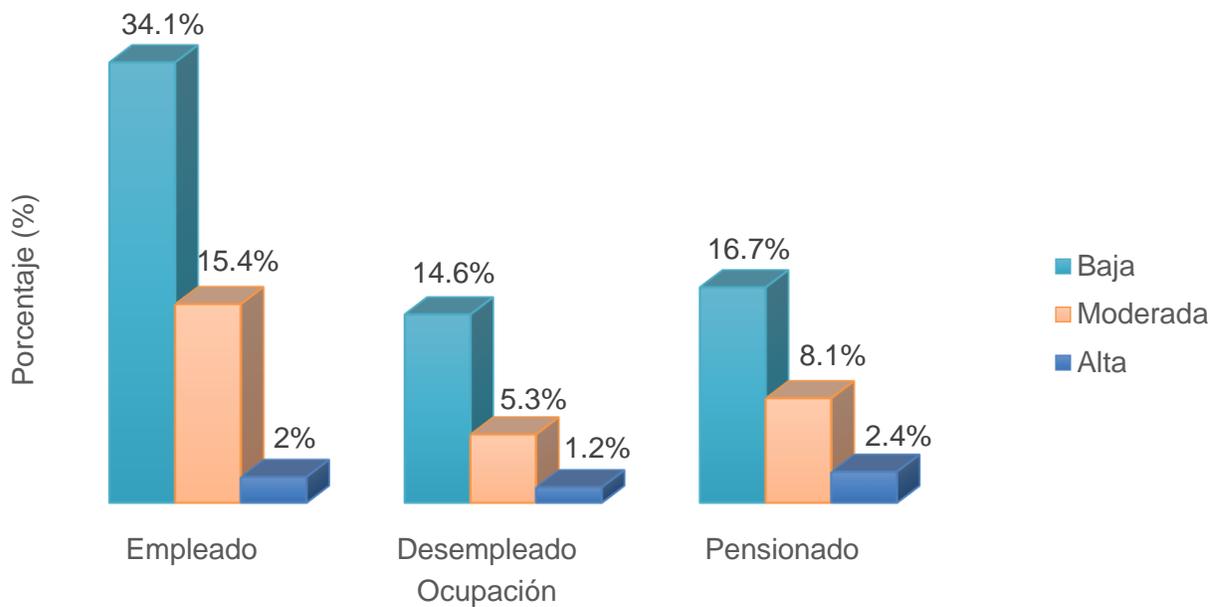
Fuente: n=246 Santiago-G A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación del grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores del HGZ/UMF No.8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2019.

Tabla 11. Ocupación y grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores en el HGZ/UMF No.8

Ocupación	Grado de dependencia a la nicotina						Total	Porcentaje
	Baja	Porcentaje	Moderada	Porcentaje	Alta	Porcentaje		
Empleado	84	34.1	38	15.4	5	2	127	51.6
Desempleado	36	14.6	13	5.3	3	1.2	52	21.1
Pensionado	41	16.7	20	8.1	6	2.4	67	27.2
Total	161	65.4	71	28.9	14	5.7	246	100

Fuente: n=246 Santiago-G A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación del grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores del HGZ/UMF No.8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2019.

Gráfica 11. Ocupación y grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores del HGZ/UMF No.8



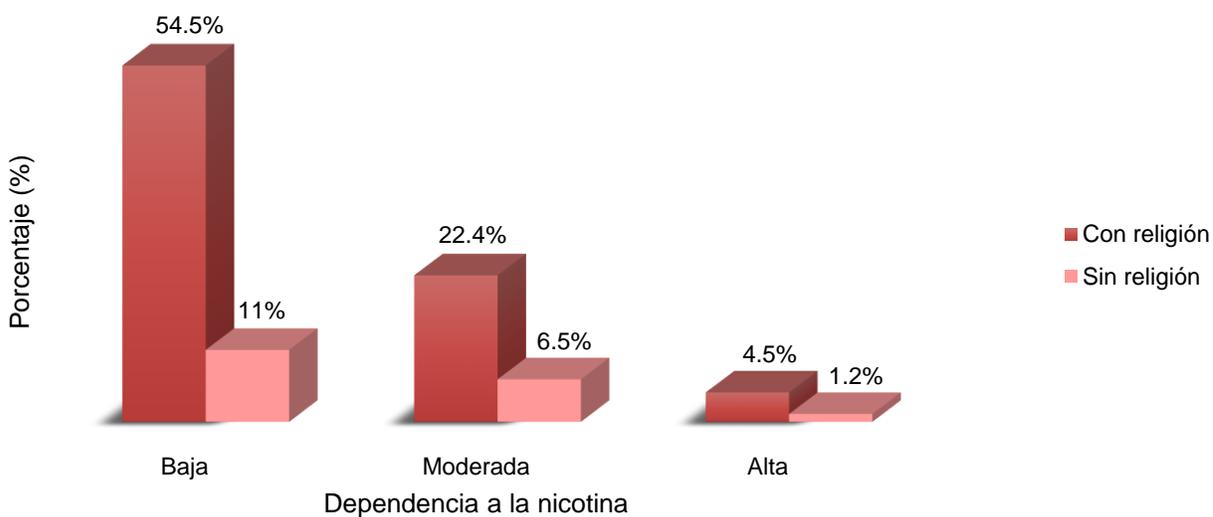
Fuente: n=246 Santiago-G A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación del grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores del HGZ/UMF No.8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2019.

Tabla 12. Religión y grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores en el HGZ/UMF No.8

Grado de dependencia a la nicotina								
Religión	Baja	Porcentaje	Moderada	Porcentaje	Alta	Porcentaje	Total	Porcentaje
Con religión	134	54.5	55	22.4	11	4.5	200	81.3
Sin religión	27	11	16	6.5	3	1.2	46	18.7
Total	161	65.4	71	28.9	14	5.7	246	100

Fuente: n=246 Santiago-G A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación del grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores del HGZ/UMF No.8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2019.

Gráfica 12. Religión y grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores en el HGZ/UMF No.8



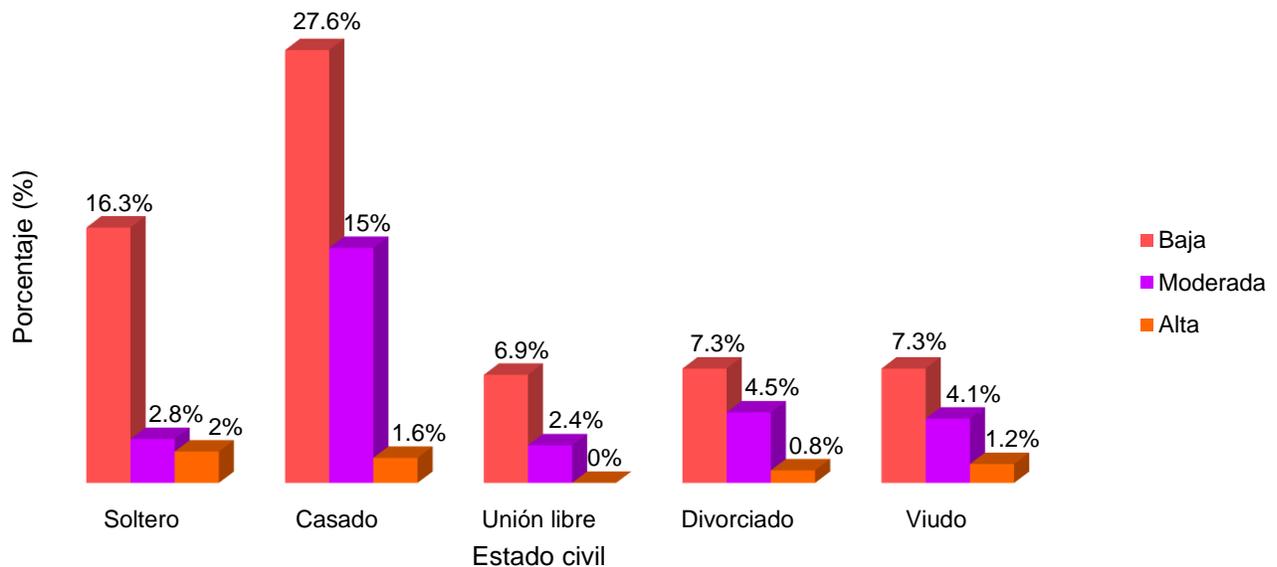
Fuente: n=246 Santiago-G A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación del grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores del HGZ/UMF No.8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2019.

Tabla 13. Estado civil y grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores en el HGZ/UMF No.8

Grado de dependencia a la nicotina								
Estado civil	Baja	Porcentaje	Moderada	Porcentaje	Alta	Porcentaje	Total	Porcentaje
Soltero	40	16.3	7	2.8	5	2	52	21.1
Casado	68	27.6	37	15	4	1.6	109	44.3
Unión libre	17	6.9	6	2.4	0	0	23	9.3
Divorciado	18	7.3	11	4.5	2	0.8	31	12.6
Viudo	18	7.3	10	4.1	3	1.2	31	12.6
Total	161	65.4	71	28.9	14	5.7	246	100

Fuente: n=246 Santiago-G A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación del grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores del HGZ/UMF No.8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2019.

Gráfica 13. Estado civil y grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores en el HGZ/UMF No.8



Fuente: n=246 Santiago-G A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación del grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores del HGZ/UMF No.8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2019.

DISCUSIÓN

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

En 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)³². Donde se evaluó el grado de dependencia a la nicotina, encontrándose en cuanto a dependencia baja en el 60%, moderada en el 35% y alta en un 5%. En nuestro estudio se encontró dependencia baja en el 65.4%, moderada en un 28.9% y alta en el 5.7%. Podemos notar que la dependencia baja a la nicotina es mayor en nuestra población probablemente se deba al estilo de vida de los mexicanos ya que en nuestra población la mayoría fuma de forma ocasional. Un estudio realizado en México (2018) “Evaluación de la dependencia física y psicológica al tabaco en fumadores mexicanos adultos, ENCODAT 2016”³³ reportó lo siguiente: dependencia física 82.3% leve, 17.2% moderada y 0.5% severa, donde se encontró que la mayoría de los mexicanos fumadores presentan dependencia a la nicotina leve que se confirma en nuestro estudio.

De acuerdo a un estudio realizado por Urdapilleta-Herrera E. y cols. “Ansiedad y depresión en fumadores mexicanos y su relación con el grado de adicción” (México 2017)³⁴, que aplicó el test de Fagerström, reportó en el sexo masculino la dependencia a la nicotina baja 22.7%, moderada 12.4% y alta 1.5%; en el sexo femenino, baja 44.3%, moderada 15.1% y alta 4%. En nuestro estudio la dependencia a la nicotina en el sexo masculino fue: baja 24%, moderada 11.4% y alta 1.2%. Respecto al sexo femenino con un total de baja 41.5%, moderada 17.5% y alta 4.5%. En este caso los datos fueron similares a pesar de que el muestreo de nuestra población se realizó con el criterio de ser fumador sin indagar en las patologías asociadas como en el caso del estudio mencionado el cual se realizó en pacientes con ansiedad y depresión asociada.

Escobar Martínez M y cols en su estudio “Dependencia a la nicotina y su alteración en la función pulmonar en fumadores activos” (2013)³⁵ encontraron que el grupo etáreo que predominó fue de 58 a 67 años de edad con una frecuencia de 30%. El promedio de edad general fue de 58 años (62 años en hombres y 48 años en mujeres). La dependencia leve a la nicotina fue mayor en el grupo etáreo de 58 a 67 años de edad con 31%. La dependencia moderada a la nicotina en el grupo etáreo mayor a 68 años de 33%. Dependencia moderada a la nicotina en el grupo etáreo de 58 a 67 años con 50%. En nuestro estudio predominó el rango de edad de 46 a 55 años con el 22%. La media de edad fue de 59.70 años. La dependencia leve con mayor porcentaje se encontró en el rango de edad de 46 a 55 años con 14.6%, al igual que la mayor dependencia moderada de 6.9%. La dependencia alta en mayor porcentaje se observó en los rangos de 56 a 65 y de 66 a 75 años respectivamente con 1.6%. En ambos estudios, en lo referente al grupo etáreo predominante, así como el que obtuvo un mayor grado de dependencia leve y moderado se observó que se mantuvo la relación, en nuestro estudio en un rango de edad menor sin embargo dentro de la etapa de adulto. Debido a que en esta etapa de la vida se encuentra el mayor porcentaje de dependencia a la nicotina leve, nos permitirá incidir y realizar acciones que impacten en la calidad de vida de los fumadores.

En un estudio realizado por Leal BM et.al, “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” (2010)³⁶. En relación al nivel de escolaridad en fumadores, se encontró que el 48.4% había cursado primaria y secundaria, 26.0% bachillerato o carrera técnica y 25.3% licenciatura o maestría. En nuestro estudio obtuvimos los siguientes resultados: 32.1% cursaron primaria y secundaria, 46.7% con bachillerato y carrera técnica y 21.1% licenciatura y posgrado. Los resultados indican que actualmente la población fumadora cuenta con un nivel educativo medio superior (bachillerato y carrera técnica) mayor como observamos en nuestro estudio. En el caso de nivel superior los resultados fueron similares en ambos estudios. Cabe mencionar que el lugar de recolección de la información también influye en los resultados.

Francisco R. J. y cols. en su estudio “Consumo de tabaco en adultos de Monterrey: relación con actividad físico-deportiva y familia”. (Monterrey 2015)³⁷, encontraron que en cuanto a estado civil, el 40.5% de la población con tabaquismo era casado, 14.8 % soltero. Los resultados que obtuvimos en ese rubro mostraron que, el 44.3% estaban casados y el 21.1% solteros. Los resultados fueron similares para fumadores casados. Sin embargo, encontramos en nuestra población un porcentaje mayor en solteros probablemente se deba al tipo de población y el lugar en el que se obtuvieron los resultados.

Dentro de los alcances de nuestro estudio fue determinar el grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores de nuestro hospital. Encontramos que el nivel de dependencia mayoritario fue bajo, seguido del moderado y en poco porcentaje el alto. A pesar de que gran parte de la población estudiada se encontró con un grado bajo de dependencia las complicaciones que ocasiona fumar no se modifican sobre todo si el hábito tabáquico es persistente. Es por ello que esta información nos permitirá identificar a los pacientes con riesgo de desarrollar mayor dependencia para orientarlos sobre esta y otras complicaciones que conlleva el fumar, ya sea de forma directa y/o indirecta, hacia los integrantes de su familia o las personas que lo rodean. Al brindar una adecuada promoción a la salud sobre tabaquismo podemos dar un tratamiento individualizado a cada paciente y abordarlo de manera integral con todo el personal de salud para así mejorar su calidad de vida. Otro de los alcances fue evaluar las características sociodemográficas que también nos orientan para la identificación de los pacientes con riesgo de presentar mayor dependencia a la nicotina y las complicaciones asociadas.

Un límite dentro de nuestro estudio fue que al realizar el muestreo algunos pacientes se negaban a contestar. Además, no se tomó una proporción adecuada de pacientes dentro del mismo rango de edad y sexo, por lo que consideramos que la evaluación de la dependencia a la nicotina de acuerdo a estos rubros no es concluyente. Otra limitación es que se trata de un estudio transversal, lo cual no permite identificar la variabilidad de la dependencia en el tiempo y no podemos dar seguimiento a la evolución de estos pacientes sobre todo cuando después de identificarlos inician tratamiento para dejar la adicción.

El presente estudio resulta de gran relevancia para la práctica asistencial, ya que se trata de pacientes que en su mayoría presentan enfermedades crónico degenerativas que, al darles un adecuado seguimiento, orientación y promoción a la salud, se puede mejorar la evolución de la enfermedad y en la medida de lo posible disminuir sus complicaciones. Como personal de salud de primer contacto podemos identificar a los pacientes fumadores y abordarlos de manera integral con el fin de que tengan una mejor calidad de vida para ellos y sus familias.

En el aspecto educativo: Es importante conocer los factores involucrados que llevan al paciente a iniciar el tabaquismo, así como el porqué 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, 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 la base para la investigación de patologías asociadas al tabaquismo, ya que es un factor de riesgo y no solo involucra al fumador sino también a la familia y las personas que lo rodean. Dentro de las patologías asociadas se encuentran las enfermedades mentales, como la depresión, las cuales en ocasiones se pasan por alto siendo que estas ocasionan gran parte del gasto sanitario. Además, se puede realizar un seguimiento de los pacientes una vez que se instauran los diversos tratamientos y con ello obtener información que permita mejorar los mismos.

En el rubro Administrativo. Sabemos que hace algunos años se implementaron programas y políticas de salud para combatir esta adicción. Sin embargo, no se han llevado a cabo al cien por ciento y como se observó en este estudio, la dependencia a la nicotina persiste. Al identificar el grado de dependencia a la nicotina podremos orientar al paciente y crear conciencia del tratamiento para esta adicción y con ello disminución del costo sanitario, al reforzar y orientar en la aplicación de programas preventivos con mayor impacto en la sociedad.

CONCLUSIONES

En la presente investigación se cumplió el objetivo de evaluar el grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores del HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”. Encontrando que el sexo predominante fue el femenino debido a que es la población que más asiste a consulta. Por otra parte, más de la mitad de la población estudiada presentó un grado de dependencia a la nicotina de leve a moderada. De la cual el sexo femenino obtuvo el mayor porcentaje en todos los grados, mientras que en el sexo masculino fue en el grado 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”, presentaron dependencia a la nicotina.

En nuestra población fumadora encontramos el mayor porcentaje de dependencia a la nicotina en grados baja y moderada en el rango de edad de 46 a 55 años. Mientras que la alta predominó entre los 56 a 75 años. El nivel educativo en su mayoría fue el medio superior (bachillerato), el cual presentó el mayor porcentaje de dependencia en todos los grados. Los fumadores empleados tuvieron mayor dependencia a la nicotina baja y moderada, mientras que la alta se encontró en los pensionados. En cuanto al estado civil, los casados presentaron el mayor porcentaje de dependencia a la nicotina en grados baja y moderada y los solteros en alta. Por último, quienes profesaban una religión tuvieron mayor dependencia a la nicotina en todos los grados.

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 dependencia leve encontrada en mayor porcentaje en nuestra población adulta fumadora, permitirá al Médico Familiar realizar intervenciones con el objetivo de abandonar el hábito tabáquico.

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, al promover la motivación, la voluntad para abandonar el cigarro, así como integrar a la familia del paciente, con muy buenos resultados, según lo ya comprobado en algunos estudios.

El trabajo demostró factibilidad de aplicar por el médico la escala dependencia de la nicotina (test de Fagerström) para identificar y abordar pacientes fumadores ya que su aplicación es fácil y rápida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ruiz-Rico N. Quílez et. al. Estudio descriptivo de los pacientes atendidos en una Unidad de Tabaquismo, Revista Patología Respiratoria. 2015; 18(1): 3-7
2. 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
3. APA. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed. (DSM-V). Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
4. Mena-Cardoso A, Rodríguez-Aguilar E, Ramos-Hurtado I. El hábito de fumar en la adolescencia. Revista Acta Médica del centro. 2017; 11(1): 76-78
5. OMS. Tabaco. Organización mundial de la salud. [Internet]. 2018. [Último acceso: marzo 2018]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
6. Consumo de tabaco: prevalencias globales y patrones de consumo 2011-2016.
7. ENCODAT. <https://drive.google.com/file/d/1Ikptvdu2nsrSpMBMT4FdqBlk8gikz7q/view>
8. Sansores RH, Diaz VN, Gómez L, Amaya-Flores R, Ramírez-Venegas A. El control del tabaquismo en los países Ibero-latino-americanos. Parte 2. Revista Prevención del Tabaquismo. 2017; 19 (1): 19-51.
9. OMS. El tabaco es una amenaza para todos. [Internet]. 2017. [Último acceso: febrero 2017]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255582/WHO-NMH-PND-17.2-spa.pdf?sequence=1>
10. OMS. El Protocolo para la eliminación del comercio ilícito de productos de tabaco: un panorama general. [Internet]. 2018. [Último acceso: junio 2018]. Disponible en: https://www.who.int/fctc/protocol/Protocol-summary_jul-2018.pdf

11. Sandí Brenes S, Sandí Esquivel L. Dependencia a tabaco y su tratamiento Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR – HSJD. 2016; 1 (1)
12. Tanja-Aguilera K, Quintero-Lores CM. Efectos neurobioquímicos de la nicotina en el cerebro humano. Revista 16 de abril. 2015; 54 (260): 31-41
13. J.A. Micó, M.R. Moreno Brea, A. Roca Vinardell, M.O. Rojas Corrales, A. Ortega Álvaro. Neurobiología de la adicción a nicotina. Prevención del tabaquismo, 2000; 2(2)
14. Campo-Arias A. Dependencia de nicotina aproximación a su manejo farmacológico. Revista colombiana de psiquiatría, 2012. 31(1)
15. Nicotina: sus efectos sobre la salud. [Internet]. 2014. [Último acceso:2014] Disponible en: <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=85823>
16. 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
17. Parodi C., Barros M., Llambí L., Silveira A., Pippo A., Musetti A., et.al. Consulta en Unidad de Tabaquismo: oportunidades diagnósticas. Revista Prevención del Tabaquismo. 2015; 17 (3): 13-18.
18. 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-e040bb89ad43202b>
19. Roa-Cubaque MA, Parada-Sierra ZE, Albarracín-Guevara YC, Alba-Castro EJ, Aunta-Piracón M, Ortiz-León MC. Validación del test de Fagerström para adicción a la nicotina. Revista Investigación Salud Universidad Boyacá. 2016;3(2):161-175
20. Korte, KJ. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: Do revisions in the item scoring enhance the psychometric properties? 2017

21. Kumar, A. Medical student Intervention to promote effective nicotine dependence and tobacco Healthcare (MIND-THE-GAP): single-centre feasibility randomised trial results, BMC Medical Education. 2017; 17:249
22. Passey Megan E. et. al. Smoke-free homes: what are the barriers, motivators and enablers? A qualitative systematic review and thematic synthesis BMJ Open 2016: 14
23. Cañas A. Eficacia y seguridad del uso de medicamentos para la cesación de la adicción al tabaco: revisión de guías de práctica clínica Rev. salud pública. 2014;16 (5): 772-785.
24. De Bruin, Marijn et. al. Identifying effective behavioural components of Intervention and Comparison group support provided in smoking cessation (IC-SMOKE) interventions: a systematic review protocol. Systematic Reviews 2016; 5:77
25. Thurgood S, McNeill A, Clark-Carter D, Brose L. A Systematic Review of Smoking Cessation Interventions for Adults in Substance Abuse Treatment or Recovery. Nicotine & Tobacco Research, 2015; 993–1001.
26. Secades-Villa R, Vallejo-Seco G, García-Rodríguez O, López-Núñez C, Weidberg S, González-Roz A. Contingency Management for Cigarette Smokers With Depressive Symptoms. Experimental and Clinical 2015; 23 (5), 351–360
27. Cahill K, Stevens, S, Lancaster T, Pharmacological Treatments for Smoking Cessation. Clinical Evidence Synopsis. 2014; 311(2).
28. Hakulinen, Christian Personality and smoking: Individual-Participant Meta-Analysis of 9 cohort studies. Addiction. 2015; 110(11)
29. Yunlong Ma, Li Wen, Wenyan Cui, Wenji Yuan, Zhongli Yang, et.al. Prevalence of Cigarette Smoking and Nicotine Dependence in Men and Women Residing in Two Provinces in China Frontiers in Psychiatry December. 2017; 8: 254
30. Mejía R.C., Vargas M., Talledo-Ulfe L, Rodríguez A. S.C., Benites-López E.K., Payano-Chumacero K., et.al. Factores asociados a la dependencia de alcohol y tabaco en estudiantes de ocho facultades de medicina peruanas, 2015. Revista Chilena Neuro-psiquiatría. 2016; 54 (4): 291-298

31. Zonana-Nacach A, Ochoa MS. Nivel de dependencia al tabaco en enfermeras y médicos de un hospital general regional. *Revista Iberoamericana de Educación e Investigación en Enfermería*. 2014;4 (1):45-51
32. Landea MR, Pozzi A, De Sandro JM, Gola V, Salazar MR. Prevalencia de tabaquismo, dependencia y motivación para dejar de fumar en los trabajadores de un hospital general de Argentina. *Revista del tórax*. 2013. 8 (15)
33. Paz-Ballesteros WC, Zavala-Arciniega L, Gutiérrez-Torres DS, Ponciano-Rodríguez G, Reynales-Shigematsu LM. Evaluación de la dependencia física y psicológica al tabaco en fumadores mexicanos adultos, Encodot 2016. *Salud Publica Mex*. 2018;60.
34. Urdapilleta-Herrera EC, Sansores RH, Ramírez-Venegas A, Méndez-Guerra M, Lara-Rivas AG, Guzmán-Barragán SA, et.al. Ansiedad y depresión en fumadores mexicanos y su relación con el grado de adicción. *Salud pública de México*, 2010; 52(2)
35. Escobar Martínez M y cols en su estudio Dependencia a la nicotina y su alteración en la función pulmonar en fumadores activos. *Revista de Bolivia* 2013.
36. Leal B, Ocampo OM, Cicero SM. *Salud Mental* 2010;33:489-497 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.
37. 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. *Nutrición Hospitalaria*. [Internet]. 2015; 32(2):808-816. Disponible en: <http://www.biblioteca.cij.gob.mx>tabaco1>

ANEXOS

ANEXO 1

Test de Fagerström

Instrucciones: Lea con atención cada pregunta y marque solo la respuesta que más se acerque a su conducta.

Pregunta	Respuesta	Puntuación
1. ¿Cuántos cigarros fuma diariamente?	31 o más	3
	21 a 30	2
	11 a 20	1
	Menos de 10	0
2. ¿Cuánto tiempo después de despertarse, inicia a fumar?	Menos de 5 minutos	3
	De 6 a 30 minutos	2
	Entre 31 a 60 minutos	1
	Más de 60 minutos	0
3. ¿Cuál cigarro le es más difícil de omitir?	El primero de la mañana	1
	Otros	0
4. ¿Le es difícil dejar de fumar en donde está prohibido (bibliotecas, hospitales, cine, etc.)?	Sí	1
	No	0
5. ¿Fuma más por las mañanas que durante el resto del día?	Sí	1
	No	0
6. ¿Fuma incluso si tiene que quedarse en cama por enfermedad?	Sí	1
	No	0

Equivalencia: 1 pipa= 3 cigarros; 1 puro pequeño= 3 cigarros; 1 puro grande= 5 cigarros.

Puntuación: _____

Dependencia baja (0-3 puntos)
Dependencia moderada (4-7 puntos)
Dependencia alta (8-10 puntos)

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION SUR DE LA CIUDAD DE MÉXICO
HOSPITAL GENERAL DE ZONA/UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8
DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TITULO DE LA TESIS: EVALUACION DEL GRADO DE DEPENDENCIA A LA
NICOTINA EN PACIENTES FUMADORES QUE ACUDEN A CONSULTA
EXTERNA DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA/UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR NO. 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO

**Instrucciones: Lea con atención cada apartado y escriba o subraye la
respuesta que corresponda:**

1. Edad: _____

2. Sexo:

1. Mujer
2. Hombre

3. Estado civil

1. Soltero
2. Casado
3. Unión libre
4. Divorciado
5. Viudo

4. Escolaridad

1. Primaria
2. Secundaria
3. Bachillerato
4. Carrera técnica
5. Licenciatura
6. Posgrado

5. Ocupación

1. Empleado
2. Desempleado
3. Pensionado
4. Estudiante

6. Religión

1. Con religión
2. Sin religión

7. Test Fagerström

1. Dependencia baja
2. Dependencia moderada
3. Dependencia alta



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ANEXO 2

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	"Evaluación del grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores que acuden a consulta externa del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo"
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Ciudad de México, de marzo del 2017 a febrero del 2019
Número de registro:	En trámite
Justificación y objetivo del estudio:	Esta investigación, se realiza con la finalidad de orientar a médicos familiares, para permitimos emprender líneas de acción para el control de tabaquismo, por ello conocer el grado de dependencia a la nicotina en fumadores.
Procedimientos:	Se aplicará el Test de Fagerström en pacientes fumadores en el HGZ/UMF No 8.
Posibles riesgos y molestias:	No existen riesgos
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Conocer el grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores...
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Protocolo descriptivo, el resultado de este estudio ayudará para la intervención oportuna del médico familiar en el abordaje de pacientes con Tabaquismo.
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.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	No aplica
Beneficios al término del estudio:	

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:	Espinoza Anrubio. Gilberto. Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud del HGZ/UMF 8. Matricula 99374232. Correo: gilberto.espinozaa@imss.gob.mx Teléfono: 55506422 Ext 28235 Fax: No Fax
Colaboradores:	Santiago García Anahí. Residente de Medicina Familiar del HGZ/UMF 8. Matrícula 97371486. Correo: starvirus_55@hotmail.com. Teléfono: Fax: No Fax. Vilchis Chaparro Eduardo. Maestro en Ciencias de la Educación, Profesor Titular de la residencia en Medicina Familiar del HGZ/UMF#8. Matricula 99377278. Correo: eduardo.vilchisch@imss.gob.mx Teléfono: 55506422 Ext 28235 Fax: No fax Sánchez Pineda Jorge Médico Familiar adscrito al HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" Matricula: 99379893- Teléfono: 55506422 ext. 28235 Fax: No Fax Email: jorge.sanchezpi@imss.gob.mx

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

_____ Nombre y firma del sujeto Testigo 1	_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento Santiago García Anahí 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

ANEXO 3 CRONOGRAMA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DE LA CIUDAD DE MEXICO
HOSPITAL GENERAL DE ZONA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8
"DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"
COORDINACIÓN CLINICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

TÍTULO DE LA TESIS: EVALUACIÓN DEL GRADO DE DEPENDENCIA A LA NICOTINA EN PACIENTES FUMADORES QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 8_DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO".

2017-2018

FECHA	MARZO 2017	ABRIL 2017	MAYO 2017	JUNIO 2017	JULIO 2017	AGOSTO 2017	SEPTIEMBRE 2017	OCTUBRE 2017	NOVIEMBRE 2017	DICIEMBRE 2017	ENERO 2018	FEBRERO 2018
Idea a estudiar	X											
Título		X										
Antecedentes			X									
Planteamiento del problema				X								
Justificación				X								
Objetivos					X							
Hipótesis					X							
Material y métodos						X						
Tipo de estudio						X						
Diseño metodológico							X					
Población							X					
Lugar y tipo de estudio								X				
Tipo y tamaño de la muestra								X				
Criterios de inclusión, exclusión y eliminación								X				
Variables									X			
Definición de las variables									X			
Diseño estadístico									X			
Instrumentos de recolección										X		
Método de recolección										X		
Cronograma										X		
Recursos											X	
Consideraciones éticas											X	
Bibliografía											X	
Reporte de protocolo												X

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DELEGACIÓN SUR DE LA CIUDAD DE MEXICO
 HOSPITAL GENERAL DE ZONA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8
 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"
 COORDINACIÓN CLINICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

TÍTULO DE LA TESIS: EVALUACIÓN DEL GRADO DE DEPENDENCIA A LA NICOTINA EN PACIENTES FUMADORES QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 8_DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO".

2018-2019

FECHA	MARZO 2018	ABRIL 2018	MAYO 2018	JUNIO 2018	JULIO 2018	AGOSTO 2018	SEPTIEMBRE 2018	OCTUBRE 2018	NOVIEMBRE 2018	DICIEMBRE 2018	ENERO 2019	FEBRERO 2019
Prueba piloto	X				}							
Ejecución del proyecto		X										
Recolección de datos			X									
Almacenamiento de datos				X								
Análisis de datos					X							
Descripción de datos						X						
Discusión de datos							X					
Conclusión								X				
Integración y revisión final									X			
Reporte final										X		
Autorizaciones											X	
Impresión del trabajo												X
Publicación												X

Instituto Mexicano del Seguro Social
Hospital General de Zona con Medicina Familiar #8
Dr. Gilberto Flores Izquierdo
Coordinación de Educación e Investigación en Salud

Fecha: 30 de agosto de 2018

ASUNTO: CARTA DE NO INCONVENIENTE.

Por medio de la presente le informo a usted que no existe inconveniente para que el investigador Esp. Gilberto Espinoza Anrubio CCEIS HGZ/UMF No.8 con adscripción en el HGZ/UMF No.8, realice la investigación titulada: EVALUACIÓN DEL GRADO DE DEPENDENCIA A LA NICOTINA EN PACIENTES FUMADORES, dicha investigación pretende llevarse a cabo en el HGZ/UMF No. 8 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Sur CDMX, en la cual me desempeño como Medico de base. La presente investigación será llevada a cabo en el período comprendido del 1° de marzo de 2017 al 28 de febrero del 2019. El procedimiento que se llevará a cabo será seleccionando los pacientes que sean fumadores, en los cuales se aplicará el **Test de Fagerström** y se recabaran los datos correspondientes a las variables sociodemográficas.

Por lo que no tengo ningún inconveniente en otorgar las facilidades al Esp. Gilberto Espinoza Anrubio y al Médico Residente Anahí Santiago García para que realicen la recolección de información y selección de pacientes en esta unidad.

Sin más por el momento me despido de usted con un cordial saludo.

DR. CARLOS ERNESTO CASTILLO HERRERA
DIRECTOR