

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA

DESCONCENTRADA SUR

DELEGACION SUR DE LA CIUDAD DE MÉXICO

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 28 “GABRIEL MANCERA”
COORDINACION CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR.**



**“EVALUACIÓN DEL GRADO DE ADICCIÓN A LA NICOTINA EN
PACIENTES FUMADORES DE 25 A 39 AÑOS DE LA UMF No 28 DEL
IMSS”**

**PROPUESTA DE ANTEPROYECTO CON MOTIVO DE TESIS
PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

PRESENTA:

JESSICA VELEZ SALAZAR

ASESORES:

NAZARIO URIEL ARELLANO

ROMERO

MEDICO FAMILIAR ADSCRITO A LA UNIDAD DE MEDICINA

FAMILIAR No. 28 GABRIEL MANCERA

ASESOR TEÓRICO

JESSICA CAMACHO RUÍZ

MEDICO FAMILIAR ADSCRITA A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 42

MAESTRA EN CIENCIAS MÉDICAS

ASESORA METODOLÓGICA

CIUDAD DE MÉXICO, 2022.

NÚMERO DE REGISTRO INSTITUCIONAL R-2021-3703-141



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.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA
DESCONCENTRADA SUR
DELEGACION SUR DE LA CIUDAD DE MÉXICO
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 28 "GABRIEL MANCERA"
COORDINACION CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR.**

**EVALUACIÓN DEL GRADO DE ADICCIÓN A LA NICOTINA EN
PACIENTES FUMADORES DE 25 A 39 AÑOS DE LA UMF No 28 DEL
IMSS**

Propuesta de anteproyecto con motivo de tesis, para obtener el título de posgrado en la especialidad en Medicina Familiar.

PRESENTA:

Jessica Velez Salazar

Médico residente de 1° año de la Especialidad de Medicina Familiar.

Matrícula: 97376312

Lugar de trabajo: Consulta Externa.

Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 28 "Gabriel Mancera".

Tel: 5548619343 **Fax:** sin fax.

e-mail: jess.velez.salazar@gmail.com

ASESORES:

Nazario Uriel Arellano Romero

Especialista en Medicina Familiar

Matrícula: 98374513

Lugar de trabajo: Unidad de Medicina Familiar No. 28

Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 28 "Gabriel Mancera".

Tel: 55 55 59 60 11, Ext. 21722 **Fax:** Sin fax.

e-mail: nazario.arellano@imss.gob.mx

Jessica Camacho Ruíz

Especialista en Medicina Familiar

Matrícula: 98370426

Lugar de trabajo: Unidad de Medicina Familiar No. 42

Adscripción: Consulta Externa UMF No. 42

Tel: 2227089824 **Fax:** Sin fax.

e-mail: jeskaru@hotmail.com

Ciudad de México, 2022.

AUTORIZACIÓN DE TESIS

Dra. Katia Gabriela Cruz Núñez

**Directora de la unidad de Medicina Familiar N°28
“Gabriel Mancera”**

Dra. Lourdes Gabriela Navarro Susano

**Coordinadora Clínica de Educación e Investigación en Salud
Unidad de Medicina Familiar N°28 “Gabriel Mancera”**

Dr. Jonathan Pavel Hernández Pérez

**Profesor titular de la residencia en Medicina Familiar de la Unidad de
Medicina Familiar N°28 “Gabriel Mancera”**

AUTORIZACIÓN DE TESIS ASESORES

Dr. Nazario Uriel Arellano Romero

Médico Especialista en Medicina

Familiar Asesor principal

**Lugar de trabajo: Unidad de Medicina Familiar N°28 “Gabriel
Mancera” del Instituto Mexicano del Seguro Social**

**Adscripción: Unidad de Medicina Familiar N°28 “Gabriel Mancera”
del Instituto Mexicano del Seguro Social**

Dra. Jessica Camacho Ruiz Médico

Especialista en Medicina Familiar

Maestra en Ciencias

Médicas Asesora

Metodológica

**Lugar de trabajo: Consulta Externa de la Unidad de Medicina
Familiar N°42 del Instituto Mexicano del Seguro Social**

**Adscripción: Unidad de Medicina Familiar N°42 del Instituto
Mexicano del Seguro Social**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **3703**.
U MED FAMILIAR NUM 21

Registro COFEPRIS **17 CI 09 017 017**
Registro CONBIOÉTICA **CONBIOETICA 09 CEI 003 20190403**

FECHA Jueves, 21 de octubre de 2021

M.E. NAZARIO URIEL ARELLANO ROMERO

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **"EVALUACIÓN DEL GRADO DE ADICCIÓN A LA NICOTINA EN PACIENTES FUMADORES DE 25 A 39 AÑOS DE LA UMF No 28 DEL IMSS"** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

R-2021-3703-141

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Dr. PAULA AVALOS MAZA

Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3703

Imprimir

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

AGRADECIMIENTOS

Gracias a Dios por haberme regalado una familia maravillosa. A mi madre, por ser siempre el mejor ejemplo de bondad y amor que existe, por apoyarme y ser mi mejor amiga incondicional, a mi padre por cada una de sus palabras que me guiaron durante mi vida y que desde el cielo me ilumina y me da fortaleza para seguir a delante con mis proyectos, a mis hermanos por su respaldo y cariño, por siempre impulsarme y motivarme en todo momento.

A mis profesores por la confianza, por su dedicación para transmitirme sus conocimientos, por guiarme para ser una mejor persona y un buen profesional.

A mis asesores de tesis por su entrega y apoyo incondicional durante el desarrollo de este trabajo

ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN.....	1
2.	MARCO TEÓRICO.....	2
2.1	GENERALIDADES.....	2
2.2	DEFINICION DE TABAQUISMO.....	2
2.3	COMPONENTES DEL TABACO.....	3
2.4	PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DEL CONSUMO DEL TABACO.....	3
2.5	PANORAMA EN MÉXICO.....	4
2.6	DAÑOS A LA SALUD OCASIONADOS POR EL CONSUMO DE TABACO.....	6
2.7	COSTOS TOTALES ATRIBUIBLES DE LAS COMPLICACIONES DEL TABAQUISMO EN MÉXICO.....	7
2.8	BENEFICIOS ASOCIADOS A DEJAR DE FUMAR.....	8
3.	JUSTIFICACIÓN.....	10
4.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
4.1	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	12
5.	OBJETIVOS.....	12
5.1.	OBJETIVO GENERAL.....	12
5.2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
6.	HIPÓTESIS.....	12
7.	MATERIAL Y MÉTODOS.....	12
7.1	TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	13
7.2	TIPO DE DISEÑO.....	13
7.3	LUGAR DEL ESTUDIO.....	13
7.4	POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	13

7.5 MUESTRA.....	13
7.6 TAMAÑO DE MUESTRA.....	13
8. CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	15
8.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	15
8.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	15
8.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.....	15
9. VARIABLES DEL ESTUDIO.....	15
9.1 VARIABLES INDEPENDIENTE Y DEPENDIENTE.....	15
9.2 VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.....	16
10. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	16
11. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO.....	24
11.1 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	25
12. ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	27
13. RECURSOS.....	29
13.1 HUMANOS.....	29
13.2 ÁREA FÍSICA.....	29
13.3 MATERIALES.....	29
14. MANIOBRAS PARA EVITAR SESGOS.....	29
15. ASPECTOS ÉTICOS.....	30
16. FACTIBILIDAD DEL ESTUDIO.....	34
17. TRASCENDENCIA.....	34
18. CONFLICTO DE INTERESES.....	35
19. RESULTADOS.....	35
20. DISCUSIÓN.....	53

21. CONCLUSIONES.....	56
22. DEBILIDADES DEL ESTUDIO.....	57
23. FORTALEZAS DEL ESTUDIO.....	58
24. REFERENCIAS.....	59
ANEXO 1. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	63
ANEXO 2. DISEÑO DE ESTUDIO	64
ANEXO 3. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	65
ANEXO 4. CUESTIONARIO DE GRADO DE ADICCIÓN A LA NICOTINA DE FAGERSTRÖM.....	67
ANEXO 5. RECOMENDACIONES PARA NO FUMAR	68
ANEXO 6. GUÍA PRÁCTICA PARA DEJAR DE FUMAR	69
ANEXO 7 CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	70
ANEXO 8 CARTA DE NO INCONVENIENTE.....	72
ANEXO 9 DICTAMEN DE APROBACIÓN BIOÉTICA.....	73
ANEXO 10 REGISTRO INSTITUCIONAL.....	74
ÍNDICE DE TABLAS	
TABLA 1. VARIABLES DEL ESTUDIO.....	16
TABLA 2. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.....	22
TABLA 1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA MUESTRA EN ESTUDIO.....	35
TABLA 2. ASOCIACION GRADO DE DEPENDENCIA A LA NICOTINA CON LAS VARIABLES DE ESTUDIO.....	36
TABLA 3. GRADO DE DEPENDENCIA A LA NICOTINA Y METODO PARA EL ABANDONO.....	39

ÍNDICE DE GRAFICAS

GRÁFICA 1.....	40
GRÁFICA 2.....	40
GRÁFICA 3.....	41
GRÁFICA 4.....	41
GRÁFICA 5.....	42
GRÁFICA 6.....	42
GRÁFICA 7.....	43
GRÁFICA 8.....	43
GRÁFICA 9.....	44
GRÁFICA 10.....	44
GRÁFICA 11.....	45
GRÁFICA 12.....	45
GRÁFICA 13.....	46
GRÁFICA 14.....	46
GRAFICA 15.....	47
GRÁFICA 16.....	47
GRÁFICA 17.....	48
GRÁFICA 18.....	48
GRÁFICA 19.....	49
GRÁFICA 20.....	49
GRÁFICA 21.....	50
GRÁFICA 22.....	50
GRÁFICA 23.....	51
GRÁFICA 24.....	52

ABREVIATURAS

ADN: Ácido Desoxirribonucleico

AVISA: Años de vida saludable

CAPA: Centros de Atención y Prevención de las Adicciones

CIGAMOD: Cigarrera La Moderna

CIGATAM: Cigarrera La Tabacalera Mexicana

CIJ: Centros de Integración Juvenil

CMCT: Convenio Marco para el Control del Tabaco

CONADIC: Comisión Nacional contra las Adicciones

ENCODAT: Encuesta Nacional del Consumo de Drogas Alcohol y Tabaco

ECV: Enfermedades cardiovasculares

ENA: Encuesta Nacional de Adicciones

EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

GATS: Global Adult Tobacco Survey

GBD: Global Burden Disease

HSM: Humo de segunda mano

HTA: Humo de tabaco ambiental

IHME: Instituto de Métricas y Evaluación de la Salud

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

INER: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

INSP: Instituto Nacional de Salud Pública

MSRN: Muerte súbita del recién nacido

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

RESUMEN

“EVALUACIÓN DEL GRADO DE ADICCIÓN A LA NICOTINA EN PACIENTES FUMADORES DE 25 A 39 AÑOS DE LA UMF No 28 DEL IMSS”

¹Jessica Velez Salazar. ²Nazario Uriel Arellano Romero. ³Jessica Camacho Ruíz
¹Médico Residente en Medicina Familiar, UMF 28. ²Especialista en Medicina Familiar UMF 28 ³ Especialista en Medicina Familiar UMF 42

INTRODUCCIÓN: El tabaquismo es un problema de salud pública que constituye un factor de riesgo de seis de las ocho principales causas de mortalidad en el mundo y representa el principal factor de riesgo común de las enfermedades crónicas no transmisibles, las cuales son responsables de casi dos tercios de la mortalidad mundial, en la mayoría de las ocasiones la magnitud del daño está relacionada con el grado de adicción a la nicotina.

OBJETIVO: Evaluar el grado de adicción a la nicotina en pacientes de 25 a 39 años de la UMF 28.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional, transversal, descriptivo y prospectivo.

Se evaluaron a derechohabientes de la UMF No. 28 con tabaquismo activo de 25 a 39 años, en un periodo de 4 meses posteriores a la aprobación del protocolo de investigación.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO: Para las variables cualitativas se reportaron en porcentaje y la descripción de la diferencia de los grupos se realizó mediante pruebas Chi2 y T-student.

EXPERIENCIA DEL GRUPO manejo con personas de 25 a 39 años con tabaquismo, en consulta externa.

RECURSOS E INFRAESTRUCTURA: Se conto con una unidad de primer nivel de atención médica, derechohabientes de 25 a 39 años para invitar a participar en la Unidad.

RESULTADOS: El 86.2% de los encuestados tiene una dependencia leve, 12.5% una dependencia moderada y 1.3% una dependencia severa. Respecto a las diferencias entre sexos, llama la atención una participación similar entre hombres y mujeres, la mayor proporción de fumadoras se encuentra entre las más jóvenes, pues el 21.5% de la población encuestada de 25 a 29 años correspondió al sexo femenino y se evidencio que el consumo entre las mujeres jóvenes es equiparable al de los varones. Por otra parte del 75.4% de los encuestados que iniciaron su consumo entre los 15 y 20 años, el 85.7% tienen una dependencia leve, el 12.5% una dependencia moderada y se destaca que a este grupo correspondieron el 1.2% de la población total que presentaron una dependencia severa, el 2.1% de los pacientes que iniciaron su consumo después de los 25 años tiene una

dependencia leve y de ellos, ninguno presento una dependencia moderada o severa, 85.3% refirieron fumar de 1 a 5 cigarros al día y sólo el 3.4% reporto fumar más de 20 cigarros al día. Este hallazgo es crucial ya que tiene implicaciones en el abordaje clínico del tratamiento para lograr la cesación tabáquica a nivel individual.

CONCLUSIONES: Más de la mitad de la población estudiada presento un grado de dependencia leve a la nicotina. De la cual el sexo femenino obtuvo el mayor porcentaje en el grado leve, mientras que el masculino obtuvo el mayor porcentaje en el grado moderado y severo. En nuestra población fumadora encontramos el mayor porcentaje de dependencia leve en el rango de edad de 25 a 29 años, moderada en el rango de edad de 34 a 39 años y alta se obtuvo un paciente en cada grupo de edad. Por otra parte, nuestra población reporta un consumo temprano de tabaco, pues la mayoría menciona un inicio desde los 15 a 20 años de edad por lo que la prevención continúa siendo el enfoque de atención más costo-efectivo. Se recomienda que futuros estudios sobre dependencia al tabaco en población mexicana se consideren los componentes psicológicos, sociales y físicos que se involucran, ya que existen pocos o ningún antecedente en relación a dependencia psicológica

PALABRAS CLAVE: Tabaquismo, factor de riesgo, adicción a la nicotina.

1. INTRODUCCIÓN

El tabaquismo es considerado un problema de Salud Pública y a pesar de que hoy en día se sabe que es un producto altamente tóxico para el organismo, continúa siendo una sustancia de consumo diario y de fácil acceso.

Las enfermedades que se asocian a su consumo, los accidentes y pérdidas patrimoniales que ocasionan, las incapacidades, la disminución en la productividad personal y colectiva, los enormes gastos personales, familiares y sociales que requieren para su atención, ocasiona un desvío de recursos útiles para las familias y la sociedad. Afortunadamente se ha iniciado un cambio de mentalidad social y de las Administraciones Públicas, que progresivamente se han concienciado del enorme coste económico, en vidas y en calidad de vida, que supone el consumo de tabaco. Como primer nivel de atención se tiene la oportunidad de buscar la protección de las familias mexicanas que viven en hogares con padres fumadores o donde se permite fumar ya que la exposición al humo de tabaco en estos casos suele ser diaria.

En este estudio se utilizara el Test de Fagerström el cual servirá para determinar el grado de adicción a la nicotina. El objetivo es determinar la prevalencia de tabaquismo y el grado de adicción a la nicotina en pacientes menores de 39 años para abordar de manera oportuna en primer nivel de atención al paciente, trayendo beneficios para estos y sus familias.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 GENERALIDADES

El tabaco es una planta solanácea originaria de América. El botánico francés Tournefort estableció el género vegetal al que pertenece la planta de tabaco, basado en la corola de las flores. Por su parte, Linneo, describió y clasificó la planta, según sus órganos sexuales, dándole el nombre de *Nicotiana tabacum* L en honor del embajador francés en Portugal Jean Nicot, quien envió un contrabando de tabaco a París en 1561, donde su uso se popularizó. El alcaloide contenido en las hojas del tabaco es la nicotina (1).

Probablemente el vocablo “tabaco” fue adoptado por los españoles para designar el nombre de la nueva planta después de que vieron que los indígenas de la Isla de la Española llamaban tabaco al instrumento que utilizaban para tomarlo (2).

La palabra cigarro se deriva probablemente de sik’ar que en maya significa fumar. Los antepasados de los cigarrillos fueron los tabacos haitianos de caña, que en México se llamaban pícyetl. El cigarrillo actual, probablemente, se originó cuando los mendigos españoles recogían las colillas de los cigarrillos (puros) y los enrollaban en “papeletes” que pronto recibieron el nombre de cigarrillos (2) (3).

El verbo fumar deriva de "humear" o bien "echar humo", que tiene origen en el vocablo latín fumus, es decir, humo. En la actualidad, las hojas de tabaco se emplean de varias maneras: enrolladas, para los puros; en picadura, para los cigarrillos y pipas; en polvo, para el rapé que se aspira por la nariz y en pasta, para mascar. Siendo el cigarrillo la forma que rebasa ampliamente al de las demás (4).

2.2 DEFINICION DE TABAQUISMO

El tabaquismo puede ser definido como una “enfermedad crónica sistémica, perteneciente al grupo de las adicciones” (5).

Otra definición es: “el tabaquismo es el envenenamiento agudo o crónico por el hábito de fumar cigarrillo, cigarro, pipa, o por masticar u oler tabaco” (6).

Otros autores consideran a el tabaquismo como la adicción al tabaco provocada, principalmente, por uno de sus componentes activos, la nicotina; la acción de dicha sustancia acaba condicionando el abuso de su consumo” (7).

En el año 2009, un equipo especialistas del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

(INER) y del Hospital Médica Sur definieron el tabaquismo como “un síndrome inflamatorio lentamente progresivo de daño multisistémico” (8).

El tabaquismo está catalogado en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la American Psychiatric Association como “Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos” en los trastornos relacionados con tabaco son Z72.0 Leve; F17.200 Moderado, F17.200 Grave; F17.203 Abstinencia de Tabaco y F17.209 Trastorno relacionado con el tabaco no especificado. En la Clasificación Estadística Internacional de enfermedades y problemas reaccionados con la Salud (CIE -10), se encuentra en el Capítulo V. Trastornos Mentales y del Comportamiento (F00-F99), en el grupo F10-F19: Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas, en la categoría F17 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de tabaco (9).

2.3 COMPONENTES DEL TABACO

Se sabe que en el humo de tabaco existen más de 7,000 sustancias y componentes químicos, de los que, por lo menos 69 son cancerígenos. La hoja del tabaco contiene dos componentes esenciales: el agua y la materia seca. El agua representa más del 80% del peso total de la hoja antes de ser cortada, mientras que la materia seca o ceniza está formada por compuestos orgánicos e inorgánicos muy variados. La nicotina es un alcaloide líquido, oleoso e incoloro, cuyos efectos son tanto estimulantes como sedantes, se forma en las raíces de la planta y de ahí es transportada a las hojas en donde se almacena, principalmente en las hojas superiores, representa el 5% del peso de la planta del tabaco (10)

2.4 PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DEL CONSUMO DEL TABACO

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud el tabaco mata a más de 7 millones de personas al año, de estos 6 millones son consumidores directos y alrededor de 890 000 son fumadores pasivos, es decir no fumadores expuestos al humo ajeno. En la actualidad, los hombres consumen tabaco en proporciones más altas que las mujeres, tendencia especialmente pronunciada en algunos países. En el caso de jóvenes en edad de 13 a 15 años, en más de la mitad de los países encuestados en la Encuesta Mundial sobre el tabaco, no hubo diferencia respecto de la prevalencia del consumo de cigarrillos entre niños y niñas. El Atlas de Tabaco señala que para el año 2011, el número de fumadores ascendía a 1.3 billones en todo el mundo. De igual manera menciona que el tabaquismo causó la muerte de

casi seis millones de personas en el mundo, es decir más que el VIH/Sida, la tuberculosis y el paludismo juntos. Por su parte, en la Región de las Américas, la Organización Panamericana de la Salud, estima que aproximadamente un millón de personas mueren al año. La mortalidad causada por el tabaquismo ha superado la relacionada con el sida, los accidentes y el suicidio, y el 80% de estas muertes ocurrieron en países de bajos y medianos ingresos.

El 11% de las muertes por cardiopatía isquémica (primera causa de muerte en el mundo), el 70% de las muertes por cáncer de pulmón, bronquios y tráquea, y el 80% de muertes por cáncer de pulmón en hombres y el 50% de muertes en mujeres por este mismo tipo de cáncer, en todo el mundo, son atribuibles al consumo de tabaco (10)(11).

El tabaco es un factor de riesgo de seis de las ocho causas principales de mortalidad en el mundo (cardiopatía isquémica, enfermedades cerebro vasculares, infecciones de las vías respiratorias inferiores, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), tuberculosis y cáncer de tráquea, bronquios y pulmones) asimismo incrementa la posibilidad de muerte en pacientes ya diagnosticados. Asimismo, las enfermedades vinculadas estrechamente con el tabaquismo, como los cánceres de bronquios, de pulmón y de laringe, las enfermedades cardiovasculares y el enfisema, representan aproximadamente el 54% de la carga total de enfermedad (11).

2.5 PANORAMA EN MÉXICO

La Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos (Global Adult Tobacco Survey, GATS) y los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos de América fueron desarrollados con el objetivo de contar con un instrumento que permita estimar la prevalencia del consumo de tabaco en la población adulta a nivel nacional, y de la exposición al humo de tabaco ajeno. México participó durante 2008 y 2009 en la primera edición de esta encuesta de hogares, y en la segunda edición se aplicó en 2015 y fue publicada en 2016. De acuerdo a los resultados de la GATS, en México un 16.4% de la población adulta fuma actualmente, esto implica que en nuestro país, hay 14.3 millones de fumadores (35.2% son hombres y 8.2% mujeres). De ellos, 7.6% son fumadores diarios (11.9% son hombres y solo el 3.6% son mujeres, su consumo diario es en promedio 7.7 cigarrillos por día (hombres 8 cigarros/día y mujeres 6.8 cigarros/día). Los resultados de la GATS en nuestro país, señalan que el 56.9% de la población ha intentado dejar de fumar en el último año (57% son hombres

y 56.4% mujeres). De ellos, el 9.8% dejó de fumar en los últimos 12 meses (7.8% son hombres y 14.9% son mujeres) (11).

En relación a los conocimientos, actitudes y percepciones del tabaco; el 98.1% de los adultos cree que fumar causa serios daños a la salud (98% hombres y 98.1% mujeres), el 96.5% de los adultos piensan que respirar el humo de tabaco de otras personas causa serios daños a la salud de los no fumadores (95.6% hombres y 96.7% mujeres), el 93.4% de los adultos apoya la prohibición de fumar en espacios públicos cerrados y de trabajo, el 84% de los adultos apoya la prohibición total de la publicidad, promoción y patrocinio de productos de tabaco (79% hombres y 85% mujeres), el 66.7% de los adultos está de acuerdo con el incremento en los impuestos de los productos de tabaco (49.9% hombres y 70% mujeres). La GATS muestra que en la sección de economía, el gasto promedio en 20 cigarrillos manufacturados, es de \$46.7 (pesos mexicanos), y que el gasto promedio mensual en cigarrillos es de; \$297.2 (pesos mexicanos) (11) (12).

La Encuesta Nacional de Adicciones (ENA), es uno de los documentos epidemiológicos más importantes en México, pues nos ofrece un amplio panorama de la situación en nuestro país, además de que periódicamente publica sus encuestas. La última versión de esta Encuesta cambio de nombre y ahora se titula Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) en su última versión publicada en 2016 podemos percibir que del total de la población de 12 a 65 años encuestada, el 17.6% son fumadores activos, el 15.4% son ex fumadores, y el 82.4% nunca han fumado. En cuanto a la distribución de fumadores actuales por sexo los resultados son los siguientes: 27.1% de hombres y 8.7% de mujeres, por otra parte el porcentaje de fumadores en el 2016 (17.6%) ha disminuido respecto al 2011 (21.7%). Esto mismo sucede en cuanto a la distribución por sexo, pasando del 31.4% en hombres al 27.1%; en el caso de las mujeres pasó del 12.6% en 2011 al 8.7% en 2016. En cuanto a los adolescentes (de 12 a 17 años), la prevalencia de fumadores actuales es de 4.9%. Al desagregar por sexo, el 6.7% de los adolescentes hombres y el 3.0% de las adolescentes mujeres se encontró en esta categoría. Los adolescentes fumadores son principalmente ocasionales (4.4%), siendo solo el .5% los que fuman diariamente. La prevalencia de ex fumadores es de 4.6% siendo ésta principalmente de aquellos que fumaban ocasionalmente. El 95.1% de los adolescentes mexicanos nunca ha fumado (10)(13).

En cuanto a la distribución por regiones, considerando a la población de 12 a 65 años, la

Ciudad de México continua teniendo la prevalencia estimada más alta en el país (27.8%), aproximadamente 3% más que en 2011, seguido de la región Norte Centro (Coahuila, Chihuahua y Durango) que reporta una prevalencia de 22.3%, misma que rebaso significativamente el 18.5 que tenía en 2011. En orden descendente, se encuentra la región Nororiental (Nuevo León, Tamaulipas y San Luis Potosí) con una prevalencia de 18.7% y la región Centro (Puebla, Tlaxcala, Morelos, Estado de México, Hidalgo, Querétaro y Guanajuato) de 18.2%, para continuar con la región Occidental (Zacatecas, Aguascalientes, Jalisco, Colima y Nayarit) de 17.6%, le sigue la región Noroccidental (Baja California, Baja California Sur, Sonora y Sinaloa) con una prevalencia de 16.1%. Las prevalencias más bajas se observaron en las regiones Centro Sur (Veracruz, Oaxaca, Guerrero y Michoacán) y Sur (Yucatán, Quintana Roo, Campeche, Chiapas y Tabasco) con una prevalencia de 13.4% y 11.1% respectivamente, es importante mencionar que la región sur continua siendo la de más baja prevalencia desde 2011. La edad promedio de inicio del consumo de tabaco de los fumadores diarios entre 12 y 65 años, es de 19.3 años en 2016, cuando en 2011 fue de 20.4 años; 18.8 años para hombres y en mujeres a los 21.0 años. Entre la población adolescente, la edad de inicio fue de 14.3 años siendo muy similar entre hombres y mujeres. Un dato muy significativo, dado que el tiempo que tarda un fumador en encender su primer cigarro del día es uno de los indicadores más importantes de adicción, es que el 12.3% de los fumadores activos fuma su primer cigarro 30 minutos después de despertarse lo que equivale a 1.8 millones de personas. Es importante mencionar que el 7.1% de los fumadores adolescentes activos que fumaron en el mes previo a la entrevista (65 mil personas) fuman el primer cigarro en los primeros 30 minutos después de despertar, siendo más frecuente entre los hombres (8.1%) que entre las mujeres (3.8%) (14).

2.6 DAÑOS A LA SALUD OCASIONADOS POR EL CONSUMO DE TABACO

Quienes fuman hasta 10 cigarros al día, reducen su esperanza de vida 5 años, aumentando el riesgo de enfermedades en un 20% (especialmente cáncer pulmonar en comparación con quienes nunca han fumado). Aquellos que fuman menos de 4 cigarros al día, aumentan su riesgo hasta 5 veces y casi la mitad de los fumadores muere debido a su adicción y aproximadamente la mitad de esas muertes ocurre durante la etapa económicamente productiva de la vida, antes de la jubilación (entre los 35 y los 69 años), lo cual resulta en la pérdida de al menos entre 10 y 15 años de vida (15).

El tabaquismo:

- Constituye un factor de riesgo de seis de las ocho principales causas de mortalidad en el mundo (16)
- El tabaco mata hasta a la mitad de las personas que lo consumen (17).
- Es responsable de la muerte de cerca de 8 millones de personas. Más de 7 millones de estas defunciones se deben al consumo directo de tabaco y alrededor de 1,2 millones son consecuencia de la exposición de no fumadores al humo ajeno (18).
- Más del 80% de los 1300 millones de consumidores de tabaco que hay en el mundo viven en países de ingresos medianos o bajos (19).
- La exposición al humo del tabaco por fumadores de segunda mano, provocó la muerte de más de 600,000 en el 2010. Y aun cuando la mayoría de las enfermedades aparece en adultos, las víctimas del humo llegan a ser niños. En 2010, a nivel internacional, el uso del tabaco fue la tercera causa de muerte global, en México, ocupa el 10.12% en el caso de los hombres y el 5.38% en caso de las mujeres. (20)
- Quienes fuman hasta 10 cigarros al día, reducen su esperanza de vida 5 años, aumentando el riesgo de enfermedades en un 20% (especialmente cáncer pulmonar en comparación con gente que nunca ha fumado) (21).

En el caso de México el problema es igualmente preocupante, datos de la COFEMER indican que el país ocupa el sexto lugar mundial en número de fumadores y el segundo en fumadoras. Además, existe un riesgo a considerar para la severidad de la adicción y la intensidad del consumo durante la vida adulta: la edad de inicio del consumo de tabaco, que en nuestro país las encuestas indican que oscila entre los 11 y 14 años; un individuo que comienza a consumir tabaco a una edad temprana tiene mayor probabilidad de riesgo de sufrir enfermedades relacionadas al tabaco y mayor dificultad para dejar de fumar, debido a que se convertirá en adicto durante su juventud (22).

2.7 COSTOS TOTALES ATRIBUIBLES DE LAS COMPLICACIONES DEL TABAQUISMO EN MÉXICO

Los costos atribuibles al consumo del tabaco se extienden más allá de los costos directos por la atención de enfermedades del fumador. Otros costos incluyen los gastos de atención médica para fumadores pasivos, ausentismo laboral por incapacidad, disminución de la

productividad, invalidez, daños por incendios debidos a fumadores descuidados, incremento en los costos de limpieza por colillas, daño ambiental por deforestación, contaminación por pesticidas y fertilizantes. En 2006 se estimó para el IMSS que los costos totales anuales de atención médica nacional corresponden a 7 114 millones para el infarto agudo de miocardio, 3 424 millones para la enfermedad vascular cerebral, 1 469 millones para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y 102 millones para el cáncer pulmonar. El costo total anual para el IMSS por estas cuatro enfermedades asciende a 12 100 millones de pesos. Los costos atribuibles al consumo de tabaco corresponden a 7 100 millones de pesos, lo cual correspondió a 4.3% del gasto de operación de la institución en el año 2004. CONADIC reportaba en 2011, que los costos anuales de atención médica atribuibles al consumo activo de tabaco en México, se estimó para 2009 un monto de 23 mil millones de pesos mientras que en 2013, el Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria, refería 61,252,296,177 como costo directo en el sistema de salud por el tabaquismo. Un ejemplo claro del costo que representa el tabaco, se observa si consideramos el gasto mensual en la compra de cigarrillos, que reportan los fumadores activos en la ENCODAT 2016 que es en promedio de \$282.80, si bien los impuestos tuvieron su último incremento en 2020, los productos de tabaco en México continúan siendo muy accesibles a toda la población (13) (20).

Según el Atlas de Tabaco en México, los costos directos por fumar, alcanzan los 5,700 millones de pesos. El costo directo de las enfermedades relacionadas con el tabaco es determinado por el número de personas que se encuentran en tratamiento y el costo del tratamiento (20)

2.8 BENEFICIOS ASOCIADOS A DEJAR DE FUMAR

El daño producido por el tabaco disminuye en cuanto los/as fumadores/as abandonan su consumo, aun en aquellos que han estado fumando durante 30 o más años. Los y las ex fumadoras tienen un riesgo de mortalidad más bajo que aquellos que continúan fumando. El riesgo de mortalidad va declinando progresivamente en función del incremento del tiempo desde que se haya dejado de fumar, de acuerdo con algunas fuentes, las personas que han permanecido abstinentes 15 años o más, se observa que tienen un riesgo de mortalidad similar a aquéllos que no han fumado nunca. Sin embargo, muchos beneficios para la salud, como por ejemplo la reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular, ocurren mucho más rápido, con frecuencia en los primeros 12 meses después de dejar de fumar. Algunos de los

beneficios a corto plazo son: Mejora la capacidad gustativa y olfativa, desaparece el mal aliento, mejora la apariencia de la piel, disminuye la tos matutina, desaparece color amarillento de manos, uñas y dientes y existe mayor resistencia al ejercicio (21).

Dejando de fumar, se reduce en un 50% el riesgo de muerte prematura en los primeros cinco años después de dejarlo. El riesgo del cáncer de pulmón es más de 20 veces mayor en los hombres fumadores y 12 veces mayor en las mujeres fumadoras. Después de diez años de abstinencia, el riesgo de cáncer se reduce de un 30% a un 50%. Cuando mayor sea el período de abstinencia, mayor reducción en el riesgo de padecer dicha enfermedad. Otros beneficios asociados a la cesación del consumo del Tabaco a corto y a largo plazo son:

20 minutos después del último cigarrillo: La presión arterial baja a cifras normales, la frecuencia cardiaca recupera los niveles normales, la temperatura de las manos y de los pies aumenta hasta valores normales. 8 horas después de dejar de fumar: El monóxido de carbono de la sangre se normaliza, el oxígeno en la sangre se normaliza. 24 horas después de dejar de fumar: Disminuye el riesgo de un ataque al corazón. 48 horas después de dejar de fumar: Las terminaciones nerviosas se acostumbran a la ausencia de nicotina, mejora el gusto y olfato. 72 horas después de dejar de fumar: Los bronquios se relajan, lo que lleva a respirar mejor, incremento de la capacidad pulmonar. Medio mes a tres meses después de dejar de fumar: Mejora la circulación, es más fácil caminar, la función pulmonar mejora en un 30%. De 1 a 9 meses después de dejar de fumar: Disminuye la tos, la congestión nasal, la fatiga y la sensación de ahogo, aumenta la sensación de bienestar, mejora la capacidad para limpiar el pulmón y disminuyen las infecciones. 5 años después de dejar de fumar: El riesgo de morir de enfermedad cardíaca es igual al de los no fumadores, el riesgo de morir por enfermedad pulmonar disminuye a la mitad. 10 años después de dejar de fumar: El riesgo de morir de cáncer de pulmón es similar al de los no fumadores, reducción a niveles equiparables a los que nunca han fumado de padecer cáncer de boca, laringe, esófago, vejiga, riñón y páncreas. (21)(22)

3. JUSTIFICACIÓN

En México existen alrededor de 15 millones de fumadores en una población de entre 12 y 65 años de edad, de los cuales, 8 millones son derechohabientes IMSS, 2 millones son fumadores activos y más de 5 millones son pasivos.

Es bien sabido que el cigarrillo produce daños en casi todos los órganos del cuerpo y es la principal causa prevenible de muerte prematura en todo el mundo, se estima que fumar contribuye a unas 480.000 muertes anuales. El tabaquismo representa al menos el 30% de todas las muertes por cáncer, siendo estas tasas dos veces más altas en los fumadores que las de los no fumadores y el riesgo de fallecimiento por cáncer en fumadores con dependencia alta es cuatro veces mayor que el de los no fumadores.

Además del cáncer, fumar provoca enfermedades pulmonares como bronquitis crónica y enfisema y exacerba los síntomas del asma en adultos y niños. Fumar cigarrillos es el factor de riesgo más importante para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

El fumar también aumenta notablemente el riesgo de enfermedades cardíacas, incluidos los ataques cerebrales o cardíacos y las enfermedades vasculares. Por otra parte, la presencia de fumadores en el entorno, familiares y amigos, se relaciona con la experimentación tabáquica, siendo el tabaco la primera sustancia adictiva con la que los escolares y los adolescentes entran en contacto, numerosos estudios establecen que el cerebro adolescente responde más a la recompensa y la excitación del tabaquismo, lo que refuerza psicológicamente el deseo de fumar, generando a los 26 y 41 años una menor calidad de vida en términos de salud en comparación con personas de la misma franja etaria no fumadoras. El costo total anual para el IMSS por padecimientos asociados al consumo de tabaco como infarto agudo de miocardio, enfermedad vascular cerebral, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y cáncer pulmonar asciende a 12 100 millones de pesos. En el año 2018, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) realizó más de 300 mil consultas médicas relacionadas al consumo de tabaco y en ese mismo año se detectaron 11 mil nuevos casos de cáncer de pulmón en el país, tan solo en la UMF 28 la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica se ubica entre las primeras 7 causas de morbilidad; además de sus efectos sanitarios directos, el tabaco da lugar a malnutrición, mayores gastos en atención de salud y muerte prematura.

El tabaquismo es un freno al desarrollo, reduce la salud y productividad de sus víctimas, pues

sus efectos nocivos se expresan de manera directa con el grado de adicción a la nicotina y justamente en el período más productivo de la vida; además los niños expuestos a la nicotina por la convivencia con familiares fumadores, ven mermado su desarrollo físico y mental, predisponiendo incluso un mayor riesgo de iniciar el consumo a edades más tempranas.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Desde la década de los cincuenta se encontró evidencia sólida que asociaban directamente el consumo de tabaco a diferentes enfermedades como la bronquitis, el enfisema, cáncer de pulmón y de otros órganos, así como de otras enfermedades, según estimaciones 142 personas mueren diariamente por alguno de estos padecimientos asociados al consumo de tabaco, desde entonces se han implementado en todo el mundo, estrategias para abatir el consumo del tabaco. En 1956, la OMS declaró que el consumo de tabaco es la principal causa previsible o evitable de muerte precoz.

En México, se ha estimado que el 27.7% de la población que tiene entre 12 y 65 años de edad fuma. Este creciente número de fumadores explica que, más de 40,000 de ellos mueran anualmente por alguna enfermedad asociada al consumo de tabaco, por otra parte, la Ciudad de México mantiene el primer lugar en consumo cotidiano de tabaco en todo el país. De acuerdo con encuestas sobre esta adicción, en 2011 la CDMX mantenía una población consumidora de 23.6% y ahora tiene el 27.8%, sobre la media nacional que es de 17.6%. De acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017, 27.8% de los capitalinos fuma actualmente, no se toma en cuenta para esta cifra a aquellos que lo prueban solo una vez, como es común entre los adolescentes. Del total de fumadores, 10.3% fuma diariamente y 17.4% lo hace de manera ocasional.

Quienes fuman hasta 10 cigarros al día, reducen su esperanza de vida 5 años, aumentando el riesgo de enfermedades en un 20% (especialmente cáncer pulmonar en comparación con gente que nunca ha fumado). Aquellos que fuman menos de 4 cigarros al día, aumentan su riesgo hasta 5 veces.

Conocer la prevalencia y el grado de adicción a la nicotina nos permitiría establecer acciones para no subestimar este problema, prevenir el tabaquismo e incorporar una intervención temprana en los pacientes fumadores en las Unidades de Medicina Familiar así como

disminuir el riesgo de que se presenten las enfermedades asociadas que representan las principales causas de muerte y la pérdida de años de vida saludable (AVISA).

4.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el grado de adicción a la nicotina en pacientes fumadores de 25 a 39 años de la Unidad de Medicina Familiar Número 28 del IMSS?

5. OBJETIVOS

5.1. OBJETIVO GENERAL

- Determinar el grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores de 25 a 39 años derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 28 del I.M.S.S

5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer la edad de inicio del paciente fumador
- Definir el género predominante de fumadores de entre 25 a 39 años
- Informar brevemente a los fumadores sobre las complicaciones del tabaquismo

6. HIPÓTESIS

HIPÓTESIS NULA (H_0)

Los pacientes fumadores de entre 25 y 39 años de la Unidad de Medicina Familiar No 28 del IMSS no tendrán dependencia a la nicotina.

HIPÓTESIS ALTERNA (H_1)

Los pacientes fumadores de entre 25 y 39 años de la Unidad de Medicina Familiar No 28 del IMSS tendrán dependencia a la nicotina.

7. MATERIAL Y MÉTODOS

Previa autorización del Comité Local de Investigación, se realizará un estudio observacional, transversal, descriptivo y prospectivo en la UMF No. 28 del IMSS.

7.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

- Observacional.

7.2 TIPO DE DISEÑO:

- De acuerdo al grado de control de la variable: Observacional.
- De acuerdo al objetivo que se busca: Descriptivo
- De acuerdo al momento en que se obtendrán o evaluarán los datos: Prospectivo
- De acuerdo al número de veces que se miden las variables: Transversal.

7.3 LUGAR DEL ESTUDIO: Unidad de Medicina Familiar No. 28 “Gabriel Mancera”. Avenida Gabriel Mancera 800, esquina. San Borja, Colonia del Valle, CP: 03100 Alcaldía Benito Juárez Ciudad de México, México.

7.4 POBLACIÓN DE ESTUDIO: Pacientes con Tabaquismo activo usuarios de la consulta externa de Medicina Familiar de la UMF No. 28

7.5 MUESTRA: Pacientes con Tabaquismo activo derechohabientes de la UMF No. 28 que cumplan con los criterios de selección y que acepten participar en el proyecto de investigación.

Se realiza un cálculo de tamaño de muestra, para una proporción. Con una población total de 36,839 pacientes entre 25 y 39 años y una frecuencia esperada del evento de 17.6%, con un IC 95. El cálculo de tamaño de muestra se realiza en el programa OPEN EPI y con la fórmula para la prevalencia, obteniéndose un total de 232 pacientes.

7.6 TAMAÑO DE MUESTRA.

Estimación de una proporción en una población.

Prevalencia:

$$n = N \cdot pq / (N-1) \cdot D + pq$$

$$D = B^2 / 4$$

Dónde:

N= 36,839 (población de 25-39 años)

p= 17.6% prevalencia de tabaquismo a nivel nacional (0.176)

q= 1- 0.176

B = 5%

D= (0.5)²/4= 0.0025/4= 0.000625

Sustituyendo:

N= (36, 839) (0.176) (0.824)/ (36,839 -1) (0.000625) + 0.176 (0.824)

N= 5342.539/23.02 + 0.1450

N= 5342.539/23.165

N= 230 pacientes necesarios

N= 230 X .01 (10% por pérdidas)

N = Total requerido para este estudio 232

Tamaño de la población (para el factor de corrección de la población finita o fcp) (N): 36839

Frecuencia % hipotética del factor del resultado en la población (p): 17.6%+/-5

Límites de confianza como % de 100(absoluto +/-)(d): 5%

Efecto de diseño (para encuestas en grupo-EDFF): 1

Tamaño muestral (n) para Varios Niveles de Confianza	
Intervalo Confianza (%)	Tamaño de la muestra
95%	232

Ecuación:

Tamaño de la muestra **n = [EDFF*Np(1-p)]/ [(d²/Z²1- α /2*(N-1)+p*(1-p)]**

Resultados obtenidos de OpenEpi, versión 3, la calculadora de código abierto SSPropor

Fórmula:

$$\frac{Z_{\alpha/2}^2 * p * q}{d^2}$$

En donde:

N = es el número de sujetos necesarios en cada una de las muestras.

Z_{α} = es el valor z correspondiente al riesgo (95%)

p = es la proporción esperada

q = es el valor que se obtiene de $1 - p$

d = es la precisión deseada en este caso de 5%

8. CRITERIOS DE SELECCIÓN

8.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Derechohabientes de la UMF No. 28
- Pacientes con tabaquismo activo, mujeres y hombres de 25 a 39 años
- Que acepten participar en el estudio y firmen el consentimiento informado

8.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Mujeres que se encuentren embarazadas o lactando.
- Pacientes farmacodependientes de otras sustancias.
- Pacientes que cursen con trastorno de ansiedad o depresión.

8.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Pacientes que dejen inconclusas las encuestas por alguna causa.
- Deseo del participante de no querer continuar con las encuestas.
- Pacientes que no respondan de forma adecuada los instrumentos de evaluación
- Pacientes que pierdan la vigencia de derechos.

9. VARIABLES DEL ESTUDIO

9.1 VARIABLE INDEPENDIENTE Y DEPENDIENTE

Variable independiente: Tabaquismo

Definición conceptual: Es la adicción al tabaco provocada, principalmente, por uno de sus componentes activos, la nicotina; la acción de dicha sustancia acaba condicionando el abuso

de su consumo Número de referencia que se refleja el promedio de consumo de tabaco en un individuo.

Definición operacional: Esta variable se obtendrá por medio de la aplicación de un cuestionario (ver anexo 1), se incluirá a toda persona que cumpla con los criterios de inclusión y haya fumado diariamente en el último mes cualquier cantidad de cigarros, incluso uno.

Variable dependiente: Grado de dependencia a la nicotina

Definición conceptual: Necesidad compulsiva de consumir nicotina

Definición operacional: De acuerdo al puntaje obtenido en el cuestionario test de Fagerström para la Dependencia a la Nicotina, se considerara poco dependiente de la nicotina si el fumador tiene una puntuación entre 0 a 3, dependencia media puntuación de 4 a 6 y una puntuación mayor a 7 se considerara altamente dependiente.

9.2 VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

- Edad
- Sexo
- Escolaridad
- Estado civil
- Ocupación

10. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

TABLA 1. VARIABLES DEL ESTUDIO

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR
Tabaquismo	Es la adicción al tabaco provocada,	Esta variable se obtendrá por medio de la aplicación de	Cualitativa nominal	1. Si 2. No

	principalmente, por uno de sus componentes activos, la nicotina; la acción de dicha sustancia acaba condicionando el abuso de su consumo	un cuestionario (ver anexo 1), se incluirá a toda persona que cumpla con los criterios de inclusión y haya fumado diariamente en el último mes cualquier cantidad de cigarros, incluso uno.		
Grado de dependencia a la nicotina	Necesidad compulsiva de consumir nicotina	De acuerdo al puntaje obtenido en el cuestionario test de Fagerström para la Dependencia a la Nicotina (ver anexo 2)	Cualitativa ordinal	Puntuación entre 0 a 3: El fumador es poco dependiente de la nicotina Puntuación de 4 a 6: El fumador tiene una dependencia media. Puntuación mayor a 7: El fumador es altamente dependiente de la nicotina
Antecedentes familiares asociados al	Familiares directos que incluyan padres	Esta variable se obtendrá por medio de la aplicación de	Cualitativa nominal	1.- Padre 2.- Madre 3.- Abuelos

tabaquismo	o abuelos tanto de rama materna como paterna que consuman o hayan consumido tabaco en algún momento de su vida.	un cuestionario (ver anexo 1)		maternos 4.- Abuelos paternos
Estado de salud Actual	Padecer una o más enfermedades actualmente.	Esta variable se obtendrá por medio de la aplicación de un cuestionario (ver anexo 1)	Cualitativa nominal	1.- Diabetes 2.- Hipertensión 3.- EPOC 4.- Asma 5.- VIH / SIDA 6.- Enfermedad cardiovascular 7.- Obesidad 8.- Insuficiencia Renal Crónica 9.- Cáncer 10.- Otro
Edad de inicio del consumo de tabaco	Edad a la que una persona fumó el primer cigarrillo	Esta variable se obtendrá por medio de la aplicación de un cuestionario (ver anexo 1) y se categorizará en años cumplidos.	Cuantitativa discreta	1.- menos de 14 años 2.- 15 a 20 años 3.- 21 a 25 años 4.- más de 25 años
Motivos por los cuales	Principal razón por la cual una	Esta variable se obtendrá por medio	Cualitativa nominal	1.- Sentir aceptación por

<p>inició el consumo</p>	<p>persona inició el consumo de cigarro.</p>	<p>de la aplicación de un cuestionario (ver anexo 1)</p>		<p>amigos 2.- Presión del grupo de amigos 3.- Curiosidad 4.- Mejorar relación de pareja. 5.- Imitación a adultos (amigos o familiares) 6.- Creí que me iba a ayudar a disminuir “ansiedad” “tensión”, enojo, preocupación o hambre. 7.- Creí que me iba ayudar a concentrarme mejor y evitar la fatiga. 8.- Evitar ser fumador pasivo.</p>
<p>Edad en la que fumaba 5 cigarrillos o más</p>	<p>Edad en la que una persona fumó 5 cigarrillos o más.</p>	<p>Esta variable se obtendrá por medio de la aplicación de un cuestionario (ver anexo 1) y se categorizará en</p>	<p>Cuantitativa discreta</p>	<p>1.- 15 a 20 años 2.- 21 a 25 años 3.- 26 a 30 años 4.- Más de 30 años</p>

		años cumplidos.		
Cantidad actual de cigarrillos fumados al día	Cantidad de cigarrillos fumados al día considerando los fumados de manera regular hasta la fecha de la aplicación del cuestionario.	Esta variable se obtendrá por medio de la aplicación de un cuestionario (ver anexo 1)	Cuantitativa discreta	1.- De 1 a 5 cigarrillos 2.- De 6 a 10 cigarrillos 3.- De 11 a 15 cigarrillos 4.- Más de 20 cigarrillos
Tiempo que tiene consumiendo esa cantidad de cigarrillos por día	Tiempo estimado en meses o años que una persona lleva consumiendo cierta cantidad de cigarrillos al día.	Esta variable se obtendrá por medio de la aplicación de un cuestionario (ver anexo 1) y se categorizará en meses o años cumplidos desde el consumo esa cantidad de cigarrillos por día.	Cuantitativa discreta.	1.- Menos de 6 meses 2.- De 7 meses a 1 año 3.- De 1 año a 3 años 4.- De 4 años a 6 años 5.- Más de 6 años
Cantidad de veces que ha intentado dejar de fumar	Número de veces que una persona ha intentado dejar de fumar sin tener éxito	Esta variable se obtendrá por medio de la aplicación de un cuestionario (ver anexo 1)	Cuantitativa discreta	1.- Nunca 2.- De 1 a 2 veces 3.- De 3 a 5 veces 4.- Más de 6 veces
Método que utilizó para dejar de fumar (si lo	Procedimiento o forma que realizo una persona para	Esta variable se obtendrá por medio de la aplicación de un cuestionario	Cualitativa nominal	1.- Terapia de reemplazo de nicotina (parches, goma de mascar,

ha intentado	intentar dejar de fumar.	(ver anexo 1)		medicamentos para dejar de fumar sin nicotina) 2.- Técnicas de relajación y/o meditación 3.- Terapia psicológica 4.- Autocontrol (evitando desencadenantes, retrasando el deseo de fumar) 5.- Otros (acupuntura, productos homeopáticos y suplementos herbarios)
¿Te gustaría dejar de fumar?	Intención de una persona de dejar de fumar.	Esta variable se obtendrá por medio de la aplicación de un cuestionario (ver anexo 1)	Cualitativa nominal	1.- Si 2.- No

TABLA 2. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR
Edad	Tiempo que ha vivido un individuo a partir de su nacimiento.	Esta variable se obtendrá por medio de la aplicación de un cuestionario (ver anexo) y se categorizará en años cumplidos.	Cuantitativa discreta.	Edad en años.
Sexo	Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer.	Será recabada por medio de la aplicación de un cuestionario (ver anexo) y se categorizará en la opción seleccionada.	Cualitativa nominal	1.- Mujer 2.- Hombre
Escolaridad	Periodo de tiempo en que una persona asiste a la escuela para estudiar y aprender, especialmente el tiempo que dura la enseñanza	Se recolectará por medio de la aplicación de un cuestionario (ver anexo) y se categorizará en la opción señalada.	Cualitativa Ordinaria	1.- Primaria 2.- Secundaria 3.- Bachillerato 4.- Técnico 4.- Licenciatura 6.- Posgrado

	obligatoria			
Estado civil	Es la situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente, constituyendo con ella una institución familiar, y adquiriendo derechos y deberes al respecto	Se recolectará por medio de la aplicación de un cuestionario (ver anexo) y se categorizará en la opción señalada	Cualitativa nominal	1.- Soltero 2.- Casado 3.- Unión libre 4.- Viudo 5.- Divorciado
Ocupación	Actividad o trabajo que realiza una persona.	Se obtendrá por medio de la aplicación de cuestionario (ver anexo) y será incluida en el grupo correspondiente.	Cualitativa nominal	1.- Obrero 2.- Empleado 3.- Hogar 4.- Desempleado 5.- Jubilado

11. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Una vez aprobado por el Comité Local de Investigación, la investigadora procederá a la recolección de datos en pacientes derechohabientes de la UMF No 28 “Gabriel Mancera” del Instituto Mexicano del Seguro Social que cumplan con los criterios de selección previamente descritos, se capturarán a partir del servicio de Consulta Externa invitándolos a participar, se les explicará de manera detallada y breve el objetivo del presente estudio; a aquellos pacientes que deseen participar y firmen el consentimiento informado, se les aplicará un cuestionario para conocer los datos generales del paciente así como información asociada a su historia de consumo de tabaco, además se aplicará el cuestionario de Fargeström para conocer el grado de adicción a la nicotina, al finalizar los cuestionarios se otorgará una hoja con recomendaciones para no fumar, así como una guía práctica para dejar de fumar, se notificará por escrito a los médicos familiares a cargo de los pacientes para que de manera individualizada se realice un abordaje de acuerdo al grado de dependencia y en caso necesario envíe a los centros de atención de adicciones, finalmente se realizará la base de datos, el análisis correspondiente y la descripción de los datos obtenidos.

11.1 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

FICHA DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

		INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACION, INVESTIGACION Y POLITICAS DE SALUD. COORDINACION DE INVESTIGACION EN SALUD		
INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS				
Título: “Evaluación del grado de adicción a la nicotina en pacientes fumadores de 25 a 39 años de la UMF No 28 del IMSS”				
¹ Jessica Velez Salazar.		² Nazario Uriel Arellano Romero.		³ Jessica Camacho Ruíz
¹ Médico Residente en Medicina Familiar, UMF 28.		² Especialista en Medicina Familiar UMF 28		
		³ Especialista en Medicina Familiar, UMF 42		
Instrucciones: Lea cuidadosamente las preguntas, escriba la información que se solicita y marque con una sola “X” la respuesta que mejor se adecue a su realidad personal. Por favor, no olvide que debe responder todas las preguntas que se plantean sin dejar ninguna en blanco.				
Folio:		Fecha (dd/mm/aa):		
Nombre del paciente:				
No. Seguridad Social:	No. Consultorio:	Turno: 1.- Matutino(____) 2.- Vespertino (____)	Teléfono:	
Edad: (años cumplidos)	Sexo: 1.- Mujer (____) 2.- Hombre (____)			
Estado civil: 1.- Soltero (____) 2.- Casado (____) 3.- Unión libre (____) 4.- Viudo (____) 5.- Divorciado (____)	Escolaridad: 1.- Primaria (____) 2.- Secundaria (____) 3.- Bachillerato (____) 4.- Técnico (____) 5.- Licenciatura (____) 6.- Posgrado (____)			
Ocupación:		Antecedentes familiares asociados al tabaquismo:		

1.- Obrero (___) 2.- Empleado (___) 3.- Hogar (___) 4.-Desempleado (___) 5.- Jubilado (___) 6.- Estudiante (___)	¿Quién de los siguientes familiares fumaba? (Puede marcar más de 2 opciones) 1.- Padre (___) 2.- Madre (___) 3.- Abuelos maternos (___) 4.- Abuelos paternos (___)
---	---

Estado de salud Actual:

¿Padece alguna de las siguientes enfermedades? (Puede marcar más de 2 opciones)

- 1.- Diabetes (___) 2.- Hipertensión (___) 3.- EPOC (___) 4.- Asma (___) 5.- VIH / SIDA (___)
6.- Enfermedad cardiovascular (___) 7.- Obesidad (___) 8.- Insuficiencia Renal Crónica (___) 9.- Cáncer (___)
10.- Otro (___) Especifique: _____

HISTORIA DEL CONSUMO

Edad de inicio del consumo de tabaco:

- 1.- menos de 14 años ()
2.- 15 a 20 años ()
3.- 21 a 25 años ()
4.- más de 25 años ()

Motivos por los cuales inició el consumo

- 1.- Sentir aceptación por amigos ()
2.- Presión del grupo de amigos ()
3.- Curiosidad ()
4.- Mejorar relación de pareja ().
5.- Imitación a adultos (amigos o familiares) ()
6.- Creí que me iba a ayudar a disminuir “ansiedad” “tensión”, enojo, preocupación o hambre ().
7.- Creí que me iba ayudar a concentrarme mejor y evitar la fatiga ().
8.- Evitar ser fumador pasivo. ()
9.- Otro Especifique: _____

Edad en la que fumaba 5 cigarrillos o más:

- 1.- 15 a 20 años () 2.- 21 a 25 años ()
3.- 26 a 30 años () 4.- Más de

Cantidad actual de cigarrillos fumados al día:

- 1.- De 1 a 5 cigarros () 2.- De 6 a 10 cigarros ()
3.- De 11 a 15 cigarros () 4.- Más de 20 cigarros ()

30 años ()	
Tiempo que tiene consumiendo esa cantidad: 1.- Menos de 6 meses () 2.- 7 meses a 1 año () 3.- 1 año a 3 años () 4.- De 4 años a 6 años () 5.- Más de 6 años ()	Cantidad de veces que ha intentado dejar de fumar: 1.- Nunca () 2.- De 1 a 2 veces () 3.- De 3 a 5 veces () 4.- Más de 6 veces ()
Método que utilizó para dejar de fumar (si lo ha intentado): 1.- Terapia de reemplazo de nicotina (parches, goma de mascar, medicamentos para dejar de fumar sin nicotina) () 2.- Técnicas de relajación y/o meditación () 3.- Terapia psicológica () 4.- Autocontrol (evitando desencadenantes, retrasando el deseo de fumar por él o ella mismo (a) () 5.- Otros (acupuntura, productos homeopáticos y suplementos herbarios) ()	¿Te gustaría dejar de fumar? 1.- Si (___) 2.- No (___)

12. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó un análisis descriptivo para obtener las características de los grupos expuestos y no expuestos. Las variables cualitativas se reportaron en porcentaje y la descripción de la diferencia de los grupos se realizó mediante pruebas Chi². Para las variables cuantitativas con distribución normal se reportaron mediante media y desviación estándar y las pruebas para obtener las diferencias entre los grupos en estudio se realizó mediante t-student.

Para determinar el grado de adicción a la nicotina se utilizará el Test de Fagerström, se entregará a los pacientes el cuestionario para que puedan contestarlo de acuerdo a su criterio, respondiendo las siguientes preguntas:

CUESTIONARIO DE GRADO DE ADICCIÓN A LA NICOTINA DE FAGERSTRÖM			
Nombre del Paciente:			
Fecha de aplicación:			
Instrucciones: Lea cuidadosamente las preguntas, escriba la información que se solicita y marque con una sola "X" la respuesta que mejor se adecue a su realidad personal. Por favor, no olvide que debe responder todas las preguntas que se plantean sin dejar ninguna en blanco.			
	Preguntas	Opciones	Puntuación
1	¿Cuánto tiempo transcurre desde que usted despierta hasta que fuma el primer cigarrillo?	Hasta 5 minutos () De 6 a 30 minutos () De 31 a 60 minutos () Más de 60 minutos ()	3 2 1 0
2	¿Encuentra dificultad para no fumar en lugares en los que está prohibido hacerlo?	Si () No ()	1 0
3	De todos los cigarrillos que consume durante el día, ¿cuál es el que más necesita?	El primero de la mañana () Cualquier otro ()	1 0
4	¿Cuántos cigarrillos fuma usted al día?	31 o más () Entre 21 y 30 () Entre 11 y 20 () 10 o menos ()	3 2 1 0
5	Después de consumir el primer cigarrillo del día, ¿fuma rápidamente algunos más?	Si () No ()	1 0
6	¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que guardar cama la mayor parte del día?	Si () No ()	1 0
Grado de dependencia:			
Leve	0 a 3 puntos	Conversión: 1 pipa: 3 cigarrillos 1 puro pequeño: 3 cigarrillos 1 puro grande: 5 cigarrillos	
Moderada	4 a 6 puntos		
Alta	7 o más puntos		

13. RECURSOS

13.1 HUMANOS:

- Investigador principal: Médico Residente de Medicina Familiar Jessica Velez Salazar
- Investigador metodológico: Dra. Jessica Camacho Ruíz
- Investigador clínico: Dr. Nazario Uriel Arellano Romero.

13.2 ÁREA FÍSICA:

Unidad de Medicina Familiar No 28 “Gabriel Mancera” IMSS

13.3 MATERIALES:

- Instrumento de recolección de datos: Ficha de identificación del paciente y cuestionario de grado de adicción a la nicotina de Fargeström.
- Lapicero.

14. MANIOBRAS PARA EVITAR SEGOS

Sesgo de selección:

En este estudio el sesgo de selección se controló, ya que los investigadores seleccionaron directamente a los pacientes a través de los criterios de inclusión.

Sesgo de registro de datos:

El sesgo de registro de datos se controló realizando una doble verificación al conformar la base de datos.

Sesgo de información:

Para evitar la malinterpretación de la información se corroboraron los resultados de la investigación con el apoyo de un asesor metodológico especialista en medicina familiar y desarrollo de proyectos de investigación

Sesgo de detección:

Para evitarlo se utilizó el mismo instrumento a todos los pacientes, el cual se encuentra validado en la población mexicana.

15. ASPECTOS ÉTICOS

En el presente proyecto, el procedimiento se apega al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, acorde a lo estipulado en su Título Primero de Disposiciones Generales, Capítulo único:

Artículo 3º: La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

- I. Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos;
- II. Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social;
- III. A la prevención y control de los problemas de salud;
- IV. Al conocimiento y evaluación de los efectos nocivos del ambiente en la salud;

En su Título Segundo, de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, Capítulo I:

Artículo 13: En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y protección de sus derechos y bienestar

Artículo 14.- La Investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

V.- Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que este Reglamento señala.

VI.- Deberá ser realizada por profesionales de la salud con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación;

Artículo 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

Artículo 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio.

Para efectos de este Reglamento, las investigaciones se clasifican en las siguientes

categorías;

I.- Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta;

II. Investigación con riesgo mínimo: Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de órganos;

III.- Investigación con riesgo mayor que el mínimo: Son aquéllas en que las probabilidades de afectar al sujeto son significativas, entre las que se consideran: estudios radiológicos y con microondas, ensayos con los medicamentos y diferentes modalidades.

Con base a lo anterior, este protocolo se considera como investigación con riesgo mínimo.

En su Título sexto, de la Ejecución de la Investigación en las Instituciones de atención a la Salud, capítulo único:

Artículo 113: La conducción de la investigación estará a cargo de un investigador principal, quien deberá ser un profesional de la salud y tener la formación académica y experiencia adecuada para la dirección del trabajo a realizar, además de ser miembros de la institución de atención a la salud y contar con la autorización del jefe responsable de área de adscripción.

De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establece para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos:

5.5 Toda investigación debe garantizar que no expone al sujeto de investigación a riesgos innecesarios y que los beneficios esperados son mayores que los riesgos predecibles, inherentes a la maniobra experimental.

11.3 La carta de consentimiento informado es requisito indispensable para solicitar la autorización de un proyecto o protocolo de investigación, por lo que deberá cumplir con las especificaciones que se establecen en los artículos 20, 21 y 22 del Reglamento.

11.5 En la investigación, queda prohibido cobrar cuotas de recuperación a los sujetos de investigación, sus familiares o representante legal, por participar en ella.

11.7 Todo sujeto de investigación tiene derecho a la protección de sus datos personales al acceso, rectificación y cancelación de estos, así como a manifestar su oposición, en los términos que fijen la ley, la cual establecerá los supuestos de excepción a los principios que fijen el tratamiento de datos, por razones de seguridad nacional, disposiciones de orden público, seguridad y salud pública para proteger los derechos de terceros.

De acuerdo a la declaración del Helsinki de la 64^o Asamblea General, Fortaleza, Brasil, Octubre 2013 en su apartado de Principios Generales en el punto:

- El deber del médico es promover y velar por la salud, bienestar y derechos de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.
- 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).
- 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.
- Aunque el objetivo principal de la investigación médica es generar nuevos conocimientos, este objetivo nunca debe tener primacía sobre los derechos y los intereses de la persona que participa en la investigación.
- En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación.

De acuerdo al Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud, en su cuarta versión del 2016, hace referencia a las siguientes pautas y de las cuales son de importancia para el siguiente protocolo:

-Pauta 1. Valor social y científico, y respeto de los derechos; la justificación ética para realizar investigaciones relacionadas con la salud en que participen seres humanos radica en su valor social y científico: la perspectiva de generar conocimiento y los medios necesarios para proteger y promover la salud de las personas.

- Pauta 2. Investigación en entornos de escasos recursos; el patrocinador, los investigadores y autoridad de salud pública pertinente deben asegurarse que la investigación responda a las necesidades o prioridades de salud de las comunidades o poblaciones donde se realizará la investigación.

- Pauta 3. Distribución equitativa de beneficios y cargas en la selección de individuos y grupos de participantes en una investigación; los patrocinadores, investigadores, comité de ética y autoridad gubernamental deben asegurarse que los grupos, comunidades e individuos invitados a participar deben seleccionarse por razones científicas y no porque sean fáciles de reclutar debido a su difícil situación social o económica o la facilidad de manipularse.

- Pauta 4. Posibles beneficios individuales y riesgos de participar en una investigación; para justificar la imposición de cualquier riesgo a los participantes en una investigación relacionada con la salud, esta debe de tener valor social y científica. El patrocinador y comité de ética deben asegurar que los riesgos para los pacientes se minimicen y se equilibren apropiadamente en la perspectiva de obtener un posible beneficio individual y valor social.

- Pauta 8. Asociaciones de colaboración y formación de capacidad para la investigación y la revisión de la investigación; deben asegurarse que tal investigación se someta a una revisión ética y científica por parte de comités de ética de la investigación competente e independientes, y que sea realizada por equipo de investigación competente.

En este trabajo de investigación se respetará cabalmente el cuidado, seguridad y bienestar de los pacientes, su integridad en los principios contenidos en la Declaración de Helsinki, la enmienda de Tokio, Código de Nuremberg, el informe de Belmont, Código de Reglamentos Federales de Estados Unidos y Consejo de Organizaciones Internacionales de las ciencias Médicas (CIOMS).

Basado en lo anterior, la presente investigación se realizará por profesionales de la salud con conocimiento y experiencia sobre Tabaquismo. Se respetará la confidencialidad e integridad del paciente que cumpla los criterios y deseen participar, mediante el consentimiento

informado el cual tendrá que ser firmado por él mismo y testigos. Además, esta investigación se considera como riesgo mínimo debido a que se realizarán una encuesta.

Las únicas molestias que podría presentar el paciente al participar en este estudio, serán relacionadas con el tiempo que tardará respondiendo la encuesta.

16. FACTIBILIDAD DEL ESTUDIO:

Existe alta factibilidad del estudio, ya que no compromete riesgos para los participantes del estudio, se cuenta con el tamaño de la población necesaria para completar el tamaño de la muestra y se cuenta con asesor experto y metodológico para realizar el estudio, no requiere recursos adicionales.

17. TRASCENDENCIA:

La importancia de esta investigación radica en el alcance mundial que tiene la epidemia del tabaquismo que afecta a todos los grupos sociales, sus múltiples sustancias tóxicas causan un importante número de padecimientos prevenibles que producen discapacidad e incluso la muerte, no sólo en quien lo consume, sino también en quienes los rodean, así mismo genera altos gastos económicos en los sistemas de salud a nivel nacional e internacional. Anualmente mueren en el mundo millones de personas a causa del tabaco, si no se aplican medidas idóneas en políticas y programas para frenar su consumo, las predicciones de 10 millones de muertes al año por consumo de tabaco para el 2030 será una realidad. Se estima que la mitad de estas muertes ocurrirán en el segmento de población de mediana edad (35 – 69 años), y los fumadores perderán una media de entre 10 y 20 años de expectativa de vida, en comparación con los no fumadores, aumentando el riesgo en los fumadores que presentan una alta adicción a la nicotina. Con esta investigación se pretende recopilar información por medio de herramientas validadas para evaluar la prevalencia de tabaquismo y el grado de adicción a la nicotina y fortalecer los procedimientos diagnósticos, preventivos y de tratamiento de manera más eficiente, sin perder de vista las intervenciones que se pueden hacer desde el primer nivel de atención, educando a pacientes con tabaquismo activo para fomentar el abandono completo del consumo y favorecer en cada consulta un mejor estilo de vida para los pacientes.

18. CONFLICTO DE INTERESES:

El autor Médico Residente de Medicina Familiar Jessica Velez Salazar, el asesor experto Dr. Nazario Uriel Arellano Romero y el asesor metodológico Dra. Jessica Camacho Ruíz del presente trabajo de investigación declaramos no tener ningún conflicto de interés ético, económico, médico o farmacológico en el presente proyecto.

19. RESULTADOS

Tabla 1. Características generales de la muestra en estudio (N=232)

Edad (años) (min – max)		30.90 (25 – 39)
Sexo n(%)	Femenino	116 (50%)
	Masculino	116 (50%)
Rango de edad n (%)	25 – 29 años	99 (42.7%)
	30 – 34 años	69 (29.7%)
	35 – 39 años	64 (27.6%)
Estado civil n(%)	Solteros	127 (54.7%)
	Casados	49 (21.1%)
	Unión libre	52 (22.4%)
	Divorciados.	4 (1.7%)
Escolaridad n(%)	Secundaria	15 (6.5%)
	Bachillerato	81 (34.9%)
	Carrera técnica	9 (3.9%)
	Licenciatura	120 (51.7%)
	Posgrado	7 (3.0%)
Ocupación n(%)	Empleados	219 (94.4%)
	Estudiantes	8 (3.4%)
	Hogar	2 (0.9%)
	Desempleados	2 (0.9%)
	Obrero.	1 (4%)
Turno consultorio medicina familiar n(%)	Matutino	115 (49.6%)
	Vespertino	117 (50.4%)

Grado de dependencia a la nicotina n(%)	Dependencia leve	200 (86.2%)
	Dependencia moderada	29 (12.5%)
	Dependencia severa.	3 (1.3%)

(Min-máx): mínimo, máximo, n: frecuencia

Tabla 1. Se muestran las características generales de la población de estudio (N= 232), de los pacientes fumadores entre 25 y 39 años de edad en la Unidad de Medicina Familiar No. 28, donde se encuentra que la edad media de en esta muestra fue de 30.90 años, con una edad mínima de 25 y máxima de 39. En cuanto al género 116 (50%) fueron mujeres y 116 (50%) fueron hombres, en cuanto a la categoría de edad se observa una mayor participación en la población de 25 a 29 años con el 42.2%, de 30 a 34 años 29.7% y 35 a 39 años con el 27.6%. Respecto al estado civil de los participantes el 54.7% son solteros, 21.1% casados, 22.4% viven en unión libre y 1.7% son divorciados. El 51.7% de nuestra población curso hasta nivel licenciatura y el 94.4% son empleados. Los encuestados pertenecieron al turno matutino en el 49.6% y al turno vespertino en el 50.4%. Por otra parte, el 86.2% presenta una dependencia leve, el 12.5% una dependencia moderada y solo el 1.3% una dependencia severa.

Tabla 2. Asociación grado dependencia a la nicotina con las variables de estudio

	Grado de dependencia a la nicotina			p valor
	Leve	Moderada	Severa	
Género n(%)				
Femenino	105 (52.5%)	10 (34.5%)	1 (33.3%)	0.164
Masculino	95 (47.4%)	19 (65.5%)	2 (66.7%)	
AHF asociados n(%)				
Ninguno	39 (19.5%)	1 (3.4%)	0 (0.0%)	0.915
Padre	101 (50.5%)	24 (82.8%)	3 (100%)	
Madre	25 (12.5%)	2 (6.9%)	0 (0.0%)	
Abuelos maternos	22 (11.0%)	2 (6.9%)	0 (0.0%)	
Abuelos paternos	13 (6.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
Número AHF n(%)				
0 familiares	39 (19.5%)	1 (3.4%)	0 (0.0%)	<0.005
1 familiar	82 (41.0%)	7 (24.1%)	0 (0.0%)	
2 familiares	55 (27.5%)	11 (37.9%)	2 (66.7%)	

3-4 familiares	24 (12.0%)	10 (34.5%)	1 (33.3%)	
Comorbilidades presentes n(%)				
Ninguna	122 (61.0%)	19 (65.5%)	2 (66.7%)	0.848
1	60 (30.0%)	8 (27.6%)	1 (33.3%)	
2	17 (8.5%)	2 (6.9%)	0 (0.0%)	
3 o más	1 (0.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
Edad inicio de consumo tabaco n(%)				
<14 años	29 (14.5%)	5 (17.2%)	0 (0.0%)	0.790
15-20 años	150 (75.0%)	22 (75.9%)	3 (100.0%)	
21-25 años	16 (8.0%)	2 (6.9%)	0 (0.0%)	
>25 años	5 (2.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
Motivos por los cuales inicio el consumo n(%)				
Sentir aceptación por amigos	69 (34.5%)	13 (44.8%)	2 (66.7%)	0.319
Presión del grupo de amigos	3 (1.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
Curiosidad	83 (41.5%)	11 (37.9%)	1 (33.3%)	
Mejorar la relación de pareja	2 (1.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
Imitación a adultos (amigos o familiares)	9 (4.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
Creí que me iban a ayudar a disminuir "ansiedad", tensión, enojo, preocupación o hambre.	34 (17.0%)	5 (17.2%)	0 (0.0%)	
Edad en la que fumaba 5 cigarros o más n(%)				
Nunca	73 (36.5%)	1 (3.4%)	0 (0.0%)	0.010
15 a 20 años	78 (39.0%)	18 (62.1%)	3 (100.0%)	
21 a 25 años	32 (16.0%)	5 (17.2%)	0 (0.0%)	
26 a 30 años	12 (6.0%)	4 (13.8%)	0 (0.0%)	
Más de 30 años	5 (2.5%)	1 (3.4%)	0 (0.0%)	
Cantidad actual de cigarros fumados al día n(%)				
1 a 5 cigarros	191 (95.5%)	7 (24.1%)	0 (0.0%)	<0.005
6 a 10 cigarros	6 (3.0%)	7 (24.1%)	0 (0.0%)	
11 a 15 cigarros	3 (1.5%)	10 (34.5%)	0 (0.0%)	
Más de 20 cigarros	0 (0.0%)	5 (17.2%)	3 (100.0%)	
Tiempo de consumo n(%)				
Menos de 6 meses	37 (18.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	<0.0005
	36 (18.0%)	1 (3.4%)	0 (0.0%)	

7 meses a 1 año	53 (26.5%)	8 (27.6%)	0 (0.0%)	
2 años a 3 años	34 (17.0%)	9 (31.0%)	1 (33.3%)	
4 años a 6 años	40 (20.0%)	11 (37.9%)	2 (66.7%)	
Más de 6 años				
Número de veces que ha intentado dejar de fumar n(%)				
Nunca	68 (34.0%)	10 (34.5%)	1 (33.3%)	0.769
1 a 2 veces	78 (39.0%)	10 (34.5%)	0 (0.0%)	
3 a 5 veces	40 (20.0%)	6 (20.7%)	2 (66.7%)	
Más de 6 veces	14 (7.0%)	3 (10.3%)	0 (0.0%)	

Los datos son presentados en n (frecuencia) y %, la prueba estadística fue Kruskal-Wallis.

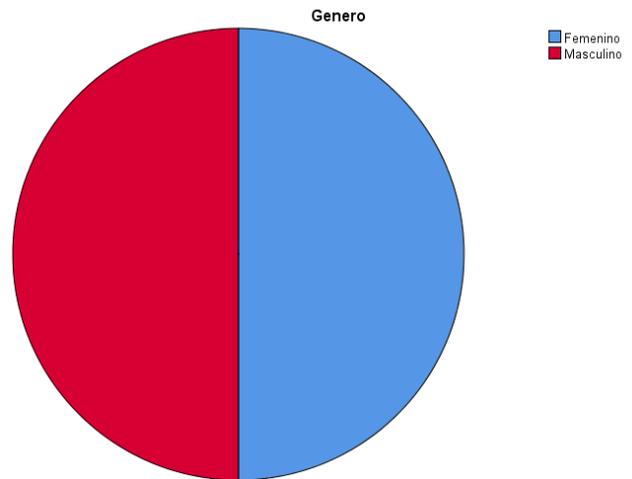
A pesar que se existió mayor porcentaje del género femenino en dependencia leve (52.5%) y mayor dependencia moderada (65.5%) en el género masculino se puede observar que de acuerdo al grado de dependencia no hay diferencia en el género (p valor 0.164), respecto al familiar de primera línea implicado en el antecedente de tabaquismo se puede observar que aunque el 82.8% de la población con dependencia moderada tiene al padre como principal antecedente familiar no se observó una diferencia significativa (p 0.915) en los demás grupos. De acuerdo al número de familiares con antecedente tabáquico se encontró una diferencia significativa entre grupos ($p < 0.005$) en donde se destaca que al menos el 41% de los encuestados con dependencia leve tenían un antecedente familiar, el 37.9% de los pacientes con dependencia moderada y el 66.7% con dependencia severa tenían al menos 2 familiares asociados. No encontramos diferencia con respecto al número de comorbilidades presentes; respecto al rango de inicio de consumo, llama la atención que el 74.1% del total de nuestra población estudiada inicio el consumo entre los 15 a 20 años sin embargo, no existió diferencia entre los grados de adicción a la nicotina, el principal motivo por el cual la población de estudio inicio el consumo fue por curiosidad, seguido de “sentir aceptación por amigos”, sin embargo, no existió diferencia entre los grupos. Respecto a la edad en la que el participante fumaba 5 cigarros o más encontramos una diferencia especialmente en el grupo de aquellos que fumaban dicha cantidad entre los 15 y 20 años, pues a este mismo grupo pertenecieron el 100% de los pacientes con dependencia severa. En cuanto a la cantidad de cigarros al día encontramos diferencias significativas entre los grupos, pues el 95.5% de los pacientes con dependencia leve, fuman de 1 a 5 cigarros, mientras que el 100% de los pacientes con

dependencia severa fuman más de 20 cigarros al día ($p < 0.005$). También encontramos diferencias en el tiempo de consumo, pues el 100% de los pacientes con dependencia severa llevan más de 4 años consumiendo el tabaco, siendo más homogénea la distribución en pacientes con dependencia leve y moderada. No se encontró diferencia respecto al número de veces que han intentado dejar de fumar (p valor 0.769)

Tabla 3. Grado de dependencia a la nicotina y método para el abandono

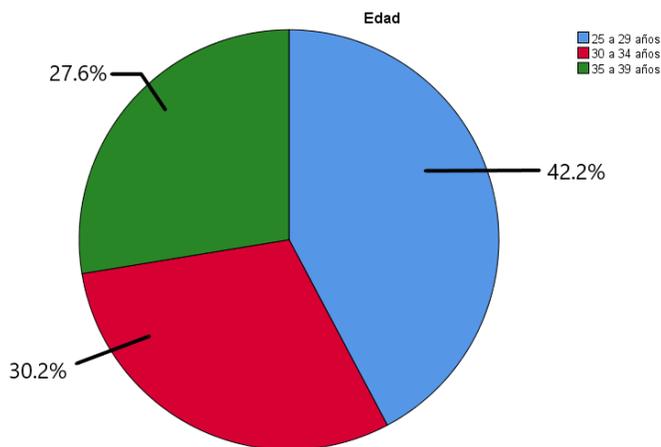
	Grado de dependencia			p valor
	Leve	Moderada	Severa	
Ha intentado dejar de fumar				
Si	168 (84.0%)	27 (93.1%)	3 (100.0%)	0.334
No	32 (16.0%)	2 (6.9%)	0 (0%)	
Método que utilizó para dejar de fumar				
No lo he intentado	68 (34%)	10 (34.5%)	1 (33.3%)	0.131
Terapia de reemplazo	13 (6.5%)	9 (31.0%)	2 (66.7%)	
Terapia psicológica	2 (1.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
Autocontrol	117 (58.5%)	10 (34.5%)	0 (0.0%)	
Te gustaría dejar de fumar				
Sí	168 (84.0%)	27 (93.1%)	3 (100.0%)	0.334
No	32 (16.0%)	2 (6.9%)	0 (0.0%)	

Se puede observar que no hay diferencia significativa respecto a si los pacientes han intentado dejar de fumar, así mismo con el método que utilizaron y si les gustaría dejar de fumar. Cabe mencionar que la diferencia de los otros grupos el 100% de los pacientes con dependencia severa si han intentado dejar de fumar y una gran cantidad de ellos (66.7%) han utilizado alguna terapia de reemplazo, por otra parte, observamos que el método más utilizado para dejar de fumar dentro del grupo de dependencia leve es el autocontrol con el 58.5%, seguido con el 6.5% con la terapia de reemplazo, afortunadamente el 84% del total de la población estudiada le gustaría dejar de fumar, lo que nos abre las puertas para brindar consejería a una población que está dispuesta a lograr un cambio.



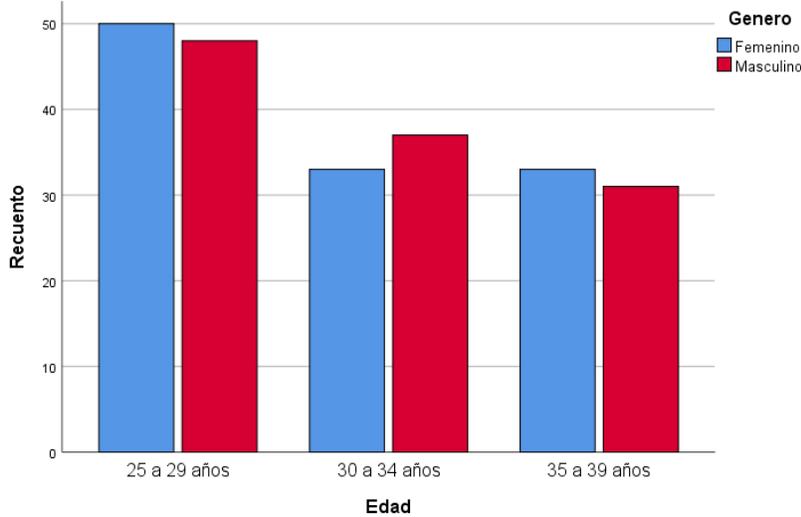
Grafica 1.

Se observa una participación equitativa en ambos géneros.



Gráfica 2.

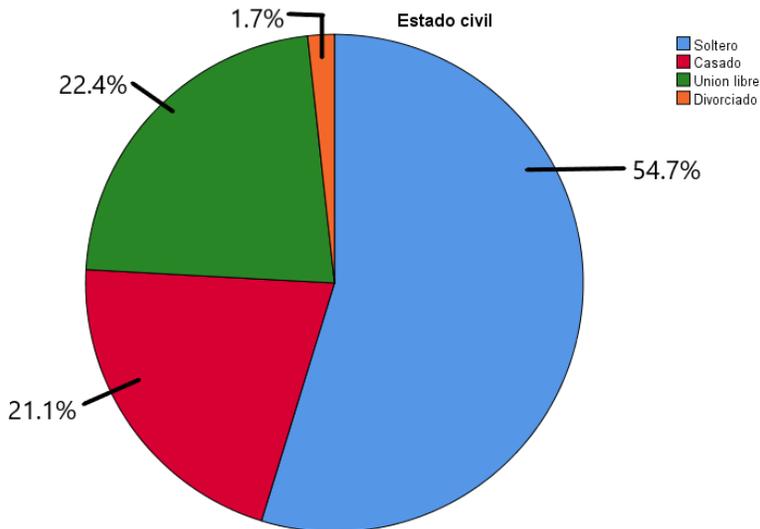
Se muestra que del total de los encuestados, 98 (42.2%) correspondió a población de 25 a 29 años de edad, 70 (30.2%) correspondió a edades de 30 a 34 años de edad y 64 (27.6%) correspondió a participantes de 35 a 39 años de edad.



Gráfica 3.

Se observa una mayor participación en la población de 25 a 29 años en donde predomina el sexo femenino en ese rango con el 21.5%, también se observa una mayor participación de la población femenina en el rango de 35 a 39 años con el 14.2%, mientras

que el sexo masculino tiene una participación del 20.6% y 13.3% respectivamente, en el rango de 30 a 34 años se observa una mayor participación masculina con el 15.9%, mientras que la población femenina participa solo el 14.2%

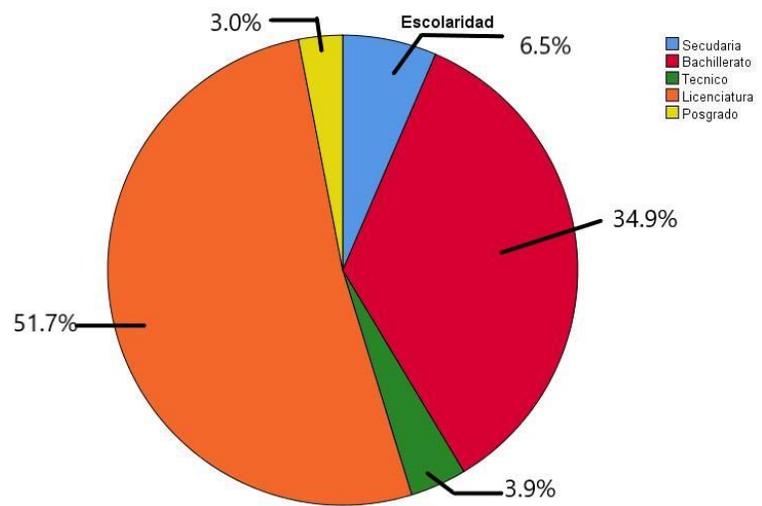


Gráfica 4.

Se muestra el estado civil al que pertenecen los participantes del estudio, donde 127 (54.7%) refieren ser solteros, 49 (21.1%) casados, 52 (22.4%) unión libre, 4 (1.7%) divorciados.

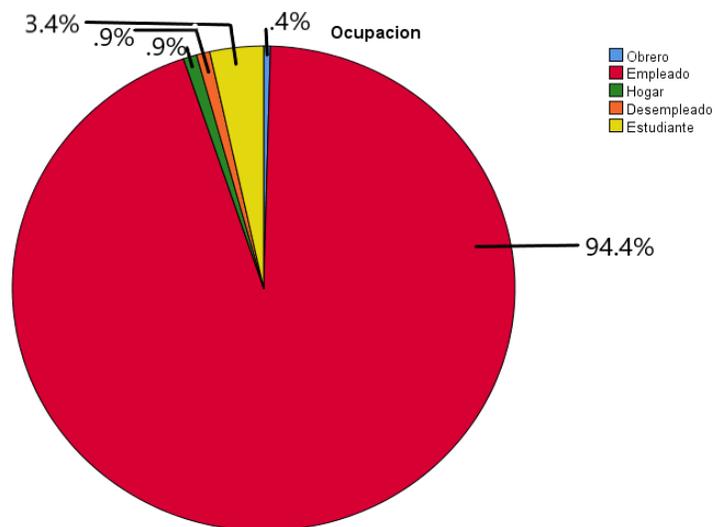
Gráfica 5

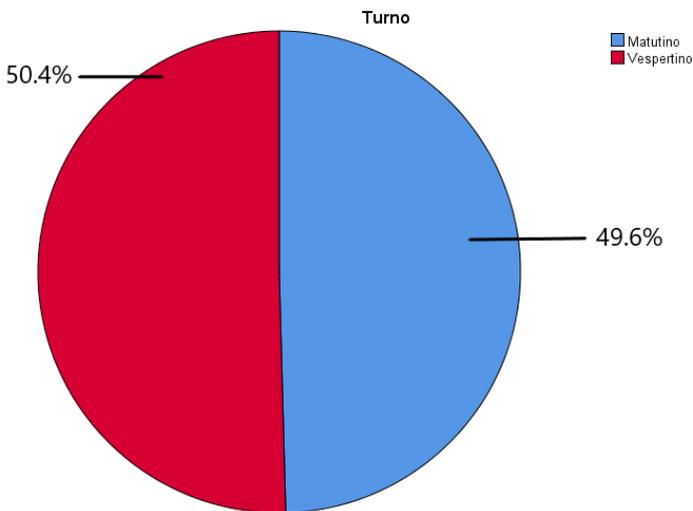
De acuerdo con la escolaridad, se encuentra que la mayor parte de la muestra estudió hasta nivel licenciatura, representado por el 51.7% (120), seguido por el nivel bachillerato con el 34.9% (81), el 6.5% (15) de la muestra estudiaron secundaria, 3.9% (9) carrera técnica y 3.0% (7) cuenta con estudios de posgrado. Ninguno de los participantes que conforman la muestra era analfabeta.



Gráfica 6.

De acuerdo a la ocupación 219 (94.4%) son empleados, 8 (3.4%) son estudiantes, 2 (.9%) se dedica al hogar, 2 (.9%) se encuentran desempleados y 1 (.4%) es obrero.



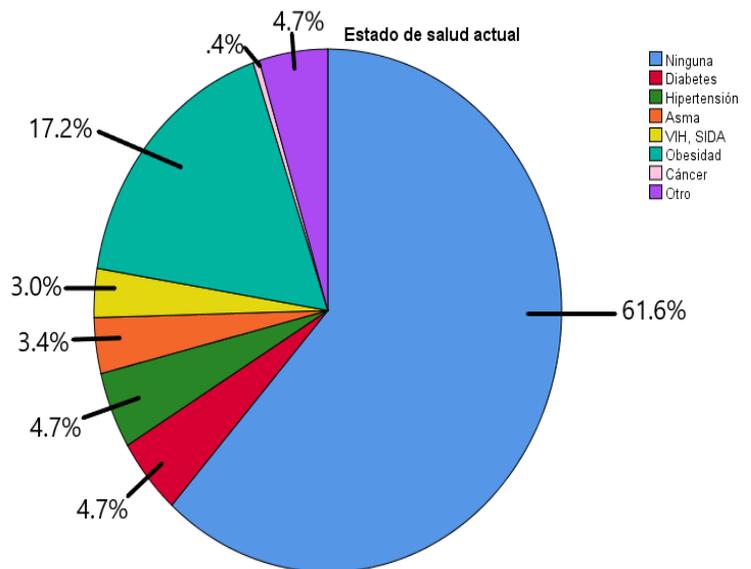


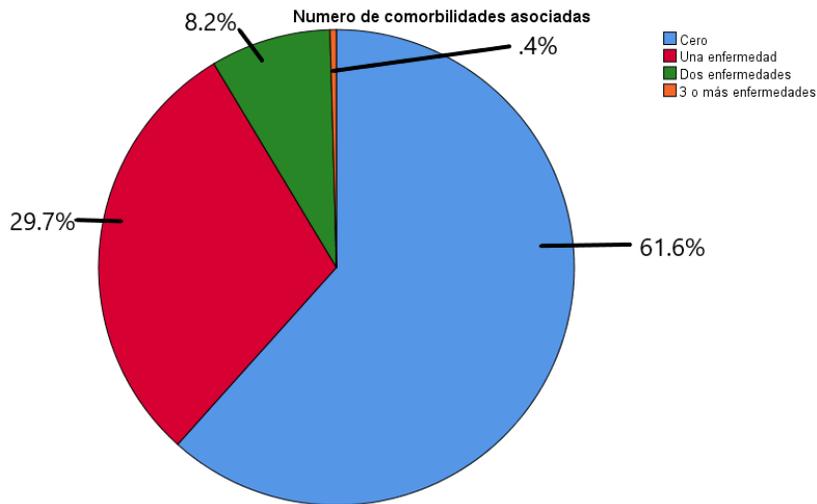
Gráfica 7.

Se observa que la mayor parte de la población entrevistada fueron del turno vespertino con 117 (50.4%) y 115 (49.6%) fueron del turno matutino.

Gráfica 8.

Se observa la distribución en porcentaje de acuerdo al estado de salud actual: 143 (61.6%) participantes reportaron no padecer ninguna enfermedad, 11 (4.7%) refieren padecer diabetes, 11 (4.7%) hipertensión, 8 (3.4%) asma, 7 (3.0%) VIH, 40 (17.2%) obesidad, 1 (.4%) cáncer, 11 (4.7%) mencionaron otras comorbilidades como hipotiroidismo, lupus eritematoso sistémico, hepatitis y epilepsia.



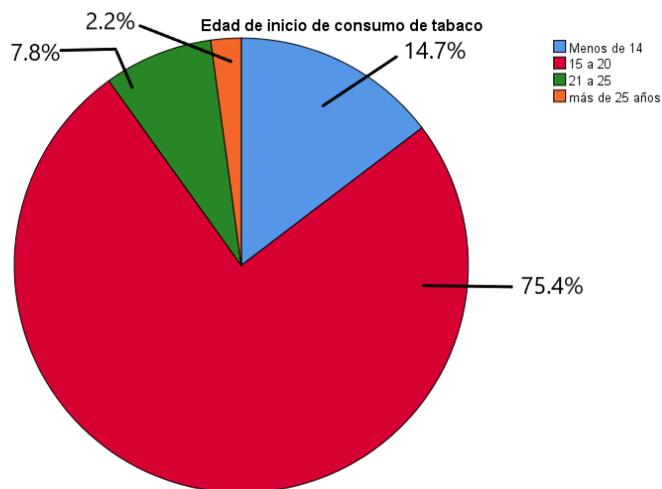


Gráfica 9

Considerando que es una población joven, se puede observar que 143 (61.6%) del total de pacientes aparentemente no tienen ninguna comorbilidad, sin embargo, 69 (29.7%) tienen al menos una comorbilidad, 19 (8.2%) 2 comorbilidades y 1 (.4%) tiene al menos 3 comorbilidades.

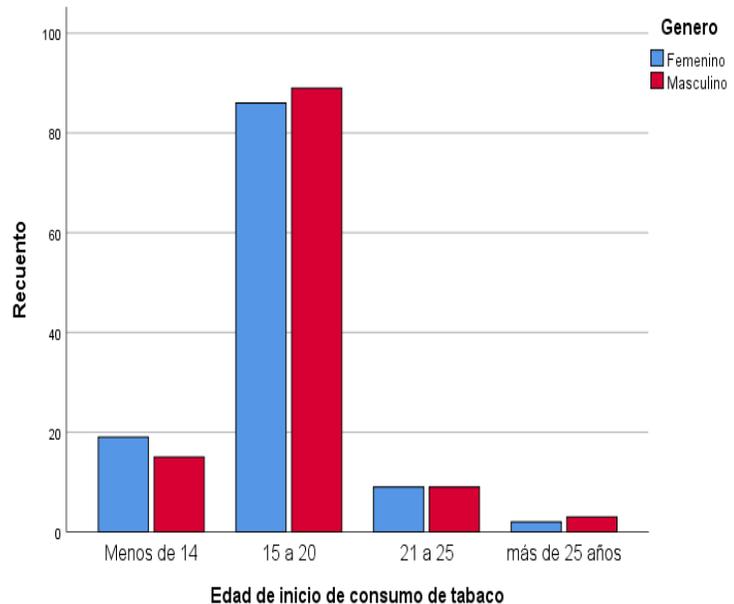
Gráfica 10.

De acuerdo a la edad de inicio de consumo de tabaco, 34 (14.7%) refirió el inicio antes de los 14 años de edad, 175 (75.4%) entre los 15 a 20 años, 18 (7.8%) entre los 21 y 25 años, y 5 (2.2%) a edades mayores de 25 años.



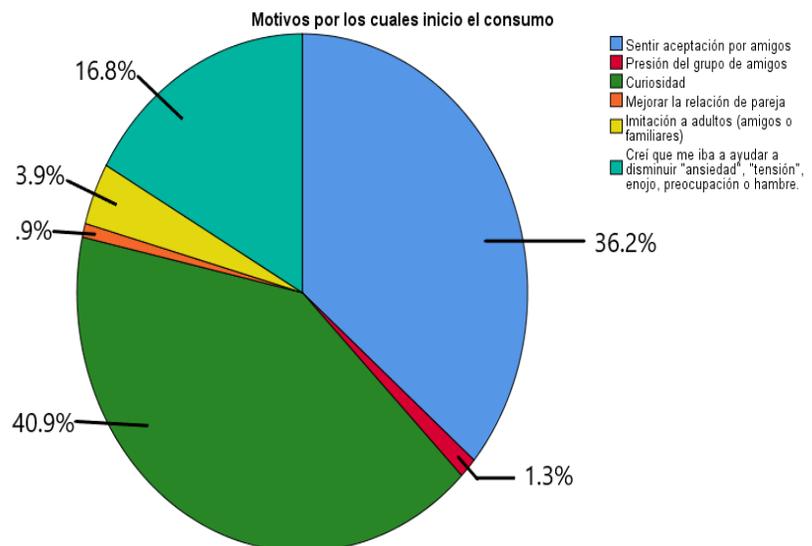
Grafica 11.

Se observa la edad de inicio de consumo de tabaco y el sexo, llama la atención una edad de inicio más temprana en las mujeres, pues supera a la población masculina, de acuerdo a nuestra encuesta, el 16.3% de las mujeres inicio su consumo a edades menores de 14 años, mientras que solo el 12.9% de los hombres iniciaron su consumo antes de esta edad, el resto de los rangos es muy similar en ambos sexos.



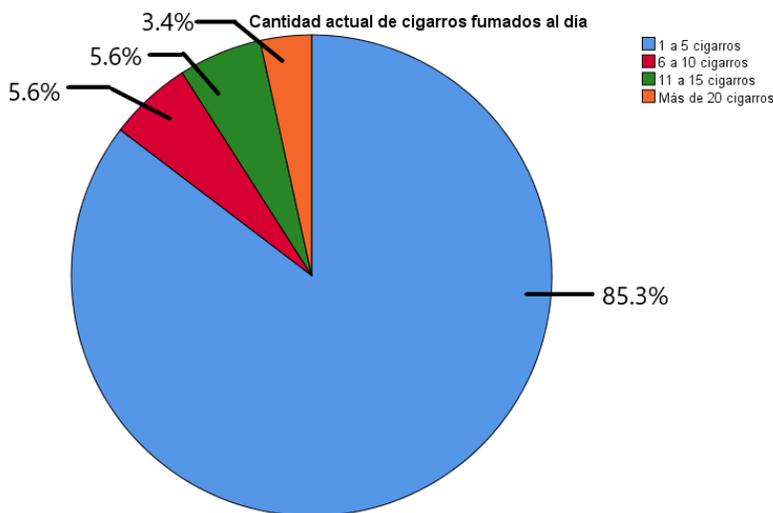
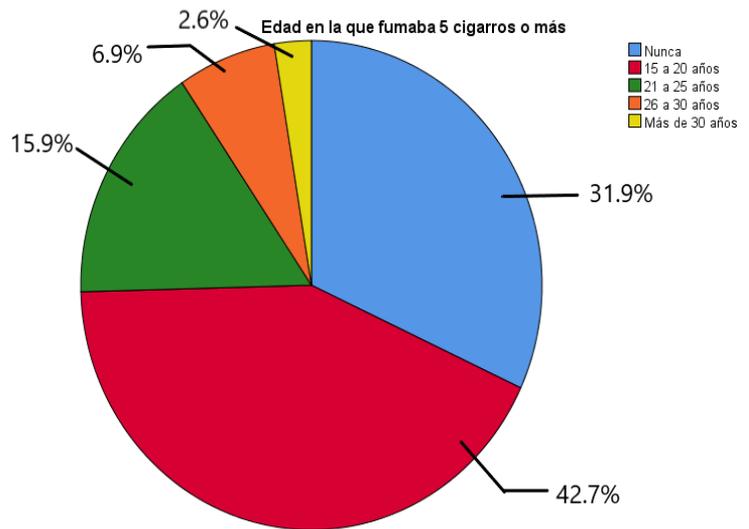
Gráfica 12.

De acuerdo a los motivos por los cuales inicio el consumo de tabaco 84 (36.2%) de los encuestados menciono que era para “sentir aceptación por el grupo de amigos, 3 (1.3%) menciono que fue por la “presión que ejerció el grupo de amigos”, 95 (40.9%) menciona la “curiosidad” como el principal motivo, 2 (.9%) refirió que inicio el consumo para “mejorar la relación de pareja”, 9 (3.9%) por “imitación a adultos, amigos o familiares” y 39 (16.8%) comenzó el consumo de tabaco porque “creyeron que les iba a ayudar a disminuir la ansiedad, tensión, enojo, preocupación o hambre”.



Gráfica 13.

Se puede observar que del total de participantes 74 (31.9%) menciono que nunca han llegado a consumir más de 5 cigarros en todo el tiempo que llevan consumiendo tabaco, 99 (42.7%) mencionaron que llegaron a consumir más de esa cantidad entre los 15 a 20 años, 37 (15.9%) entre los 21 a 25 años, 16 (6.9%) entre los 26 a 30 años y 6 (2.6%) a edades mayores de los 30 años.

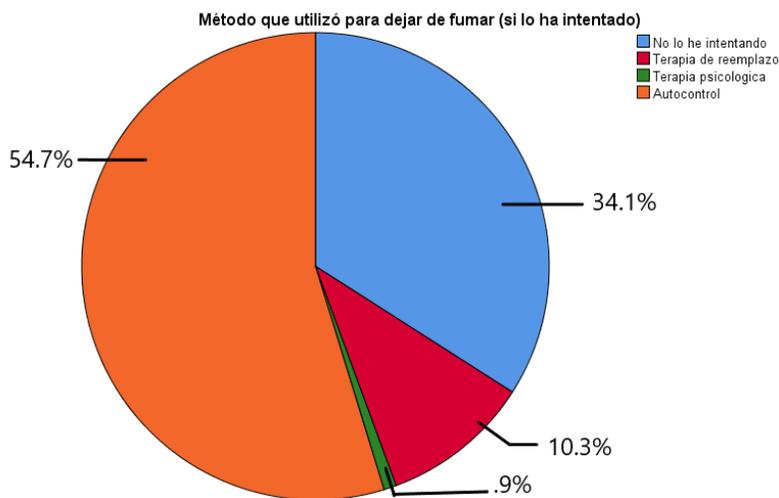
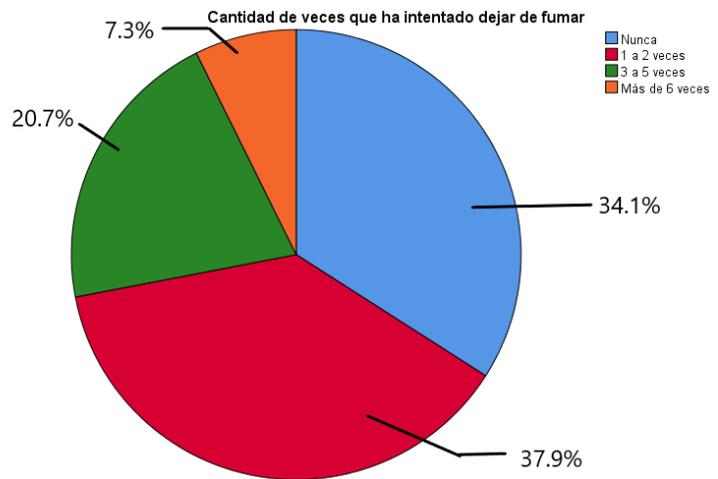


Gráfica 14.

Respecto a la cantidad actual de cigarros fumados al día: 198 (85.3%) refieren fumar de 1 a 5 cigarros al día, 13 (5.6%) 6 a 10 cigarros al día, 13 (5.6%) 11 a 15 cigarros al día y 8 (3.4%) más de 20 cigarros al día actualmente.

Gráfica 15.

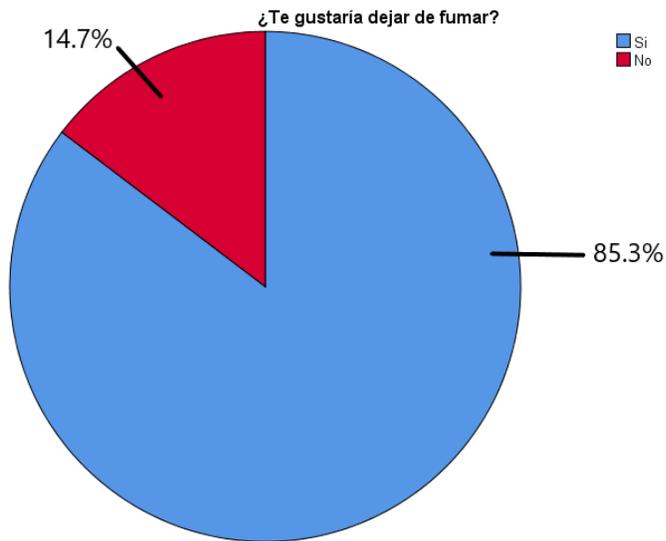
Por otra parte 79 (34.1%) refirieron nunca haber intentado dejar de fumar, 88 (37.9%) lo intentaron 1 a 2 veces, 48 (20.7%) de 3 a 5 veces y 17 (7.3%) más de 6 veces.



Gráfica 16.

Se puede observar que del total de la población encuestada 79 (34.1%) reportó que no ha intentado dejar de fumar en ninguna ocasión, 24 (10.3%) mencionaron utilizar alguna terapia de reemplazo de la nicotina o alguna terapia

farmacológica para dejar de fumar, 2 (.9%) mencionaron haber acudido a terapia psicológica, y 127 (54.7%) mencionaron intentar dejar de fumar bajo autocontrol, evitando desencadenantes o retrasando el deseo de fumar por él o ella mismo, sin ningún tipo de apoyo psicológico o farmacológico.

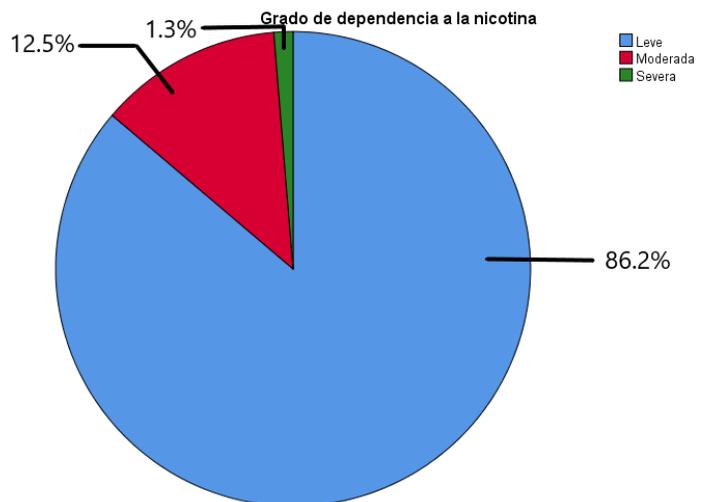


Gráfica 17.

Respecto al deseo de dejar de fumar 198 (85.3%) mencionaron que si les gustaría dejar de fumar, 34 (14.7%) respondieron que no deseaban dejar de fumar argumentando en la mayoría de los casos que no consideraban al tabaquismo como un problema grave al que debieran de prestarle atención.

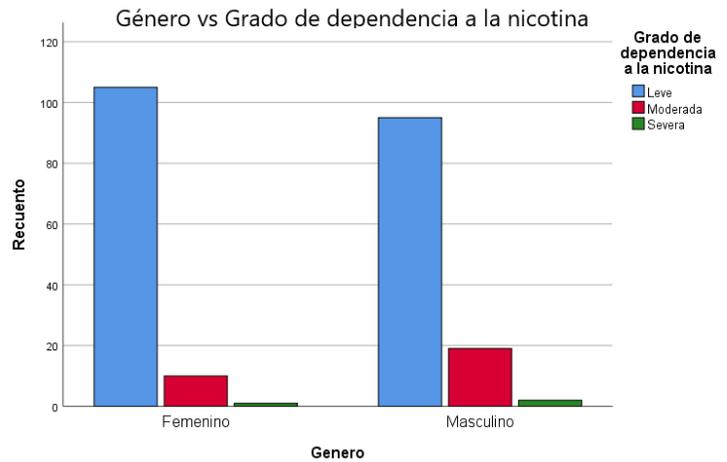
Grafica 18

En el grado de dependencia a la nicotina observamos que 200 (86.2%) de los encuestados tiene una dependencia leve, 29 (12.5%) una dependencia moderada y 3 (1.3%) dependencia severa.

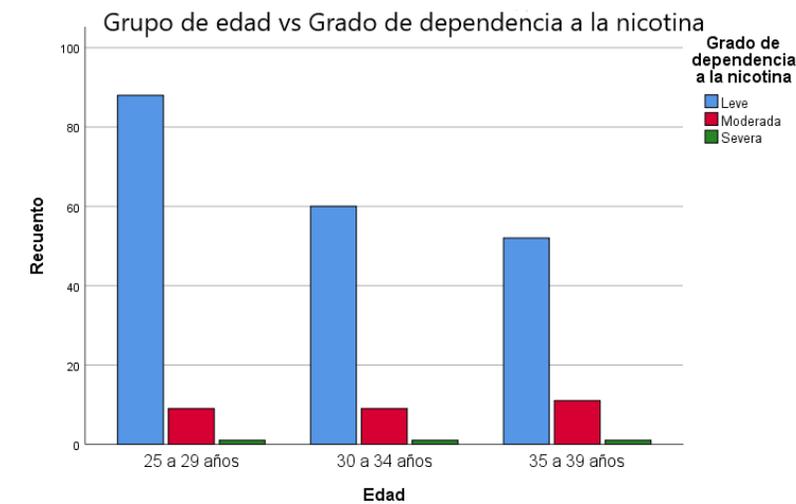


Gráfica 19.

En la categoría de sexo y grado de dependencia a la nicotina, se observó en el sexo femenino que de las 116 mujeres, 105 (90.5%) tienen una dependencia leve, 10 (8.6%) tienen dependencia moderada, 1 (.8%) una dependencia severa. Respecto al sexo masculino se encontró que 95 (81.8%) tienen dependencia leve, 19 (16.3%) tienen dependencia moderada y 2 (1.7%) tienen una dependencia severa.

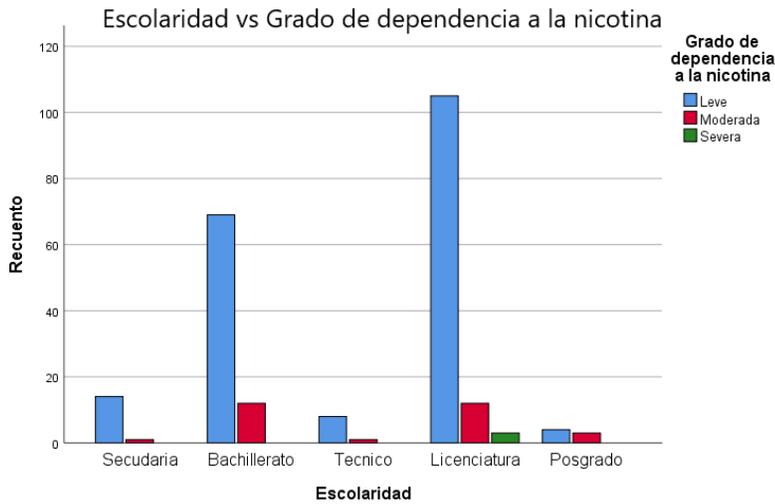


Gráfica 20.



Respecto al rango de edad y grado de dependencia a la nicotina, se encontró que la población de 25 a 29 años de edad, 89 (38.3%) tienen una dependencia leve, 9 (3.8%) tienen una dependencia moderada y 1 (.4%) una dependencia severa, respecto a los participantes de 30 a 34 años de edad, 59 (25.4%) tienen una dependencia leve, 9 (3.8%) una

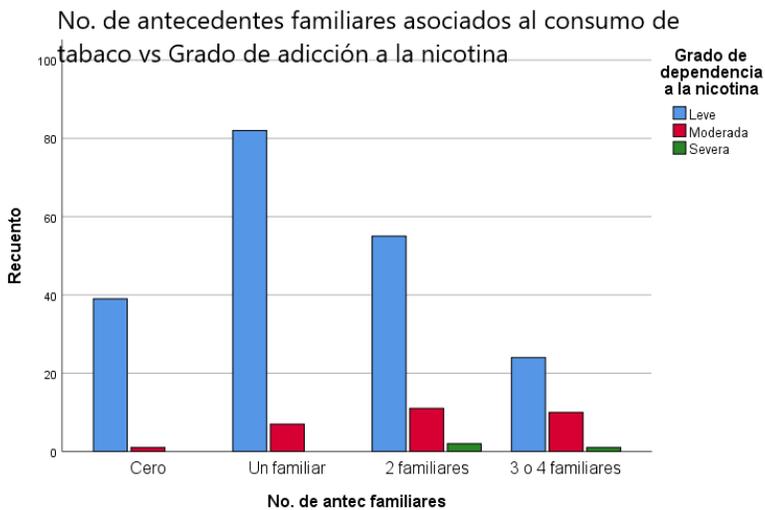
dependencia moderada, 1 (.4) de ellos tiene una dependencia severa, el grupo de 35 a 39 años de edad, 52 (22.4%) tienen una dependencia leve, 11 (4.7%) una dependencia moderada y 1 (.4%) tiene una dependencia severa.



Gráfica 21.

De acuerdo a la escolaridad y el grado de dependencia a la nicotina, encontramos que de los 15 (6.5%) que estudiaron hasta nivel secundaria, 14 (6.0%) tienen dependencia leve y 1 (.4%) tiene dependencia moderada, de los 81 (34.9%) que estudiaron hasta nivel bachillerato, 69 (29.7%) tienen

dependencia leve y 12 (5.1%) moderada, dentro de los 9 (3.9%) que estudiaron carrera técnica, 8 (3.4%) tienen dependencia leve y 1 (.4%) dependencia moderada, de los 120 (51.7%) que estudiaron el nivel licenciatura, 105 (45.2%) tienen dependencia leve, 12 (5.1%) dependencia moderada y 3 (1.2%) dependencia severa, finalmente de los 7 (3.0%) participantes que cuentan con estudios de posgrado, 4 (1.7%) presentan dependencia leve y 3 (1.2%) dependencia moderada.



Gráfica 22.

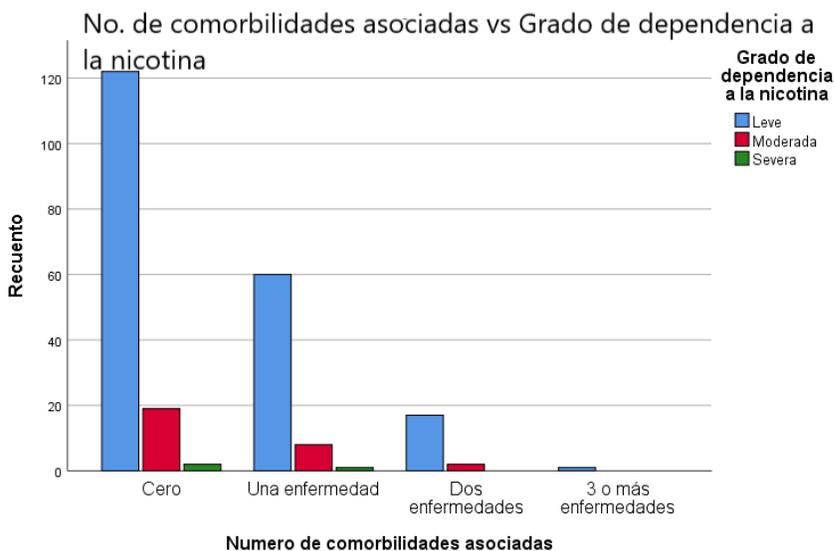
De los 40 pacientes que mencionaron no tener ningún antecedente familiar asociado a tabaquismo 39 (16.8%) tienen una dependencia leve y solo 1 (.4%) tiene una dependencia moderada a la nicotina, de los 89 pacientes que reportaron tener al menos un familiar

asociado al consumo de tabaco, 82 (45.3%) tuvieron una dependencia leve y 7 (3.0%) tuvieron una dependencia moderada, de los 68 pacientes que mencionaron tener 2 familiares

con consumo de tabaco, 55 (23.7%) tuvieron una dependencia leve, 11 (4.7%) una dependencia moderada y 2 (.8%) una dependencia severa, de los 35 pacientes que reportaron tener entre 3 o 4 antecedentes familiares asociados al consumo de tabaco 24 (10.3%) tuvieron una dependencia leve, 10 (4.3%) moderada y 1 (.4%) severa. Cabe destacar que la mayoría de los participantes tiene al menos un antecedente familiar con consumo de tabaco.

Gráfica 23.

De acuerdo al número de comorbilidades asociadas y el grado de dependencia a la nicotina, encontramos que de los 143 pacientes que no tienen comorbilidades, 122 (52.5%) tienen una dependencia leve, 19 (8.1%) moderada y 2 (.8%) severa, de los 69 pacientes con una comorbilidad asociada, 60

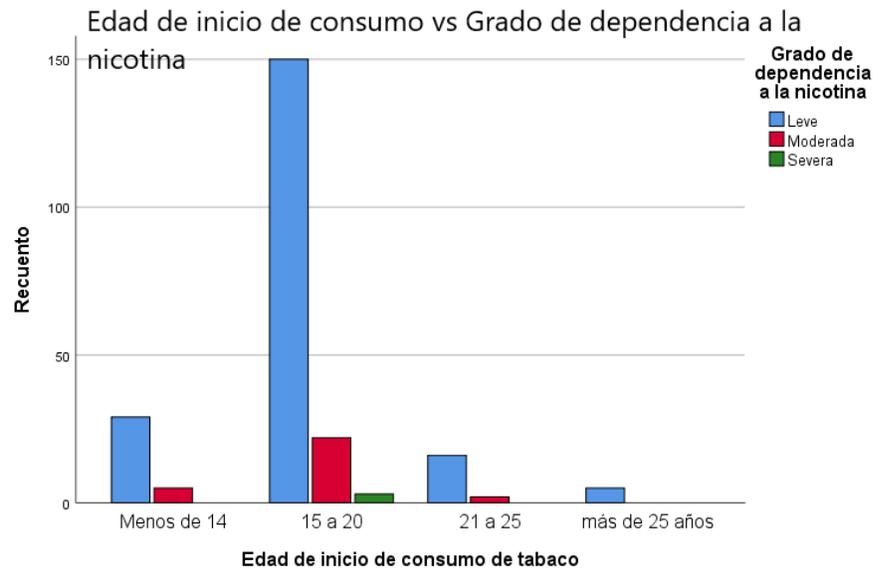


(25.8%) presentan una dependencia leve, 8 (3.4%) moderada y 1 (.4%) severa, de los 19 pacientes con dos comorbilidades 17 (7.3%) presentan una dependencia leve y 2 (.8%) moderada, el paciente que presenta más de 3 comorbilidades tiene una dependencia leve.

Gráfica 24

De los 34 pacientes que iniciaron su consumo antes de los 14 años, 29 (12.5%) tienen una dependencia leve y 5 (2.1%) moderada, de los 175 pacientes que iniciaron su consumo entre los 15 y 20 años, 150 (64.6%) tienen una dependencia leve, 22 (9.4%) moderada y 3 (1.2%) severa.

De los 18 pacientes que iniciaron su consumo entre los 21 y 25 años, 16 (6.8%) tienen una dependencia leve y 2 (.8%) moderada, finalmente los 5 (2.1%) pacientes que iniciaron su consumo después de los 25 años tienen una dependencia leve, siendo evidente que los pacientes que iniciaron su consumo a edades más tardías tienen una dependencia leve y de ellos, ninguno presenta una dependencia moderada o severa.



20. DISCUSIÓN

Actualmente, se reconoce que la dependencia al tabaco es un fenómeno conductual multidimensional que involucra componentes psicológicos, sociales y físicos, cuya caracterización en el fumador resulta relevante para el diagnóstico clínico y el abordaje del tratamiento. En el presente estudio se evaluó el grado de dependencia física a la nicotina en fumadores de 25 a 39 años de edad de la Unidad de Medicina Familiar No. 28 “Gabriel Mancera”, utilizando el test de Fagerström, así mismo se analizaron las variables sociodemográficas.

De acuerdo con la última Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) del 2016 se reporta una prevalencia de consumo de tabaco de 20.1% para adultos, lo cual representa 14.2 millones de fumadores mexicanos (13), tomando en cuenta dicha encuesta se reporta que 82.3% presentó dependencia física leve, 17.2% moderada y 0.5% severa; algo muy similar a los resultados de nuestro estudio en el cual observamos que 86.2% de los encuestados tiene una dependencia leve, 12.5% una dependencia moderada y 1.3% una dependencia severa.

Asimismo, la ENCODAT demuestra que la edad de inicio de consumo se asoció con niveles altos de dependencia psicológica, hallazgo que resulta consistente con la asociación reportada entre edad de inicio temprana y uso persistente de tabaco (10)(13). De acuerdo a dicha encuesta, los modelos estadísticos de probabilidades proporcionales para dependencia física según el test de Fagerström no mostraron resultados estadísticamente significativos. Sin embargo, en nuestro estudio el 75.4% de los encuestados que iniciaron su consumo entre los 15 y 20 años, el 85.7% tienen una dependencia leve, el 12.5% una dependencia moderada y se destaca que a este grupo correspondieron el 1.2% de la población total que presentaron una dependencia severa, siendo evidente que el 2.1% de los pacientes que iniciaron su consumo después de los 25 años tiene una dependencia leve y de ellos, ninguno presentó una dependencia moderada o severa. Cabe señalar que el test de Fagerström fue originalmente validado en poblaciones con más fumadores diarios y en donde la mayoría consume más de 25 cigarros al día, dado que el principal patrón de consumo en México es ocasional y solo el 1% de los fumadores diarios consume más de 25 cigarros al día, es un hallazgo esperado en la población mexicana que de acuerdo a la clasificación existan pocos

fumadores con niveles altos de dependencia física; en nuestro estudio encontramos que el 85.3% refirieron fumar de 1 a 5 cigarros al día y sólo el 3.4% reportó fumar más de 20 cigarros al día. Este hallazgo es crucial ya que tiene implicaciones en el abordaje clínico del tratamiento para lograr la cesación tabáquica a nivel individual.

En nuestro estudio la mayor proporción de fumadoras se encuentra entre las más jóvenes, pues el 21.5% de la población encuestada de 25 a 29 años correspondió al sexo femenino y se evidenció que el consumo entre las mujeres jóvenes es equiparable al de los varones. Si las cosas no cambian, es fácil prever que dentro de unos años la elevada prevalencia de la conducta de fumar que se observa en el grupo de las mujeres jóvenes culminará en un aumento en la morbimortalidad de la mujer producida por las enfermedades relacionadas con el tabaco.

En la categoría de sexo y grado de dependencia a la nicotina, se observó en el sexo femenino que el 90.5% tienen una dependencia leve, 8.6% tienen dependencia moderada y .8% una dependencia severa. Respecto al sexo masculino se encontró que 81.8% tienen dependencia leve, 16.3% tienen dependencia moderada y 1.7% tienen una dependencia severa.

En síntesis, mientras hay evidencia de que existen diferencias en algunos factores fisiológicos, psicológicos y conductuales entre las fumadoras y los fumadores, no está claro si estas diferencias influyen en la capacidad de dejar de fumar o permanecer abstinentes. Los datos de los primeros estudios apuntaban a que las mujeres fumadoras lograban peores resultados al intentar dejar de fumar. Datos más recientes sugieren que las mujeres obtienen los mismos porcentajes de eficacia que los hombres. Aunque las mujeres pueden tener que afrontar otro tipo de obstáculos y barreras para dejar de fumar que se deben tener en cuenta durante el tratamiento. Esto incluye, fundamentalmente, la depresión, el apoyo social y el miedo a ganar peso (19). Aunque parece no haber diferencias en los porcentajes de eficacia que obtienen los hombres y las mujeres en los programas para dejar de fumar, es más probable que éstas abandonen los cigarrillos con una intervención que sin ella. Las necesidades de las mujeres y la respuesta al tratamiento con sustitutos de nicotina puede ser diferente a la de los hombres, tal como se ha encontrado en diferentes estudios (23)

La evidencia publicada este año demuestra que los fumadores tienen mayor probabilidad de desarrollar enfermedad severa con COVID-19 que los no fumadores esto ha llevado a casi

780 millones de personas en todo el mundo a manifestar que quieren dejarlo, pero solo el 30% de ellos tienen acceso a las herramientas que pueden ayudarlas a hacerlo (17). Al respecto, la oferta de servicios de tratamiento para dejar de fumar en México, es fundamentalmente gubernamental y se integra por 340 Centros de Atención Primaria a las Adicciones (CAPA), 106 Unidades de Atención de Centros de Integración Juvenil, 155 Clínicas para dejar de fumar del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Clínicas de tabaquismo de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Hospital General de México (HGM), Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y de los Servicios Estatales de Salud (24). Sin embargo, la mayoría de los servicios descritos brindan tratamientos presenciales, que en términos operativos resultan insuficientes y de efectividad limitada, para la gran cantidad de usuarios de productos de tabaco y productos de nicotina que hay en México. Este complicado panorama hace apremiante la necesidad de llevar a cabo una intervención que brinde herramientas para que las personas usuarias de tabaco puedan abandonarlo y así reducir los riesgos y comorbilidades asociados. Es por ello que en coordinación con la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC), con el auspicio de la Organización Mundial de la Salud, se estableció un proyecto conjunto para motivar a las personas a acercarse al tratamiento remoto que ofrece la Línea de la vida de CONADIC (800 911 2000) para dejar el consumo de tabaco, aunado al apoyo de las diversas instituciones y centros, los profesionales de la salud pueden jugar un papel importante en animar a los pacientes a dejar de fumar y que establecer estrategias para ayudarles eficazmente a abandonar los cigarrillos. La accesibilidad de los pacientes fumadores a estas estrategias, junto con la actitud de los profesionales de la salud, son fundamentales, dada la magnitud del problema y la tendencia ascendente del hábito de fumar.

21. CONCLUSIONES

En la presente investigación se cumplió el objetivo de evaluar el grado de dependencia a la nicotina en pacientes fumadores de 25 a 39 años de la Unidad de Medicina Familiar No. 28 “Gabriel Mancera”. Encontrando la participación de ambos sexos de manera equitativa. Por otra parte, más de la mitad de la población estudiada presentó un grado de dependencia leve a la nicotina. De la cual el sexo femenino obtuvo el mayor porcentaje en el grado leve, mientras que el masculino obtuvo el mayor porcentaje en el grado moderado y severo.

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 de la Unidad de Medicina Familiar No. 28, presentaron dependencia a la nicotina.

En nuestra población fumadora encontramos el mayor porcentaje de dependencia leve en el rango de edad de 25 a 29 años, moderada en el rango de edad de 34 a 39 años y alta se obtuvo un paciente en cada grupo de edad. El nivel educativo en su mayoría fue el nivel licenciatura, el cual presentó el mayor porcentaje de dependencia en todos los grados.

Por otra parte, nuestra población reporta un consumo temprano de tabaco, pues la mayoría menciona un inicio desde los 15 a 20 años de edad por lo que la prevención continúa siendo el enfoque de atención más costo-efectivo. En este sentido, las acciones oportunas pueden reducir el riesgo de que los niños, niñas y juventudes experimenten con sustancias, o bien, que presenten consecuencias adversas derivadas del consumo, por ello, es de vital importancia seguir fomentando y fortaleciendo las políticas en materia de prevención. De igual forma, es necesario mantener estrategias que favorezcan la participación de todos los actores de la sociedad, siendo el primer nivel de atención un marco idóneo para brindar a estos pacientes un breve consejo para dejar de fumar, ya considerada una intervención que produce efectos beneficiosos y es una intervención con una relación costo-efectividad muy favorable.

De acuerdo con estos resultados, se recomienda que futuros estudios sobre dependencia al tabaco en población mexicana se consideren los componentes psicológicos, sociales y físicos que se involucran, ya que existen pocos o ningún antecedente en relación a dependencia

psicológica. La estratificación por sexo, malestar emocional y comorbilidad mental y físicas son importantes, así como la exploración de indicadores socioeconómicos y de violencia.

El algoritmo de tratamiento debe considerar la dependencia al tabaco en sus dimensiones física, psicológica y social y no es pertinente basar el tratamiento clínico ni la investigación poblacional únicamente en los resultados del test de Fargeström. Entender mejor el componente psicológico y considerar otros factores como el sexo, el consumo de drogas ilegales y alcohol, el malestar emocional y los indicadores socioeconómicos relacionados con el consumo y la dependencia al tabaco representa un abordaje integral que deberá considerarse en los nuevos algoritmos de diagnóstico y tratamiento en las guías de práctica clínica nacionales.

Por otra parte, se invita a los profesionales de la salud invitar a los pacientes a que dejen de fumar por completo, ya que si únicamente se recomienda que reduzcan el consumo como alternativa a dejar de fumar. Aunque con ello se reduce la exposición y puede llevar al abandono del tabaco, no elimina el riesgo de ECV. Como se ha mencionado anteriormente, el consumo de menos de 5 cigarrillos al día se asocia de todos modos a un aumento del riesgo de ECV. Dejar de fumar por completo es claramente la mejor opción.

22. DEBILIDADES DEL ESTUDIO

Un problema para investigar el tabaquismo radica en la gran diversidad metodológica en que se sustentan los estudios y la variedad de instrumentos para su valoración. Aunque los criterios bases se fundamentan en el DSM como la prioridad, la tolerancia, la continuidad y la estereotipia; las pruebas que evalúan la dependencia a la nicotina o el tabaquismo tienen criterios de corte diferentes y persiguen objetivos igualmente diferentes. En tal sentido, si bien la conducta de fumar puede ser evaluada a través de distintos métodos las entrevistas, pruebas médicas, cuestionarios de autorregistro, pruebas psicométricas y medidas fisiológicas; las pruebas psicológicas son las más usadas para el tamizaje y fundamentación de la valoración diagnóstica.

El test de Fagerström ha sido el más usado a nivel mundial y ha servido de base para la elaboración de otros instrumentos como el Cuestionario para la clasificación de consumidores de cigarrillo y como medida de comparación para obtener la validez concurrente de otros instrumentos como la Escala de evaluación del síndrome de dependencia a la nicotina. Si bien el Test de Fagerström es confiable, otras pruebas como la Escala de evaluación del síndrome de dependencia a la nicotina tienen niveles de consistencia interna ligeramente mayores. De la misma forma al ser un fenómeno conductual multidimensional que involucra componentes psicológicos, sociales y físicos, en este estudio únicamente se evaluó el componente físico sin considerar los demás componentes que están involucrados en el consumo siendo muy importante la evaluación multidimensional para el diagnóstico clínico y el abordaje del tratamiento. Por otra parte solamente se consideró a la población abierta con características diferentes, pudiendo estimar la prevalencia en grupos más desfavorecidos o con comorbilidades psiquiátricas específicamente.

23. FORTALEZAS DEL ESTUDIO

El presente estudio tuvo por finalidad de utilizar el test de Fagerström para evaluar el grado de dependencia a la nicotina en una muestra de derechohabientes de la UMF 28 “Gabriel Mancera” con una edad entre 25 y 39 años, que se ubica dentro del rango de edad con mayor predisposición al consumo de cigarrillos, ya que diversos estudios han puesto de manifiesto que los pacientes suelen recurrir al consumo de sustancias psicoactivas en estas edades como una estrategia de afrontamiento del estrés

Bajo los criterios propuestos contamos con un tamaño de muestra adecuado para el estudio, cumpliendo los objetivos planteados, cabe recalcar que es necesario realizar más investigaciones sobre diversos temas relacionados con el consumo de cigarrillos y la dependencia a la nicotina como la disposición a dejar de fumar, la relación entre personalidad y consumo de sustancias psicoactivas y otros trastornos mentales, o el nivel de tabaquismo en sujetos dependientes con respecto a la etapa de *craving*. Además, es importante fortalecer los valores familiares, pues las variables familiares han tenido un efecto preventivo y protector sobre el consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes y jóvenes.

24. REFERENCIAS

1. Cicero R, Staines L. El consumo de tabaco. Desde los mayas al siglo XXI. Algunos puntos de vista. Rev Inst Nal Enf Resp Mex [Internet] 2003 [consultado 2020 Sep 20]; 16(2):103-107. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/iner/in-2003/in032h.pdf>
2. Becoña E. Monografía Tabaco. España: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2004.
3. Micheli A. Notas marginales sobre el tabaco en la medicina y en la historia. Gac Méd Méx [Internet] 2000 [consultado 2020 Septiembre 19]; 136 (3):273-279. Disponible en: <https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=27473>
4. Yunis A, Annetta V. Historia del tabaco y el tabaquismo [Internet]. Madrid: Valenzuela. 2017 Mayo [Consultado 2020 Septiembre 20]. Disponible en <https://silo.tips/download/historia-del-tabaco-y-del-tabaquismo>
5. Jiménez C, Solano S. Tabaquismo. Madrid: Neumomadrid; 2004.
6. Pinto F. El Tabaquismo. Placer mortal [Internet]. Ecuador; 2000 [Consultado 2020 Septiembre 05]. Disponible en <https://docplayer.es/9780691-El-tabaquismo-placer-mortal-prof-dr-med-fernando-pinto-floril.html>
7. Fernández E, Figueroa A. Tabaquismo y su relación con las enfermedades cardiovasculares. Rev hab cienc méd [Internet] 2018 [Consultado 2020 Octubre 27]; 17 (2):225-235. Disponible en <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v17n2/rhcm08218.pdf>
8. Pérez-Bautista O, Ramírez A, Escobar E, Sansores R. Diferencias de marcadores de inflamación entre fumadores y no fumadores en una población mexicana. Rev Invest Clin [Internet] 2009 [Consultado 2020 Sep 05]; 61(3):205-211. Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=58031&id_seccion=6&id_ejemplar=5871&id_revista=2
9. Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud [Internet]. 2008 [Consultado 2020 Sep. 02]. Disponible en: <http://ais.paho.org/classifications/Chapters/index.htm>
10. Eriksen M, Mackay J. The Tobacco Atlas. 5ª Edición. Hong Kong: Myriad Editions Limited; 2015.

11. Organización Panamericana de la Salud. Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos. [Internet]. México: OPS; 2015 [Consultado 2020 Sept 28] Disponible en: <https://www.who.int/tobacco/surveillance/survey/gats/mex-report-2015-spanish.pdf>
12. Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones 2011 [Internet]. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; 2012 [Consultado 2020 Sept 29]. Disponible en https://encuestas.insp.mx/ena/ena2011/ENA2011_drogas_con_anexo.pdf
13. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Tabaco. [Internet]. México: INPRFM; 2017 [Consultado 2020 Sep 29]. Disponible en <https://drive.google.com/file/d/1Iktptvdu2nsrSpMBMT4FdqBlk8gikz7q/view>
14. Waters H, Sáenz de Miera B. La Economía del Tabaco y los impuestos del Tabaco en México. Unión Internacional contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias. México: Paris; 2010.
15. Organización Panamericana de la Salud. Informe sobre Control del Tabaco en la Región de las Américas. A 10 años del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco [Internet]. Washington, D.C: OPS; 2016 [Consultado 2021 Sept 10]. Disponible en https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28380/9789275318867_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
16. Organización Mundial de la Salud. Tabaco. Datos y cifras [Internet]. OMS, 2019. [Consultado 2020 Octubre 29] Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
17. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas Panorama regional y perfiles de países. [Internet]. Washington: OPS; 2012 [Consultado 2020 Sept 28]. Disponible en <https://iris.paho.org/handle/10665.2/3272>
18. Comisión Federal de Mejora Regulatoria. Tabaquismo en México: análisis y recomendaciones de mejora regulatoria [Internet]. México: Senty 2; 2012 [Consultado 2020 Octubre 26]. Disponible en:

https://conamer.gob.mx/Varios/Adjuntos/14.05.2012/IAPA_COFEMER_TABAQUISMO_EN_MEXICO_2012.pdf

19. Tapia R, Kuri P. Panorama epidemiológico del tabaquismo en México. Salud Pública Méx [Internet] 2001 [Consultado 2020 Octubre 29]; 43 (5):478 - 484. Disponible en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342001000500012
20. Reynales L, Rodríguez R. Costos de la atención médica atribuibles al consumo de tabaco en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Salud pública Méx. 2006; 48(sup1): s48-s64.
21. Becoña E. Guía Clínica para ayudar a los fumadores a Dejar de Fumar [Internet]. Valencia: Socidrogalcohol; 2004. [Consultado 2020 Noviembre 2]. Disponible en https://www.infodrogas.org/files/guia_clinica_para_ayudar_a_los_fumadores_a_dejar_de_fumar.pdf
22. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Monografía Tabaco [Internet]. Perú: Becoña; 2004. [Consultado 2020 Noviembre 08]. Disponible en https://issuu.com/formacionaxarquia/docs/4._monograf_a_tabaco._2004
23. Becoña, E, Vázquez F. Las mujeres y el tabaco: Características ligadas al género. Revista Española de Salud Publica [Internet] 2000 [Consultado 2022 Marzo 29]; 74 (1):13 - 23. Disponible en https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272000000100003
24. Organización Panamericana de la Salud. Inician los trabajos del proyecto de colaboración entre OPS/OMS y CONADIC para fortalecer la cesación del consumo de tabaco en México. [Internet]. Washington: OPS; 2021 [Consultado 2022 Marzo 28]. Disponible en <https://www.paho.org/es/noticias/25-3-2021-inician-trabajos-proyecto-colaboracion-entre-opsoms-conadic-para-fortalecer>

ANEXOS

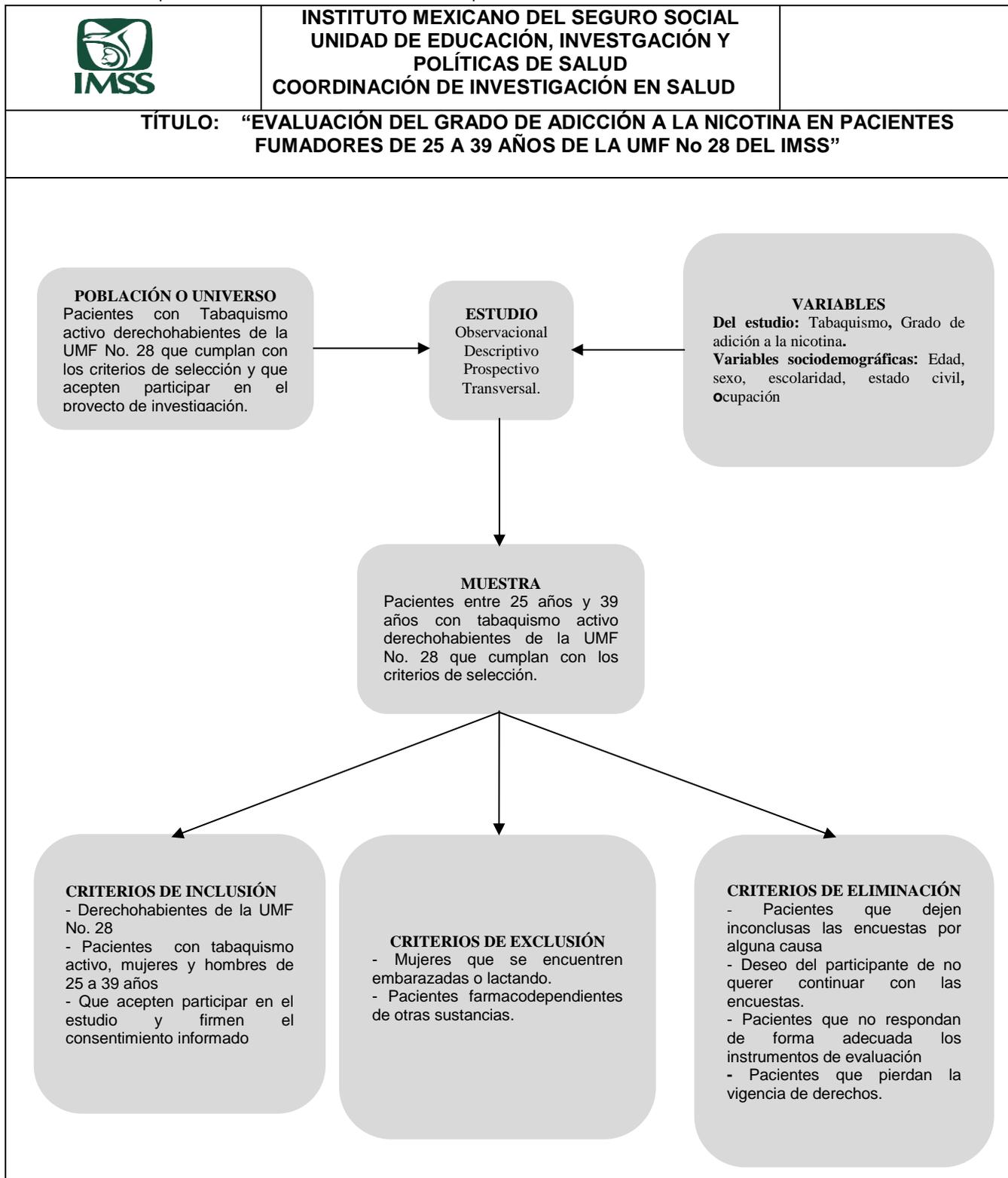
ANEXO 1. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

“EVALUACIÓN DEL GRADO DE ADICCIÓN A LA NICOTINA EN PACIENTES FUMADORES DE 25 A 39 AÑOS DE LA UMF No 28 DEL IMSS”

ACTIVIDAD	MES																													
	2020												2021												2022					
	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	01	02	03	04	05	06		
PLANEACION DEL PROYECTO																														
MARCO TEORICO																														
MATERIAL Y METODOS																														
INCORPORACION AL SIRELCIS																														
AUTORIZACION DEL PROTOCOLO																														
EJECUCION DEL PROTOCOLO Y RECOLECCION DE DATOS																														
ANALISIS DE DATOS																														
DESCRIPCION DE RESULTADOS																														
CONCLUSIONES																														
INTEGRACION Y REVISION FINAL																														
IMPRESIÓN DEL TRABAJO																														
DIFUSION DE RESULTADOS																														

ANEXO 2. DISEÑO DE ESTUDIO

¹Jessica Velez Salazar. ²Nazario Uriel Arellano Romero. ³Jessica Camacho Ruiz ¹Médico Residente en Medicina Familiar, UMF 28. ²Especialista en Medicina Familiar UMF 28 ³Especialista en Medicina Familiar UMF 42



ANEXO 3. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

“EVALUACIÓN DEL GRADO DE ADICCIÓN A LA NICOTINA EN PACIENTES FUMADORES DE 25 A 39 AÑOS DE LA UMF No 28 DEL IMSS”

	<p style="text-align: center;">INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACION, INVESTIGACION Y POLITICAS DE SALUD. COORDINACION DE INVESTIGACION EN SALUD</p>			
INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS				
Título: “Evaluación del grado de adicción a la nicotina en pacientes fumadores de 25 a 39 años de la UMF No 28 del IMSS”				
<p>¹Jessica Velez Salazar. ²Nazario Uriel Arellano Romero. ³Jessica Camacho Ruiz ¹Médico Residente en Medicina Familiar, UMF 28. ²Especialista en Medicina Familiar UMF 28 ³Especialista en Medicina Familiar, UMF 42</p>				
<p>Instrucciones: Lea cuidadosamente las preguntas, escriba la información que se solicita y marque con una sola “X” la respuesta que mejor se adecue a su realidad personal. Por favor, no olvide que debe responder todas las preguntas que se plantean sin dejar ninguna en blanco.</p>				
Folio:	Fecha (dd/mm/aa):			
Nombre del paciente:				
No. Seguridad Social:	No. Consultorio:	Turno: 1.- Matutino(____) 2.- Vespertino (____)	Teléfono:	
Edad: (años cumplidos)	Sexo: 1.- Mujer (____) 2.- Hombre (____)			
Estado civil: 1.- Soltero (____) 2.- Casado (____) 3.- Unión libre (____) 4.- Viudo (____) 5.- Divorciado (____)	Escolaridad: 1.- Primaria (____) 2.- Secundaria (____) 3.- Bachillerato (____) 4.- Técnico (____) 5.-Licenciatura (____) 6.- Posgrado (____)			
Ocupación: 1.- Obrero (____) 2.- Empleado (____) 3.- Hogar (____) 4.-Desempleado (____) 5.- Jubilado (____) 6.- Estudiante (____)	Antecedentes familiares asociados al tabaquismo: ¿Quién de los siguientes familiares fumaba? (Puede marcar más de 2 opciones) 1.- Padre (____) 2.- Madre (____) 3.- Abuelos maternos (____) 4.- Abuelos paternos (____)			
Estado de salud Actual: ¿Padece alguna de las siguientes enfermedades? (Puede marcar más de 2 opciones) 1.- Diabetes (____) 2.- Hipertensión (____) 3.- EPOC (____) 4.- Asma (____) 5.- VIH / SIDA (____) 6.- Enfermedad cardiovascular (____) 7.- Obesidad (____) 8.- Insuficiencia Renal Crónica (____) 9.- Cáncer (____) 10.- Otro (____) Especifique: _____				

HISTORIA DEL CONSUMO

<p>Edad de inicio del consumo de tabaco:</p> <p>1.- menos de 14 años ()</p> <p>2.- 15 a 20 años ()</p> <p>3.- 21 a 25 años ()</p> <p>4.- más de 25 años ()</p>	<p>Motivos por los cuales inició el consumo</p> <p>1.- Sentir aceptación por amigos ()</p> <p>2.- Presión del grupo de amigos ()</p> <p>3.- Curiosidad ()</p> <p>4.- Mejorar relación de pareja ().</p> <p>5.- Imitación a adultos (amigos o familiares) ()</p> <p>6.- Creí que me iba a ayudar a disminuir “ansiedad” “tensión”, enojo, preocupación o hambre ().</p> <p>7.- Creí que me iba ayudar a concentrarme mejor y evitar la fatiga ().</p> <p>8.- Evitar ser fumador pasivo. ()</p> <p>9.- Otro Especifique: _____</p>
<p>Edad en la que fumaba 5 cigarrillos o más:</p> <p>1.- 15 a 20 años () 2.- 21 a 25 años ()</p> <p>3.- 26 a 30 años () 4.- Más de 30 años ()</p>	<p>Cantidad actual de cigarrillos fumados al día:</p> <p>1.- De 1 a 5 cigarros () 2.- De 6 a 10 cigarros ()</p> <p>3.- De 11 a 15 cigarros () 4.- Más de 20 cigarros ()</p>
<p>Tiempo que tiene consumiendo esa cantidad:</p> <p>1.- Menos de 6 meses () 2.- 7 meses a 1 año ()</p> <p>()</p> <p>3.- 1 año a 3 años () 4.- De 4 años a 6 años ()</p> <p>()</p> <p>5.- Más de 6 años ()</p>	<p>Cantidad de veces que ha intentado dejar de fumar:</p> <p>1.- Nunca () 2.- De 1 a 2 veces ()</p> <p>3.- De 3 a 5 veces () 4.- Más de 6 veces ()</p>
<p>Método que utilizó para dejar de fumar (si lo ha intentado):</p> <p>1.- Terapia de reemplazo de nicotina (parches, goma de mascar, medicamentos para dejar de fumar sin nicotina) ()</p> <p>2.- Técnicas de relajación y/o meditación ()</p> <p>3.- Terapia psicológica ()</p> <p>4.- Autocontrol (evitando desencadenantes, retrasando el deseo de fumar por él o ella mismo (a) ()</p> <p>()</p> <p>5.- Otros (acupuntura, productos homeopáticos y suplementos herbarios) ()</p>	<p>¿Te gustaría dejar de fumar?</p> <p>1.- Si (___) 2.- No (___)</p>

ANEXO 4. CUESTIONARIO DE GRADO DE ADICCIÓN A LA NICOTINA DE FAGERSTRÖM

¹Jessica Velez Salazar.

²Nazario Uriel Arellano Romero.

³Jessica Camacho Ruiz

¹Médico Residente en Medicina Familiar, UMF 28.

²Especialista en Medicina Familiar UMF 28

³Especialista en Medicina Familiar,

UMF42

CUESTIONARIO DE GRADO DE ADICCIÓN A LA NICOTINA DE FAGERSTRÖM

Nombre del Paciente:

Fecha de aplicación:

Instrucciones: Lea cuidadosamente las preguntas, escriba la información que se solicita y marque con una sola "X" la respuesta que mejor se adecue a su realidad personal. Por favor, no olvide que debe responder todas las preguntas que se plantean sin dejar ninguna en blanco.

	Preguntas	Opciones	Puntuación
1	¿Cuánto tiempo transcurre desde que usted despierta hasta que fuma el primer cigarrillo?	Hasta 5 minutos () De 6 a 30 minutos () De 31 a 60 minutos () Más de 60 minutos ()	3 2 1 0
2	¿Encuentra dificultad para no fumar en lugares en los que está prohibido hacerlo?	Si () No ()	1 0
3	De todos los cigarrillos que consume durante el día, ¿cuál es el que más necesita?	El primero de la mañana () Cualquier otro ()	1 0
4	¿Cuántos cigarrillos fuma usted al día?	31 o más () Entre 21 y 30 () Entre 11 y 20 () 10 o menos ()	3 2 1 0
5	Después de consumir el primer cigarrillo del día, ¿fuma rápidamente algunos más?	Si () No ()	1 0
6	¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que guardar cama la mayor parte del día?	Si () No ()	1 0

Grado de dependencia:

Leve	0 a 3 puntos	Conversión: 1 pipa: 3 cigarrillos 1 puro pequeño: 3 cigarrillos 1 puro grande: 5 cigarrillos
Moderada	4 a 6 puntos	
Alta	7 o más puntos	

ANEXO 5. RECOMENDACIONES PARA NO FUMAR

¹Jessica Velez Salazar. ²Nazario Uriel Arellano Romero. ³Jessica Camacho Ruiz ¹Médico Residente en Medicina Familiar, UMF 28. ²Especialista en Medicina Familiar UMF 28 ³Especialista en Medicina Familiar

- Desechar todos los cigarrillos, limpiar los ceniceros, deshacerse de cerillos y encendedores.
- Pensar en cualquier imagen negativa acerca del cigarro.
- Adoptar una actitud positiva, tratar de concebirse como ex fumador.
- Cada vez que sienta deseos de fumar, inicie un sencillo ejercicio de relajación. Respire profundamente las veces que sea necesario, inhale por la nariz, sostenga el aire algunos segundos y exhale por la boca, lentamente. Este ejercicio le ayudará a reducir la ansiedad.
- Siempre que le sea posible camine o trate de iniciar algún plan de ejercicio físico.
- Después de comer de cortos paseos.
- Si usted desea, puede hacer pública su decisión de dejar de fumar. Haga comentarios con amigos, familiares y compañeros de trabajo de la importancia que tiene para usted, lograr su objetivo y mantenerse sin fumar.
- Reúnase con amigos que no fuman.
- Acuda a lugares donde no se permite fumar como en cines, museos, teatros, etc.
- Busque algo que hacer con sus manos, tejer, juegue con plastilina, con esferas anti estrés, arregle el jardín, etc.
- Procure modificar sus hábitos asociados a la conducta de fumar, tales como: tomar café o bebidas alcohólicas, reuniones sociales, hablar por teléfono.
- Aliméntese con una dieta balanceada, evite las comidas con demasiada grasa, tenga frutas y verduras para masticar, ramitas de orozuz.
- Visite a su dentista para que le realice una limpieza dental. Además cepille sus dientes con frecuencia.
- Busque nuevos intereses, disfrute de un buen masaje, escuche su música favorita, piense en lugares nuevos para ir de vacaciones.
- Consuma líquidos como: agua (mínimo 8 vasos al día), jugos, leche.
- Disfrute del dinero que ahorrará no fumando: compre libros, asista al teatro, al cine.
- Aprecie el hecho de que no necesita un cigarro para sentirse bien

ANEXO 6. GUÍA PRÁCTICA PARA DEJAR DE FUMAR.

¹Jessica Velez Salazar. ²Nazario Uriel Arellano Romero. ³Jessica Camacho Ruiz ¹Médico Residente en Medicina Familiar, UMF 28. ²Especialista en Medicina Familiar UMF 28 ³Especialista en Medicina Familiar UMF 42

EL CIGARRO ES UN VENENO PARA SU SALUD Prepárese para dejar de fumar:



• Puede fumar, pero cada vez que encienda un cigarrillo piense por qué lo hace y si verdaderamente es del todo imprescindible

• Trate de hacerse un registro personal como fumador. Descubra las situaciones que asocia con la necesidad de fumar y evítelas. Comprobará que disminuye el número de cigarrillos que fuma y que empieza a controlar la urgencia de fumar. Felicítese por ello

Elija un día para dejar de fumar y anótelo: Día: _____ Mes: _____

¿Qué hacer el primer día sin fumar?

• Procure levantarse un poco antes de la hora habitual y haga el firme propósito de dejar de fumar sólo por hoy

• Haga un poco de ejercicio respirando aire puro. Note cómo el aire puro y oxigenado invade tus pulmones. Aire puro, no humo

• Procure no comer abundantemente y, sobre todo, después de comer no se tome un descanso para leer o ver la TV. No se le ocurra quedarse quieto. Haga algo.

• Piense que este cambio de sus hábitos diarios no durará toda la vida.

Una docena de consejos que no debe olvidar:

• Piense en dejar de fumar sólo por el día presente

• Dejar de fumar es difícil, pero no imposible. Merece la pena el esfuerzo

• Procure comer muchas veces y poco cada vez. Evite el consumo de bebidas alcohólicas y excitantes (café, té, etc.). Los jugos naturales, las verduras, las frutas y el pan integral serán sus mejores alimentos durante este periodo

• Durante los primeros días sentirá un deseo intermitente y muy fuerte de fumar. Pero no se preocupe, existe una forma de enfrentarse y vencer este deseo: «relájese, respire profundamente y sienta cómo el aire puro y limpio invade sus pulmones. Reténgalo todo el tiempo que pueda en su interior y sáquelo lentamente, concéntrese en lo que está haciendo. Repita esto varias veces

• Tenga presente que el deseo imperioso de fumar disminuye considerablemente después de la segunda a tercera semana

• Su riesgo de padecer enfermedades están disminuyendo cada día que supera sin fumar

• El estado de su piel y su capacidad para distinguir los sabores y olores mejorará notablemente con el abandono del consumo de tabaco

• Descubra que en las situaciones de tensión, usted es el único capaz de dominarlas, no necesita para nada el cigarrillo. Ahora es usted quien domina al tabaco

• Ahorre todo el dinero que antes derrochaba en el tabaco. Cuando tenga una buena cantidad, regálese eso que tantas veces ha querido comprar

• Tenga cuidado, puede engordar. No obstante, si vigila su dieta, solo ganará escasos kilos que después puede eliminar fácilmente

• Felicítese cada día que pasa, porque esta vez seguro que va a conseguir dejar el tabaco

• No ceda nunca, ni siquiera por un solo cigarrillo.

8 de cada 10 casos de cáncer de pulmón ocurren en grandes fumadores.

Decídete a dejar de fumar te sentirás mejor, mejorará tu salud y la de tu familia, dejarás de depender del tabaco y tu economía te lo agradecerá

EN LA UMF 28 ESTAMOS PARA ORIENTARTE.



shutterstock.com - 133053587

ANEXO 7. CONSENTIMIENTO INFORMADO



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

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre y NSS paciente:

Nombre del estudio:

“Evaluación del grado de adicción a la nicotina en pacientes fumadores de 25 a 39 años de la UMF No 28 del IMSS”

Patrocinador externo (si aplica):

No aplica

Lugar y fecha:

Unidad de Medicina Familiar No. 28 Gabriel Mancera. Gabriel Mancera 800, Colonia Del Valle, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03100, Ciudad de México, Julio 2021

Número de registro:

R – 2021 – 3706 – 141

Justificación y objetivo del estudio:

El investigador me ha informado que el fumar es un problema de salud pública; pues además de que produce daños en casi todos los órganos del cuerpo, es la principal causa prevenible de muerte en todo el mundo, puede llevar a mayor riesgo de presentar enfermedades crónicas como: la Diabetes (azúcar alta), Hipertensión (presión alta) y cáncer. Aumentando el riesgo de fallecimiento y de padecer otras enfermedades hasta 4 veces en fumadores con tabaquismo intenso, generando repercusiones en mi salud y afectando incluso a quienes me rodean. Por lo que entiendo que el **objetivo del estudio es:** Evaluar el grado de adicción a la nicotina en pacientes de 25 a 39 años derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 28 del I.M.S.S.

Procedimientos:

Se me hace una cordial invitación para participar en este proyecto de investigación. Si cumplo con las condiciones necesarias y si acepto participar, se me otorgarán dos cuestionarios que contendrán preguntas de fácil entendimiento sobre mis datos generales e información asociada a mi historia de consumo de tabaco para conocer mi grado de adicción a la nicotina. Posteriormente el investigador recabará mis datos, me orientará sobre las complicaciones del tabaquismo y me otorgará una serie de recomendaciones para dejar de fumar así como una guía práctica para dejar de hacerlo. Durante la aplicación de los cuestionarios, la explicación de las complicaciones del tabaquismo y las recomendaciones para dejar de fumar se empleará un tiempo estimado de 10 minutos.

Posibles riesgos y molestias:

El investigador me ha explicado que este proyecto de investigación es de riesgo mínimo. Se me informa que puedo solicitar orientación sobre mis dudas en cualquier momento y cuando decida aplicar las recomendaciones para dejar de fumar es posible que presente síntomas como tener antojos de fumar, sentirme desanimado o triste, tener dificultad para dormir, sentirme irritable, nervioso o de mal humor, tener dificultad para pensar con claridad y concentrarme, sentirme inquieto y ansioso, tener más apetito e incluso aumentar de peso, los cuales no ponen en riesgo mi vida y disminuyen progresivamente, sin embargo, en caso de necesitar orientación o valoración médica, podré solicitarla en cualquier momento en esta Unidad de Medicina Familiar. De igual manera invertiré tiempo al realizar los cuestionarios, lo que puede resultar incómodo.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:

Se me informa que el beneficio al formar parte de esta investigación es conocer mi grado de adicción a la nicotina y recibir la información necesaria acerca de las complicaciones del consumo de tabaco, así como recomendaciones y una guía práctica para dejar de fumar, se notificará por escrito a mi médico familiar para que realice un abordaje de acuerdo a mi caso y de ser necesario me envíe a los Centros de Atención de Adicciones disponibles en la Institución para mi atención y manejo, todo esto con la intención de mejorar mi calidad de vida. Además de que mi participación ayudará a conformar una base de datos con la finalidad de crear estadísticas para determinar el grado de adicción a la nicotina en la UMF28. No obtendré compensación económica alguna por mi participación.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

Con base en el grado de adicción a la nicotina se notificará por escrito a mi médico familiar y de ser necesario me envíe a los Centros de Atención de Adicciones disponibles en la Institución, en caso de decidir dejar de fumar mi médico familiar me brindará la información necesaria sobre el tratamiento de acuerdo a mi caso.

Participación o retiro:

Se me informa que mi participación es **voluntaria** y que, si decido retirarme o no participar, continuaré teniendo acceso a los servicios de salud u otras prestaciones que recibo en el IMSS. Así mismo puedo hacer las preguntas que desee al inicio o a lo largo del estudio a la persona encargada del estudio.

Privacidad y confidencialidad:

Se me ha asegurado que la información que se obtenga como parte de este estudio será confidencial, que no se

mencionará mi nombre, ni se me identificará de otras formas, en este trabajo o cualquier otro derivado del 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 y que se me apliquen las encuestas solo para este estudio
- Si acepto participar y que se me apliquen las encuestas para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): No aplica

Beneficios al término del estudio: El paciente conocerá su grado de adicción a la nicotina, se brindará información de las complicaciones de tabaquismo, una serie de recomendaciones para dejar de fumar así como una guía práctica para dejar de hacerlo, se otorgará una notificación por escrito a su médico tratante para que conozca su grado de adicción a la nicotina y realice el adecuado abordaje para que obtenga un mejor estilo de vida y en caso necesario se envíe a los Centros de Atención de Adicciones disponibles en la Institución para su atención y manejo.

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

Investigador Responsable: Nazario Uriel Arellano Romeo. Matrícula: 98374513. E-mail: bjuriel@hotmail.com Unidad de Medicina Familiar No. 28 "Gabriel Mancera", Especialista en Medicina Familiar. Tel: (55) 55 59 60 11; Ext: 21722. Sin fax

Colaboradores: Jessica Camacho Ruiz. Matrícula: 98370426. E-mail: jeskaru@hotmail.com Unidad de Medicina Familiar No. 42, Asesor Médico Familiar. Tel: 2227089824. Sin fax
Jessica Velez Salazar. Matrícula: 97376312. E-mail: jess.velez.salazar@gmail.com Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 28 "Gabriel Mancera, Médico Residente de la especialidad de Medicina Familiar," Tel: 55 48 61 93 43. Sin fax

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 participante

Jessica Velez Salazar

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre y firma

Nombre y firma

Clave: 2810-009-013

ANEXO 8. CARTA DE NO INCONVENIENTE

¹Jessica Velez Salazar. ²Nazario Uriel Arellano Romero. ³Jessica Camacho Ruiz ¹Médico Residente en Medicina Familiar, UMF 28. ²Especialista en Medicina Familiar UMF 28 ³Especialista en Medicina Familiar



GOBIERNO DE
MÉXICO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
O.O.A.D. SUR CDMX
Jefatura de Prestaciones Médicas



Ciudad de México, a 23 de Septiembre 2021.

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

O.O.A.D. CDMX Sur

PRESENTE

Por medio del presente, manifiesto que **NO EXISTE INCONVENIENTE** en que se lleve a cabo el protocolo de investigación: "Evaluación del grado de adicción a la nicotina en pacientes fumadores de 25 a 39 años de edad de la UMF 28 del IMSS", en la Unidad a mi cargo bajo la responsabilidad del investigador principal Dr. Nazario Uriel Arellano Romero, Médico Familiar, adscrito a esta unidad, con Matrícula 98374513 y colaboradores Dra. Jessica Camacho Ruíz, Médico Familiar, Matrícula 98370426 y la Médica Residente de Segundo Año Jessica Vélez Salazar, con Matrícula 97376312.

El presente protocolo tiene como objetivo evaluar el grado de adicción a la nicotina en pacientes fumadores de 25 a 39 años derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 28 del I.M.S.S.

Sin otro particular reciba un cordial saludo.

Atentamente:

Dra. Katia Gabriela Cruz Nuñez
Directora UMF No. 28 "Gabriel Mancera"



IMSS
U.M.F. No. 28
DIRECCIÓN



ANEXO 9. DICTAMEN DE APROBACIÓN BIOÉTICA

¹Jessica Velez Salazar. ²Nazario Uriel Arellano Romero. ³Jessica Camacho Ruiz ¹Médico Residente en Medicina Familiar, UMF 28. ²Especialista en Medicina Familiar UMF 28 ³Especialista en Medicina Familiar



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité de Ética en Investigación 37038.
U MED FAMILIAR NUM 21

Registro COFEPRIS 17 CI 09 017 017

Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 09 CEI 003 20190403

FECHA Martes, 12 de octubre de 2021

M.E. NAZARIO URIEL ARELLANO ROMERO

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título "**EVALUACIÓN DEL GRADO DE ADICCIÓN A LA NICOTINA EN PACIENTES FUMADORES DE 25 A 39 AÑOS DE LA UMF No 28 DEL IMSS**" que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

Sin número de registro

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE


Dra. ALYNE MENDO REYGADAS

Presidente del Comité de Ética en Investigación No. 37038

Imprimir

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

ANEXO 10. REGISTRO INSTITUCIONAL

¹Jessica Velez Salazar. ²Nazario Uriel Arellano Romero. ³Jessica Camacho Ruiz ¹Médico Residente en Medicina Familiar, UMF 28. ²Especialista en Medicina Familiar UMF 28 ³Especialista en Medicina Familiar



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **3703**.
U MED FAMILIAR NUM 21

Registro COFEPRIS **17 CI 09 017 017**
Registro CONBIOÉTICA **CONBIOETICA 09 CEI 003 20190403**

FECHA Jueves, 21 de octubre de 2021

M.E. NAZARIO URIEL ARELLANO ROMERO

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **"EVALUACIÓN DEL GRADO DE ADICCIÓN A LA NICOTINA EN PACIENTES FUMADORES DE 25 A 39 AÑOS DE LA UMF No 28 DEL IMSS"** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

R-2021-3703-141

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE


Dr. PAULA AVALOS MAZA
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3703

Imprimir

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL