



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**Dependencia psicológica de tabaquismo en asegurados
con hipertensión arterial de la UMF 9, Delegación
Aguascalientes**

Tesis que para obtener el título de especialidad en Medicina Familiar

Presenta:

Dra. Ana María Almendaro de la Torre

Teléfono: (449) 460 6424

Correo electrónico: anaalmendaro127@gmail.com

Asesor de tesis:

Dra. Ana Laura Sagaón

Teléfono: (449) 972 6092

Correo electrónico: laurasagaon@gmail.com

Aguascalientes, Aguascalientes a 5 de noviembre de 2020



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**Dependencia psicológica de tabaquismo en asegurados con hipertensión
arterial de la UMF 9, Delegación Aguascalientes**

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
SUBDIRECCIÓN DE MEDICINA FAMILIAR.
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACION AUXILIAR DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 9

TÍTULO

“DEPENDENCIA PSICOLOGICA DE TABAQUISMO EN ASEGURADOS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL
DE LA UMF 9, DELEGACIÓN AGUASCALIENTES”

TESIS

PARA OBTENER EL GRADO DE MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

TESIS QUE PRESENTA:

ANA MARIA DEL SOCORRO ALMENDARO DE LA TORRE

INVESTIGADOR ASOCIADO (ASESOR METODOLÓGICO)

DRA. ANA LAURA SAGAON TELLEZ

PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MECINA FAMILIAR

DR. DANIEL ALEJANDRO HERNANDEZ AVIÑA

AGUASCALIENTES, AGS. NOVIEMBRE 2020.

AGUASCALIENTES, AGS. NOVIEMBRE 2020.

CARTA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE TESIS

COMITÉ DE INVESTIGACIÓN Y ETICA EN INVESTIGACIÓN EN SALUD 101

HOSPITAL GENERAL DE ZONA No.1 AGUASCALIENTES.

DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR

COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACION EN SALUD

P R E S E N T E:

Por medio de la presente, le informo que el Residente de la especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona No. 2 con sede en la Unidad de Medicina familiar No. 9 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes:

DRA. ANA MARIA DEL SOCORRO ALMENDARO DE LA TORRE

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

“DEPENDENCIA PSICOLOGICA DE TABAQUISMO EN ASEGURADOS CON HIPERTENSION ARTERIAL DE LA UMF 9, DELEGACION AGUASCALIENTES”

Número de registro: R-2020-101.003 del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No, 101.

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: TESIS.

La Dra. Ana María del Socorro Almendaro de la Torre asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo ningún inconveniente para que proceda a la impresión definitiva ante el comité que usted preside, para que sean realizados los trámites correspondientes a su especialidad. Sin otro particular, agradezco la atención que sirva la presente, quedando a sus órdenes para cualquier aclaración.

Atentamente:

Dra. Ana Laura Sagaón Téllez.

Investigador asociado (asesor metodológico).

Dr. Daniel Hernández Aviña

Profesor Titular de la Especialidad Semipresencial para Médicos Generales del IMSS.

IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES

INVESTIGADOR PRINCIPAL (TESISTA)

Nombre: Dra. Ana María Almendaro de la Torre Matricula: 99011045

Adscripción: Unidad de Medicina Familiar #9 Lugar de trabajo: UMF No. 9

Domicilio: Blvd. Siglo XXI No. 301, Fraccionamiento Ojo Caliente, Aguascalientes, Ags. C.P. 20196

Teléfono: (449) 460 6424

Correo electrónico: anaalmendaro127@gmail.com

INVESTIGADOR ASOCIADO (ASESOR METODOLÓGICO)

Nombre: Dra. Ana Laura Sagaón Téllez Matricula: 99207883

Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No.9 Lugar de trabajo: UMF No. 9

Domicilio: Blvd. Siglo XXI No. 301, Fraccionamiento Ojo Caliente, Aguascalientes, Ags. C.P. 20196

Teléfono: (449) 972 6092

Correo electrónico: laurasagaon@gmail.com

RESUMEN

TÍTULO. Dependencia psicológica de tabaquismo en asegurados con hipertensión arterial de la UMF 9, Delegación Aguascalientes.

ANTECEDENTES. Dentro de la valoración del paciente con hipertensión arterial esta la evaluación del paciente hipertenso fumador ya que actualmente el tabaquismo se considera una enfermedad crónica prevenible, actualmente se cuenta con diversos instrumentos para la evaluación de dependencia tanto física como psicológica sin embargo en nuestro estudio se utilizara un instrumento que involucra las emociones y percepciones internas del fumador siendo importante conocer su dependencia al tabaquismo para establecer medidas preventivas de control de forma oportuna. **OBJETIVO.** Determinar la dependencia psicológica de tabaquismo en asegurados con hipertensión arterial de la Unidad de Medicina Familiar 9, Delegación Aguascalientes. **MATERIAL Y MÉTODOS.** Se realizó un estudio descriptivo, observacional, transversal, prospectivo, con una muestra 370 asegurados hipertensos fumadores adscritos a la UMF9, Delegación Aguascalientes, se aplicó una encuesta para obtener datos sociodemográficos, clínicos y un instrumento "Prueba para Evaluar la dependencia psicológica en pacientes fumadores (TAPDS)" **RESULTADOS.** Los participantes tenían en promedio 46.8 años (DE 12.2), siendo la mayoría del sexo masculino (54.1%) y en la clasificación TAPDS ninguno mostró dependencia (0.0%), 67 presentaron dependencia leve (18.1%), 234 dependencia moderada (63.2%) y 69 dependencia severa (18.6%). **CONCLUSIÓN.** Los pacientes hipertensos que acuden a la Unidad de Medicina Familiar 9, Delegación Aguascalientes presentan una gran prevalencia de dependencia severa y moderada al tabaco al evaluarlos con la Prueba para Evaluar la dependencia psicológica en pacientes fumadores.

PALABRAS CLAVE: Dependencia, tabaquismo, hipertensión arterial.

ÍNDICE

1. MARCO TEÓRICO	1
1.1 ANTECEDENTES CIENTÍFICOS	2
1.2 MARCO CONCEPTUAL	12
1.3 VARIABLES DESCRITAS EN OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	16
2. JUSTIFICACIÓN	18
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	19
4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	20
5. OBJETIVOS	21
5.1 OBJETIVO GENERAL	21
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
6. MATERIAL Y MÉTODOS	22
6.1 TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	22
6.2 LUGAR	22
6.3 POBLACIÓN	22
6.4 TIEMPO	22
6.5 CRITERIOS DE SELECCIÓN	22
6.6 TIPO DE MUESTREO PROBABILÍSTICO ALEATORIO SIMPLE	23
6.7 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	24
6.8 INSTRUMENTO	26
6.9 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	27
6.10 CONSIDERACIONES ÉTICAS	28
6.11 RECURSOS	28
6.11.1 HUMANOS	28
6.11.2 FÍSICOS	28
6.11.2 FINANCIEROS	29
7. RESULTADOS	30
8. DISCUSIÓN	42
9. CONCLUSIÓN	47
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48
11. ANEXOS	52

11.1	CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	52
11.2	OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	54
11.3	ENCUESTA	62
11.4	PRUEBA PARA EVALUAR LA DEPENDENCIA PSICOLÓGICA EN PACIENTES FUMADORES (TAPDS)	63

1. MARCO TEÓRICO

La Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) 2016 reporta una prevalencia de consumo de tabaco de 20.1% para adultos. Más de la mitad de estos fumadores son ocasionales (62.1%) y sólo 37.9% fuma diariamente. (1) El consumo de tabaco, en cualquier forma, puede describirse como un proceso conductual que provoca un estado de ánimo adictivo entre los usuarios. La nicotina, ingrediente activo en el tabaco, actúa en el sistema nervioso central, sus efectos tras la administración repetida se relacionarían con la aparición de los distintos signos y síntomas de dependencia. (2)

El impacto del tabaquismo en la salud depende de la duración del tabaquismo durante años y de la exposición al humo del cigarrillo. El mecanismo por el cual el humo del cigarrillo causa resultados adversos para la salud implica múltiples pasos complejos como resultado de la exposición a los radicales libres de los componentes del humo del tabaco, lo que lleva a un mayor estrés oxidativo, inflamación y daño en el ADN. (3)

Se ha demostrado que fumar aumenta de manera aguda la rigidez aórtica y la Presión Arterial en los fumadores crónicos con hipertensión, y los efectos persisten por más tiempo que en los fumadores crónicos sin hipertensión. Estos estudios sugieren que fumar cigarrillos puede causar efectos perjudiciales agudos sobre la aorta o la progresión de la aterosclerosis en fumadores crónicos con hipertensión, contribuyendo a eventos cardiovasculares adversos. (4).

Aunque el abandono del tabaco no reduce la presión arterial, el riesgo cardiovascular total sí se ve claramente reducido al dejar de fumar (5). Entre los fumadores con hipertensión, los datos de los 36 años de seguimiento en el Estudio de Framingham, se encontró que dejar de fumar podría reducir el riesgo de enfermedad coronaria en un 35-40%. (6)

La mayoría de los estudios sobre los factores que influyen en el abandono del hábito de fumar se han realizado en países occidentales como Estados Unidos o países europeos (7, 8, 9) mientras que pocos estudios se realizan en países latinoamericanos y aquellos que abordan esta problemática se enfocan principalmente a estudio en adolescentes. (10)

1.1 ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

Se realizó una búsqueda en pub med, web of science, google académico, encontrándose 50 artículos, se utilizaron los descriptores como dependencia al tabaquismo, dependencia al tabaco, dependencia por fumar, dependencia al tabaquismo más hipertensión arterial, dependencia tabáquica, smoking dependence, dependence on smoking and arterial hypertension, encontrándose pertinentes 3.

Zvolensky M J (2019) Realizo un estudio de tipo transversal analítica en el que evaluó la sensibilidad a la ansiedad como una variable; explicando la relación entre los síntomas de ansiedad y la dependencia del cigarro, Se planteó la hipótesis de que los niveles más altos de sensibilidad a la ansiedad estarían significativamente relacionados con las expectativas de fumar para el refuerzo negativo, el control del peso del apetito y el daño personal. Los participantes fueron 363 personas con habla español-latinos, fumadores diarios. Los participantes eran fumadores actuales diarios entre 18 y 64 años. La mayoría de los sujetos informaron haber nacido en México (35.8%), el resto en los Estados Unidos, Puerto Rico, en Cuba y América del Sur. Con un promedio de consumo de tabaco de 11.4 años, se informó un promedio de 4,2 de fracasos de intentos de abandono. El número medio de cigarros fumados por día fue de 9.3, la media de dependencia cigarrillo era 7.6, lo que indica la dependencia del tabaco. Se utilizó el test de Fagerström para la dependencia del cigarro. En los resultados se encontraron correlaciones bivariadas estadísticamente significativas entre cada

una de las variables; condiciones médicas, consumo de alcohol, síntomas de ansiedad, consecuencias negativas, refuerzo positivo, refuerzo negativo, control del peso del apetito y sensibilidad a la ansiedad. La sensibilidad a la ansiedad se asoció positivamente con cada una de las variables de criterio (r_s que van de 0.30 a 0.44). Todas las expectativas de fumar se correlacionaron positivamente (r_s que van desde 0.64 a 0.89).

Se encontró que, para las consecuencias negativas, el Paso 1 del modelo fue significativo ($R^2 = 0.128$). El examen de los predictores individuales indicó que el ingreso, el consumo de alcohol y los síntomas de ansiedad eran predictores significativos de consecuencias negativas. En el Paso 2, la sensibilidad a la ansiedad fue un predictor significativo ($\Delta R^2 = 0.068$). En términos de expectativas positivas de refuerzo, el Paso 1 fue significativo ($R^2 = 0.050$). El ingreso y el consumo de alcohol surgieron como predictores significativos. En el Paso 2, la sensibilidad a la ansiedad fue un predictor significativo ($\Delta R^2 = 0.063$).

Para el refuerzo negativo, el modelo general fue significativo ($R^2 = 0.110$). Los efectos significativos fueron evidentes en el Paso 1 para el ingreso, el consumo de alcohol y los síntomas de ansiedad. La sensibilidad a la ansiedad fue un predictor significativo en el Paso 2 ($\Delta R^2 = 0.096$). Al predecir las expectativas de control del peso del apetito, el modelo general fue significativo ($R^2 = 0.073$), y surgieron efectos significativos en el Paso 1 para el ingreso, el consumo de alcohol y los síntomas de ansiedad. En el segundo paso, la sensibilidad a la ansiedad fue un predictor significativo ($\Delta R^2 = 0.089$).

En resumen, la sensibilidad a la ansiedad se relacionó significativamente con las expectativas de refuerzo negativo y las consecuencias personales negativas. La sensibilidad a la ansiedad también fue un predictor significativo de las expectativas de fumar para el control del apetito y el refuerzo positivo. Este estudio proporciona evidencia empírica de que la sensibilidad a la ansiedad explica un notable grado de variación en las expectativas de resultados de fumar sobre la variación explicada por un rango de covariables teóricamente relevantes entre los

fumadores latinos. Revelaron que los síntomas de ansiedad se relacionan indirectamente con la dependencia del cigarro, las barreras para dejar de percibir, y los problemas experimentados durante el pasado los intentos de abandono a través sensibilidad a la ansiedad. (11)

Andrea Svicher (2018) Italia, realizó un estudio transversal analítico para investigar la relación entre los síntomas físicos, cognitivos, sociales y abstinencia de la nicotina actual, expectativas a corto plazo de abstinencia en fumadores, la dependencia de tabaco, expectativas del estado de ánimo, factores negativos y falta de control; síntomas físicos, cognitivos, y sociales diarios. Se estudiaron 331 fumadores adultos de la población en general, se realizaron escalas de evaluación de ansiedad y se registraron los síntomas de abstinencia a la nicotina, cigarrillos y de dependencia. La muestra incluyó 63.4% de mujeres ($n = 210$) y los sujetos tenían una edad media (\pm DE) de 33.37 ± 11.53 años. La mayoría (76.1%) tenía al menos una educación secundaria, estaba empleado o era estudiante a tiempo completo (77.9%), estaba casado o cohabitaba (61.3%). Los participantes fumaron 13.35 ± 7.76 cigarrillos/día y habían fumado durante 10.88 ± 9.39 años; 14.8% ($n = 49$) de ellos trataron de dejar de fumar durante 24 horas al menos una vez en la vida.

Se encontraron correlaciones moderadas entre las subescalas ASI-3. Todas las subescalas ASI-3 también se correlacionaron moderadamente con las puntuaciones de abstinencia de nicotina, con la única excepción de la subescala de preocupaciones sociales ASI-3, que mostró una correlación débil con las características somáticas asociadas a Escala de Abstinencia de Nicotina de Minnesota (MNWS-R). Se encontraron correlaciones débiles entre los puntajes de la subescala ASI-3 y el cuestionario de Expectativas de Abstinencia de Fumar SAEQ. No se encontró correlación entre ASI-3 y la prueba de Fagerstrom para la dependencia del cigarrillo (FTCD).

Los análisis de regresión entre las subescalas ASI-3, FTCD, Síntomas psicológicos MNWS-R, Características somáticas asociadas a MNWS-R, Estado de ánimo

negativo y falta de control SAEQ, Amenaza interoceptiva, (SAEQ) y Consecuencias positivas SAEQ (ajustadas por sexo, edad, educación, afectividad negativa, número de cigarrillos fumados diariamente). Las preocupaciones físicas ASI-3 y las preocupaciones cognitivas ASI-3 se asociaron significativamente con puntajes totales FTCD más altos. Las preocupaciones físicas de ASI-3, las preocupaciones cognitivas de ASI-3 y las preocupaciones sociales de ASI-3 se asociaron significativamente con síntomas psicológicos más altos de MNWS-R. Las preocupaciones físicas ASI-3 y las preocupaciones cognitivas ASI-3 se asociaron significativamente con mayores características somáticas asociadas con MNWS-R. No se encontraron asociaciones significativas entre cada subescala ASI-3 y SAEQ. Todos los resultados se asociaron con los síntomas psicológicos de la abstinencia de nicotina, mientras que los síntomas físicos y cognitivos se asociaron a la abstinencia de nicotina. Las preocupaciones físicas y cognitivas podrían amplificar factores cognitivos relacionados con la abstinencia de fumar que desencadenan siguientes breves períodos de abstinencia (por ejemplo, durante la noche o restricciones temporales), aumentando así los procesos de refuerzo negativo que motivan los fumadores a fumar otro cigarro. (12)

Zhu y colaboradores (2019) realizaron un estudio transversal analítico para determinar si por sí sola la dependencia de la nicotina es un posible factor predictivo independiente de la aterosclerosis. Los resultados muestran el comportamiento de la dependencia a la nicotina, el momento del primer cigarro del día. Se asocia significativamente con el riesgo de la aterosclerosis aórtica entre los fumadores crónicos. Los sujetos que iniciaron su primer cigarro después de 60 minutos después de despertarse tenían un riesgo menor de 0.24% en comparación con los sujetos que fumaban 5 minutos después de despertar. La aterosclerosis es una enfermedad progresiva asintomática que puede ocasionar la pérdida de la función física. Un análisis la evaluación médica de los sujetos de este estudio no se encontró condiciones sintomáticas asociada a la aterosclerosis avanzada (por ejemplo, angina de pecho).

Existe evidencia de que el nivel de dependencia de la nicotina en los fumadores, según lo medido por el momento de primer cigarro del día y el test de Fagerström para la dependencia de la nicotina, se asocia con las enfermedades cardiovasculares y trastornos respiratorios en la Encuesta Nacional de Salud y Bienestar. Los fumadores en ese estudio tenían un mayor riesgo de 3.3 aterosclerosis aórtica en comparación con no fumadores y un 1.51 mayor riesgo para la aterosclerosis coronaria. Los niveles más altos de dependencia a la nicotina se encuentran en las personas con comorbilidades psiquiátricas incluyendo trastornos depresivos mayores y del estado de ánimo. La depresión se asocia con un aumento en el estrés oxidativo y el daño a los procesos neurológicos. (13).

TEORÍAS

TEORÍA DE LA AUTONOMÍA

La Teoría de la autonomía proporciona una nueva conceptualización de lo que significa ser dependiente de la nicotina. Para entender lo que es un cambio radical de la autonomía. (18)

Para entender esta teoría es necesario entender cómo la dependencia de nicotina se ha definido tradicionalmente. Durante años, muchos investigadores han adoptado la definición de dependencia que se presenta en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM). En este modelo, el consumo de drogas se evalúa su impacto en el bienestar físico y social del usuario. Evalúa si el abuso de sustancias constituye un comportamiento autodestructivo.

En el DSM la definición de dependencia de la nicotina tiene 7 criterios:

1. Tolerancia.
2. El retiro. Uso diario durante al menos varias semanas. Se requiere un mínimo de cuatro síntomas de abstinencia. Los síntomas de abstinencia deben

provocar deterioro en las áreas sociales, ocupacionales, u otras aéreas importantes del funcionamiento."

3. La sustancia se usa en cantidades mayores o durante un período más largo que se pretendían inicialmente.
4. Los esfuerzos son inútiles de, regular, o dejar de utilizarlos.
5. hay gran cantidad de tiempo dedicado a la obtención de la sustancia, el uso de la sustancia, o recuperándose de sus efectos.
6. Las actividades sociales, ocupacionales o recreativas importantes pueden ser abandonados o se reducen debido al uso desustancias.
7. El uso de sustancias continúa a pesar de esfuerzos de la persona ya que la suspensión provoca problema psicológico o físico.

El DSM requiere al menos 3 de los 7 criterios para ser considerados dependientes de la nicotina.

El DSM no determina cuando una persona está enganchada, esto es cuando el uso de la nicotina constituye un "trastorno mental".

La Teoría de la autonomía define cuando una persona se engancha. El término "enganchado" se le da su primera definición científica: una persona se engancha cuando él o ella ha perdido la autonomía total sobre el uso del tabaco, cuando se interrumpe el uso del tabaco ya no es un ejercicio sin esfuerzo del libre albedrío. Una persona ha perdido autonomía cuando las consecuencias del consumo de tabaco, ya sea física o psicológica, presenta una barrera para dejar de fumar.

La teoría de la autonomía establece que la dependencia comienza con la pérdida de la autonomía completa sobre el uso del tabaco.

La Teoría de la autonomía tiene 10 preguntas para establecer cómo se establece el Enganchamiento a la nicotina (HONC). Si una persona responde positivo a una de las preguntas, se ha producido una pérdida de autonomía y la dependencia ha comenzado.

1- ¿Alguna vez ha intentado dejar de fumar pero no puede? 2- ¿Fuma porque le es muy difícil dejar de fumar?

3- ¿Se siente adicto al tabaco?

4- ¿Siente fuertes deseos de fumar?

5- ¿Siente realmente la necesidad de un tabaco?

6- ¿Le es difícil dejar de fumar en lugares donde no se puede fumar?

7- ¿Le resulta difícil concentrarse por no poder fumar? 8- ¿Se siente irritable por no poder fumar?

9- ¿Siente fuerte necesidad de fumar?

La Teoría de la autonomía, solamente requiere un criterio, en comparación con el DSM que se requieren. (18)

La teoría es válida con cualquiera de los síntomas del HONC. El HONC se deriva de 3 teorías populares de dependencia:

De acuerdo con la Teoría de la automedicación, una pérdida de autonomía se produce cuando se depende de la nicotina para hacer frente estados afectivos desagradables o negativos. (14)

La Teoría del refuerzo sostiene que la conducta adictiva es motivada principalmente por el deseo de evitar estados emocionales desagradables, incluyendo la abstinencia de nicotina. El síndrome de abstinencia puede hacer que dejar de fumar desagradable, lo que representa un precio a pagar por la cesación y por lo tanto, una pérdida de autonomía. (15)

La Teoría de sensibilización de los incentivos propone que las drogas adictivas producen persistente sensibilización neuronal, lo que resulta en una manera intensa de "querer" antojos, indicando una pérdida de autonomía. Una pérdida de control sobre la nicotina. (16)

Las personas pueden sentirse adictos a la nicotina por muchas razones. La convicción de que uno es adicto representa una barrera psicológica para dejar de fumar y, por tanto, una pérdida de autonomía. Ante la Teoría autonomía, la incapacidad de dejar de fumar por sí mismo es una indicación de la dependencia.

Un estudio en el desarrollo y evaluación de la dependencia de nicotina de la juventud (DANDY). Una cohorte de 679 estudiantes de séptimo grado fue seguida durante un período de 30 meses. Como se predijo por el Teoría autonomía, se informó que jóvenes con 1 o más síntomas Hone incrementaron en marcadamente el riesgo de fallar un intento de abandono del tabaco. El estudio DANDY encontró que los primeros síntomas aparecen con frecuencia Hone a las pocas semanas del inicio del consumo de tabaco intermitente, lo que indica que la dependencia de nicotina como se define por la Teoría de la autonomía, se inicia con los primeros cigarrillos. La dependencia mantiene el consumo de tabaco y proporciona el apetito, que es el objeto de la tolerancia.

Los datos contradicen al DSM sobre la hipótesis de que el uso diario de tabaco es necesario para que puedan aparecer síntomas de abstinencia de nicotina. Muchos de los síntomas de abstinencia que figuran en el DSM fueron reportados comúnmente por los sujetos que no fuman diariamente.

La definición DSM incluye la tolerancia como un síntoma de la dependencia, pero, como se discutió anteriormente, los datos DANDY sugieren que la tolerancia no contribuye a la dependencia de la nicotina.

La Teoría del umbral del estado de dependencia a la nicotina donde los fumadores dependientes ajustan su consumo de nicotina con el fin de mantener los niveles séricos de nicotina por encima del umbral, ya que si los niveles caen por debajo

del umbral aparecen síntomas de abstinencia. Esta teoría dice que con un cigarrillo mantiene los síntomas de abstinencia a raya durante sólo una hora, por lo que los fumadores dependientes deben de fumar al menos 1 cigarrillo cada hora del día para presentar síntomas de abstinencia.

Los datos DANDY sugieren que esta suposición es incorrecta. Era bastante común que los jóvenes que inician tuvieran síntomas de abstinencia sin consumo de tabaco a diario. Al inicio de la dependencia, antes del desarrollo de la tolerancia sustancial, los fumadores no tienen que mantener los niveles séricos mínimos de la nicotina para mantener los síntomas de abstinencia.

En individuos que no han desarrollado la tolerancia crónica, el impacto neurofisiológico de nicotina persiste mucho después que la nicotina ha desaparecido de la sangre. Mansvelder y McGehee han proporcionado datos de confirmación de que una breve exposición a una dosis de equivalente de nicotina a 1 cigarrillo tiene efectos a largo plazo sobre los centros de recompensa del cerebro. (17)

DSM define la dependencia de la nicotina con la exposición a la nicotina de 5 cigarros por día. Sin embargo, la gran mayoría de los fumadores dependientes en el estudio DANDY tenían síntomas de dependencia mucho antes de fumar 5 cigarros por día. En el estudio DANDY, Los jóvenes que aún no fuman a diario se denominan comúnmente "experimentadores". Los datos que tuvo DANDY de este término fueron inadecuados, ya que muchos jóvenes que no fuman todos los días ya se habían enganchado.

La mayoría de los fumadores tienen dependencia antes de su consumo diario de tabaco, mientras que una minoría de los fumadores diarios no son dependientes. Medidas como la tolerancia, Cuestionario de Fagerström o el índice de dependencia de Stanford, que no se derivan de la teoría de la adicción, no se han establecido como herramientas válidas para identificar los primeros síntomas de dependencia. Si bien pueden seguir siendo útiles para otros fines, estas medidas

están siendo suplantadas por el HONC cuando la intención es establecer la presencia o ausencia de dependencia de la nicotina.

El estudio DANDY tiene implicaciones para la investigación, el tratamiento, la prevención y el diagnóstico de dependencia a la nicotina. Los datos DANDY sugieren que el proceso de la adicción comienza cuando la exposición a la nicotina es baja e intermitente.

El diagnóstico precoz de la dependencia a través del uso de la HONC como herramienta puede estimular a los jóvenes a dejar de intentar antes, en un momento en que la dependencia no se ha establecido plenamente. La teoría de la autonomía representa una nueva forma de ver y medir la dependencia de la nicotina basada en la dependencia a la nicotina, Honc promete ser una herramienta útil en los primeros pasos en el desarrollo de la dependencia. (18)

TEORÍAS EXPLICATIVAS DEL CONSUMO DE TABACO

La teoría de los procesos opuestos de adquisición de la motivación, propuesta por Solomon, postula que la ingesta de nicotina produce inicialmente euforia o efectos positivos y después el estado placentero decrece en exceso antes de volver al estado inicial. El uso repetido de la nicotina produce una respuesta de euforia dominante que con el tiempo causaría el uso de mayores dosis para evitar la disforia.

El enfoque bioconductual de Pomerleau y Pomerleau, postula que una determinada actividad que mejoró anteriormente tras fumar provocará que el sujeto fume para obtener mejores resultados. Por analogía, comer o tomar un café también provoca la conducta de fumar, porque la estimulación de la actividad dopaminérgica y/o la producción de beta-endorfinas producen bienestar. La nicotina a bajas dosis incrementa la activación estimulando la actividad colinérgica y catecolaminérgica, pero a altas dosis esta respuesta inicial activadora va

seguida por una sedación o relajación, resultado del bloqueo colinérgico y la producción de endorfinas. (19)

1.2 MARCO CONCEPTUAL

Drogodependencia: la OMS ha realizado diferentes definiciones del término, desde 1982 la define como el síndrome caracterizado por un esquema de comportamiento en el que se establece una gran prioridad para el uso de una o varias sustancias psicoactivas determinadas, frente a otros comportamientos considerados habitualmente como mas importantes, la dependencia da lugar a una pérdida total de la libertad, pues la persona se encuentra supeditada, controlada, esclavizada.

Tipos de dependencia:

- a) El síndrome de dependencia psicológico es el deseo irresistible de repetir la administración de una droga para obtener la vivencia de sus efectos agradables, placenteros y/o evasivos (sedación, euforia, alucinaciones, etc.) o para evitar el malestar que se siente con su ausencia.
- b) La dependencia física o neuroadaptación es un estado caracterizado por la necesidad de mantener unos niveles determinados de una droga en el organismo, desarrollándose un vínculo droga-organismo. Sus componentes fundamentales son la tolerancia y el síndrome de abstinencia agudo, cuando la administración de la droga se suspende bruscamente se administra una sustancia antagonista, aparece el cuadro caracterizado por unas manifestaciones más o menos agudas de una serie de signos y síntomas físicos y psíquicos de gravedad y perfil variable que ceden con la administración de la droga o con sustitutivos farmacológicos que mitigan el déficit de los neuroreceptores.
- c) Dependencia social. (23)

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

La hipertensión arterial se caracteriza por una presión arterial persistentemente alta en las arterias sistémicas. La presión arterial se expresa comúnmente como la proporción de la presión arterial sistólica, es decir, la presión que ejerce la sangre sobre las paredes arteriales cuando el corazón se contrae, y la presión arterial diastólica, la presión cuando el corazón se relaja. Los umbrales de presión arterial que definen la hipertensión dependen del método de medición.

Se estima que 90-95% de los pacientes tienen una hipertensión „esencial” o primaria altamente heterogénea con una etiología multifactorial genética y/o ambiental. La historia familiar positiva es una ocurrencia frecuente en pacientes con hipertensión, con la heredabilidad, una medida de cuánto de la variación en rasgo se debe a la variación en los factores genéticos, esta se estimada entre 35% y 50% en la mayoría de los estudios.

Las Recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica de Hipertensión Arterial en el primer nivel de atención (20) son las siguientes:

Prevención:

Mantener un índice de masa corporal menor a 25 kg/m², realizar de forma periódica actividad física moderada y terapia de relajación y llevar un plan alimenticio adecuado.

Evaluación clínica

La evaluación integral de HTAS incluye un protocolo de estudio que requiere el análisis completo de los datos clínicos y de las pruebas adicionales, así como la clasificación de HTAS. Al realizarse la historia clínica es recomendable identificar desde la primera consulta antecedentes y factores relacionados al desarrollo de hipertensión arterial. La exploración física incluye la recolección de los datos antropométricos: peso, talla, circunferencia abdominal y cálculo del índice de masa corporal, así como la toma de la tensión arterial y el pulso radial para la identificación oportuna de arritmias. (20)

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de HTAS se establece tras dos determinaciones con elevación de la tensión arterial en citas subsecuentes. Estratificación del riesgo cardiovascular, por el modelo SCORE (Sistematic Coronary Risk Evaluation, por sus siglas en inglés) se propuso para establecer el riesgo que tiene una persona de fallecer por un evento vascular en 10 años. (20)

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Una vez establecido el diagnóstico clínico, es necesario definir parámetros objetivos para determinar si existe daño a órganos blanco, los cuales son: cardiovascular, renal y sistema nervioso central. En unidades médicas donde se cuenten con los recursos, realizar electrocardiograma, con 12 derivaciones con el propósito de detectar hipertrofia ventricular y bloqueo auricular. (20)

TRATAMIENTO

El objetivo del tratamiento es controlar y mantener la presión arterial en la meta recomendada, así como reducir el riesgo por eventos vasculares y la muerte de la población con hipertensión arterial. La elección farmacológica se recomienda con base en las condiciones de cada persona y las combinaciones posibles con los fármacos de primera línea:

- Diuréticos tiazídicos.
- Sistema renina-angiotensina (Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina [IECA] o antagonistas de los receptores de angiotensina II[ARA-II]).
- Beta-bloqueadores (Beta-B).
- Calcio-antagonista de acción prolongada (Ca-A).

La elección farmacológica se recomienda con base en las condiciones de cada persona y si tienen o no condiciones especiales.

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Disminuir consumo de sal y sodio progresivamente

Reducir o mantener el peso corporal en un índice de masa corporal de 25 Kg/m² o menos.

Dieta personalizada de acuerdo con las comorbilidades de cada paciente.
Suspender el hábito tabáquico.

Reducir el consumo de alcohol Efectuar un plan de ejercicio Monitoreo de pacientes

- Paciente de hipertensión arterial con RCV bajo y presión arterial controlada (meta alcanzada) cada 3 meses, dependiendo de la respuesta clínica, así como el control efectivo de los factores modificables.
- Paciente con RCV alto o descontrol en sus cifras de presión arterial se sugiere evaluación cada 2 a 4 semanas; siendo necesaria la individualización del caso.
- La periodicidad de las determinaciones de las pruebas se establece con base en las condiciones y comorbilidades del paciente; se sugiere realizar los estudios al menos una vez al año para detectar de forma oportuna lesión a órgano blanco.

CRITERIOS DE REFERENCIA

Sospecha de hipertensión secundaria (renovascular o endocrina).

- Crisis (o urgencia) hipertensiva con o sin lesión a órgano blanco
- Inclusión de un cuarto fármaco para el control de la presión arterial.
- Paciente con complicaciones (hipertensión arterial de difícil control, evidencia o sospecha de lesión a órgano blanco).

- Revisión anual por el servicio de medicina interna y oftalmología, con el propósito de detectar y controlar oportunamente el desarrollo de lesión a órgano blanco.
 - Situaciones especiales con complicaciones por hipertensión arterial.
- (25) Clasificación de la hipertensión arterial: jnc8 (21)

CATEGORIA	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
Normal	<120	<80
Pre-hipertensión	120-139	80-89
Hipertensión I	140-159	90-99
Hipertensión II	≥160	≥ 100

1.3 VARIABLES DESCRITAS EN OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Hipertensión Arterial Sistémica (HAS), padecimiento multifactorial caracterizado por la elevación sostenida de la presión arterial sistólica, la presión arterial diastólica o ambas 140/90 milímetros de mercurio.

Edad: Años cumplidos por una persona desde el nacimiento hasta el momento actual

Sexo: Hace referencia a la condición biológica que diferencia a los seres vivos en dos grupos, hombre y mujer

Estado civil: Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o parentesco, que establece derechos y obligaciones

Religión: Práctica humana de creencias existenciales, morales y sobrenaturales

Escolaridad: Grados educativos que el individuo ha aprobado en un establecimiento reconocido legalmente (nivel de estudios)

Índice tabáquico (IT): Es un número de referencia que refleja el promedio de consumo de tabaco en un individuo el cual se mide: Número de cigarrillos fumados al día entre los años que lleva fumando.

Dependencia psicológica al tabaco: Cuando una persona tiene una necesidad compulsiva de tabaco para experimentar sus efectos o para aplacar el malestar que surge por su privación.

Modulador emocional: Fumar se realiza bajo la creencia de controlar, intensificando o disminuyendo las emociones.

Imagen / Auto gratificante: Fumar se realiza bajo la creencia de que esta conducta crea en el fumador una imagen diferente, o por medio de fumar se puede lograr cuestiones positivas.

Indiferencia Fumar: Está elegido sin preocuparse por que afecta a las personas que están cerca de uno mismo y, aunque se tiene la información de los daños causados por el tabaco.

Aceptación social: Asuntos sociales se asocian con el tabaquismo, que generan placer y aceptación social, asociado también a otras sustancias, como el alcohol. (26).

2. JUSTIFICACIÓN

EN México la Encuesta Nacional de nutrición y Salud (ENSANUT) 2016 la prevalencia de HAS en adultos fue de 25.5%, de los cuales, 40.0% desconocían tener hipertensión arterial.

El tabaquismo tiene un costo tanto en términos sociales como económicos para las familias y para el estado, en este último sentido, cobra relevancia el costo para la hacienda pública: su magnitud se estima de 81 mil 132 mdp para 2017, en las finanzas del Gobierno Federal; por lo que se considera como uno de los padecimientos prevenibles más costosos para el erario público, además de su alto costo social, por ser una enfermedad prevenible relacionada con distintos tipos de cáncer, la cardiopatía isquémica, enfermedades vasculares cerebrales, bronquitis crónica, enfisema pulmonar y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, por señalar sólo las principales. (26)

La dependencia al tabaco actualmente se considera también un problema social, y al ser un factor de riesgo de complicación en los pacientes con enfermedades cardiovasculares es importante incidir en ellos, lo cual no solo ayudaría a la adecuada integración a la sociedad de nuestros paciente principalmente trabajadores, sino también reduciría las complicaciones asociadas a la combinación de tabaquismo con un mal control de hipertensión arterial, así mismo disminuiría la ausencia laboral y las incapacidades.

El Especialista en Medicina Familiar es el primer contacto de los pacientes fumadores con factores de riesgo cardiovascular o pacientes con HTAS fumadores siendo importante realizar intervenciones oportunas para suspender el tabaquismo disminuyendo así el riesgo cardiovascular; mediante el test TAPDS tenemos una herramienta para comprender mas la complejidad de las conductas adictivas hacia el tabaco y así otorgar envíos inmediatos a atención oportuna a psicología, psiquiatría, grupos de autoayuda, o dar tratamiento indicado.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad se considera que el tabaquismo es una enfermedad crónica prevenible y un problema de salud pública, la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) 2016 reporta una prevalencia de consumo de tabaco de 20.1% para adultos. Más de la mitad de estos fumadores son ocasionales (62.1%) y sólo 37.9% fuma diariamente. (1)

El consumo de tabaco, en cualquier forma, puede describirse como un proceso conductual que provoca un estado de ánimo adictivo entre los usuarios. (2) La hipertensión y el tabaquismo se asociaron directamente a una alteración cardiovascular con una disminución de la función regional del VI en individuos asintomáticos (28)

Actualmente el costo económico de la hipertensión arterial sistémica en México es muy elevado, en el 2010, los gastos directos para la atención de la hipertensión arterial fueron de poco más de 2,444 millones de dólares y pasaron a 3,100 millones en el 2012. El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) gastó en 2014 un total de \$3,964 millones de dólares (MDD) en las nueve principales enfermedades crónicas excepto cáncer, mientras que la cifra por el mismo concepto para la Secretaría de Salud (SSA) fue de \$ 1,429 MDD. Se ha calculado que la atención anual de estos pacientes en el Instituto Mexicano del Seguro Social equivaldría al 13.95% del presupuesto destinado a la salud. (29)

En la búsqueda de información no se encontró información que relacionara la dependencia a tabaco en pacientes con hipertensión arterial la mayoría de los artículos encontrados se basan en el test de Frangrestrom que evalúa el grado de dependencia física a la nicotina, sin evaluar aspectos psicológicos, cuestionario de Glover-Nilsson el cual evalúa tanto la dependencia física como la dependencia del comportamiento pero no se encontró la validación del instrumento, la escala de Minnesota el cual determina abstinencia a la nicotina, el cual es un cuestionario el cual dura meses de seguimiento antes y después del intento de abandono del

tabaquismo, por lo que no es práctico, y escalas de evaluación de ansiedad. El Test que se aplica en este estudio TAPDS evalúa las percepciones emocionales y autopercepción del fumador, así como los efectos cognitivos, sociales y del comportamiento asociados, siendo una herramienta para comprender mejor la complejidad de las conductas adictivas del tabaco (28). Actualmente en la UMF 9 se cuenta con un registro a septiembre del 2019 de 7014 pacientes asegurados con diagnóstico de hipertensión arterial, no se encuentra con registro de cuántos de estos fuman, por lo tanto, se desconoce la forma en que la dependencia del tabaco incide en el control de la hipertensión arterial, lo cual sería prudente conocer para poder realizar estrategias dirigidas a los pacientes principalmente trabajadores, dentro del primer nivel de atención.

4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la dependencia psicológica de tabaquismo en asegurados con hipertensión arterial de la UMF 9, Delegación Aguascalientes?

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la dependencia psicológica de tabaquismo en asegurados con hipertensión arterial de la UMF 9, Delegación Aguascalientes

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar los factores sociodemográficos de los pacientes hipertensos trabajadores con antecedente de tabaquismo que acuden a la UMF No. 9 en Aguascalientes.
2. Identificar el modulador emocional a tabaco de los pacientes asegurados con hipertensión arterial de la UMF No. 9 en Aguascalientes.
3. Identificar la personalidad-imagen a tabaco de los pacientes asegurados con hipertensión arterial de la UMF No. 9 en Aguascalientes.
4. Identificar la indiferencia a tabaco de los pacientes asegurados con hipertensión arterial de la UMF No. 9 en Aguascalientes.
5. Identificar la aceptación social a tabaco de los pacientes asegurados con hipertensión arterial de la UMF No. 9 en Aguascalientes.

6. MATERIAL Y MÉTODOS

6.1 TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Esta fue una investigación descriptiva, transversal, observacional, prospectiva

6.2 LUGAR

Instituto Mexicano del Seguro Social en la Unidad De Medicina Familiar No. 9 en la Ciudad de Aguascalientes.

6.3 POBLACIÓN

Pacientes asegurados fumadores con diagnóstico de hipertensión arterial que acudieron a consulta de Medicina Familiar a la UMF No. 9 del IMSS.

6.4 TIEMPO

La recolección de datos se realizó entre diciembre del 2019 y enero del 2020

6.5 CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- a. Pacientes asegurados con diagnóstico de hipertensión arterial y antecedentes de tabaquismo

- b. Pacientes que aceptaron y firmaron el consentimiento informado para participar en la esta investigación.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- a. Pacientes beneficiarios

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- a. Pacientes con cuestionarios incompletos
- b. Pacientes que no contaron con hoja de consentimiento informado firmada.
- c. Pacientes que se retiraron del estudio.

6.6 TIPO DE MUESTREO PROBABILÍSTICO ALEATORIO SIMPLE

UNIVERSO Y MUESTRA

Pacientes asegurados con diagnóstico de hipertensión arterial, fumadores, adscritos a la UMF 9.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Cálculo de muestra para poblaciones finitas

Dónde:

N = total de la población (7014 paciente asegurados con diagnóstico de hipertensión arterial)

$Z\alpha = 1.96$ 2 (seguridad del 95%)

p = proporción esperada (5%=0.05) q= 1-p (1-0.05=0.95)

d =Precisión 5%

$n = 7014 * ((1.96)^2(0.05) * (0.05) / ((0.05)^2 * (7014 - 1) + (1.96)^2 * 0.05 * 0.95)$

n = 365

6.7 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Una vez que fue aprobado el protocolo por el Comité Local de ética en investigación, se inició la etapa de recolección de datos sociodemográficos y aplicación del instrumento del estudio. Para esto se identificaron a las pacientes que acudieron a consulta de Medicina Familiar de Unidad de Medicina Familiar No. 9, Aguascalientes y que reunieron los criterios de selección, previa autorización y firma del consentimiento informado por cada uno de los participantes de esta investigación. A cada paciente se le tomó la presión arterial, la persona encargada de tomar la presión arterial fue el investigador tesista, la realizó sin bata blanca para evitar el efecto de bata blanca, con la siguiente técnica:

Técnica para una correcta toma de presión arterial en el paciente ambulatorio:
Condiciones del paciente:

Relajación física: Se indicó a cada paciente evitar ejercicio en los 30 minutos previos a la medición, una vez que ingresó se dejó en reposo por lo menos de 5 minutos antes de la toma de la presión. Se evitó la actividad muscular isométrica con el paciente sentado con la espalda recta y un buen soporte; el brazo izquierdo descubierto apoyado a la altura del corazón; piernas sin cruzar y pies apoyados cómodamente sobre el suelo. Asimismo, se evitó hacer la medición en caso de malestar con vejiga llena, necesidad de defecar, etc.

Relajación mental: Sirvió para reducir la ansiedad o la expectación, y propiciar un ambiente tranquilo. Se minimizó la actividad mental: no hablar, no preguntar. Se evitó el consumo de cafeína o tabaco (o estimulante en general) en los 30 minutos previos. No se hizo el estudio en pacientes sintomáticos o con agitación psíquica/emocional y tiempo prolongado de espera.

Condiciones del equipo: El esfigmomanómetro de mercurio se calibró correctamente antes del estudio. La longitud de la funda del manguito fue suficiente para envolver el brazo y cerrarse con facilidad, mientras que la longitud de la cámara debe alcanzar por lo menos el 80% de la circunferencia del brazo. El ancho de la cámara representó el 40% de la longitud del brazo. Se retiraron prendas gruesas y se evitó que se enrollaran para que no comprimieran el brazo; sin embargo, alguna prenda fina (menor de 2mm de grosor) no modificó los resultados. Se dejó libre la fosa antero cubital (se colocó el borde inferior del brazalete 2 a 3 cm por encima del pliegue del codo) para poder palpar la arteria braquial y después colocar la campana del estetoscopio en ese nivel (nunca se quedó por debajo del brazalete) y coincidió con la arteria braquial. El manguito quedó a la altura del corazón, no así el aparato (manómetro), que debió ser perfectamente visible para el explorador. Se estableció primero la presión arterial sistólica (PAS) por palpación de la arteria braquial/radial, y mientras se palpó dicho pulso se infló rápidamente el manguito hasta que este desaparezca, con la finalidad de determinar por palpación el nivel de presión sistólica, se desinfló nuevamente el manguito y se colocó la capsula el estetoscopio sobre la arteria humeral, se infló rápidamente el manguito hasta 30 o 40 mmHg por arriba del nivel

palpatorio de la presión sistólica para iniciar la auscultación de la misma. Se desinfló a una velocidad de 2 a 3 mmHg/ segundo. Se usó el primer ruido de Korotkoff para identificar la cifra de PAS y el quinto ruido (desaparición) para la cifra de presión arterial diastólica (PAD). Se ajustaron las cifras a números pares. En caso de que se continuaran auscultando ruidos hasta un nivel muy cercano al cero, se tomó el cuarto ruido de Korotkoff (apagamiento) para determinar la cifra de PAD. Por último, fue necesario realizar como mínimo dos mediciones separadas al menos un minuto; cuando se detectó una diferencia de presión arterial (PA) entre ambas de 5mmHg, se realizó una tercera toma. Es importante esperar al menos un minuto entre las mediciones, ya que, si el sistema venoso se llena, fue difícil la auscultación de los ruidos. En función de las cifras obtenidas, algunas guías recomiendan descartar la primera medición y realizar un promedio de las 2 últimas. Se midieron ambos brazos cuando hubo diferencias. (28).

Posterior a medir la presión arterial se clasificó de acuerdo con el estadio de la escala JNC8.

6.8 INSTRUMENTO

La prueba para evaluar la dependencia psicológica de fumar tabaco (TAPDS) tiene un gran potencial como herramienta de diagnóstico para la personalización de intervención conductual en el tratamiento de consumo de tabaco. El instrumento evalúa la dependencia psicológica de fumar, es un cuestionario de 25 ítems, con respuestas de tipo Likert opción (muy frecuentemente, de vez en cuando, y nunca) y con 4 grupos: 1) modulador emocional, 2) personalidad-imagen, 3) indiferencia, y 4) el grupo aceptación social. Esta prueba es una herramienta capaz de evaluar de forma cuantitativa la dependencia psicológica de los fumadores.

Para la validación de este instrumento se realizó un análisis estadístico con el programa SPSS 22 (SPSS, Inc., Chicago, IL), un análisis exploratorio Factor (EFA)

y un Análisis de Componentes Principales (PCA) con la Prueba de esfericidad de Bartlett y la Prueba de Kaiser- Mayer-Olkin (KMO). La reducción de datos se llevó a cabo por medio de análisis factorial de componentes principales con una Varimax con rotación en la escala de 30 ítems. El valor obtenido con el KMO fue de 0,8 ($p = 0,000$), por lo tanto, los datos fueron adecuados para el EFA. Los valores inferiores a 0,35 en el análisis (ítems 13, 14, 17,32 y 33) se extrajeron la obtención de 25 ítems para cuestionario final dividido en cuatro grupos: 1) modulador emocional, 2) personalidad-imagen, 3) indiferencia, y 4) aceptación social. La fiabilidad interna de la resultante 25 ítems se evaluó con el alfa de Cronbach, obteniendo un valor de $\alpha = 0,847$. Esta versión tiene un promedio de tiempo de respuesta de 3 minutos, también se cuenta con una versión más corta de 8 ítems, usando las dos preguntas principales de cada factor, con el fin para mantener los componentes principales de la versión más larga. Esta versión más corta se aplicó a 100 fumadores actuales de la comunidad universitaria que voluntariamente aceptaron participar. Al comparar las dos versiones encontramos una correlación de Spearman $r = 0,94$ ($p < 0,001$), por lo tanto, cualquiera de ellos se puede aplicar para evaluar la dependencia psicológica de los fumadores. El tiempo promedio para responder a esta versión fue aproximadamente 1 minuto. Para este estudio utilizaremos la versión larga. (28)

6.9 PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS

Una vez realizadas las encuestas se realizó análisis con el programa estadístico SPSS-21 para obtener los resultados, los cuales fueron analizados mediante estadística descriptiva, utilizando frecuencias, media, mediana, moda y desviación estándar.

6.10 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para el presente estudio se tomó en cuenta: La Declaración de Helsinki adoptada por la 18ª Asamblea Medica Mundial (Helsinki 1964) revisada por la 29ª Asamblea Mundial Médica (Tokio 1975), enmendada por la 35ª Asamblea Medica Mundial (Venecia ,1983) y la 41ª Asamblea Medica Mundial (Hong Kong, 1989). Además, nos apegaremos al artículo 17 del reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación en salud fracción II. El presente estudio no representó ningún riesgo para los pacientes debido a que únicamente se aplicó la prueba para evaluar la dependencia psicológica en pacientes fumadores (TAPADS) y un cuestionario sobre datos sociodemográficos. Para la realización de esta investigación se pidió la aprobación del comité de Ética e Investigación del IMSS.

6.11 RECURSOS

6.11.1 HUMANOS

Un investigador principal (estudiante de la especialidad), asesor de tema y asesor metodológico, además solicitaremos el apoyo del personal del Medicina Familiar en la identificación de los pacientes que reúnan los criterios de selección del UMF No. 9 del IMSS.

6.11.2 FÍSICOS

Computadora personal, cuestionarios, acceso al acervo bibliográfico de la institución, internet, software de análisis estadístico, y demás recursos que nos proporcione el instituto o que se necesiten para llevar al cabo la investigación.

6.11.2 FINANCIEROS

Este estudio se realizó con financiamiento propio

Tabla de costos:

ARTICULO	COSTO
Computadora	\$15,000.00
Internet	\$5,000.00
Hojas	\$ 400.00
Impresiones	\$300.00
2Plumas	\$20.00
6 lápices	\$12.00
TOTAL	\$20732.00

7. RESULTADOS

El estudio contó con la participación de 370 pacientes consumidores de tabaco, la edad de estos fue en promedio de 46.8 años (DE 12.2) y un rango de 25 a 80 años, la mayoría fueron el sexo masculino (54.1%) versus femenino (45.9%), ver grafica 1. En cuanto al estado civil la mayoría eran casados(as) (55.7%) y en menor medida solteros(as) (20.8%), divorciados(as) (14.1%), unión libre (7.0%) y viudos(as) (2.4%), ver grafica 2. En relación con la escolaridad la mayoría cuenta con Preparatoria o equivalente (33.0%) y en menor medida Licenciatura (24.9%), Primaria (19.7%), Secundaria (19.7%), Alfabeta (1.9%) Posgrado (0.5%) o Analfabeta (0.3%), ver grafica 3. En cuanto a la religión la mayoría mencionó ser católica (89.7%) seguido de cristiana (4.6%) y en menor medida testigo de Jehová (0.5%) u otro (5.1%), ver grafica 4.

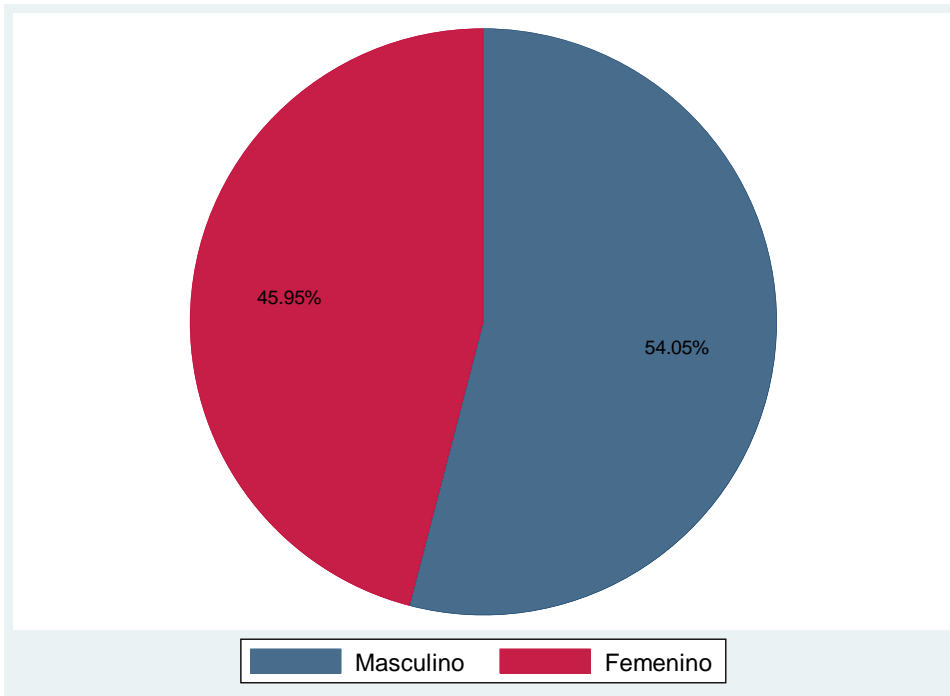
En cuanto a la presión arterial Sistólica, esta fue en promedio 125.2 mmHg (DE 8.9) y un rango de 110 a 150 mmHg, en relación con la presión arterial diastólica esta fue en promedio de 79.7 mmHg (DE 6.2) y un rango de 60 a 100 mmHg. Según la clasificación del JNC 8 la clasificación de los pacientes fue normal (15.4%), con prehipertensión (66.8%), con HTA I (17.3%) e HTA II (0.5%), ver grafica 5. En cuanto al consumo de cigarrillos al día este fue principalmente de 1 a 10 (65.4%), mientras que de 11 a 15 (9.2%), 16 a 20 (7.0%) y 21 o más (1.1%). En cuanto a los años fumando esto fueron en orden ascendente 16 a 20 (22.4%), 21 a 30 (20.8%), 31 a 40 (18.9%), 6 a 10 (13.5%), 11 a 15 (11.1%), 41 a 50 (7.3%), de 1 a 5 (4.9%), 51 a 60 (1.1%), ver tabla 1.

En la tabla 2 se presentan los resultados de la prueba para evaluar la dependencia psicológica del tabaquismo (TAPDS) - Versión larga, en esta se puede observar que aquella que tuvo un mayor puntaje fueron las preguntas: 17 Fumar me da un gran placer y 22 El fumar es un vicio y la nicotina es una droga. Por otro lado, las que tuvieron menor puntaje fueron 8. Fumar me permite proyectar la personalidad que deseo y 9. Fumar me hace parecer atractivo(a).

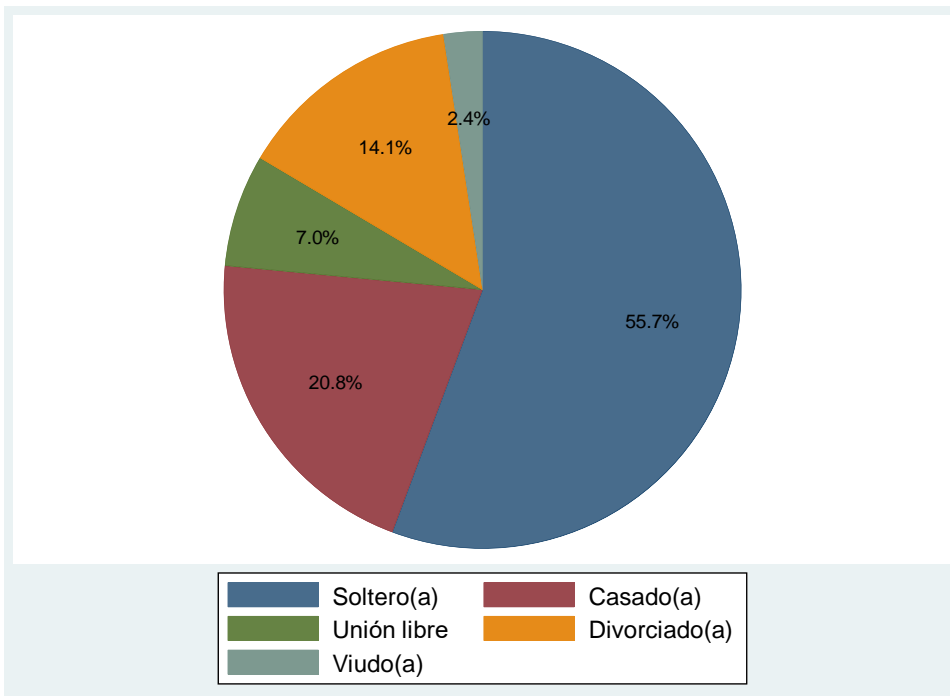
Tabla 1.- Características sociodemográficas y clínicas de los pacientes consumidores de tabaco asegurados con hipertensión arterial de la UMF 9, Delegación Aguascalientes

	Pacientes (n=370)
Edad (años)	46.8 (DE 12.2)
Rango	25 a 80
Sexo	
Masculino	200 (54.1%)
Femenino	170 (45.9%)
Estado Civil	
Casado(a)	206 (55.7%)
Soltero(a)	77 (20.8%)
Unión libre	26 (7.0%)
Divorciado(a)	52 (14.1%)
Viudo(a)	9 (2.4%)
Escolaridad	
Analfabeta	1 (0.3%)
Alfabeto	7 (1.9%)
Primaria	73 (19.7%)
Secundaria	73 (19.7%)
Preparatoria o equivalente	122 (33.0%)
Licenciatura	92 (24.9%)
Posgrado	2 (0.5%)
Religión	
Católica	332 (89.7%)
Cristiana	17 (4.6%)
Testigo de Jehová	2 (0.5%)
Otra	19 (5.1%)
Presión arterial Sistólica	125.2 (DE 8.9)
Rango	110 a 150

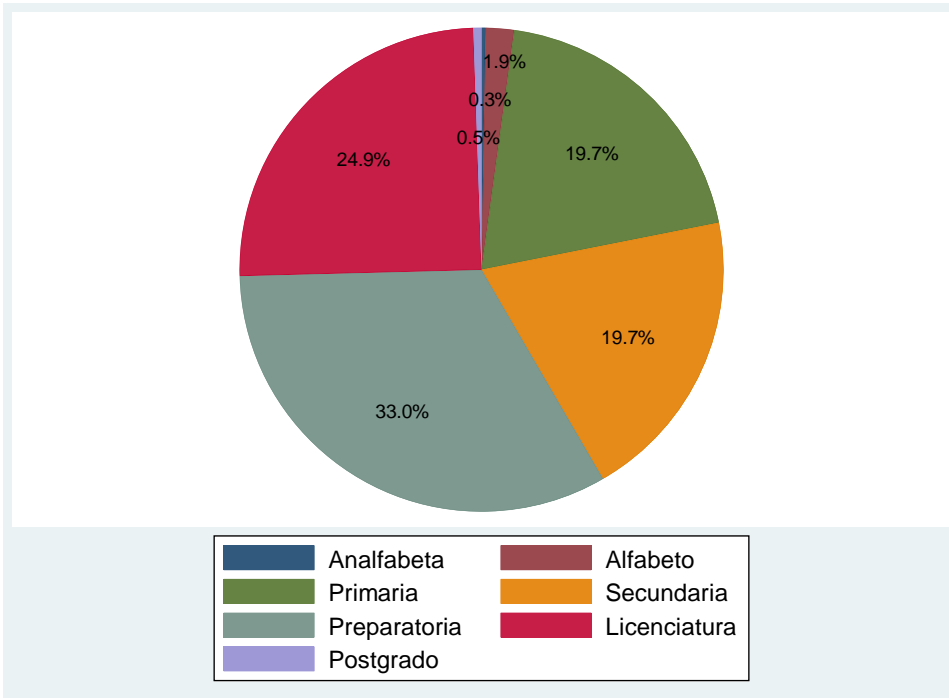
Presión arterial Diastólica	79.7 (6.2)
Rango	60 a 100
Clasificación JNC 8	
Normal	57 (15.4%)
Prehipertensión	247 (66.8%)
HTA I	64 (17.3%)
HTA II	2 (0.5%)
Consumo de cigarros al día	
1	20 (5.4%)
2	39 (10.5%)
3	25 (6.8%)
4	35 (9.5%)
5	33 (8.9%)
6	37 (10.0%)
7	11 (3.0%)
8	36 (9.7%)
9	6 (1.6%)
10	64 (17.3%)
11 a 15	34 (9.2%)
16 a 20	26 (7.0%)
21 o más	4 (1.1%)
Años fumando	
1 a 5	18 (4.9%)
6 a 10	50 (13.5%)
11 a 15	41 (11.1%)
16 a 20	83 (22.4%)
21 a 30	77 (20.8%)
31 a 40	70 (18.9%)
41 a 50	27 (7.3%)
51 a 60	4 (1.1%)
Los resultados se presentan como media con su desviación estándar	



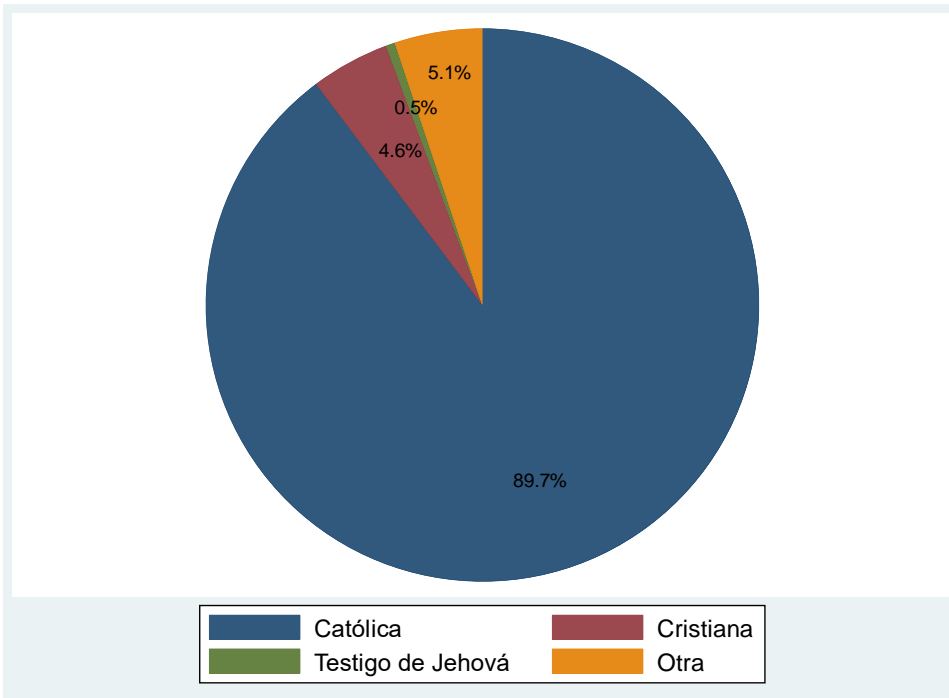
Gráfica 1. Sexo de los pacientes fumadores con hipertensión arterial.



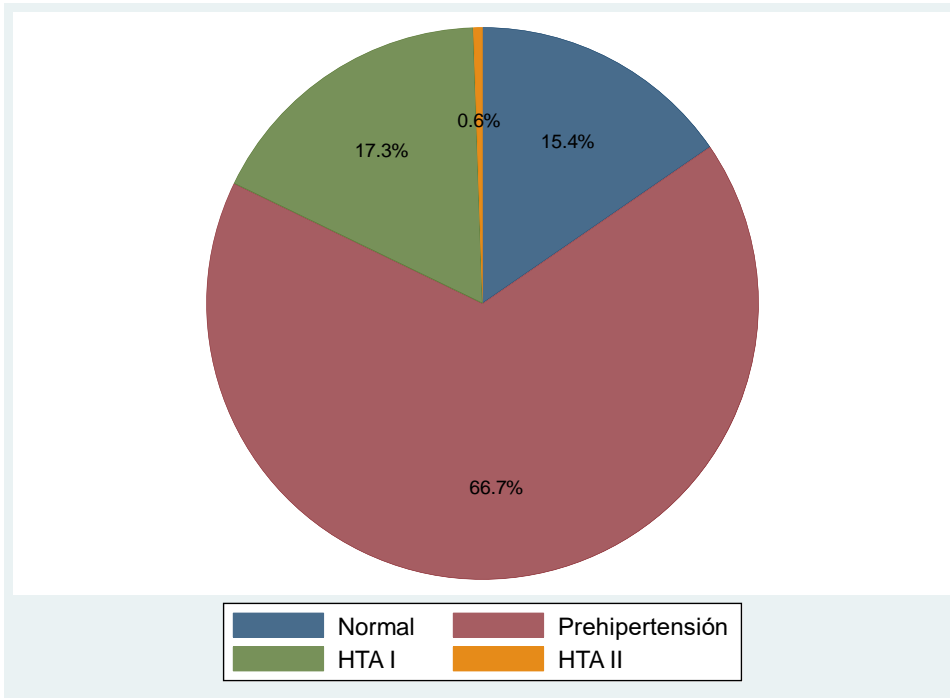
Gráfica 2. Estado civil de los pacientes fumadores con hipertensión arterial.



Gráfica 3. Escolaridad de los pacientes fumadores con hipertensión arterial.



Gráfica 4. Religión de los pacientes fumadores con hipertensión arterial.



Gráfica 5. Clasificación del JNC 8 de los pacientes fumadores con hipertensión arterial.

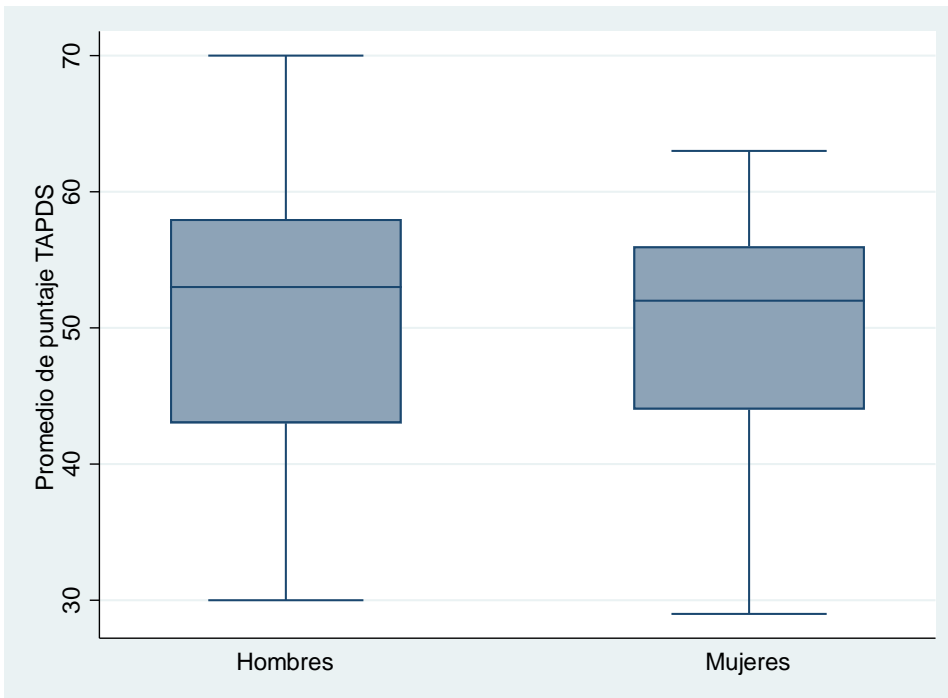
Tabla 2.- Resultados de la Prueba para evaluar la dependencia psicológica del tabaquismo (TAPDS) - Versión larga

	Pacientes (n=370)
1. Creo que cuando fumo soy aceptado por otros	1.5 (0.7)
2. Fumar me da comodidad.	2.0 (0.8)
3. Sólo puedo tener un buen tiempo si fumo	1.7 (0.8)
4. Puedo concentrarme mejor cuando fumo	1.9 (0.8)
5. Cuando fumo me siento seguro.	1.8 (0.8)
6. Fumar me da la energía que necesito	1.7 (0.8)
7. El cigarrillo es mi mejor compañero.	1.6 (0.8)
8. Fumar me permite proyectar la personalidad que deseo	1.4 (0.7)
9. Fumar me hace parecer atractivo(a)	1.2 (0.6)
10. Pienso mejor cuando fumo	1.5 (0.7)
11. Creo que el tabaquismo es un anhelo	1.6 (0.8)
12. Fumar en fiestas y reuniones hace que sean más agradables	2.3 (0.7)
13. Disfruto más el cigarrillo cuando consumo alcohol.	2.4 (0.8)
14. Fumar me hace sentir mejor cuando estoy triste o deprimido.	2.2 (0.7)
15. Fumar me ayuda a controlar mi estrés.	2.4 (0.7)
16. Fumar me ayuda a controlar mi ira	2.2 (0.8)
17. Fumar me da un gran placer	2.5 (0.6)
18. Fumar me ayuda a controlar mi ansiedad	2.4 (0.7)
19. Fumar me ayuda a calmarme	2.4 (0.7)
20. Fumar me da satisfacción.	2.4 (0.7)
21. Fumar es una adicción asociada con la enfermedad, el cáncer y la muerte. Sin embargo, he decidido que voy a seguir fumando	2.4 (0.7)
22. El fumar es un vicio y la nicotina es una droga. Sin embargo, he decidido seguir fumando	2.5 (0.6)
23. Cuando compro cigarrillos que importa gastar dinero utilizar para otras cosas, pero creo que vale la pena	2.3 (0.8)
24. Fumar cerca de mi familia afecta su salud, pero continuaré fumando	1.9 (0.9)
25. Fumar en el trabajo afecta y molesta a mis compañeros de trabajo, sin embargo, voy a seguir fumando	2.1 (0.9)

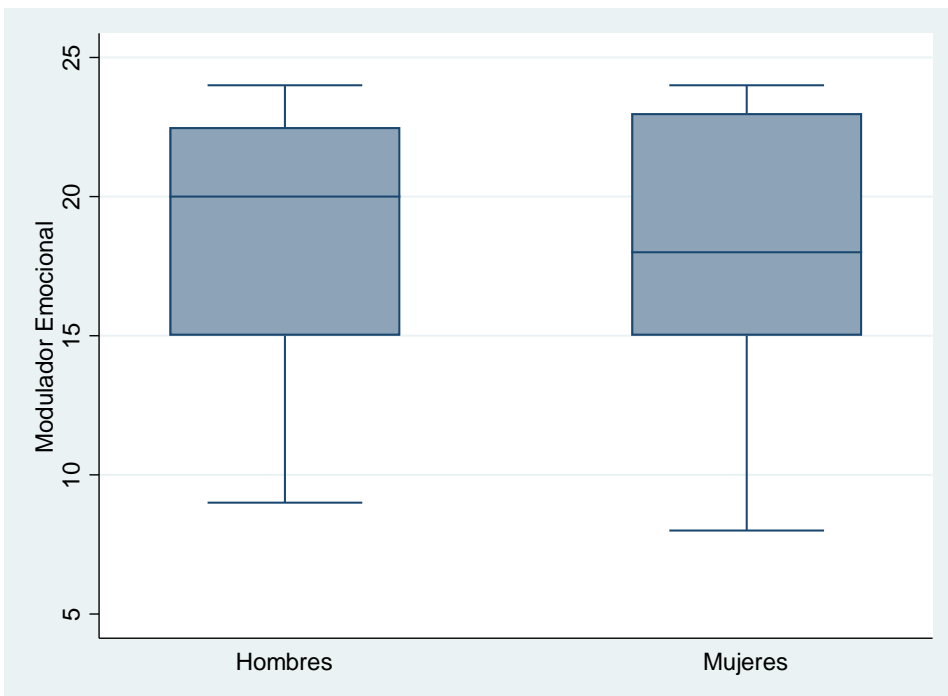
En la Tabla 3 se presentan los puntajes y clasificación de la Prueba para evaluar la dependencia psicológica del tabaquismo (TAPDS) - Versión larga. En promedio el total de pacientes tuvieron 50.6 puntos (DE 8.9) y el rango fue de 29 a 70 puntos, aunque en los hombres el puntaje total fue mayor en comparación con las mujeres, ver grafica 6. Se evaluó las cuatro dimensiones del instrumento. En el total de pacientes el modulador emocional tuvo una media de puntaje de 18.5 (DE), la personalidad-imagen de 12.9 (DE 3.8), la indiferencia de 11.2 (DE 2.6) mientras que la aceptación social fue de 7.9 (DE 1.7). En el caso de las mujeres la personalidad imagen fue la única dimensión del instrumento en la que presentaron un mayor puntaje. Después al clasificar no se identificó a ningún paciente sin dependencia (0.0%), ni con dependencia leve (18.1%), dependencia moderada (63.2%), dependencia severa (18.6%).

Tabla 3.- Puntajes y clasificación de la Prueba para evaluar la dependencia psicológica del tabaquismo (TAPDS) - Versión larga

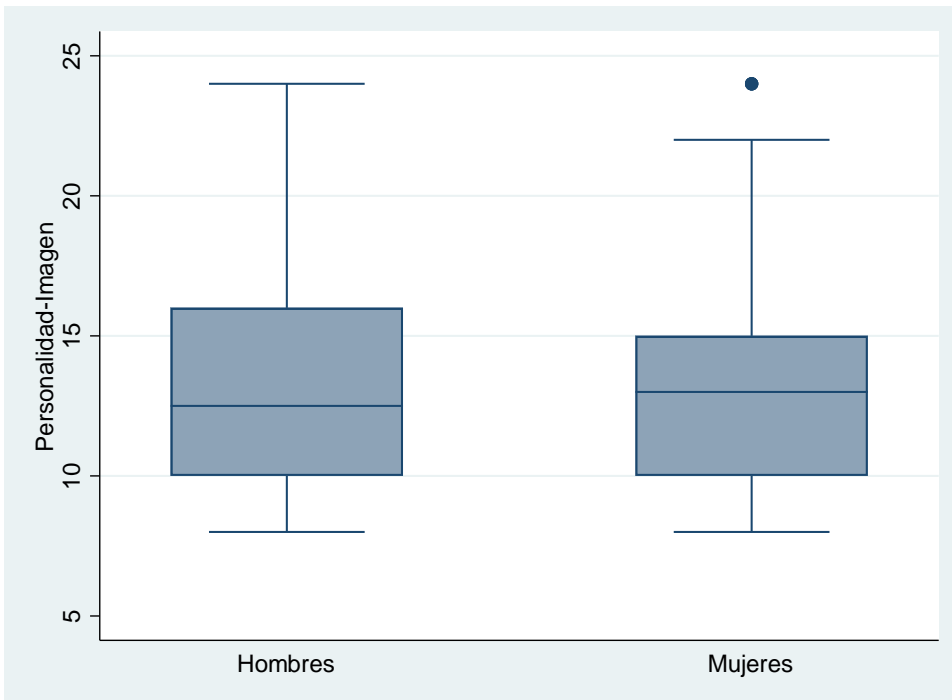
	Total n=370	Hombres n=200	Mujeres n=170
Puntaje TAPDS	50.6 (DE 8.9)	51.0 (DE 9.4)	50.1 (DE 8.3)
Rango	29 a 70	30 a 70	29 a 63
Dimensiones			
Modulador emocional	18.5 (DE 4.4)	18.8 (DE 4.3)	18.2 (DE 4.4)
Rango	8 a 24	9 a 24	8 a 24
Personalidad-imagen	12.9 (DE 3.8)	12.8 (DE 3.8)	13.1 (DE 3.7)
Rango	8 a 24	8 a 24	8 a 24
Indiferencia	11.2 (DE 2.6)	11.4 (DE 2.6)	11.0 (DE 2.6)
Rango	5 a 15	5 a 15	5 a 15
Aceptación social	7.9 (DE 1.7)	8.0 (DE 1.7)	7.8 (DE 1.8)
Rango	4 a 12	4 a 12	4 a 11
Clasificación TAPDS			
Sin dependencia	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Dependencia leve	67 (18.1%)	44 (22.0%)	23 (13.5%)
Dependencia moderada	234 (63.2%)	109 (54.5%)	125 (73.5%)
Dependencia severa	69 (18.6%)	47 (23.5%)	22 (12.9%)
Menos de 25: no dependencia, 25-41: dependencia leve, 42-58: dependencia moderada; 59-75: dependencia severa			



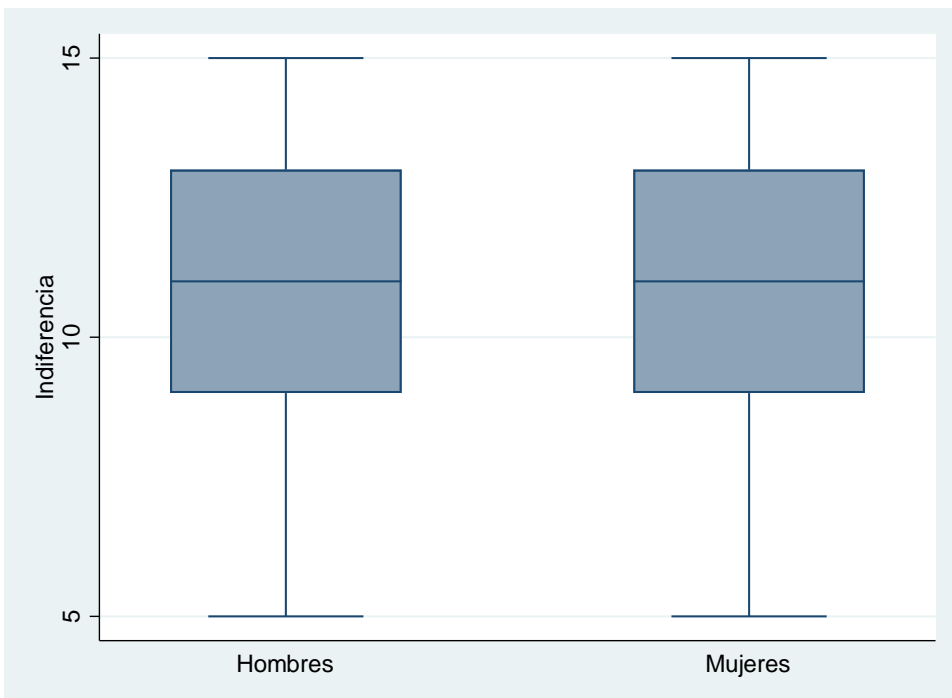
Gráfica 6. Puntaje del instrumento TAPDS por sexo



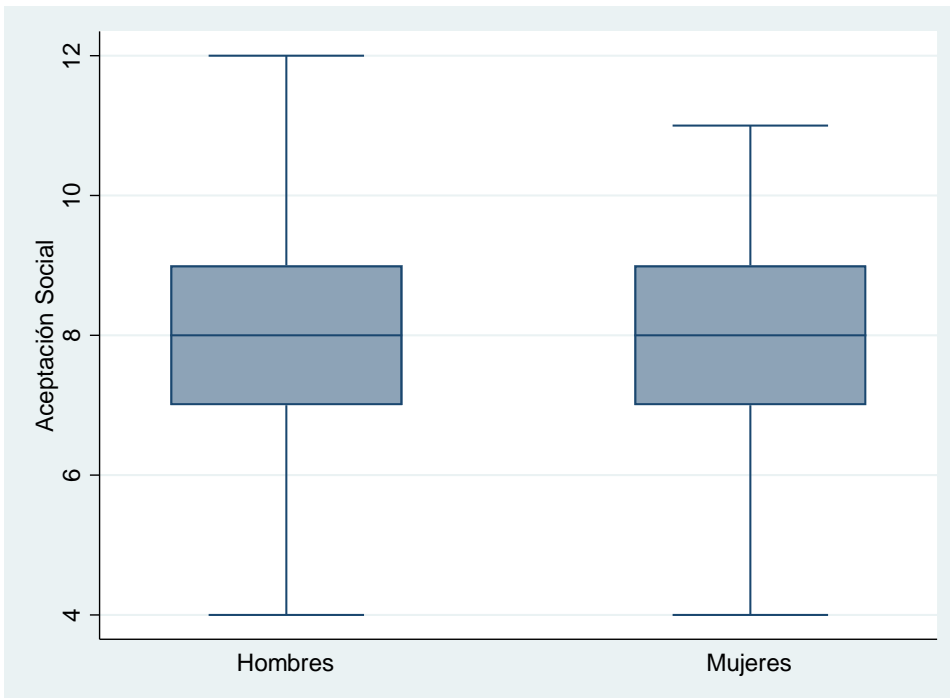
Gráfica 7. Puntaje del modulador emocional por sexo



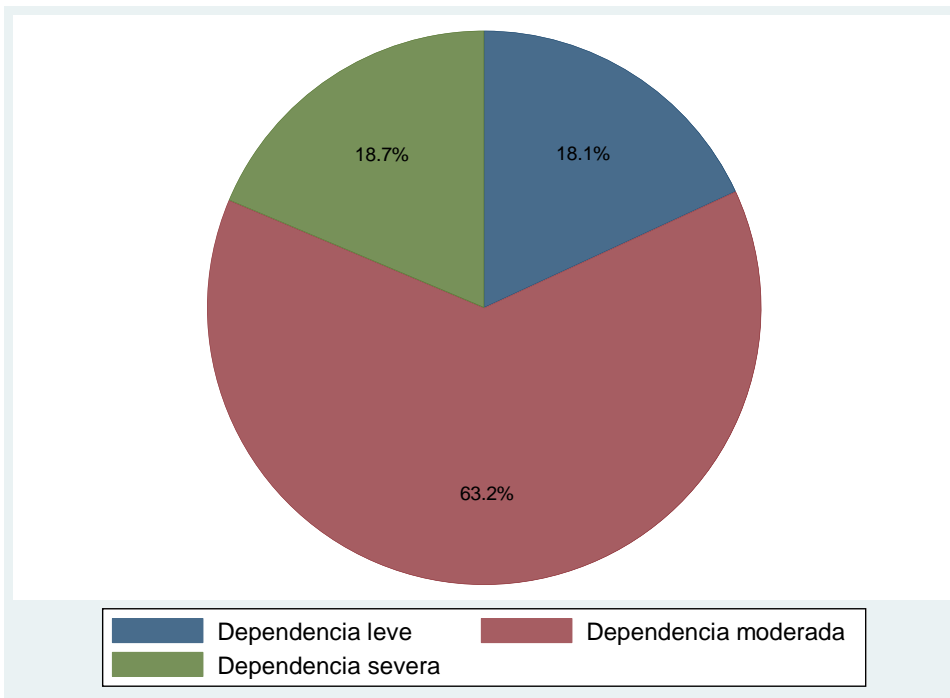
Gráfica 8. Puntaje de la personalidad-imagen por sexo



Gráfica 9. Puntaje de la indiferencia por sexo



Gráfica 10. Puntaje de la aceptación social por sexo



Gráfica 11. Clasificación de la dependencia según el instrumento TAPDS

8. DISCUSIÓN

En este estudio que tuvo como objetivo determinar la dependencia psicológica de tabaquismo en asegurados con hipertensión arterial de la UMF 9, Delegación Aguascalientes se encontró que los participantes tenían en promedio 46.8 años (DE 12.2), siendo la mayoría del sexo masculino (54.1%) y en la clasificación TAPDS ninguno mostró dependencia (0.0%), 67 presentaron dependencia leve (18.1%), 234 dependencia moderada (63.2%) y 69 dependencia severa (18.6%).

Al comparar con otros estudios encontramos que, por ejemplo, en el realizado por Zvolensky M J (2019) y colaboradores. Un total de 363 participantes de habla hispana, fumadores diarios, todos eran fumadores actuales diarios entre 18 y 64 años. La mayoría de los sujetos tenían un promedio de consumo de tabaco de 11.4 años, se informó un promedio de 4.2 de fracasos de intentos de abandono. El número medio de cigarrillos fumados por día fue de 9.3, la media de dependencia cigarrillo era 7.6, lo que indica la dependencia del tabaco. Se utilizó la prueba de Fagerström para la dependencia del cigarrillo. En los resultados se encontraron correlaciones bivariadas estadísticamente significativas entre cada una de las variables; condiciones médicas, consumo de alcohol, síntomas de ansiedad, consecuencias negativas, refuerzo positivo, refuerzo negativo, control del peso del apetito y sensibilidad a la ansiedad. En nuestro estudio con pacientes con diagnóstico de hipertensión, el puntaje de dependencia de la escala TAPDS encontró una dependencia de 50.6 puntos. Al ser diferentes las escalas no permiten una plena comparación.

Asimismo, Zhu y colaboradores (2019) realizaron un estudio transversal analítico para determinar si por sí sola la dependencia de la nicotina es un posible factor predictivo independiente de la aterosclerosis. Los resultados muestran el comportamiento de la dependencia a la nicotina, el momento del primer cigarrillo del día. Se asocia significativamente con el riesgo de la aterosclerosis aórtica entre los fumadores crónicos. Los sujetos que iniciaron su primer cigarrillo después de 60 minutos después de despertarse tenían un riesgo menor de 0.24% en comparación

con los sujetos que fumaban 5 minutos después de despertar. La aterosclerosis es una enfermedad progresiva asintomática que puede ocasionar la pérdida de la función física. Es importante mencionar que en la población estudiada por nosotros la hipertensión arterial, en las escalas para evaluar el riesgo de enfermedad cardiovascular es un factor importante para considerar.

Existe evidencia de que el nivel de dependencia de la nicotina en los fumadores, según lo medido por el momento de primer cigarro del día y el test de Fagerström para la dependencia de la nicotina, se asocia con las enfermedades cardiovasculares y trastornos respiratorios en la Encuesta Nacional de Salud y Bienestar. Los fumadores en ese estudio tenían un mayor riesgo de 3.3 aterosclerosis aórtica en comparación con no fumadores y un 1.51 mayor riesgo para la aterosclerosis coronaria. Los niveles más altos de dependencia a la nicotina se encuentran en las personas con comorbilidades psiquiátricas incluyendo trastornos depresivos mayores y del estado de ánimo. La depresión se asocia con un aumento en el estrés oxidativo y el daño a los procesos neurológicos. (13). Lo anterior confirma el estudio previo que sugiere un riesgo mayor de morbilidad en especial a pacientes hipertensos como los que participaron en nuestro estudio.

En comparación con otros estudios tenemos que recién se publicó la evaluación de la dependencia física y psicológica al tabaco en fumadores mexicanos adultos, Encodat 2016, realizada por Paz-Ballesteros y colaboradores, el anterior tuvo como objetivo evaluar la dependencia física y psicológica de los fumadores mexicanos y su asociación con factores físicos, psicológicos y sociales. La realización de este estudio fue a partir de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016 (n=7 331), se analizó la escala de dependencia física a la nicotina de Fagerström (FTND) y la escala corta de dependencia psicológica al tabaco (TAPDSc). Se realizaron análisis bivariados y regresiones logísticas ordinales generalizadas para evaluar los factores asociados. Los fumadores diarios consumen en promedio 7.4 cigarrillos al día y, de acuerdo con escala de dependencia física a la nicotina de Fagerström, 82.3% presentó

dependencia física leve, 17.2% moderada y 0.5% severa. Al considerar la escala corta de dependencia psicológica al tabaco (TAPDSc), 22.8% mostró dependencia psicológica leve, 47.9% moderada, 25.1% severa y 4.2% muy severa. Entre los fumadores ocasionales, considerando FNDT, 98.8% tenía dependencia física leve, 1.2% moderada y ninguno severa, mientras que al utilizar la escala corta de dependencia psicológica al tabaco (TAPDSc), 51.2% tenía dependencia psicológica leve, 37.9% moderada, 10.4% severa y 0.5% muy severa. La edad de inicio temprana de consumo de tabaco, uso de drogas, consumo alto de alcohol y malestar emocional se asociaron con niveles altos de dependencia psicológica en todos los fumadores. Los autores concluyeron que el uso exclusivo de escala de dependencia física a la nicotina de Fagerström no permite evaluar adecuadamente a los fumadores mexicanos. La dependencia física y psicológica al tabaco debe ser diagnosticada con escalas independientes y validadas en esta población. (30)

En comparación con los resultados de nuestro estudio realizado con pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial se encontró que 18.1% presenta dependencia psicológica leve, 63.2% dependencia moderada y 18.6% dependencia severa, estos datos indican que en los pacientes hipertensos estudiados presentan una mayor prevalencia de dependencia moderada y severa en comparación con la muestra nacional de la Encodat, esta es una señal de que se deben seguir estrategias en esta población para aminorar la dependencia y los efectos adversos de esta.

Otro estudio realizado en la India por Petkar Pallavi y colaboradores, el cual tenía como objetivo evaluar la dependencia de la nicotina y la conciencia sobre las políticas de etiquetado entre los consumidores de tabaco en los programas de extensión del Departamento de Odontología de Salud Pública. Este fue una encuesta transversal realizada en los programas de divulgación del departamento. Entre los meses de julio a agosto de 2014 se realizó el estudio. En total se inscribieron 263 sujetos en el estudio. Posteriormente se administró un cuestionario que consistió en la prueba estándar de Fagerstrom para la dependencia de la nicotina (FTND) y una forma de tabaco sin humo (FTND-

Smokeless Tobacco) preparado en el idioma local. En el estudio se encontró que la prevalencia del consumo de tabaco en cualquier forma fue del 46,6%. De 263 sujetos, 99 (37,6%) eran fumadores y 164 (62,4%) masticaban tabaco con puntuaciones medias de la prueba estándar de Fagerstrom para la dependencia de la nicotina (FTND) de $3,56 \pm 2,115$ y $4,52 \pm 2,478$ respectivamente. La diferencia en las puntuaciones de la prueba estándar de Fagerstrom para la dependencia de la nicotina (FTND) entre fumadores y no fumadores fue significativa con un valor de t 4,663 ($p = 0,001$). La diferencia en la puntuación la prueba estándar de Fagerstrom para la dependencia de la nicotina (FTND) entre los grupos de edad no fue significativa entre ambos grupos ($F = 0,776$ para fumadores y 0,34 para masticadores). Se encontró una correlación positiva entre la forma de tabaco y la puntuación la prueba estándar de Fagerstrom para la dependencia de la nicotina (FTND) ($r = 0,197$, $p = 0,001$). Con los resultados previos los autores concluyeron que la forma de tabaco sin humo causó más dependencia a la nicotina que la forma ahumada. Asimismo, se encontró que la prevalencia del consumo de tabaco era más alta en el grupo de edad de 15 a 35 años. (32) Esta información es relevante para identificar en la población de estudio posibles estrategias y grupos de intervención para reducir la dependencia al tabaco.

Un estudio realizado por Vasileios Margaritis y colaboradores, el cual tenía como objetivo identificar la prevalencia y los riesgos relativos de dependencia a la nicotina de las personas adultas en Atenas, Grecia, ya que este país ocupa el primer lugar en el consumo de cigarrillos en la Unión Europea. Para la elaboración de este se extrajo una muestra aleatoria de 202 fumadores actuales (82 hombres y 120 mujeres) de residentes mayores de 18 años en Atenas, la capital de Grecia. Se utilizó un cuestionario sobre la dependencia a la nicotina física (prueba de Fagerstrom de dependencia a la nicotina) y psicológica (criterios de diagnóstico de abuso de nicotina de la Asociación Psiquiátrica Estadounidense). En el estudio se encontró que el 12,4% de la muestra refirió dependencia física nula a la nicotina, y el 31,7% tenía baja, el 25,7% moderada y el 30,2% alta. El análisis de regresión

logística múltiple reveló que las personas más jóvenes (de 18 a 24 y de 25 a 34 años, razón de probabilidades [OR] = 0,047, $P < 0,033$ y OR = 0,096, $P < 0,038$, respectivamente) eran menos propensas a desarrollar problemas físicos, dependencia. Las mujeres tendían a ser sistemáticamente menos dependientes que los hombres (25% y 37,8% de alta dependencia, respectivamente). Además, el 75,7% de la muestra tenía dependencia psicológica a la nicotina. El análisis de regresión logística binaria y la prueba de chi-cuadrado revelaron que las personas más jóvenes (de 18 a 24 años, OR = 0,081, $P < 0,008$) y las personas de educación inferior ($\chi^2 = 7,826$, $P < 0,05$) fueron menos propensos a desarrollar dependencia psicológica. Además, las mujeres mostraron un mayor porcentaje de síntomas de abstinencia en comparación con los hombres (80% y 68%, respectivamente). Los autores del estudio concluyeron que los resultados del presente estudio proporcionaron pruebas convincentes de que la dependencia física y, en particular, psicológica de la nicotina de las personas adultas en Atenas, Grecia, era significativa, y esto requiere un curso de acción que deberían tomar los responsables de las políticas de salud pública. para reducir el consumo de humo.

(33) En comparación con los resultados de nuestro estudio realizado con pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial se encontró que 18.1% presenta dependencia psicológica leve, 63.2% dependencia moderada y 18.6% dependencia severa. Así los participantes de nuestro estudio presentaron dependencia moderada a la nicotina superior a las de este estudio, mientras que la dependencia severa fue inferior.

9. CONCLUSIÓN

Los pacientes hipertensos que acuden a la Unidad de Medicina Familiar 9, Delegación Aguascalientes presentan una gran prevalencia de dependencia severa y moderada al tabaco. Los hombres presentan principalmente una dependencia leve (22.0%) en comparación con las mujeres (13.5%). Por otro lado las mujeres presentaron principalmente una prevalencia de dependencia moderada (73.5%) en comparación con los hombres (54.5%). Se propone para futuras investigaciones realizar una intervención temprana en pacientes con hipertensión arterial para reducir la dependencia y consumo del tabaco.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. 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, Encodat 2016. 2019. 2019;61(2, Mar-Abr):11 J Salud Pública de México
2. Nerín I, Crucelaegui A, Novella P, Beamonte A, Sobradie N, Bernal V, et al. Evaluación de la dependencia psicológica mediante el test de Glover-Nilsson en el tratamiento del tabaquismo. 2005;41(9):493-8.
3. National Center for Chronic Disease P, Health Promotion Office on S, Health. Reports of the Surgeon General. The Health Consequences of Smoking-50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention (US);2014.
4. Moo-yongrhee, sang-hoon, young-kwon, moyoung-mookl, hae-yoyng
k. Acute Effects of Cigarette Smoking on Arterial Stiffness and Blood Pressure in Male Smokers With Hypertension. Am J. Hypertens. 2007; 20(6): 637–641
5. Sosa-Rosado JM. Non pharmacological treatment of arterial hypertension. An. Fac. med. 2010; 71 (4).
6. Kannel WB, Higgins M. Smoking and hypertension as predictors of cardiovascular risk in population studies. Journal of hypertension Supplement : official journal of the International Society of Hypertension. 1990;8(5):S3-8.
7. Lee CW, Kahende J. Factors associated with successful smoking cessation in the United States, 2000. American journal of public health. 2007;97(8):1503-9.
8. Georgiadou C, Lavdaniti M, Psychogiou M, Tzenalis A, Sgantzios M, Sapountzi-Krepia D. Factors affecting the decision to quit smoking of the participants of a hospital-based smoking cessation program in Greece. Journal of caringsciences. 2015;4(1):1-11.

9. Pericàs Beltrán J, BennasarVeney M, González Torrente S, Seguí González P, Pedro Gómez JED. Tabaquismo en enfermeras de Atención Primaria: Factores que influyen en su inicio y mantenimiento. *J Index de Enfermería*.2009;18:23-7.
- 10 Miguel-Aguilar CF, Rodríguez-Bolaños RdIÁ, Caballero M, Arillo-Santillán E, Reynales-Shigematsu LM. Fumar entre adolescentes: análisis cuantitativo y cualitativo de factores psicosociales asociados con la decisión de fumar en escolares mexicanos. 2017. 2017;59:10.*J Salud Pública de México*.
- 11 Zvolensky M J, Bakhshaie J, Shepherd J M, Garey L, Viana AG, Peraza N. Los síntomas de ansiedad y consumo de tabaco en fumadores adultos Latinos: la importancia de la sensibilidad a estímulos internos en términos de dependencia, las barreras y los problemas para dejar de fumar. *J MedBehav*. 2019.
- 12 Svicher A, ZvolenskyMJ, Cosci F Study of the relationship between anxiety sensitivity, smoking abstinence expectancies, nicotine withdrawal, and cigarette dependence among daily smokers. *Journal of Addictive Diseases*.: 1-9
13. Zhu J, Nelson K, Toth J, Muscat JE. Nicotine dependence as an independent risk factor for atherosclerosis in the National Lung Screening Trial. (2019)19:103.
14. KhantzianEJ. The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. *Am J Psychiatry*.1985;142:1259-1264.
15. Kozlowski LT, Herman CP. The interaction of psychosocial and biological determinants of tobacco use: more on the boundary model. *J ApplSocPsychol*. 1984;14:244-256.
16. Robinson TE, Berridge KC. The neural basis of drug craving: an incentive-sensitization theory of addiction. *Brain Res Rev*.1993;18:247- 291.
17. Mansvelder HD, McGehee DS. Long-term potentiation of excitatory inputs to brain reward areas by nicotine. *Neuron*.2000;27:349- 357.

18. Joseph R, Difanza, MD, Implications of the Autonomy Theory of Nicotine Dependence. 2019;44007:2-5.
19. Adan, Ana, Psicobiología de la dependencia del tabaco, Psicología Conductual, Vol. 6, N° 1, 1998, pp.137-156
20. Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-030-SSA2- 2017, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 19 de abril de 2017Jama.2017;317(2):165-82
21. James PA, Opatil S, Carter et al. 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the eighth joint national committee (jnc8). JAMA (2014)311:507-520.
22. Marquez Contreras E, Coca A, Figueroa M, Wichmann V, Divison JA, Llisterri et al. Perfil del riesgo cardiovascular de los pacientes con hipertensión arterial no controlada. Estudio control-protect. Medicina clínica (2007), 128,3: 66-91.
23. Osuna Fuentes J.A. Drogas un fenómeno en evolución. Corel Carmona: revista de estudios locales ISSN 2005;3:1269-1291
24. ForouzanfarMH, Liu P, Roth GA, Ng M, Biryukov S, Marczak L, et al. Global Burden of Hypertension and Systolic Blood Pressure of at Least 110 to 115 mm Hg,1990-2015..
25. Guía de Referencia Rápida. Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-076-08. GPC: Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial en el Primer Nivel de Atención. Ciudad de México, México: IMSS; 2014.24
26. Manfredi C, Cho YI, Crittenden KS, Dolecek TA. A path model of smoking cessation in women smokers of low socio-economic status. Health education research. 2007;22(5):747-56.25.

27. Boax D R, Saad MF, Shea S, Nasir K, Edvardsen T, Burke G, et al. Hypertension and smoking are associated with reduced left ventricular function in asymptomatic individuals. *J Am CollCardiol.*2006;47(6)
28. Ponciano-Rodríguez G, Valerio-Gutiérrez R, Pliego-Rosas C, Córdova-AlcarázAJJAMT. Development and evaluation of a new self-rating test to assess the Psychological Dependence on Smoking (TAPDS).2015;3(2):1016.
29. Gómez León A, Morales López S, Álvarez Díaz CJ. Técnica para una correcta toma de presión arterial en el paciente ambulatorio. *Revisa facultad de medicina de la UNAM.* (82016), 5,3:49-55.
30. Paz-Ballesteros, Wayra Citlali, Zavala-Arciniega, Luis, Gutiérrez-Torres, Daniela Sarahí, Ponciano-Rodríguez, Guadalupe, & Reynales-Shigematsu, Luz Myriam. (2019). Evaluación de la dependencia física y psicológica al tabaco en fumadores mexicanos adultos, Encodat 2016. *Salud Pública de México*, 61(2), 136-146.
31. Jadhav, Kiran, and Dhanpal Singh. "Assessment of psychological dependence among tobacco users: A survey held among the rural population of India to call for attention of tobacco cessation centers." *Dental research journal* 10.4 (2013): 467.
32. Pallavi, Petkar, et al. "Assessment of nicotine dependence among the tobacco users in outreach programs: A questionnaire based survey." *Int J Oral Health Med Res* 2.3 (2015): 34-38.
33. Margaritis, Vasileios, and Eleni Mamai-Homata. "Physical and psychological nicotine dependence in Greeks: an epidemiological study." *Oral health & preventive dentistry* 8.1 (2010).

11. ANEXOS

11.1 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD	
Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación (adultos)	
Nombre del estudio:	Dependencia psicológica de tabaquismo en asegurados con hipertensión arterial de la UMF 9, Delegación Aguascalientes
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Aguascalientes, Ags.
Número de registro institucional:	
Justificación y objetivo del estudio:	Determinar la dependencia psicológica de tabaquismo en asegurados con hipertensión arterial de la UMF 9, Delegación Aguascalientes.
Procedimientos:	Se me ha explicado que mi participación consistirá en contestar un cuestionario que consta de 25 ítems con tres posibles respuestas (muy frecuente ocasionalmente y nunca) guardando confidencialidad y anonimato, No existen riesgos potenciales de la aplicación del cuestionario
Posibles riesgos y molestias:	
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Obtener información del grado de dependencia al tabaco poder implementar acciones para una atención integral.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	El investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mí en la atención de los pacientes, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.
Participación o retiro:	Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo desee conveniente
Privacidad y confidencialidad:	El investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que de los datos relacionados con mi privacidad serán tratados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme información actualizada que se tenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.
Declaración de consentimiento: Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio: No acepto participar en el estudio. Si acepto participar en el estudio.	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigadora o Investigador Responsable:	Dra. Ana María Almdaró de la Torre. Médico Familiar adscrita a la UMF 9 TVLUGAR DE TRABAJO: Av. Siglo XXI Esq. Prosperidad s/n Fraccionamiento Ojo Caliente IV, Aguascalientes CP 20196 TELÉFONO: 9724777 CORREO:anaalmendaro127@gmail.com
Colaboradores:	
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud del 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: comité.eticainv@imss.gob.mx	
Nombre y firma del participante	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1	Testigo 2
Nombre, dirección, relación y firma	Nombre, dirección, relación y firma
	Clave:2810-009-013

11.2 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

SOCIODEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS

CONCEPTO	DEFINICIÓN	DIMENSIONES	VARIABLES	INDICADORES	ESCALA	ÍTEMS
Factores Socio-demográficos:	Conjunto de rasgos particulares y del contexto familiar y económico que caracteriza el grupo social al que pertenece cada individuo	Características Es el estudio interdisciplinario de humanas.	Edad: Años cumplidos por una persona desde el nacimiento hasta el momento actual	Edad en años al momento de la entrevista	Cuantitativa continua	¿Cuál es su edad?
			Sexo: Hace referencia a la condición biológica que diferencia a los seres vivos en	Fenotipo	Cualitativa Nominal dicotómica 1. Masculino. 2. Femenino.	¿Cuál es su sexo?

			dos grupos, hombre y mujer			
		Características sociales: Estudio de las relaciones definidas entre los individuos que componen un grupo social.	Estado civil Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o parentesco, que establece Derechos y obligaciones	Estado civil al momento de la entrevista	Cualitativa nominal dicotómica 1. Casado (a) 2. Soltero (a)	¿Cuál es su estado civil?
			Escolaridad: Grados educativos que el individuo ha aprobado en un establecimiento reconocido legalmente (nivel de	Grado académico cursado por la paciente al momento de la entrevista	Cualitativa nominal 1. Analfabeta. 2. Alfabeta. 3. Primaria. 4. Secundaria. 5. Preparatoria o equivalente. 6. Licenciatura 7. Postgrado	¿Cuál es su escolaridad?

			estudios)			
Factores clínicos	Conjunto de factores relacionados con el examen y tratamiento de los pacientes.		Presión Arterial Fuerza que ejerce la sangre que circula contra las paredes de las arterias, se toma mediante dos mediciones: sistólica y diastólica	Presión arterial al momento de la entrevista Normal Sístole <120 Diástole <80 Pre-hipertensión Sístole 120-139 Diástole 80-89 Hipertensión I Sístole 140-159 Diástole 90-99 Hipertensión II sístole ≥160 Diástole ≥ 100	Nominal Dicotómica 1. Normal 2. Pre- hipertensión 3. Hipertensión I 4. Hipertensión II	Presión arterial
			Índice tabáquico	IT al momento de la entrevista Es un número	Cuantitativa continua	¿Cuántos cigarros fuma al día?

				de referencia que refleja el promedio de consumo de tabaco en un individuo el cual Se mide: No. De cigarrillos fumados al día entre los años que lleva fumando		¿Cuán tos años lleva fuman do?
--	--	--	--	---	--	--------------------------------

Prueba para Evaluar la dependencia psicológica en pacientes fumadores (TAPDS)

VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICI ON OPERACIONAL	ITEMS	INDICADOR	MODULADOR
Modulador emocional	Cuantitativa	Variación de Frecuencia y calidad de las emociones	Fumar se realiza bajo la creencia de controlar, intensificar o disminuir las emociones.	2 Fumar me da comodidad, 14 Fumar me hace sentir mejor cuando estoy triste o deprimido,	Cualitativa ordinal 1.nunca 2.ocasionalmente 3. Muy frecuente	Escala de Likert

				15 Fumar me ayuda a controlar mi estrés.		
Personalidad- imagen	Cuantitativa	Características individuales percibidas.	Fumar se realiza bajo la creencia de que esta conducta crea en el fumador una imagen diferente, o por medio de fumar se puede lograr cuestiones positivas	3 Solo puedo tener buen tiempo si fumo, 4 Puedo concentrarme mejor cuando fumo, 5 Cuando fumo me siento seguro. 6 Fumar me da la energía que necesito. 7 El cigarro es mi mejor compañero 8 Fumar me permite proyectar la personalidad	1. nunca 2. ocasionalmente 3. Muy frecuente	Escala de Likert

				<p>que deseo.</p> <p>9 Fumar me hace parecer atractiva.</p> <p>10 Se me ocurre mejor cuando fumo</p>		
Indiferencia	Cuantitativa	Estado de ánimo en que no se siente repugnancia hacia una persona, objeto p negocio predeterminado	Está elegido sin preocuparse por afectar a las personas que están cerca de uno mismo, aunque se tiene la información de los daños causados por el tabaco.	<p>21 Fumar es una adicción asociada con la enfermedad, cáncer y la muerte, sin embargo, he decidido que voy a seguir fumando.</p> <p>22 El fumar es un vicio y la nicotina es una droga, sin embargo, he decidido seguir fumando.</p>	<p>1. Nunca</p> <p>2. Ocasionalmente</p> <p>3. Muy frecuentemente</p>	Likert

				<p>23 Cuando compro cigarros que importa gastar dinero.</p> <p>24 Fumar cigarro afecta la salud de mi familia, sin embargo se pondrán a fumar.</p> <p>25 Fumar en el trabajo afecta y molesta a mis compañeros de trabajo, sin embargo, voy a seguir fumando.</p>		
Aceptación social	Cuantitativa	Ser recibido voluntariamente o sin oposición de la sociedad	Asuntos sociales que se asocian con el tabaquismo que generan placer, aceptación	<p>1 Creo que cuando fumo soy aceptado por otros.</p> <p>11 Creo que el tabaquismo es</p>	<p>1. Nunca</p> <p>2. Ocasionalmente</p> <p>3. Muy frecuente</p>	Escala de Likert

			<p>social y un anhelo, asociado también a otras 12 Fumar en sustancias fiestas y como el alcohol reuniones hace que sean más agradables. 13 Disfruto más el cigarro cuando consumo alcohol.</p>		
--	--	--	--	--	--

11.3 ENCUESTA

Número de seguridad social
Datos sociodemográficos y clínicos

FOLIO:

A. ¿Cuál es su edad (años cumplidos)?

R=

B. ¿Cuál es su sexo?

1. Masculino

2. Femenino

C. ¿Cuál es su estado civil?

1. Casado(a).

2. Soltero(a).

3. Unión libre.

4. Divorciada.

5. Viuda.

D. ¿Cuál es su escolaridad?

1. Analfabeta.

2. Alfabeto.

3. Primaria.

4. Secundaria.

5. Preparatoria equivalente.

6. Licenciatura

7. Postgrado

E. ¿Cuál es su religión?

1. Católica.

2. Cristiana.

3. Testigo de Jehová.

4. Otra.

F. Presión Arterial:

Clasificación JNC8: 1. Normal

2. Pre-hipertensión

3. I

4. II

G. ¿Cuántos cigarros fuma al día?

H. ¿Cuántos años lleva fumando?

11.4 PRUEBA PARA EVALUAR LA DEPENDENCIA PSICOLÓGICA EN PACIENTES FUMADORES (TAPDS)

Por favor, indique cual es la situación que mejor se adapta a sus circunstancias: 1. Nunca, 2. Ocasionalmente y 3. Muy frecuente

(Marque con una x en la casilla correspondiente)

	1	2	3
01.- Creo que cuando fumo soy aceptado por otros			
02.-Fumar me da comodidad.			
03.-Sólo puedo tener un buen tiempo si fumo			
04.- puedo concentrarme mejor cuando fumo			
05.-Cuando fumo me siento seguro.			
06.-Fumar me da la energía que necesito			
07.- El cigarrillo es mi mejor compañero.			
08.-Fumar me permite proyectar la personalidad deseo			
09.-Fumar me hace parecer atractiva			
10.- Se me ocurre mejor cuando fumo			
11.-Creo que el tabaquismo es un anhelo			
12.- Fumar en fiestas y reuniones hace que sean más agradables			
13.-Disfruto más el cigarrillo cuando consumo alcohol.			
14.- Fumar me hace sentir mejor cuando estoy triste o deprimido.			
15.-Fumar me ayuda a controlar mi estrés.			
16.-Fumar me ayuda a controlar mi ira			
17.-Fumar me da un gran placer			
18.-Fumar me ayuda a controlar mi ansiedad			
19.-Fumar me ayuda a calmarme			
20.- Fumar me da satisfacción.			
21.-Fumar es una adicción asociada con la enfermedad, el cáncer y la muerte. Sin embargo, he decidido voy a seguir fumando			
22.-. El fumar es un vicio y la nicotina es una droga. Sin embargo, he decidido seguir fumando			
23.- Cuando compro cigarrillos que importa gastar dinero utilizar para otras cosas, pero creo que vale la pena			

24.-Fumar cerca de mi familia afecta a su salud, sin embargo, se pondrán a fumar			
25.- fumar en el trabajo afecta y molesta a mis compañeros de trabajo, sin embargo, voy a seguir fumando			

Puntuación final: _____

Interpretación de la Prueba para Evaluar la dependencia psicológica de fumar (TAPDS):

Puntuación:

Menos de 25: no dependencia, 25-41: dependencia leve,

42-58: dependencia moderada;

59-75: dependencia severa.