



BUAP

Facultad de Medicina
Unidad de Medicina Familiar No. 2

**ESPACIO 100% LIBRE DE HUMO DE TABACO
Efectos de su implementación en la UMF 2, Puebla.**

Tesis para obtener el Diploma de
Especialidad en Medicina Familiar

Presenta
Dra. Zitlalli Portillo García

Director
Dr. Federico Héctor Marín Martínez

Asesores
Dr. Ulises Cruz Apanco
Dra. Socorro Méndez Martínez
Dra. Elizabeth Méndez Fernández



H. Puebla de Zaragoza, Febrero, 2019.

AUTORIZACIÓN DE TESIS

La presente investigación fue realizada en la Unidad de Medicina Familiar Núm. 2,
bajo la siguiente dirección:

Dr. Federico Héctor Marín Martínez

Dr. Ulises Cruz Apanco

Dra. Socorro Méndez Martínez

Dra. Elizabeth Méndez Fernández

Quienes han revisado el contenido científico de la misma, autorizando su
impresión.

Con el título:

**“ESPACIO 100% LIBRE DE HUMO DE TABACO
Efectos de su implementación en la UMF 2, Puebla”**

Registro IMSS: R-2016-2103-19

Autor principal: **Zitlalli Portillo García**

ACEPTACIÓN DE PROTOCOLO

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud **2103** con número de registro **13 CI 21 114 220** ante COFEPRIS

U MED FAMILIAR NUM 2, PUEBLA

FECHA 29/12/2016

DRA. ELIZABETH MENDEZ FERNANDEZ

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

"ESPACIO 100% LIBRE DE HUMO DE TABACO" Efectos de la implementación en la UMF 2, Puebla.

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, 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 U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro

R-2016-2103-19

ATENTAMENTE

DR. (A) JOSÉ DAVID LÓPEZ BORBOLLA

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 2103

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DEDICATORIA

A MI FAMILIA



AGRADECIMIENTOS

Dra. Elizabeth Méndez Fernández

Coordinadora clínica de Educación e Investigación en Salud
Unidad de Medicina Familiar No. 2. Puebla.

Dra. Socorro Méndez Martínez

Coordinadora Auxiliar de Investigación en Salud
Delegación Puebla

Por enseñarme las labores administrativas.

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN.....	10
ABSTRACT.....	11
INTRODUCCIÓN.....	12
CAPÍTULO 1 PROPÓSITO Y ORGANIZACIÓN	14
1.1 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	14
1.2 PREGUNTA DE LA INVESTIGACIÓN.....	15
1.3 OBJETIVO GENERAL	16
1.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
1.5 JUSTIFICACIÓN	17
CAPÍTULO 2 MARCO TEÓRICO	19
2.1 GENERAL	19
2.2 ESPECÍFICO	34
CAPÍTULO 3 METODOLOGÍA.....	37
3.1 TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	37
3.2 HIPÓTESIS.....	38
3.3 DESARROLLO METODOLÓGICO	39
3.4 SELECCIÓN DE LA MUESTRA Y MUESTREO	42
3.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	46
3.6 RESULTADOS	48
3.6 DISCUSIÓN.....	75
CAPÍTULO 4 CONCLUSIONES.....	78
4.1 RELATIVAS A LOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS	78
4.2 RELATIVAS AL OBJETIVO GENERAL	82
4.3 LIMITACIONES	83
4.4 RECOMENDACIONES	84
REFERENCIAS.....	89
ANEXOS.....	92

ÍNDICE DE IMÁGENES

Imagen 1 Estela maya representando a sacerdotes fumando.....	19
Imagen 2 Dia mundial sin tabaco. 31 de Mayo.	25
Imagen 2 Fases por las que se deja de fumar	27
Imagen 3 Planta de tabaco	33
Imagen 4 Cartel y folletos del programa ELHT	107

ÍNDICE DE ESQUEMAS

Esquema 1 Algoritmo de desarrollo metodológico.....	41
Esquema 2 Algoritmo para dictaminar ELHT.....	97

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Sustancias del tabaco causales de enfermedades específicas	26
Tabla 2 Tareas del profesional de la salud según las fases del cambio.....	32
Tabla 3 Promedio de edad en usuarios	48
Tabla 4 Ocupación de los usuarios	48
Tabla 5 No. de hijos en usuarios.....	49
Tabla 6 Estado civil de los usuarios	49
Tabla 7 Escolaridad de los usuarios.....	49
Tabla 8 No. de hijos de los usuarios	50
Tabla 9 Índice tabáquico en los usuarios.....	50
Tabla 10 Deseo de dejar de fumar. Usuarios	50
Tabla 11 Convivencia con fumadores. Usuarios.....	51
Tabla 12 Familiar que fuma	51
Tabla 13 ¿Trabaja en ambiente de fumadores?.....	51
Tabla 14 Fumar afecta la salud.....	52
Tabla 15 El humo de tabaco es perjudicial	52
Tabla 16 Días en que fumaron en el trabajo	52
Tabla 17 Política oficial sobre fumar en la UMF.....	53
Tabla 18 Prohibición de fumar en la UMF 2	53
Tabla 19 Política respecto al cigarro en la UMF 2	53
Tabla 20 Reacción al ver a alguien fumar.....	54
Tabla 21 Test de Fagerstrom	54
Tabla 22 Motivación para fumar en las mujeres.....	54
Tabla 23 Motivación para fumar en los hombres	55
Tabla 24 Promedio de edad en trabajadores	56
Tabla 25 Ocupación de los trabajadores	56
Tabla 26 Tipo de contratación	56
Tabla 27 Escolaridad de los trabajadores.....	57
Tabla 28 Porcentaje de trabajadores fumadores.....	57
Tabla 29 Índice tabáquico en los trabajadores	57
Tabla 30 Deseo de dejar de fumar en trabajadores.....	58
Tabla 31 Convivencia con fumadores trabajadores	58

Tabla 32 Familiar que fuma	58
Tabla 33 Trabaja en ambiente de fumadores	59
Tabla 34 Fumar afecta la salud	59
Tabla 35 El humo de tabaco es perjudicial	59
Tabla 36 Días en que fumaron en el trabajo	60
Tabla 37 Política oficial sobre fumar en la UMF	60
Tabla 38 Prohibición de fumar en la UMF 2	60
Tabla 39 Política respecto al cigarro en la UMF 2	61
Tabla 40 Reacción al ver a alguien fumar	61
Tabla 41 Test de Fagerstrom en trabajadores.....	61
Tabla 42 Motivación para fumar en las mujeres.....	62
Tabla 43 Motivación para fumar en los hombres	62
Tabla 44 Contraste antes y después en la frecuencia de fumar en usuarios.....	63
Tabla 45 Contraste antes y después en el deseo de fumar en trabajadores	63
Tabla 46 Contraste fumar afecta gravemente su salud	64
Tabla 47 Contraste el humo de tabaco es perjudicial para las personas que no fuman	64
Tabla 48 Contraste antes y después si conoce la política oficial (frase)	65
Tabla 49 Contraste si está de acuerdo con el programa ELHT	65
Tabla 50 Contraste si conoce la política con respecto al cigarro	66
Tabla 51 Contraste en el test de Fagerstrom	66
Tabla 52 Diferencia de medias índice tabáquico.....	67
Tabla 53 Contaste índice tabáquico	68
Tabla 54 Contraste antes y después en la frecuencia de fumar en trabajadores.....	69
Tabla 55 Contraste antes y después en el deseo de fumar en trabajadores	69
Tabla 56 Contraste fumar afecta gravemente su salud	70
Tabla 57 Contraste el humo de tabaco es perjudicial para las personas que no fuman	70
Tabla 58 Contraste antes y después en el deseo de fumar en trabajadores	71
Tabla 59 Contraste antes y después en el deseo de fumar en trabajadores	71
Tabla 60 Contraste si está de acuerdo con el programa ELHT	72
Tabla 61 Contraste si conoce la política con respecto al cigarro	72
Tabla 62 Contraste en el test de Fagerstrom	72
Tabla 63 Diferencia de medias índice tabáquico.....	73
Tabla 64 Contraste índice tabáquico	74
Tabla 65 Cédula de autoevaluación para reconocimiento ELHT.....	99
Tabla 66 Categorización del personal en la UMF 2	109

ESPACIO LIBRE DE HUMO DE TABACO. Efecto de su implementación en la UMF2, IMSS – Puebla

Zitlalli Portillo García*, Elizabeth Méndez Fernández***, Socorro Méndez Martínez****, Ulises Cruz Apanco*****, Federico Héctor Marín Martínez*****

* Residente de 3er año de Medicina Familiar. UMF 2. setareh2485@gmail.com

** Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud.

*** Coordinador Auxiliar de Investigación en Salud.

**** Coordinador de Planeación y Enlace Institucional.

Delegación Puebla. Instituto Mexicano del Seguro Social.

***** Médico Urgenciólogo, HGZ5, Metepec.

Introducción: En México, en 2008, existían 14 millones de fumadores. En 2014, la ENA reporta que la prevalencia del consumo de tabaco en estudiantes de secundaria y bachillerato de 30.4% y 34% respectivamente. El ambiente de trabajo no debe estar contaminado por el humo del cigarro, para un mejor desempeño laboral.

Objetivo: Determinar los efectos de la implementación del programa ELHT.

Metodología: Estudio cuasiexperimental, muestra probabilística. Se pusieron en práctica las líneas estratégicas de ELTIMSS. Se aplicaron 2 evaluaciones validadas antes y después de implementar el programa (motivación, dependencia y factores sociodemográficos). Se utilizó estadística descriptiva e inferencial (McNemar, Wilcoxon, X²) mediante el programa SPSS. Aprobado por el comité local de investigación y ética.

Resultados: El 16.9% de los usuarios fuma (3.2% son mujeres y el 13.7% son hombres). El 18% de los trabajadores fuma. Su motivación es por estimulación y manipulación. El 14.3% de los fumadores usuarios tienen dependencia moderada. Los trabajadores que fuman presentan dependencia baja. Tanto en los usuarios como en los trabajadores se mejoró el nivel de conocimientos sobre la política de ELHT, ($p < 0.05$).

Conclusiones: Se puede afirmar que: después de la implementación del programa, tanto usuarios como trabajadores saben que fumar afecta gravemente su salud, que el humo de tabaco en el ambiente es perjudicial para los que no fuman y ahora conocen la política de ELHT. Se participó en las olimpiadas de la Innovación del IMSS, fase delegacional.

Palabras clave: Espacio Libre de Humo de Tabaco, Tabaquismo, IMSS.

ABSTRACT

TOBACCO SMOKE FREE SPACE. Effect of its implementation in the UMF2, IMSS - Puebla

Zitlalli Portillo García *, Elizabeth Méndez Fernández **, Socorro Méndez Martínez ***, Ulises Cruz Apanco ****, Federico Héctor Marín Martínez *****

* Resident of 3rd year of Family Medicine. UMF 2. setareh2485@gmail.com.

** Clinical Coordinator of Education and Health Research.

*** Auxiliary Coordinator of Health Research.

**** Planning and Institutional Liaison Coordinator.

***** Urgent Physician, HGZ5, Metepec.

Puebla Delegation. Mexican Social Security Institute.

Introduction: In Mexico, in 2008, there were 14 million smokers. In 2014, the ENA reports that the prevalence of tobacco consumption in secondary and high school students of 30.4% and 34% respectively. The work environment should not be contaminated by cigarette smoke, for a better work performance.

Objective: To determine the effects of the implementation of the ELHT program.

Methodology: Quasi-experimental study, probabilistic sample. The strategic lines of ELTIMSS were put into practice. Two validated evaluations were applied before and after implementing the program (motivation, dependence and sociodemographic factors). Descriptive and inferential statistics (McNemar, Wilcoxon, X²) were used through the SPSS program. Approved by the local committee of investigation and ethics.

Results: 16.9% of users smoke (3.2% are women and 13.7% are men). 18% of workers smoke. His motivation is for stimulation and manipulation. 14.3% of the smokers users have moderate dependence. Workers who smoke have low dependency. Both the users and the workers improved the level of knowledge about the ELHT policy ($p < 0.05$).

Conclusions: It can be affirmed that after the implementation of the program both users and workers know that smoking seriously affects their health, that tobacco smoke in the environment is harmful for those who do not smoke and now they know the policy of ELHT. Participated in the Innovation Olympiad of the IMSS, delegational phase.

Keywords: Tobacco Smoke Free Space, Tobacco, IMSS.

INTRODUCCIÓN

El tabaco es una planta procedente de América, con olor fuerte, tallo grueso de la que salen hojas gruesas, tiene diversas sustancias nocivas que pueden causar cáncer al fumador, sin embargo no solo él pone en peligro su bienestar, sino de todas las personas que están a su alrededor. El peligro es de tal magnitud que expertos aseguran que ocasiona más muertes que el SIDA, accidentes de tráfico, violencia y consumo de alcohol.

Fumar no solo es un mal hábito, sino que es un vicio; quien fuma se hace dependiente tanto física, psicológica como socialmente. Pero ¿qué es lo que hace esta dependencia? La nicotina es una sustancia que tarda al menos 10 segundos en llegar al cerebro y liberar dopamina, que ocasiona placer y bienestar.

Quien está alrededor del fumador también recibe los efectos nocivos del cigarro, es por ello que organismos internacionales, nacionales y estatales regulan dicha exposición creando el Programa Espacio Libre de Humo de Tabaco, mismo que retoma el IMSS para la aplicación y certificación en todas sus instalaciones.

En nuestro país, solo Estados como Veracruz, México, Jalisco, Zacatecas, Sinaloa, Nuevo León, Tabasco y Baja California cumplen con dicha certificación estatal.

En Puebla, ninguna unidad de salud (hospital y unidad de medicina familiar) de la delegación está certificada, por lo que surgió la idea de participar en las Olimpiadas de la Innovación para exponer el presente trabajo y facilitar dicho proceso, creando la nueva versión para certificar unidades ELHT, con sus manuales dirigidos a personal clínico, no clínico y usuarios; todo apegado a las directrices de COFEPRIS, normas oficiales mexicanas y normatividad institucional.

Los resultados que se presentan pueden llevar a nuevas directrices en esta línea de investigación, por lo que se espera sea un ejemplo para las nuevas generaciones de residentes de Medicina Familiar y para quienes toman las decisiones en el IMSS mejorando así, las políticas de salud en beneficio de todos.

CAPÍTULO 1

PROPÓSITO Y ORGANIZACIÓN

CAPÍTULO 1 PROPÓSITO Y ORGANIZACIÓN

1.1 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

El tabaquismo es un problema de salud en Puebla, México y el mundo. Mientras más jóvenes inician a consumir el tabaco más son los efectos adversos para la salud, por eso la importancia de eliminar el consumo de tabaco y la exposición al humo de éste, aún más en espacios que promueven la salud como lo son la Unidades de Medicina Familiar (UMF) del IMSS.

El tabaquismo es un factor de riesgo evitable, por si solo es responsable de una elevada mortalidad por cáncer, principalmente de pulmón. Es por ello que, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha denominado al tabaco como una amenaza para el desarrollo de los países recomendando la aplicación de las medidas de control para su consumo, comercialización y publicidad.

En 2014, en la Encuesta Nacional de Adicciones, se reporta que la prevalencia del consumo de tabaco en los estudiantes de secundaria y bachillerato es de 30.4% y 34% respectivamente. En la primaria es de 6.5%, predominando en hombres (8.9%) y mujeres 4%. (1)

Si bien se cuenta con la Ley de Protección a los NO fumadores para el estado de Puebla; es necesario consolidar el programa “Espacio libre de humo de tabaco” en nuestra institución porque de acuerdo a la ENA, la incidencia de consumo activo de tabaco es de 21.6%, apenas debajo de la media nacional (21.7%). Y una prevalencia para mujeres de 22.3 y para hombres de 31% en edades de 13 y 15 años. (1)

Al implementar el programa “espacio libre de humo de tabaco”, contribuiremos a la disminución de este factor de riesgo para diversas enfermedades, principalmente las cardiovasculares tanto en la población usuaria como en los trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social.

1.2 PREGUNTA DE LA INVESTIGACIÓN

El tabaquismo es un factor de riesgo prevenible y fácilmente detectable, es por ello que nuestra institución de salud, mediante campañas de difusión y de educación nos proponemos combatirlo, surgiendo la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los efectos de la implementación (en usuarios, personal e imagen) del programa “ESPACIO 100% LIBRE DE HUMO DE TABACO” en la UMF 2, Puebla?

1.3 OBJETIVO GENERAL

- ★ Determinar los efectos de la implementación en usuarios, personal e imagen del programa “Espacio libre de humo de tabaco” en la UMF 2, Puebla.

1.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ★ Describir los factores sociodemográficos y tabáquicos en usuarios y trabajadores.
- ★ Determinar la prevalencia de los consumidores de tabaco en trabajadores y usuarios en relación al género.
- ★ Estimar el tipo de motivación que tienen tanto los usuarios como los trabajadores para fumar por género.
- ★ Determinar los conocimientos respecto al tabaquismo y ELHT antes y después de la implementación del programa.
- ★ Estimar el tipo de dependencia al tabaco en antes y después del programa en usuarios y trabajadores en relación al género.
- ★ Estimar el índice tabáquico en usuarios y trabajadores antes y después del programa ELHT.
- ★ Describir la afectación que tiene la familia con respecto a la exposición al humo de tabaco

1.4.1 OBJETIVO ADICIONAL

- ★ Valorar las especificaciones para reconocer oficialmente a la UMF 2 como ELHT posterior a la implementación del programa.

1.5 JUSTIFICACIÓN

El tabaquismo es un problema de salud universal debido a su alta prevalencia mundial afectando a grupos vulnerables como niños y mujeres, también es un importante factor de riesgo para desarrollar enfermedades cardiovasculares, pulmonares y pérdida de años de vida saludables, siendo necesaria su limitación en el seno familiar.

El consumo de tabaco en México es un problema de salud pública, con mayor arraigo social, cuyos costos y consecuencias sociales y sanitarias, impiden el desarrollo de familias y comunidades. Se ha identificado claramente el efecto adverso del humo de tabaco sobre la salud, sin embargo, de manera reciente las políticas de salud se han dirigido con mayor fuerza para reducir, eliminar su consumo y salvar vidas. El consumo de cigarros es una causa prevenible de pérdida de salud, discapacidad y muerte prematura; es por ello que las políticas deben estar dirigidas a su eliminación total, el programa ambiente 100% libre de humo de tabaco cuesta poco y es bueno para las familias.

El presente trabajo evaluará el efecto que tiene el programa espacio libre de humo de tabaco al incidir sobre usuarios, personal y la imagen institucional; debido a que es esencial que el ambiente de trabajo no esté contaminado por el humo del cigarro, incrementando así la calidad de vida y productividad de todos los empleados que pasan más de un tercio de su día en el centro laboral, así como a los derechohabientes. Además de las recomendaciones y lineamientos del programa, es importante implementar innovadoras prácticas para evitar y erradicar el hábito del tabaquismo entre los trabajadores y usuarios del IMSS, mediante algoritmos de identificación, prevención, diagnóstico y derivación a las instancias correspondientes.

Consolidando el programa mejorará el ambiente de trabajo, estimulará la conciencia personal para dejar de fumar y la familia se desarrollará plenamente.

De manera preliminar a este estudio, se aplicó la cédula de autoevaluación para el reconocimiento de ELHT, encontrando un puntaje de 17, con el cual no se certificaría a la UMF como “libre de humo de tabaco” (debe contar con 26 puntos).

Con la anterior evaluación, de acuerdo a los puntos clave obtenidos es por lo que se decidió principalmente incidir en la creación de un sistema de vigilancia o supervisión formal y organizada, dando pie a la creación del comité ELHT con sus documentos respectivos como acta constitutiva, minutas y reglamentos.

También se detectó que tanto el personal como los usuarios no conocen en qué consiste el programa, existiendo difusión limitada tanto de forma individual como en toda la unidad, es por ello que surge la iniciativa de realizar esta investigación.

CAPÍTULO 2

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 2 MARCO TEÓRICO

2.1 GENERAL

Historia

En América, los indígenas consumían tabaco o “pocyetl”, era especialmente usado por adivinos y sacerdotes en fiestas ceremoniales importantes, aspiraban el humo de tabaco con ayuda de un largo tubo. A partir del descubrimiento por parte de los españoles este hábito se generalizó y popularizó en las altas esferas de la aristocracia europea. (2)



Imagen 1 Estela maya representando a sacerdotes fumando

Las semillas del tabaco fueron llevadas a España en 1518, a Japón llegó en 1573, a Inglaterra en 1565, a Francia en 1560. En este último país la Reina Catalina de Medici lo popularizó y dio el nombre de Nicotiana, hierba de la reina o hierba del Prior. También las tropas al ganar batallas a manera de celebración, fumaban. (2)

En 1764, el virrey de la Nueva España Joaquín Montserrat, autorizó la prohibición de las siembras en todo el país, permitiéndose únicamente en Córdoba, Orizaba y añadiéndose a la gracia después Huatusco y Zongolica (Veracruz); para 1769, el gobierno autorizó la creación de las fábricas reales en seis ciudades: México, Puebla, Querétaro, Guadalajara, Oaxaca y Orizaba. (3)

El nombre botánico (*Nicotiana tabacum*) proviene del apellido Nicot Jean, embajador francés en Portugal. El tabaco era aspirado para aliviar el dolor de cabeza, sordera, eccemas, migrañas, dolores de muelas, ceguera y asma. (3)

Mundial

En el 2014, 83% de las muertes en el mundo se atribuyeron a enfermedades crónicas. Cada año el tabaco mata a 6 millones de personas y más de 600 000 muertes ocurren entre personas no fumadoras expuestas al humo de tabaco. El 80% de los mil millones de fumadores que hay en el mundo viven en países de ingresos bajo o medio. (4)

El tabaco es la principal causa de muerte prevenible en el mundo, es por ello que, la Organización Mundial de la Salud (OMS), identificó 6 medidas de control del tabaco basadas en la evidencia para reducir su consumo. En general, se denominan MPOWER: vigilar el consumo de tabaco y las políticas de prevención, proteger a la población del humo de tabaco, ofrecer ayuda para dejar el tabaco, advertir de los peligros del tabaco, hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad y aumentar los impuestos al tabaco. (5)

Los estudios de MPOWER y la OMS, han determinado que en los países en desarrollo se destinan a la atención médica de enfermedades atribuibles al consumo de tabaco entre el 6 y 15% del gasto anual en salud. En México, se estima que el gasto total anual del sistema de salud por la atención asciende a 45 mil millones de pesos. (6)

Existen 32 países, entre ellos México, que han aprobado las prohibiciones completas del tabaco en todos los lugares de trabajo, públicos y medios de transporte. Las intervenciones más efectivas para reducir el consumo de tabaco son (5):

- Incrementar el precio y los impuestos al producto.
- Regular legalmente el acceso a los productos del tabaco a adolescentes
- Realizar campañas masivas en medios de comunicación

El Convenio Marco de la OMS para el control del tabaco (CMCT/OMS) da a conocer 4 de los pilares en los que se sustentan las políticas para la prevención y el combate a la epidemia del tabaquismo (7) :

- Promoción de espacios 100% libres de humo de tabaco.
- Prohibición total de toda forma de publicidad, patrocinio y promoción.
- Incorporación de advertencias sanitarias y pictogramas a todo empaquetado y etiquetado de los productos del tabaco.
- Política fiscal para disminuir la demanda de productos de tabaco, principalmente entre los jóvenes y otros grupos vulnerables.
-

DÍA MUNDIAL SIN TABACO

La OMS en el marco del día mundial sin tabaco 2016, (31 de mayo) se planteó como objetivos (8):

- Subrayar el papel del empaquetado neutro como parte de un enfoque integral y multisectorial del control del tabaco.
- Facilitar la formulación de políticas por los Estados Miembros (EM) y la implantación mundial del empaquetado neutro proporcionando información significativa, convincente y persuasiva.
- Alentar a los EM a reforzar las medidas y restricciones relativas al empaquetado y etiquetado; en particular con respecto a la publicidad, la promoción y el patrocinio; a medida que avanzan hacia la adopción del empaquetado neutro de manera gradual.
- Apoyar a los EM y la sociedad civil en sus esfuerzos contra la injerencia de la industria tabacalera en los procesos políticos conducentes a la adopción de leyes sobre el empaquetado neutro.

En los Estados Unidos, casi la mitad de los empleados trabajan en espacios donde se prohíbe fumar o áreas públicas comunes y más de 80% laboran en compañías que han establecido políticas respecto a la implementación de los “espacios libres de humo de tabaco”. (9)

Mediante revisiones sistemáticas, se demostró que la implementación de lugares de trabajo libre de humo de tabaco, se ha asociado a un decremento en la prevalencia del consumo de tabaco cerca de 4%. En Inglaterra la exposición al humo de tabaco en el lugar de trabajo se ha calculado como responsable de 617 muertes de trabajadores por año. El costo médico en este país es de 5 millones de libras esterlinas por año. (9)

México

La Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) en 2002, hace el reporte que el 26.4% de la población entre 12 y 65 años (16 millones) consumía tabaco y más de 50 millones estaba expuesto al humo. Las razones del inicio de consumo de tabaco fueron curiosidad y la convivencia con los fumadores. (1)

En México, en 2008, existían 14 millones de fumadores; 74% de ellos desean dejar de fumar, la edad promedio en que la población adolescente consumió tabaco por primera vez fue de 13.7 años. Los fumadores activos consumen en promedio 9 cigarrillos al día, de tal manera que en México se consumen 52 000 paquetes de cigarrillos por año. (1)

En 2011, la ENA reporta que el 21.7% de los mexicanos son fumadores activos, de los cuales 31.4% son hombres y 12.6 mujeres. El 8.9% de la población de entre 12 y 65 se dijo fumador (7.1 millones). La edad promedio del consumo diario de tabaco es de 20.6 años. Los adolescentes consumen diario 4.1 cigarrillos al día. (1)

En 2014, en la ENA, se reporta que la prevalencia del consumo de tabaco en los estudiantes de secundaria y bachillerato es de 30.4% y 34% respectivamente. En la primaria es de 6.5%, predominando en hombres (8.9%) y para mujeres 4%. (1)

En 2008, en Puebla, la Encuesta Global de Tabaquismo (EGT) en jóvenes, arroja una prevalencia por género para mujeres de 22.3 y para hombres de 31% en edades de 13 y 15 años. (1)

En México se ha creado incluso una línea telefónica llamada “VIVIR SIN TABACO” operada por Locatel (6-58-11-11) a fin de atender a quienes quieren dejar de fumar, como parte de las recomendaciones internacionales para combatir este mal. (10)

NORMATIVIDAD

En México, el Congreso de la Unión para cumplir con el Convenio Marco de la OMS, promulgó la Ley General para el Control del Tabaco, la cual fue aprobada el 14 de diciembre de 2007 por la Cámara de Diputados, y el 26 de febrero de 2008 por la Cámara de Senadores, fue publicada en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el 29 de mayo de 2008, entrando en vigor en agosto del mismo año. (11)

La Ley General para el control del Tabaco y su Reglamento (11), en su capítulo III, del consumo y protección contra la exposición al humo de tabaco dice:

- Artículo 26. Queda prohibido a cualquier persona consumir o tener encendido cualquier producto del tabaco en los espacios 100% libres de humo de tabaco, así como en las escuelas públicas y privadas de educación básica y media superior. En dichos lugares se fijarán en el interior y en el exterior los letreros, logotipos y emblemas que establezca la Secretaría.
- Artículo 27. En lugares con acceso al público, o en áreas interiores de trabajo, públicas o privadas, incluidas las universidades e instituciones de educación superior, deberán existir zonas exclusivamente para fumar, las cuales deberán de conformidad con las disposiciones reglamentarias:
 - o I. Ubicarse en espacios al aire libre, o
 - o II. En espacios interiores aislados que dispongan de mecanismos que eviten el traslado de partículas hacia los ELHT y que no sea paso obligado para los no fumadores.

- Artículo 28. El propietario, administrador o responsable de un ELHT, estará obligado a hacer respetar los ambientes libres de humo de tabaco establecidos en los artículos anteriores.
- Artículo 29. En todos los ELHT y en las zonas exclusivamente para fumar, se colocarán en un lugar visible letreros que indiquen claramente su naturaleza, debiéndose incluir un número telefónico para la denuncia por incumplimiento a esta Ley, sus reglamentos y demás disposiciones aplicables

Esta misma ley dice a quien incumpla con éstos preceptos, serán sancionadas administrativamente por las autoridades sanitarias, y va desde amonestación con apercibimiento, multa, clausura temporal o definitiva, que podrá ser total o parcial e incluso hasta 36 horas de arresto. (11)

De acuerdo, al Procedimiento para el Reconocimiento de ELHT (12) (13) cada instancia colaborará como se menciona a continuación:

- La subdirección de Apoyo y Coordinación Regional del Consejo Nacional para la Prevención y Control de las Adicciones (CONADIC), acude a reuniones de trabajo y distribuye la cédula de autoevaluación, para que el personal responsable de implementar el Procedimiento para la Protección contra la Exposición al Humo de Tabaco.
- Personal de la Dirección técnica del CONADIC o personal del Centro Estatal contra las Adicciones (CECA) (14), realizarán 4 visitas (en un plazo no menor a 7 días cada una) de asesoría y orientación para poder cumplir con los requisitos y en su caso, para la elaboración e implementación de programas correctivos para obtener el reconocimiento.
 - En cada visita aplicará la cédula debiendo obtener 4 calificaciones aprobatorias. Calificación mínima 26 puntos.
 - Se presentará con el trabajador de salud, informará el objetivo de su visita y la forma en que recorrerán el inmueble.
 - Preguntarán en cada visita en forma aleatoria a 1 directivo, 3 mandos medios y 5 trabajadores en general.
 - Los ítems 1, 2, 6, 7, 10, 11, 12 si son afirmativas en la primera visita se obviarán en las siguientes.
 - El ítem 8 se evaluará en talleres, cocinas, áreas de máquinas, baños, oficinas de directivos y de mandos medios.
 - La primera visita se acordará con la institución, las otras 3 serán sin previo aviso.
 - La quinta visita será la de verificación por parte de la Comisión Federal para la Protección contra riesgos Sanitarios (COFEPRIS) quien dictaminará el reconocimiento del edificio.

- La Dirección General CONADIC, recibe las evaluaciones y procede a la entrega de reconocimiento.

La Dirección General del Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones, es la responsable de emitir los indicadores que deberán cumplir los Espacios y Establecimientos Públicos y Privados con Acceso al público para ser certificados como Libres de Humo de Tabaco. Supervisa en 4 ocasiones al edificio o el área laborable. Los criterios para reconocer al edificio libre de humo de tabaco son (15):

1. ¿Existe en el edificio algún programa para la protección de los no fumadores?
2. ¿Existe difusión de dicho programa?
3. ¿Conocen los empleados el programa en cuestión?
4. ¿Conocen los directivos y mandos medios, dicho programa?
5. ¿Sabe el público usuario o visitante que no se puede fumar dentro del edificio?
6. ¿Existe la leyenda “por favor apague su cigarrillo antes de entrar o alguna similar en la entrada del edificio?
7. ¿Existen avisos o símbolos visuales que expresen la prohibición de fumar?
8. ¿Existe en el edificio indicios de uso de tabaco (ceniceros, cajetillas, colillas, olor a humo de tabaco o personas fumando?
9. ¿A las personas fumadoras se les invita a que acudan a los centros para dejar de fumar?
10. ¿Existe un sistema de vigilancia o supervisión para el cumplimiento de los programas contra el tabaco?
11. ¿Existen mecanismos para denunciar el incumplimiento del programa?
12. ¿Se vende tabaco dentro del edificio?

Evalúan las acciones de acuerdo al área a la que se pertenezca (15), por ejemplo:

1. En la dirección y administración: deben estar los documentos (registros, actas constitutivas, procedimientos, minutas, etc.) respectivos del programa, en un portafolio especialmente rotulado.
2. En las oficinas, pasillos, consultorios baños y sitios de reunión: deben estar colocados en el periódico mural, los folletos, los anuncios antitabaco, etc.
3. En salas de junta oficinas, salas de espera, pasillos: realizarán entrevistas aleatorias.
4. En la entrada del edificio, áreas comunes y pasillos principales observarán si se cumplen los reglamentos.

De acuerdo al mismo procedimiento para el reconocimiento antes mencionado, la institución que quiera asegurar la protección contra la Exposición al Humo de Tabaco deberá (12):

- Prohibir el consumir o tener encendido cualquier producto de tabaco, y establecer que el inmueble no cuenta con algún espacio exclusivamente para fumar.
- Tener en su interior, letreros, logotipos y emblemas que muestren claramente que está prohibido fumar en ese lugar; que informen a los trabajadores, usuarios y visitantes que se trata de un ELHT.
- Los letreros, logotipos y emblemas que se coloquen en el interior del edificio, deberán de incluir un número telefónico para que se pueda hacer una denuncia por incumplimiento a la Ley General para el Control del Tabaco, su Reglamento y demás disposiciones aplicables.
 - Los números que pueden incluirse son los siguientes:
 - Consejo Nacional contra las Adicciones. Centro de Orientación: 018009112000 y 018009663863 www.conadic.gob.mx
 - Comisión Federal para la Protección de Riesgos Sanitarios. Centro de Atención Telefónica. 01800.033.50.50
- A la entrada del Edificio, debe haber un cenicero con el letrero que diga lo siguiente: “Apaga tu cigarro o cualquier producto de tabaco antes de entrar”, porque así aseguraremos que ninguna persona entre fumando al edificio.
- Dentro de los límites del inmueble, accesos, estacionamientos, jardines y terrazas incluidos, no podrán existir zonas para fumar.



Imagen 2 Dia mundial sin tabaco. 31 de Mayo.

COMPONENTES DE HUMO DE TABACO

El tabaco tiene más de 4000 componentes químicos durante su combustión de los cuales 40 son cancerígenos, algunos son naturales otros se introducen en el proceso para darle un sabor especial o una determinada calidad por los productores. (16) Se muestran algunas en la siguiente tabla:

Tabla 1 Sustancias del tabaco causales de enfermedades específicas

ENFERMEDAD	AGENTES
Dependencia del tabaco	Nicotina, sabor, alcaloides nicotianos secundarios.
Enfermedad cardiovascular	Monóxido de carbono, óxidos de nitrógeno, hidrogeno de cianuro, alquitrán
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	Hidrógeno de cianuro, aldehídos volátiles, óxidos de nitrógenos, monóxido de carbono, alquitrán.

FUENTE: (16)

A las 8 horas de haber fumado, los niveles de nicotina y monóxido de carbono se reducen a la mitad y el oxígeno regresa a los valores normales, lo que mejora la respiración. En 24 horas, la nicotina y monóxido de carbono son eliminados del cuerpo. En 3 meses, mejora la función pulmonar, disminuye la tos, la congestión nasal, el cansancio y la disnea. Después de un año, el riesgo de enfermedad cardiovascular disminuye hasta un 50% y con el paso de los años aún más. (9)

El riesgo de infarto cerebral vuelve al del nivel de personas que nunca han fumado a los 15 años de dejarlo. (8) Después de 10 años de abandono de tabaco se reduce el riesgo de cáncer pulmonar en un 30 a 50%. Después de 15 años el riesgo de enfermedad cardiovascular es similar al de los que nunca han fumado. (9)

FASES POR LAS QUE EL INDIVIDUO DEJA DE FUMAR

Imagen 3 Fases por las que se deja de fumar



A continuación se explica cada una (9):

1. **Fases de pre-contemplación:** el fumador no tiene intención de dejar de fumar en los próximos seis meses.
2. **Fase de contemplación:** la persona empieza a ser consciente de que existe un problema y participa activamente buscando información y se plantea seriamente dejar de fumar en los próximos 6 meses.
3. **Fase de preparación:** el sujeto se ha planteado abandonar el consumo de tabaco en los próximos 30 días.
4. **Fase de acción:** los individuos han iniciado conductas para el abandono del tabaco, llegando a lograrlo con éxito pero llevan sin fumar menos de 6 meses.
5. **Fase de mantenimiento:** el individuo lleva sin fumar un periodo de 6 meses a 2 años.
6. **Fase de finalización:** si después de la fase de mantenimiento (2 años) no se produce una recaída.

DEPENDENCIA A SUSTANCIAS

Para el diagnóstico de dependencia a sustancias según el DSM IVR (17), se debe entender este término, como un patrón des adaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres o más de los ítems siguientes en algún momento de un período continuo de 12 meses:

1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - a. una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado;
 - b. el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuo.
2. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - a. el síndrome de abstinencia característico para la sustancia (v. Criterios A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas);
 - b. se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia;
3. La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.
4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p. ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p. ej., fumar un cigarro tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia.
6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
7. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (p. ej., consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera).

El índice tabáquico (9), puede servir para determinar el riesgo de enfermedades relacionadas al consumo de tabaco:

$$IT: \frac{(\text{cigarros por día})(\text{años fumando})}{20} = \text{paquetes por año}$$

- Leve: menos de 5 paquetes por año
- Moderado: de 5 a 15 paquetes por año
- Intenso: más de 15 paquetes por año



COMPLICACIONES

Estomatológicas

Dentro de los efectos de salud bucal deletéreos de tabaco encontramos al cáncer bucal, estomatitis nicotínica, pigmentación lingual, pigmentación dentaria, leucoplasia, enfermedad periodontal, recesión gingival, caries radicular y pérdida dental. El tabaco tiene un efecto tóxico en el periodonto al reducir la actividad funcional de los leucocitos y macrófagos, disminuye la fagocitosis de los leucocitos polimorfo nucleares promoviendo como consecuencia incremento en la proporción de bacterias anaerobios en la placa dental. (18)

Deterioro cognitivo

De acuerdo a la revisión realizada por Noé-Díaz (19) sobre el impacto del tabaquismo y la EPOC sobre el funcionamiento cerebral se resumen en lo siguiente:

- Memoria, cálculo y asociación (fluidez verbal): se ha asociado que dosis altas de tabaco impacta en la memoria a corto plazo, cálculo y asociación mental.
- Atención, tiempos de reacción, flexibilidad cognitiva, velocidad motora y memoria: el usuario que fuma tiene menor desempeño en tareas de funcionamiento ejecutivo entre fumadores y no fumadores.
- Atención, memoria, impulsividad, planeación, procesamiento de información y velocidad motora: hay dificultades atencionales y de control de impulsos, lo que puede ser inicio de adicción.
- Habilidades viso-espaciales, memoria de trabajo y velocidad de procesamiento: se presentan dificultades leves a moderadas en tareas de memoria visual.

Cáncer

El humo de tabaco contiene más de 4000 productos químicos, de los cuales 250 son nocivos y más de 50 producen cáncer. (20) El consumo de tabaco causa al menos 85% de los casos de cáncer de pulmón, bronquitis crónica y enfisema.

También causa cáncer en cavidad oral, riñón, vejiga, cuello uterino, enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares. (9)

El peligro de contraer un tumor maligno está en relación directa con una serie de factores que varían en cada fumador y son los siguientes (9):

- Número de años fumando
- Números de cigarros fumados por día
- Longitud de cada cigarro fumado
- Profundidad de cada aspiración
- Contenido en alquitranes de cada cigarro

Los niños que trabajan frecuentemente en el cultivo de tabaco, son vulnerables a la enfermedad del tabaco verde, producida por la nicotina que se absorbe cuando manipulan hojas de tabaco húmedas. (20)

El tabaquismo paterno con exposición secundaria de la madre puede aumentar el riesgo de aborto espontáneo o repercutir negativamente sobre el crecimiento fetal, causando restricciones de crecimiento intrauterino, incluso malformaciones, sin embargo, no es concluyente la evidencia. (9)

En los adultos el humo ajeno causa trastornos cardiovasculares y respiratorios graves, específicamente coronariopatías y cáncer de pulmón. En los lactantes, muerte súbita. En las mujeres embarazadas causa bajo peso ponderal en el recién nacido. (20)

Prevención

El MÉDICO desde el primer contacto (9) debe:

- Interrogar sistemáticamente a todos los pacientes sobre el consumo de tabaco y registrarlo en la historia clínica
- Conocer el grado de motivación del fumador mediante el test de Richmond.
- Realizar el test de Fagerstrom de dependencia a la nicotina
- Dar seguimiento anual
- Utilizar las frases:
 - Creo que es importante para usted deje de fumar ahora, podemos ayudar a conseguirlo
 - Fumar menos mientras se encuentra enfermo
 - Como médico suyo debo informarle que deje de fumar, es lo más importante que puede hacer para proteger su salud ahora y en el futuro.
- Utilizar el modelo trasteórico de Prochaska y DiClemente para ayudar en el proceso de abandono del consumo de tabaco.

Tabla 2 Tareas del profesional de la salud según las fases del cambio

FASE	TAREA MOTIVACIONAL	TAREA OPERATIVA
Pre contemplación	Aumento de la duda, – aumento de la percepción del paciente de los riesgos y problemas de su conducta actual.	Proporcionar información. Ayudar al paciente a creer en su capacidad de cambio. Personalizar la valoración.
Contemplación	Inclinación de la balanza – evoca las razones para cambiar y los riesgos de no cambiar. Aumenta la autoeficacia para el cambio de la conducta actual.	Ayudar al paciente a desarrollar habilidades para el cambio de conducta. Ofrecer apoyo. Ayudar al paciente a desarrollar un plan de cambio. Proporcionar material de ayuda
Preparación	Ayudar al paciente a determinar el mejor curso de acción que hay que seguir para conseguir el cambio.	Ofrecer apoyo incondicional. Materiales de autoayuda específica (guías, libros). Disponibilidad (espacio-tiempo).
Acción	Ayudar al paciente a dar los pasos hacia el cambio.	Ofrecer apoyo material (tratamiento farmacológico). Ayudar al paciente a prepararse ante posibles problemas.
Mantenimiento	Ayudar al paciente a identificar y a utilizar las estrategias para prevenir la recaída	Ayudar al paciente a prepararse ante posibles problemas y situaciones.
Recaída	Ayudar al paciente a renovar el proceso de contemplación, determinación y acción, sin que aparezca un bloqueo o una desmoralización.	Ayuda al paciente a comprender los motivos de la recaída. Proporcionar información sobre el proceso del cambio. Ayudar al paciente a hacer planes para el próximo intento. Facilitar la confianza del paciente en su capacidad de cambiar. Ofrecer apoyo

FUENTE: (9)

Para los demás profesionales de la salud (9) (trabajadoras sociales, asistentes médicas, enfermeras y odontólogos) deben:

- Detectar personas con tabaquismo, clasificarlas y realizar intervenciones grupales y consejos individuales.
- Aplicar las tres primeras As del programa para prevenir la iniciación del tabaquismo a los usuarios del servicio de salud que atienda,
- Referir a medicina familiar a los fumadores que deseen apoyo para abandonar la utilización del tabaco.

Todo el personal que labora en la UMF 2 debe (9):

- Realizar campañas grupales preventivas por medio de trípticos, carteles, periódico mural, mensajes televisivos, audiogramas, mensajes en llamadas de espera, en las salas de espera y los pasillos de tránsito.

El test de Fagerstrom fue creado en 1978, modificado en 1991, es de utilidad para orientar sobre la necesidad y tipo de tratamiento farmacológico. (9)



Imagen 4 Planta de tabaco

2.2 ESPECÍFICO

Hernández-Hernández y cols, determinaron mediante un estudio transversal realizado al personal de enfermería del Hospital General de Querétaro que el 21% se dijo fumador, 68% no fumaba y el 10% dejó de fumar. El tiempo de fumador pasivo en promedio fue de 16.4 ± 10 años, el 20.5% de los entrevistados refirieron antecedentes de consumo de tabaco por el padre y 14.4% por el cónyuge. (21)

En este mismo estudio los motivos para fumar fueron: por costumbre (49.9%), placer 45.5% y ser relajante (39.5%). Los motivos para dejar de fumar: problemas de salud (86.4%) y una embarazo (81.1%). En promedio, los participantes empezaron a fumar a los 21.6 años, consumiendo 3.4 cigarros al día. (21)

García de la Torre y cols, realizaron un estudio en la Facultad de Medicina de Cd. Universitaria en México, encontrado que el 42.8% de los fumadores eran hombres y el 57.2% mujeres, la edad a la que fumaron por primera vez fue entre los 13-15 años, cuyo motivo inicial fue curiosidad (89%), por imitación, presión de pares, rebeldía y sentirse mayor (11%). (22)

Del total de la población estudiada 80.5% estaba expuesta al humo de tabaco de manera pasiva en el salón de clase o en su área de trabajo. En cuanto a la opinión respecto a declarar a la Facultad con ELHT el 64% de los fumadores y el 87% de los no fumadores estuvo de acuerdo. (22)

Sánchez-Hernández y cols reportaron que los motivos para fumar fueron la influencia de amigos, un ambiente diferente, el contagio, la vergüenza a rechazo de una invitación para fumar. Algunos otros reportaron que es estimulante para estar despierto, para mostrar su masculinidad, incluso estar a la moda. (23)

Varona y cols, para identificar la prevalencia de la exposición al humo ambiental del tabaco realizaron un estudio transversal en población urbana de Cuba encontrando que el 54% de las familias estaban expuestas al humo, denotando insuficiente conducta de autoprotección, de responsabilidad con la salud de otros e insuficiente conocimiento del problema y sus consecuencias. (24)

Wipfli y cols, realizaron un análisis longitudinal en hogares de niños de 11 años en ciudades de América, Asia y Europa encontrando que la concentración de nicotina era 17 veces mayor en los hogares de los fumadores ($0.18\mu\text{g}/\text{m}^3$) comparada con los hogares de los no fumadores ($0.01\mu\text{g}/\text{m}^3$), incrementando el riesgo de enfermedades relacionadas con el tabaco. (25)

De acuerdo a Paradela y colaboradores en una encuesta a 287 pacientes se detectó que la prevalencia del tabaquismo es de 23.6%, siendo significativamente mayor en hombres (31 vs 17%), 46.4% reportó fumar en cualquier lugar. El 16.2% estaba expuesto en casa, 14% en el trabajo y 33% en lugares de ocio. Después de

decretada la ley contra fumar se presentó un decremento del 95% a la exposición del humo y del 68% en centros nocturnos de Portugal. (26)

Galán y cols, determinaron un importante efecto en la reducción ambiental del humo de tabaco en el ambiente laboral, después de la aplicación de la ley de control del tabaco en España de un 40.5 a 9%, además las personas encuestadas estaban expuestas de 1-3 horas diariamente en casa al humo de tabaco. (27)

Pérez-Ríos y cols, evaluaron durante 6 años la prevalencia de la exposición del ambiente al humo de tabaco, en el 2005 era del 95% y para 2010 que se aplicó la ley 28/2011 en contra del tabaquismo en lugares de trabajo, disminuyó hasta el 28%. (28)

Polanska y cols, en un estudio epidemiológico realizado en trabajadores de la salud demostró que después de la ley pública para restringir el humo de tabaco en lugares públicos se presentó una reducción del 90% de los niveles de nicotina, además, los trabajadores percibieron de manera positiva en su salud esta legislación. (29)

Fichtenberg y cols, en una revisión sistemática para determinar el efecto de los lugares libres de humo de tabaco en Estados Unidos, Australia, Canadá y Alemania, concluye que no solo los ELHT protegen a los no fumadores de los efectos peligrosos del tabaquismo pasivo, sino que se debe alentar a los fumadores a dejar de hacerlo. (30)

Si bien no es objetivo de esta investigación, es importante mencionar el estudio realizado por Barrientos-Gutiérrez y cols, quienes monitorizaron los niveles de nicotina en lugares públicos de México encontrando que a pesar de las políticas públicas en relación a ELHT aún hay niveles altos en bares ($6.01\mu\text{g}/\text{m}^3$), restaurantes ($0.69\mu\text{g}/\text{m}^3$), aeropuerto ($0.21\mu\text{g}/\text{m}^3$) y oficinas públicas ($0.1\mu\text{g}/\text{m}^3$), evidenciando la necesidad de ser más estrictos al aplicar la legislación. (31)

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA

CAPÍTULO 3 METODOLOGÍA

3.1 TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Fase 1

Diseño: Estudio de prevalencia (epidemiológico)

Nivel investigativo: Exploratorio y descriptivo

TIPO:

- Observacional: no hubo intervención del investigador.
- Prospectivo: los datos fueron recogidos a propósito de la investigación.
- Transversal: se midieron las variables de estudio en una ocasión. (muestras independientes)
- Descriptivo: se estimó parámetros a partir de una muestra y solo se describió una variable.

Fase 2 Usuarios

Diseño: cuasi-experimental con control interno y externo.

Nivel investigativo: explicativo

TIPO:

- Cuasi-experimental: habrá intervención del investigador.
- Prospectivo: se hará una planificación a futuro de la toma de los datos
- Longitudinal: las variables de estudio se medirán en 2 ocasiones (muestras relacionadas)
- Analítico: el análisis estadístico plantea prueba de hipótesis y asocia variables.

3.2 HIPÓTESIS

NULA H0

La implementación del programa “Espacio 100% libre de humo de tabaco” tiene un efecto positivo en los usuarios, personal e imagen al disminuir la prevalencia, la dependencia y la motivación para fumar; así como en el aumento del nivel de conocimientos respecto al tabaquismo en la UMF 2, IMSS, Puebla.

ALTERNA H1

La implementación del programa “Espacio 100% libre de humo de tabaco” no tiene un efecto positivo en los usuarios, personal e imagen al disminuir la prevalencia, la dependencia y la motivación para fumar; así como en el aumento del nivel de conocimientos respecto al tabaquismo en la UMF 2, IMSS, Puebla.

3.3 DESARROLLO METODOLÓGICO

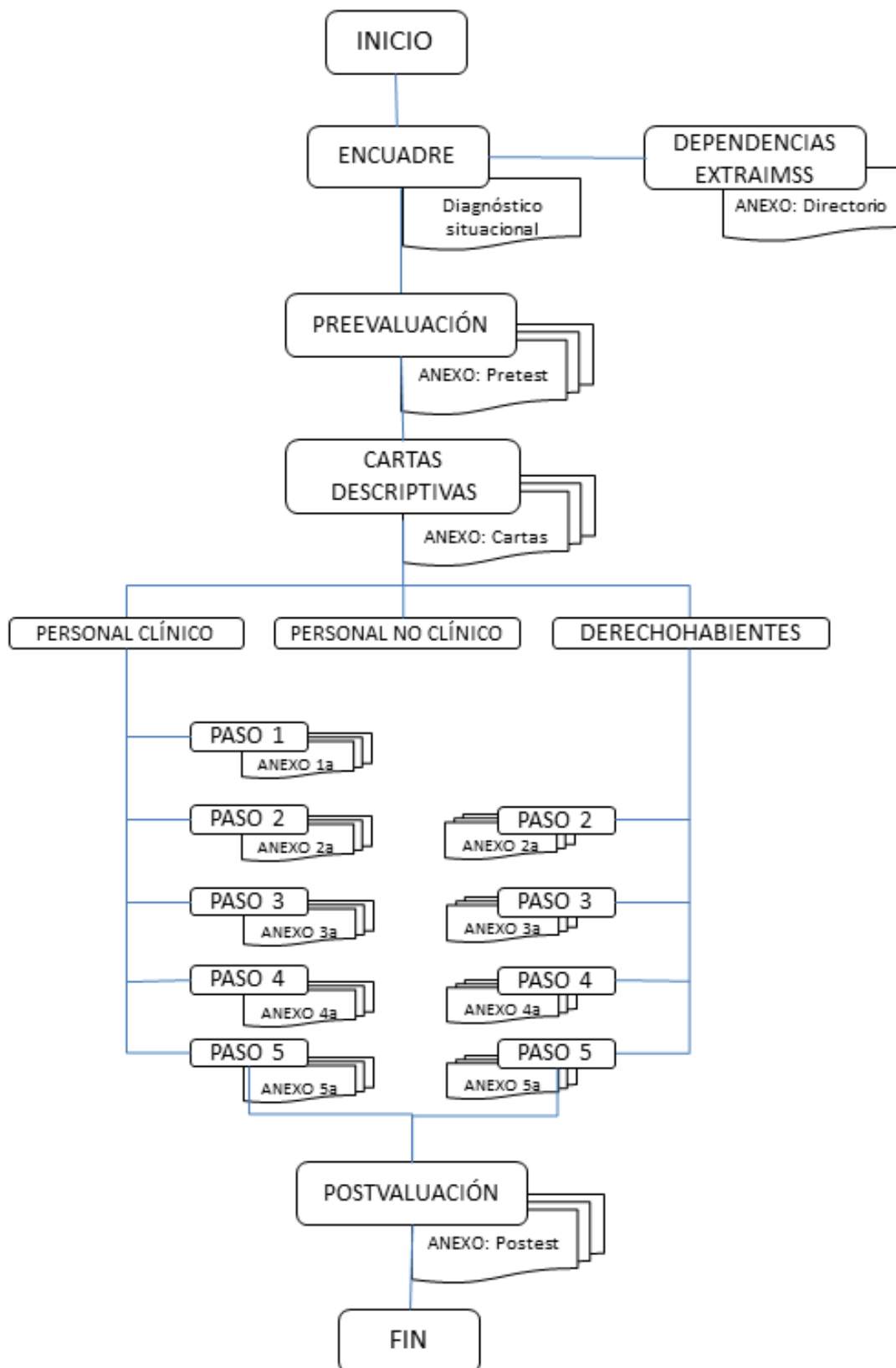
1. Como parte del programa se pusieron en práctica las líneas estratégicas de la NOM 028, de prevención y tratamiento de las adicciones, así como la GPC SSA 108-8 “Prevención, diagnóstico y tratamiento del consumo de tabaco y humo ajeno al primer nivel de atención”.
 - a. Se nombró al responsable del programa ELHT: residente Zitlalli Portillo García, sin embargo, para fines oficiales el responsable es del director de la unidad.
 - b. Se formó una comisión especial en la UMF 2 del programa entre los que figuran la Dra Elizabeth Médez Fernández, quien vigiló la aplicación y seguimiento de las acciones del programa.
 - c. Se agregaron en lugares estratégicos letreros, logotipos y emblemas para indicar que es un espacio libre de humo de tabaco con los números telefónicos para hacer una denuncia en caso del incumplimiento.
 1. A las entradas de la unidad se colocó a la entrada un cenicero que dice “apaga tu cigarro o cualquier producto del tabaco antes de entrar”.
 2. Se colocó un periódico mural, en el buzón de quejas se colocó también un mensaje antitabaco, para denuncias, quejas o felicitaciones por el programa.
 - i. La comisión vigiló los límites del inmueble, accesos, estacionamientos, jardines y terrazas para que no existan zonas para fumar.
 - ii. Se realizó una carpeta especial de evidencias en donde se anexó el directorio de Servicios de Tabaquismo de instituciones a nivel nacional y estatal.
- d. Capacitación al personal de salud en el programa de atención al tabaquismo
 - i. A los médicos, trabajadoras sociales y enfermeras
 1. Mediante folletos se les orientó sobre los criterios de referencia y contrarreferencia , principalmente la referencia obligada de pacientes con comorbilidades psiquiátricas.
 2. Se realizó un algoritmo para la atención del tabaquismo en la UMF.
- e. Se distribuyeron folletos y carteles informativos en donde se desarrollan los temas
 - i. ¿Qué es el tabaquismo y cuáles son sus consecuencias en la salud?
 - ii. Epidemiología y daños a la salud en fumadores y no fumadores

- iii. Relación con otras adicciones y efectos de la publicidad
 - iv. Tratamientos y estrategias para dejar de fumar
 - f. Antes y después de cada plática individual se aplicó una evaluación para determinar el conocimiento sobre los efectos nocivos del tabaquismo y el programa espacio libre de humo de tabaco.
2. Se aplicó una cédula de autoevaluación para determinar si se cumplió con el programa, obteniéndose una adecuada evaluación, por lo que se solicitó formalmente a la Oficina Nacional para el Control de Tabaco, del Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones o al Consejo Estatal contra la Adicciones realizara una evaluación para corroborar el cumplimiento de las disposiciones, sin embargo ante el nulo apoyo del cuerpo directivo de la unidad, no se llevo a cabo ninguna visita por parte de la oficina.

Método para el control y calidad de los datos

Para la verificación de la calidad de los datos se realizó una revisión aleatoria de un 10% del total de las hojas de respuestas y un análisis exploratorio de los datos para verificar resultados aberrantes.

Esquema 1 Algoritmo de desarrollo metodológico



3.4 SELECCIÓN DE LA MUESTRA Y MUESTREO

Ubicación en espacio-tiempo

TIEMPO: La presente investigación se realizó en 2 fases la primera descriptiva y de intervención a usuarios de noviembre 2016 a abril de 2017 y la de trabajadores de Agosto a Diciembre de 2017.

ESPACIO: Unidad Médico Familiar No 2, Delegación Puebla.

Criterios de la unidad de población y muestra

Unidad de estudio: se obtendrán los datos y mediciones tanto de los usuarios que acuden a su consulta en un día típico de medicina familiar, como de los trabajadores de la unidad en los turnos matutino, vespertino y jornada acumulada.

Unidad de información: el propio derechohabiente y trabajador de la unidad.

Unidad de observación: condiciones de hábito tabáquico (motivación, dependencia), condiciones del área de trabajo con respecto al espacio libre de humo de tabaco y diferencia de conocimientos después de la intervención.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

De inclusión

Derechohabientes:

- Mujeres y hombre con edad mayor a 18 años
- Vigentes en la UMF 2
- Que sepan leer y escribir
- Que acepten recibir las pláticas y requisitar los formularios
- Consientes sin alteraciones mentales que repercutan en la toma de decisiones al momento de ser encuestados

Trabajadores:

- Mujeres y hombres con edad mayor de 18 años
- De todas las categorías
- Que tengan más de 3 meses laborando en la UMF2
- Con el tipo de contratación: base, 02 y de confianza.
- Que laboren en los turnos matutino, vespertino y jornada acumulada.

De exclusión

Derechohabientes:

- Menores de 12 años
- Personas con alteraciones en el estado de conciencia, que no firmen consentimiento informado.
- Que tengan alteraciones en el estado de conciencia y mentales que imposibiliten la toma de decisiones en su salud.
- Con alteraciones físicas como amputación de manos

Trabajadores:

- Que tengan menos de 3 meses laborando en la UMF 2
- Tipo contratación: personal 08
- Personal que se encuentre de vacaciones al momento de realizar la encuesta o ausente por alguna comisión.
- Personal que no desee participar en las pláticas ni llenar los cuestionarios.

De eliminación

En ambos casos:

- Test y exámenes incompletos
- Test que no cuenten con post evaluación.
- Test con letra ilegible o texto incoherente
- Cuestionarios incompletos (75%)

Muestreo

Fase 1: Aleatorizado.

Fase 2: Muestreo estratificado proporcional.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

DERECHOHABIENTES

FASE 1 DESCRIPTIVA

En la población derechohabiente que acude en un día típico es de 1058 (32) por lo que se utilizó la siguiente fórmula para muestra finita, se parte, que de acuerdo a lo descrito en la literatura la prevalencia del tabaquismo es del 25% en la población.

$N = 1058$ usuarios

Z (5% de error) = 1.96

d (Nivel de presión) = 95 = 0.05

$p = 0.1$

$q = 0.9$

$$n = \frac{NZ^2pq}{d^2(N-1) + Z^2pq}$$

$$n = \frac{1058 (3.8416)(0.1)(0.9)}{(0.0025)(1058 - 1) + 3.8416 (0.1)(0.9)}$$

$$n = \frac{(4064.41)(0.09)}{(2.64)+(0.3457)} \quad n = \frac{365.79}{2.9857} = 122.5 = 123$$

Calculando el número de pérdidas a un 10%, la muestra es de: **135** usuarios.

TRABAJADORES

FASE 1 DESCRIPTIVA

En la UMF 2 se cuenta con 365 empleados. Siguiendo ecuación 1

$N = 357$ empleados

Z (5% de error) = 1.96

d (Nivel de presión) = 95 = 0.05

$p = 0.1$

$q = 0.9$

$$n = \frac{NZ^2pq}{d^2(N-1)Z^2pq}$$

$$n = \frac{357 (3.8416)(0.1)(0.9)}{(0.0025)(357 - 1) + 3. (0.1)(0.9)}$$

$$n = \frac{(1367.6096)(0.09)}{(0.89) + (0.3457)} \quad n = \frac{123.08}{1.2357} = 99.8$$

Calculando el número de pérdidas a un 10%, la muestra es de: **110** empleados

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

De acuerdo al **Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud (33)** (RLGSIS) publicada en 1987 (reforma 2014), en el título segundo de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos la presente investigación prevalece el criterio del respeto a la dignidad del ser humano y la protección de sus derechos y bienestar.

Además, se adapta a los criterios científicos y éticos que justifican la investigación médica, prevaleciendo siempre las probabilidades de los beneficios esperados sobre los riesgos predecibles.

Se cuenta con el consentimiento informado de los sujetos en quien se realizó la investigación. Entendido éste como un acuerdo por escrito, en donde el sujeto autoriza su participación, con pleno conocimiento en la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

Se garantizó la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que ello cree prejuicios para continuar con su atención en la unidad o en el estudio posteriormente.

Se hace hincapié que de acuerdo a las normas internacionales de buenas prácticas en investigación se exenta de consentimiento por escrito en casos de encuestas que recaban datos personales limitados, ya que éstos serán codificados para asegurar la validez científica del estudio, sin embargo se recaba por ser un requisito institucional.

Durante la investigación los sujetos de investigación recibieron respuesta a sus preguntas y se aclararon dudas acerca del procedimiento, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación. Se les garantizó la seguridad de que no se identificará la información y se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.

Esta investigación la realizó con profesionales de la salud con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de la UMF 2, y bajo la supervisión de los comités locales tanto de investigación como de ética, garantizando el bienestar del sujeto de investigación.

El comité local de investigación y ética en investigación para la salud 2103 aprobó en Diciembre de 2016 el protocolo de investigación, cuyo dictamen se encuentra al inicio de la presente tesis, firmado por el Director de la UMF No 2, cuyo registro es R-2016-2103-19. Cumpliendo además con los reportes técnicos de seguimiento semestrales.

Dado que el diseño en la segunda fase es experimental e incluye varios grupos, se usaron métodos aleatorios de selección para obtener una asignación imparcial de

los participantes en cada grupo, evitando cualquier riesgo o daño a los sujetos de investigación.

De acuerdo al artículo 17 del RLGSI, el presente estudio se clasifica con riesgo mínimo, debido a que es un estudio prospectivo en el cual se emplean técnicas y métodos en donde se realiza intervención y modificación intencionada de la variable conocimiento y eliminación del hábito tabáquico.

Se contempló en la investigación lo mencionado en el capítulo V, de la investigación en grupos subordinados (trabajadores), garantizándoles que su participación no afecta su situación laboral y que los resultados no serán utilizados en perjuicio de los participantes.

La presente investigación se apega íntegramente a la Declaración de Helsinki y sus enmiendas (34), debido a que está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y derecho individuales.

Se entiende que en la investigación médica el médico debe 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 esta investigación.

En cuanto a la publicación y difusión de este estudio, se apega a la declaración de Helsinki al tener a la disposición del público los resultados. Los investigadores, son responsables de la integridad y exactitud de los informes. Debiéndose publicar tanto los resultados negativos como los positivos.

El presente trabajo está afiliado únicamente a la UMF 2, Delegación Puebla del Instituto Mexicano del Seguro Social, no se contó con financiamiento externo, solo con el de la investigadora Zitlalli Portillo García.

La investigación respeta las buenas prácticas clínicas y los principios éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación, plasmados en el Reporte Belmont (35) como son respeto a las personas, beneficencia y justicia.

3.6 RESULTADOS

FASE 1 PRETEST USUARIOS

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

De los 124 encuestados para este estudio, el 50% correspondió a cada turno (matutino y vespertino) y de igual forma el 50% fueron mujeres y 50% hombres.

Tabla 3 Promedio de edad en usuarios

	Mujeres	Hombres	Total
Edad (años)	47.5	53.6	50.5
	DE±16.7	DE±17.3	DE±17.2

El promedio de edad en total fue de 50.5 años (DE±17.2).

Tabla 4 Ocupación de los usuarios

	Mujeres		Hombres		Total	
Ocupación (%)		%		%		%
Ama de casa	22	17.7	5	4	27	21.8
Obrero	8	6.5	17	13.7	25	20.2
Pensionado	8	6.5	14	11.3	22	17.7
Comerciante	2	1.6	10	8.1	12	9.7
Confianza	4	3.2	4	3.2	8	6.5
Estudiante	4	3.2	2	1.6	6	4.8
Autoservicio	5	4	0	-	5	4
Seguridad	0	-	3	2.4	3	2.4
No contesto o no sabe	9	7.3	7	5.6	16	12.9

La ocupación más frecuente en mujeres fue ama de casa con un 17.7% (n=22), seguido de obreras y pensionadas con un 6.5% (n=8) cada una. En los hombres predominó la ocupación de obrero con un 13.7% (n=17), pensionados 11.3% (n=14) y comerciantes 8.1% (n=10).

Tabla 5 No. de hijos en usuarios

Número de hijos	Mujeres		Hombres		Total	
		%		%		%
0-3 hijos	42	33.9	45	36.3	87	70.2
4-7 hijos	20	16.1	17	13.7	37	29.8

En cuanto al número de hijos en promedio la muestra tiene 3. 70.2 % (n=87) tiene 3 o menos hijos.

Tabla 6 Estado civil de los usuarios

Estado civil	Mujeres		Hombres		Total	
		%		%		%
Casado	31	30.6	38	30.8	69	55.6
Unión libre	11	8.9	11	8.9	22	17.7
Soltero	10	8.1	3	2.4	13	10.5
Viudo	7	5.6	3	2.4	10	8.1
Divorciado	3	2.4	6	4.8	9	7.3
No sabe/ contesto	-	-	1	0.8	1	0.8

En la muestra tomada para este estudio el 55.6% (n=69) es casado, el 17.7% (n=22) vive en unión libre.

Tabla 7 Escolaridad de los usuarios

Escolaridad	Mujeres		Hombres		Total	
		%		%		%
Primaria	17	13.7	18	14.5	35	38.2
Secundaria	20	16.1	19	15.3	39	31.5
Preparatoria	18	14.5	16	12.9	34	27.4
Lic o ingeniería	7	5.6	8	6.5	15	12.1
Posgrado	-	-	1	0.8	1	0.8

En cuanto a escolaridad la mayoría de los usuarios tienen primaria concluida 38.2% (n=35), secundaria 31.5% (n=39) y preparatoria 27.4% (n=34).

FACTORES TABÁQUICOS

Tabla 8 No. de hijos de los usuarios

	Mujeres		Hombres		Total	
¿Actualmente fuma?	%		%		%	
Si	4	3.2	17	13.7	21	16.9
No	58	46.8	45	36.3	103	83.1

Del total encuestado, se determinó que el 16.9% (n=21) fuma de los cuales el 3.2% (n=4) son mujeres y el 13.7 % (n=17) son hombres. El 83.1% del total no fuma.

A continuación se describe de los datos solo de las fumadores, es decir, del 16.9% de la muestra:

Tabla 9 Índice tabáquico en los usuarios

	Mujeres	Hombres	Total
Tiempo fumando (años)	19.7 DE ± 21.8	17.6 DE ± 15.8	18 DE ± 17.56
No. De cigarrillos diarios	2	2.5	2.8 DE ± 2.1
Índice tabáquico	5.97	1.94	2.71 DE ± 4.15

De los que fuman, en promedio llevan 18 años (DE ± 17.56) haciéndolo, el tiempo va desde 1 hasta 55 años. A pesar de que solo son 4 mujeres las que fuman, son las que más tiempo llevan fumando 19.7 años, en promedio fuman 2 cigarros al día y los hombres 17.6 años con un promedio de 2.8 cigarros al día.

El índice tabáquico en las mujeres se clasifica como de riesgo moderado (5.9) y en los hombres con riesgo leve (1.94), para un promedio de 2.7 (riesgo leve).

Tabla 10 Deseo de dejar de fumar. Usuarios

	Mujeres		Hombres		Total	
¿Desea dejar de fumar?	%		%		%	
Si	3	14.3	11	52.4	14	66.7
No	1	4.8	6	28.6	7	33.3
¿Encuentra difícil fumar en lugares donde está prohibido?	%		%		%	
Si	-	-	3	14.3	3	14.3
No	4	19	14	66.7	18	85.7

De los fumadores, el 66.7 % (n=14) desea dejar de fumar y el 33.3 % (7) no. De ellos, los hombres son los que más encuentran difícil dejar de fumar en lugares donde está prohibido como hospitales, cines y bibliotecas, 14.3% (n=3).

Tabla 11 Convivencia con fumadores. Usuarios.

		Mujeres		Hombres		Total			
		%		%		%			
¿Fuma?	Si 16.9%	¿Convive en casa con fumadores?	Si	4	3.2	8	6.5	12	9.7
			No	-	-	9	7.5	9	7.5
	No 83.1%		Si	25	20.2	15	12.1	40	32.3
			No	33	26.6	30	24.2	63	50.5

De los que fuman el 17.2% conviven en su casa con fumadores (incluso el mismo) y el 49.5% de total, está expuesto al humo del tabaco en su casa.

Tabla 12 Familiar que fuma

	Mujeres		Hombres		Total	
Familiar que fuma	%		%		%	
Hermanos	19	15.3	29	23.4	48	38.7
Nadie	12	9.7	18	14.5	30	24.2
Hijos	16	12.9	8	6.5	24	19.4
Cónyuge o pareja	9	7.3	2	1.6	11	8.9
Padre	6	4.8	3	2.4	9	7.3
Abuelos	-	-	1	0.8	1	0.8
Tíos	-	-	1	0.8	1	0.8

Hermanos e hijos son los que fuman más en la familia con un 58.1% (n=72), solo el 24.2% (n=30) no tienen ningún familiar fumador.

Tabla 13 ¿Trabaja en ambiente de fumadores?

	Mujeres		Hombres		Total	
¿Considera que trabaja en un ambiente de fumadores?	%		%		%	
Si	14	11.3	18	14.5	32	25.8
No	48	38.7	44	35.5	92	74.2

El 25.8% (n=32) considera que trabaja en un ambiente de fumadores, por tanto está expuesto al humo de tabaco.

Tabla 14 Fumar afecta la salud

		Mujeres		Hombres		Total			
		%		%		%			
¿Fuma?	Si 16.9%	¿Fumar afecta su salud?	Si	4	3.2	16	12.9	20	16.1
			No	-	-	1	0.8	1	0.8
	No 83.1%		Si	55	44.4	42	33.9	97	78.3
			No	3	2.4	3	2.4	6	4.8

En cuanto a la pregunta si fumar afecta gravemente su salud, el 5.6% (n=7) cree que no afecta en lo absoluto, incluso una persona que fuma, cree que no afecta gravemente en su salud. El resto 94.4% (n=117) declaró que fumar si afecta la salud. El 16.1% (n=20) de las personas que fuman también reconocen que fumar afecta gravemente su salud.

Tabla 15 El humo de tabaco es perjudicial

		Mujeres		Hombres		Total			
		%		%		%			
¿Fuma?	Si 16.9%	¿El humo de tabaco en el ambiente es perjudicial para las personas que no fuman?	Si	3	2.4	14	11.3	17	13.7
			No	-	-	2	1.6	2	1.6
			No se	1	0.8	1	0.8	2	1.6
	No 83.1%		Si	40	32.3	36	29	76	61.3
			No	-	-	2	1.6	2	1.6
			No se	18	14.5	7	5.6	25	20.1

Del total de los encuestados el 78.2% (n=93) está de acuerdo que el humo del tabaco en el ambiente es perjudicial para las personas que no fuman y solo el 3.2% (n=4) dice que no es perjudicial. El resto menciona que desconoce si es perjudicial 21.7% (n=27).

Tabla 16 Días en que fumaron en el trabajo

	Mujeres		Hombres		Total	
Días en que la personas fumaron delante suyo en el trabajo	%		%		%	
Nunca	38	30.6	37	29.8	75	60.5
Uno o 2 días	12	9.7	15	12.1	27	21.8
3 o 4 días	3	2.4	3	2.4	6	4.8
5 o 6 días	2	1.6	1	0.8	3	2.4
7 días	7	5.6	6	4.8	13	10.5

El 39.5% (n= 49) estuvieron expuestos al humo de tabaco en la semana.

POLÍTICA ANTITABACO EN LA UMF 2

Tabla 17 Política oficial sobre fumar en la UMF

	Mujeres		Hombres		Total	
¿Cuál de las siguientes frases describe mejor la política oficial sobre fumar en la UMF 2		%		%		%
No se permite fumar	37	29.8	39	31.5	76	61.3
Se permite fumar en algunas áreas	10	8.1	11	8.9	21	16.9
No se / no estoy seguro	7	5.6	5	4	12	9.7
No hay ninguna política	6	4.8	6	4.8	12	9.7
Se permite fumar en todas partes	2	1.6	1	0.8	3	2.4

Solo el 61.3% (n=76) de las personas reconoce que la política oficial de la UMF 2 es que no se permite fumar, el resto desconoce 38.7% (n=48).

Tabla 18 Prohibición de fumar en la UMF 2

	Mujeres		Hombres		Total	
¿Está de acuerdo con que se prohíba fumar en la UMF?		%		%		%
Si	58	46.8	51	41.1	109	87.9
No	4	3.2	11	8.9	15	12.1

El 87.9% (n=109) está de acuerdo con que se prohíba fumar en la unidad. El resto no está de acuerdo 12.1% (n=15).

Tabla 19 Política respecto al cigarro en la UMF 2

	Mujeres		Hombres		Total	
¿Cuál debe ser la política con respecto al cigarro en la UMF?		%		%		%
Se debe permitir solo en áreas habilitadas	37	29.8	34	27.4	71	57.3
Se debe prohibir en todos lados	22	17.7	27	21.8	49	39.5
No se / no estoy seguro	3	2.4	1	0.8	4	3.2
Se debe permitir fumar en todos lados	-	-	-	-	-	-

El 57.3% de los encuestados mencionaron que en la UMF se debe permitir fumar solo en áreas habilitadas. El 39.5% (n=49) dijo que se debe prohibir en todos lados.

Tabla 20 Reacción al ver a alguien fumar

¿Cuál sería su reacción si ve a alguien fumar en donde está prohibido?	Mujeres		Hombres		Total	
		%		%		%
Me retiraría del lugar	25	20.2	28	22.6	53	42.7
Plantearía una queja a la autoridad	15	12.1	15	12.1	30	24.2
Le pediría que apague el cigarro	12	9.7	14	11.3	26	21
No haría nada	10	8.1	3	2.4	13	10.5
No se / no estoy seguro	-	-	2	1.6	2	1.6

La mayoría de los usuarios entrevistados se retirarían de lugar al ver a alguien fumar 42.7% (n=53), 24.2% (n=30) plantearía una queja, 21% (n=26) le pediría que apague el cigarro.

Tabla 21 Test de Fagerstrom

Test de Fagerstrom	Mujeres		Hombres		Total	
		%		%		%
Dependencia baja	3	14.3	15	71.4	18	85.7
Dependencia moderada	1	4.8	2	9.5	3	14.3
Dependencia alta	-	-	-	-	-	-

El 14.3% (n=3) de los fumadores tienen dependencia moderada.

MOTIVACIÓN PARA FUMAR

Tabla 22 Motivación para fumar en las mujeres

Motivo por el cual fuman	No es motivo		Es motivo importante		Es motivo muy importante	
		%		%		%
Psicosocial	-	-	3	14.3	1	4.8
Estímulo	1	4.8	3	14.3	4	19
Manipulación	1	4.8	2	9.5	1	4.8
Esparcimiento	1	4.8	2	9.5	1	4.8
Reducción de la tensión	1	4.8	3	14.3	-	-
Necesidad	1	4.8	1	4.8	2	9.5
Hábito	1	4.8	-	-	3	14.3

El 16.9% (n=21) del total de la muestra fuma. En las mujeres el motivo por el que fuma es el psicosocial, por estimulación y para reducir la tensión y como hábito

Tabla 23 Motivación para fumar en los hombres

Motivo por el cual fuman	No es motivo		Es motivo importante		Es motivo muy importante	
		%		%		%
Psicosocial	3	14.3	1	4.8	13	61.9
Estímulo	5	23.8	12	57.1	17	81
Manipulación	4	19	3	14.3	10	47.6
Esparcimiento	3	14.3	6	28.6	8	38.1
Reducción de la tensión	5	23.8	7	33.3	5	23.8
Necesidad	9	42.9	3	14.3	5	23.8
Hábito	7	33.3	1	4.8	9	42.9

En los hombres va desde que fumar lo estimula, por esparcimiento, reducción de la tensión hábito y por manipulación. Los hombres tienen más motivos.

FASE 1 PRETEST TRABAJADORES

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

De los 100 encuestados para este estudio, el 50% son mujeres y 50% hombres. Por turno matutino y vespertino 50% cada uno.

Tabla 24 Promedio de edad en trabajadores

	Mujeres	Hombres	Total
Edad (años)	38.8	42	40.4
	DE± 8.8	DE± 11	DE± 10.2

El promedio de edad en total fue de 50.5 años (DE±17.2).

Tabla 25 Ocupación de los trabajadores

Ocupación	Mujeres		Hombres		Total	
		%		%		%
Enfermería	15	15	15	15	30	30
Médico Familiar	7	7	14	14	21	21
Asistente Médico	14	14	-	-	14	14
Limpieza e Higiene	3	3	7	7	10	10
AUO	3	3	3	3	6	6
Medico No Familiar	2	2	3	3	5	5
Confianza	3	3	1	1	4	4
Seguridad	-	-	2	2	2	2
Conservación	-	-	2	2	2	2
Nutrición	1	1	1	1	2	2
Laboratorista	-	-	1	1	1	1
Radiólogo	-	-	1	1	1	1
Trabajadora social	1	1	-	-	-	-
Operador telefónico	1	1	-	-	-	-

Las categorías representadas en este estudio más frecuentes son enfermería 30% (n=30), médicos familiares 21% (21%) y asistentes médicas 14 (n=14).

Tabla 26 Tipo de contratación

Contratación	Mujeres		Hombres		Total	
		%		%		%
Base	43	43	46	46	89	89
02	7	7	4	4	11	11

El 89% (n=89%) del personal entrevistado es de base.

Tabla 27 Escolaridad de los trabajadores

Escolaridad	Mujeres		Hombres		Total	
		%		%		%
Licenciatura o ingeniería	28	28	22	22	50	50
Especialidad	7	7	13	13	20	20
Preparatoria	10	10	10	10	20	20
Secundaria	2	2	5	5	7	7
Maestría	2	2	-	-	2	2
Primaria	1	1	-	-	1	1

La mayoría cuenta con licenciatura 50% (n=50), 2% (n=2) con maestría y 1% (n=1) con primaria.

FACTORES TABÁQUICOS

Tabla 28 Porcentaje de trabajadores fumadores

¿Actualmente fuma?	Mujeres		Hombres		Total	
		%		%		%
Si	9	9	9	9	18	18
No	41	41	41	41	82	82

El 18% (n=18) de los trabajadores encuestados fuma. El 50% del personal femenino es consumidor de tabaco.

A continuación se hace una descripción de los datos solo de las personas que fuman es decir del 16.9% de la muestra:

Tabla 29 Índice tabáquico en los trabajadores

	Mujeres	Hombres	Total
Tiempo fumando (años)	6.5 DE ± 5.1	9.44 DE ± 6.2	8 DE ± 6.1
No. De cigarrillos diarios	2.1	3	2.5 DE ± 2.2
Índice tabáquico	0.7	1.5	1.1 DE ± 1.6

De los que fuman, en promedio llevan 8 años (DE ± 6.1) haciéndolo, el tiempo va desde 1 hasta 20 años. En promedio por día fuman 2.5 cigarros.

El índice tabáquico en las mujeres y hombres en general se clasifica riesgo leve (1.1) sin embargo en lo particular hay un hombre que se clasifica como riesgo moderado.

Tabla 30 Deseo de dejar de fumar en trabajadores

	Mujeres		Hombres		Total	
¿Desea dejar de fumar?	%		%		%	
Si	6	33.3	8	44,4	14	77.8
No	3	16.7	1	5.6	4	22.2
¿Encuentra difícil fumar en lugares donde está prohibido?	%		%		%	
Si	-	-	1	5.6	1	5.6
No	9	50	8	44.4	17	94.4

De los fumadores, el 77.8 % (n=14) desea dejar de fumar y el 22.2 % (4) no. De ellos, los hombres son los que más encuentran difícil dejar de fumar en lugares donde está prohibido como hospitales, cines y bibliotecas, 5.6% (n=1).

Tabla 31 Convivencia con fumadores trabajadores

		Mujeres		Hombres		Total			
		%		%		%			
¿Fuma?	Si	¿Convive en casa con fumadores?	Si	3	3	6	6	9	9
	18%		No	9	9	4	4	13	13
	No		Si	7	7	2	2	9	9
	82%		No	31	31	38	38	69	69

De los que fuman el 22% conviven en su casa con fumadores (incluso el mismo) y el 31% de total, está expuesto al humo del tabaco en su casa.

Tabla 32 Familiar que fuma

	Mujeres		Hombres		Total	
Familiar que fuma	%		%		%	
Nadie	22	22	28	28	50	50
Cónyuge o pareja	7	7	5	5	12	12
Padre	7	7	5	5	12	12
Hermanos	5	5	6	6	11	11
Madre	5	5	1	1	6	6
Tíos	3	3	2	2	5	5
Hijos	-	-	2	2	2	2
Abuelos	1	1	1	1	2	2

En las familias de los trabajadores, los padres 23% (n=23), la pareja 12% (n=12) y hermanos 11% (n=11) son los que más fuman. El 50% (n=50) dice que no tiene familiares que fumen.

Tabla 33 Trabaja en ambiente de fumadores

		Mujeres		Hombres		Total	
¿Considera que trabaja en un ambiente de fumadores?		%		%		%	
Si	13	13	11	11	24	24	
No	36	36	39	39	75	75	

El 24% (n=24) considera que trabaja en un ambiente de fumadores.

Tabla 34 Fumar afecta la salud

		Mujeres		Hombres		Total			
		%		%		%			
¿Fuma?	Si 18%	¿Fumar afecta su salud?	Si	10	10	8	8	18	18
			No	-	-	-	-	-	-
	No 82%	Si	40	40	40	40	80	80	
		No	-	-	2	2	2	2	

En cuanto a la pregunta si fumar afecta gravemente su salud, el 2% (n=2) cree que no afecta. El resto 98% (n=98) declaró que fumar si afecta la salud.

Tabla 35 El humo de tabaco es perjudicial

		Mujeres		Hombres		Total			
		%		%		%			
¿Fuma?	Si 18%	¿El humo de tabaco en el ambiente es perjudicial para las personas que no fuman?	Si	10	10	8	8	18	18
			No	-	-	-	-	-	-
			No se	-	-	-	-	-	-
	No 82%		Si	37	37	41	41	78	78
			No	0	0	2	2	2	2
			No se	1	1	1	1	2	2

Del total de los encuestados el 96% (n=96) está de acuerdo que el humo del tabaco en el ambiente es perjudicial para las personas que no fuman y solo el 2% (n=2) dice que no es perjudicial. El resto menciona que desconoce si es perjudicial 2% (n=2). De los que fuman todos están de acuerdo que fumar afecta a las personas que no fuman.

Tabla 36 Días en que fumaron en el trabajo

	Mujeres		Hombres		Total	
Días en que la personas fumaron delante suyo en el trabajo	%		%		%	
Nunca	31	31	41	41	72	72
Uno o 2 días	12	12	3	3	15	15
3 o 4 días	4	4	1	1	5	5
5 o 6 días	3	3	3	3	6	6
7 días	0	0	2	2	2	2

El 28% (n= 28) mencionan que estuvieron expuestos al humo de tabaco en la semana, en el trabajo.

POLÍTICA ANTITABACO EN LA UMF 2

Tabla 37 Política oficial sobre fumar en la UMF

	Mujeres		Hombres		Total	
¿Cuál de las siguientes frases describe mejor la política oficial sobre fumar en la UMF 2	%		%		%	
No se permite fumar	46	46	44	44	90	90
Se permite fumar en algunas áreas	3	3	3	3	6	6
No se / no estoy seguro	-	-	2	2	2	2
No hay ninguna política	1	1	-	-	1	1
Se permite fumar en todas partes	-	-	1	1	1	1

El 90% (n=90) de las personas reconoce que la política oficial de la UMF 2 es que no se permite fumar, el resto desconoce si hay política 10% (n=10).

Tabla 38 Prohibición de fumar en la UMF 2

	Mujeres		Hombres		Total	
¿Está de acuerdo con que se prohíba fumar en la UMF?	%		%		%	
Si	50	50	43	43	93	93
No	-	-	7	7	7	7

El 93% (n=93) está de acuerdo con que se prohíba fumar en la unidad. El resto no está de acuerdo 7% (n=7).

Tabla 39 Política respecto al cigarro en la UMF 2

	Mujeres		Hombres		Total	
¿Cuál debe ser la política con respecto al cigarro en la UMF?	%		%		%	
Se debe prohibir en todos lados	26	26	31	31	57	57
Se debe permitir solo en áreas habilitadas	22	22	18	18	40	40
No se / no estoy seguro	2	2	1	1	3	3
Se debe permitir fumar en todos lados	-	-	-	-	-	-

El 57% de los trabajadores encuestados mencionaron que en la UMF se debe prohibir fumar, el 40% (n=40) dice que se debe permitir fumar solo en áreas habilitadas.

Tabla 40 Reacción al ver a alguien fumar

	Mujeres		Hombres		Total	
¿Cuál sería su reacción si ve a alguien fumar en donde está prohibido?	%		%		%	
Me retiraría del lugar	21	21	13	13	34	34
Le pediría que apague el cigarro	11	11	16	16	27	27
Plantearía una queja a la autoridad	9	9	15	15	24	24
No haría nada	7	7	6	6	13	13
No se / no estoy seguro	2	2	0	0	2	2

L a mayoría de los trabajadores entrevistados se retirarían de lugar al ver a alguien fumar 34% (n=34), 27% (n=27) le pediría que apague el cigarro, el 24% (n=24) plantearía una queja, el 15% (n=15) no haría nada.

Tabla 41 Test de Fagerstrom en trabajadores

	Mujeres		Hombres		Total	
Test de Fagerstrom	%		%		%	
Dependencia baja	8	8	8	8	16	16
Dependencia moderada	1	1	1	1	2	2
Dependencia alta	-	-	-	-	-	-

Los trabajadores que fuman presentan dependencia baja al tabaquismo.

MOTIVACIÓN PARA FUMAR

Tabla 42 Motivación para fumar en las mujeres

Motivo por el cual fuman	No es motivo		Es motivo importante		Es motivo muy importante	
		%		%		%
Psicosocial	3	16.7	1	5.6	5	27.8
Estímulo	4	22.2	-	-	5	27.8
Manipulación	3	16.7	1	5.6	5	27.8
Esparcimiento	3	16.7	1	5.6	4	22.2
Reducción de la tensión	2	11.1	3	16.7	4	22.2
Necesidad	5	27.8	1	5.6	3	16.7
Hábito	6	33.3	-	-	3	16.7

El 18% (n=18) del total de la muestra fuma. En las mujeres el motivo por el que lo hace es psicosocial, por estimulación y por manipulación 27% (n=27).

Tabla 43 Motivación para fumar en los hombres

Motivo por el cual fuman	No es motivo		Es motivo importante		Es motivo muy importante	
		%		%		%
Psicosocial	3	16.7	1	5.6	5	27.8
Estímulo	6	33.3			3	16.7
Manipulación	1	5.6	3	16.7	5	27.8
Esparcimiento	1	5.6	4	22.2	4	22.2
Reducción de la tensión	2	11.1	5	27.8	2	11.1
Necesidad	7	38.9	1	5.6	1	5.6
Hábito	1	5.6	-	-	8	44.4

En los hombres el motivo es esparcimiento 44.4%, manipulación 44.4%, hábito 44.4% y reducción de la tensión 38.9%

FASE 2 POSTEST USUARIOS

Ho: No existe modificación antes y después de la intervención.

Hi: Existe modificación antes y después de la intervención.

Tabla 44 Contraste antes y después en la frecuencia de fumar en usuarios

¿Fuma?					
POSTEST					Mc Nemar
PRETEST		SI	NO	Total	Valor 3
		SI	18	3	
		%	14.5	2.4	16.9
		NO	0	103	22
	%	0	83.1	83.1	p = 0.25
Total		18	106	124	H0
	%	14.5	85.5	100	

De acuerdo a la hipótesis planteada se rechaza H1 dado que $p > 0.05$, por lo tanto no existe modificación en el aspecto de fumar antes y después.

Tabla 45 Contraste antes y después en el deseo de fumar en trabajadores

¿Desea dejar de fumar?					
POSTEST					Mc Nemar
PRETEST		SI	NO	Total	Valor 5
		SI	14	0	
		%	56.7	0	66.7
		NO	5	2	7
	%	23.8	9.5	33.3	p = 0.06
Total		19	2	21	H0
	%	90.5	9.5	100	

De acuerdo a la hipótesis planteada se rechaza H1 dado que $p > 0.05$, por lo tanto no existe modificación en deseo de fumar antes y después. Sin embargo existe una tendencia estadística para afirmar que si hubo un cambio con el programa.

Tabla 46 Contraste fumar afecta gravemente su salud

¿Fumar puede afectar gravemente su salud?					
POSTEST					Mc Nemar
PRETEST		SI	NO	Total	Valor 124
		SI	117	0	
		%	94.4	0	94.4
		NO	6	1	7
	%	4.8	.8	5.6	p =
					0.031
Total		123	1	124	
	%	99.2	0.8	100	H 1

De acuerdo a la hipótesis planteada se acepta H1 dado que $p < 0.05$, por lo tanto si existe modificación en cuanto a la pregunta si fumar afecta gravemente su salud.

Tabla 47 Contraste el humo de tabaco es perjudicial para las personas que no fuman

¿El humo de tabaco en el ambiente es perjudicial para los que no fuman?							
POSTEST					Mc Nemar Bowker		
PRETEST		SI	NO	NO SE	Total	Valor 9.538	
		SI	87	0	6		93
		%	70.2	0	4.8	75	
		NO	2	2	0	4	
		%	1.6	1.6	0	3.2	gl = 2
		NO SE	20	0	7	27	p =
	%	16.1	0	5.6	21.8	0.00	
Total		109	2	13	124		
	%	87.9	1.6	10.5	100	H 1	

De acuerdo a la hipótesis planteada se acepta H1 dado que $p < 0.05$, por lo tanto si existe modificación en cuanto a la pregunta si el humo de tabaco es perjudicial para las personas que no fuman.

Tabla 48 Contraste antes y después si conoce la política oficial (frase)

¿Conoce la política oficial (frase)?						
POSTEST					Mc Nemar	
PRETEST		SI	NO	Total	Valor	
		SI	65	11	76	124
		%	52.4	8.9	61.3	Dicotomizada
		NO	36	12	48	
	%	29	9.7	38.7	p =	
					0.00	
Total		101	23	124		
	%	81.5	18.5	100	H 1	

De acuerdo a la hipótesis planteada se acepta H1 dado que $p < 0.05$, por lo tanto si existe modificación en cuanto a la pregunta si conoce la política oficial (frase que la describa mejor). En esta pregunta se dicotomizó la variable para realizar el estadístico.

Tabla 49 Contraste si está de acuerdo con el programa ELHT

¿Está de acuerdo con el programa ELHT?						
POSTEST					Mc Nemar	
PRETEST		SI	NO	Total	Valor	
		SI	109	0	109	13.29
		%	87.9	0	15	
		NO	9.7	2.4	12.1	
	%	9.7	2.4	12.1	p =	
					0.00	
Total		121	3	124		
	%	97.6	2.4	100	H 1	

De acuerdo a la hipótesis planteada se acepta H1 dado que $p < 0.05$, por lo tanto si existe modificación en cuanto a la pregunta está de acuerdo con el programa de ELHT.

Tabla 50 Contraste si conoce la política con respecto al cigarro

¿Conoce la política con respecto al cigarro?					
POSTEST					Mc Nemar
		Prohibición total	Prohibición parcial	Total	Valor
		PRETEST	Prohibición total	48	
%	38.7		0.8	39.5	
Prohibición parcial	63		12	75	p =
%	50.8		9.7	60.5	0.000
Total		111	13	124	
	%	89.5	10.5	100	H 1

De acuerdo a la hipótesis planteada se acepta H1 dado que $p < 0.05$, por lo tanto si existe modificación en cuanto a la pregunta si conoce la política con respecto al cigarro.

Tabla 51 Contraste en el test de Fagerstrom

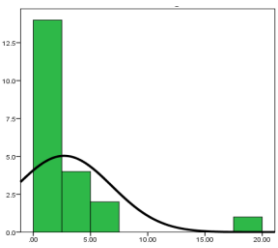
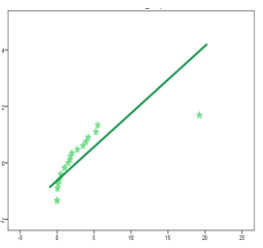
Test de Fagerstrom					
Dependencia Postest					Mc Nemar
		Baja	Moderada	Total	Valor
		Dependencia pretest	Baja	18	
%	85.7		0	85.7	
Moderada	0		3	3	p =
%	0		14.3	14.3	1
Total		18	3	21	
	%	85.7	14.3	100	H 0

De acuerdo a la hipótesis planteada se rechaza H1 dado que p es 1, no hubo modificación en cuanto al tipo de dependencia hacia el tabaco.

H0: La distribución de las variables en estudio no es diferente de la distribución normal. Son homogéneas.

H1: La distribución de las variables en estudio es diferente de la distribución normal. Son heterogéneas.

Tabla 52 Diferencia de medias índice tabáquico

DESCRIPTIVO	PRETEST	POSTEST
Media	2.697	2.614
Intervalo de confianza 95%	0.8052 – 4.59	0.702 – 4.525
Error estándar	0.9072	0.9163
Mediana	1.5	1.5
Varianza	17.284	17.634
Desviación estándar	4.157	4.199
Mínimo	0.05	0.0
Máximo	19.25	19.25
Asimetría	3.430 Derecha	3.377 Derecha
Curtosis	13.553 Platicúrtica	13.221 Platicúrtica
Gráfico		
SHAPIRO-WILK (n=18)		
Estadístico	0.588	0.594
gl	21	21
p	0.000	0.000

Dado que es una variable numérica, se obtiene mediante el estadístico de Shapiro-Wilk ($n < 50$) si es normal la distribución. De acuerdo a la hipótesis planteada se acepta H1 dado que $p < 0.05$, por lo las variables tienen una distribución diferente a la normal. Usaremos la prueba de Wilcoxon para el contraste de hipótesis de muestras relacionadas. En caso de resultar una normal la prueba se hace con la diferencias entre los 2 grupos.

Tabla 53 Contaste índice tabáquico

Rangos	n	Rango promedio	Suma de rangos	Wilcoxon
Negativos postest<pretest	3	2	36	Z =
Positivos Postest>pretest	0	0	0	-1.604
Empates Postest=pretest	18			P = 0.1
Total	21			H0

De acuerdo a la hipótesis planteada se rechaza H1 dado que $p > 0.05$, por lo tanto no existe modificación después de la implementación del programa ELHT.

FASE 2 POSTEST TRABAJADORES

Ho: No existe modificación antes y después de la implementación del programa.

Hi: Existe modificación antes y después de la implementación del programa.

Tabla 54 Contraste antes y después en la frecuencia de fumar en trabajadores

		¿Fuma?			
		POSTEST			Mc Nemar
PRETEST		SI	NO	Total	Valor 3
	SI	16	3	19	
	%	16	3	19	
	NO	0	81	81	p = 0.25
%	0	81	81		
Total		16	84	100	H0
		16	84	100	

De acuerdo a la hipótesis planteada se rechaza H1 dado que $p > 0.05$, por lo tanto no existe modificación en el aspecto de fumar antes y después.

Tabla 55 Contraste antes y después en el deseo de fumar en trabajadores

		¿Desea dejar de fumar?			
		POSTEST			Mc Nemar
PRETEST		SI	NO	Total	Valor 3
	SI	14	0	14	
	%	77.8	0	77.8	
	NO	3	1	4	p = 0.25
%	16.7	5.6	22.2		
Total		17	1	18	H0
		%	94.4	5.6	

De acuerdo a la hipótesis planteada se rechaza H1 dado que $p > 0.05$, por lo tanto no existe modificación en deseo de fumar antes y después.

Tabla 56 Contraste fumar afecta gravemente su salud

¿Fumar puede afectar gravemente su salud?					
POSTEST				Mc Nemar	
PRETEST		SI	NO	Total	Valor 2
		SI	98	0	
		%	98	0	98
		NO	2	0	2
	%	2	0	2	
Total		100	0	100	H 1
	%	100	0	100	

De acuerdo a la hipótesis planteada se acepta H1 dado que $p < 0.05$, por lo tanto si existe modificación en cuanto a la pregunta si fumar afecta gravemente su salud.

Tabla 57 Contraste el humo de tabaco es perjudicial para las personas que no fuman

¿El humo de tabaco es perjudicial para las personas que no fuman?						
POSTEST				X2		
PRETEST		SI	NO	Total	Valor 26.791 Dicotomizada	
		SI	96	0		96
		Esperado	94.1	1.9		96
		%	96	0	96	p = 0.00 Corrección de Yates H 1
		NO	2	2	4	
		Esperado	3.9	0.1	4	
	%	2	2	4		
Total	Esperado	98	2	100	H 1	
	%	98	2	100		

De acuerdo a la hipótesis planteada se acepta H1 dado que $p < 0.05$, por lo tanto si existe modificación en cuanto a la pregunta si el humo de tabaco es perjudicial para las personas que no fuman. Para este cálculo se utilizó la corrección de Yates por tener valores mínimos esperados de 0.1 y valores reales de 0.

Tabla 58 Contraste antes y después en el deseo de fumar en trabajadores

¿El humo de tabaco en el ambiente es perjudicial para los que no fuman?						
POSTEST					Mc Nemar	
PRETEST		SI	NO	Total	Valor	
		SI	96	0	0	96
		%	96	0	0	96
		NO	1	0	1	2
		%	1	0	1	2
		NO SE	2	0	0	2
	%	2	0	0	2	
Total		99	0	0	100	
	%	99	0	10.5	100	

En esta pregunta el contraste de hipótesis estadístico no se pudo realizar dado que todos los encuestados afirmaron que el tabaco en el ambiente es perjudicial para los que no fuman. Sin embargo, es un hecho la mejora en la manera de pensar con respecto a la pregunta.

Tabla 59 Contraste antes y después en el deseo de fumar en trabajadores

¿Conoce la política oficial (frase)?						
POSTEST					Mc Nemar	
PRETEST		SI	NO	Total	Valor	
		SI	86	4	90	84,64
		%	10	0	90	Dicotomizada
		NO	96	4	10	p =
	%	96	4	100	0.18	
Total		96	4	100		
	%	81.5	18.5	100	H 0	

De acuerdo a la hipótesis planteada se rechaza H1 dado que $p > 0.05$, por lo tanto no existe modificación en cuanto a la pregunta si conoce la política oficial (frase que la describa mejor).

Tabla 60 Contraste si está de acuerdo con el programa ELHT

¿Esta de acuerdo con el programa ELHT?					
POSTEST				Mc Nemar	
PRETEST		SI	NO	Total	Valor
		SI	93	0	
		%	93	0	93
		NO	7	0	7
	%	7	0	7	
Total		100	0	100	H 1
	%	100	0	100	

De acuerdo a la hipótesis planteada por el estadístico de Mc Nemar no es posible asociar, sin embargo todos los participantes están de acuerdo con el programa.

Tabla 61 Contraste si conoce la política con respecto al cigarro

¿Conoce la política con respecto al cigarro?					
POSTEST				Mc Nemar	
PRETEST		Prohibición total	Prohibición parcial	Total	Valor
		Prohibición total	56	1	
		%	56	1	57
		Prohibición parcial	32	11	43
	%	32	11	43	
Total		88	12	100	H 1
	%	88	12	100	

De acuerdo a la hipótesis planteada se acepta H1 dado que $p < 0.05$, por lo tanto si existe modificación en cuanto a la pregunta planteada.

Tabla 62 Contraste en el test de Fagerstrom

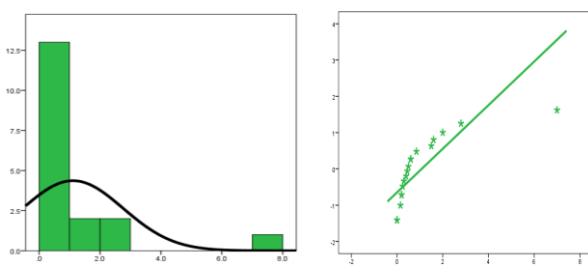
Test de Fagerstrom					
Dependencia Postest				Mc Nemar	
Dependencia pretest		Baja	Moderada	Total	Valor
		Baja	18	0	
		%	85.7	0	85.7
		Moderada	0	3	3
	%	0	14.3	14.3	
Total		18	3	21	H 0
	%	85.7	14.3	100	

De acuerdo a la hipótesis planteada se acepta H1 dado que $p < 0.05$, por lo tanto si existe modificación en cuanto a la pregunta si fumar afecta gravemente su salud.

H0: La distribución de las variables en estudio no es diferente de la distribución normal. Son homogéneas.

H1: La distribución de las variables en estudio es diferente de la distribución normal. Son heterogéneas.

Tabla 63 Diferencia de medias índice tabáquico

DESCRIPTIVO	PRETEST	POSTEST
Media	1.111	1.078
Intervalo de confianza 95%	0.293 -1.929	0.25 – 1.905
Error estándar	0.3877	0.3921
Mediana	0.5	0.475
Varianza	2.7	2.768
Desviación estándar	1.644	1.663
Mínimo	0.1	0.0
Máximo	7	7
Asimetría	3.032 Derecha	2.977 Derecha
Curtosis	10.317 Platicúrtica	10.02 Platicúrtica
Gráfico		
SHAPIRO-WILK (n=18)		
Estadístico	0.603	0.62
gl	18	18
p	0.000	0.000

Dado que es una variable numérica, se obtiene mediante el estadístico de Shapiro-Wilk ($n < 50$) si es normal la distribución. De acuerdo a la hipótesis planteada se acepta H1 dado que $p < 0.05$, por lo las variables tienen una distribución diferente a la normal. Usamos la prueba de Wilcoxon para el contraste de hipótesis de muestras relacionadas.

Tabla 64 Contraste índice tabáquico

Rangos	n	Rango promedio	Suma de rangos	Wilcoxon
Negativos postest<pretest	2	1.5	3	Z = -1.342
Positivos Postest>pretest	0	0	0	
Empates Postest=pretest	16			P = 0.18
Total	18			H0

De acuerdo a la hipótesis planteada se rechaza H1 dado que $p > 0.05$, por lo tanto no existe modificación después de la implementación del programa ELHT.

3.6 DISCUSIÓN

En el personal de la UMF 2, el 18% se dijo fumador, el 82 % no fumaba, cifras menores a las reportadas en el estudio de Hernández-Hernández (21) en personal de enfermería del Hospital General de Querétaro con 21% y 68% respectivamente. En el estudio ELHT el personal entrevistado se refirió con antecedentes de consumo de tabaco por parte de los padres en un 18% y 12% por la pareja, cifras similares a 20.5% y 14.4% del estudio de Hernández.

En este mismo estudio los motivos para fumar fueron: por costumbre (49.9%), placer 45.5% y ser relajante (39.5%). Para los trabajadores de la UMF 2 son un motivo para fumar el estímulo que da el fumar 27.8%, el social 33.4% y para reducir la tensión principalmente 38.8%.

García de la Torre y cols (22), realizaron un estudio en la Facultad de Medicina de Cd. Universitaria en México, encontrando que el 42.8% de los fumadores son hombres y el 57.2% mujeres. En el estudio ELHT el personal masculino que fuma constituye el 50%. En los usuarios que fuman los hombres abarcan el 81%.

En el estudio referido (22), del total de la población estudiada, el 80.5% estaba expuesta al humo de tabaco de manera pasiva en el salón de clase o en su área de trabajo. En el estudio ELHT, el 49.5% de los usuarios y el 31% de los trabajadores está expuesto en casa al humo de tabaco, el 24.8% de los usuarios y el 24% de los trabajadores considera trabaja en un ambiente de fumadores. En cuanto a la opinión respecto a declarar a la Facultad con ELHT el 64% de los fumadores y el 87% de los no fumadores estuvo de acuerdo (22). En ELHT el 93% está de acuerdo con la política con respecto a que se prohíba fumar en la UMF.

Varona y cols (24), identificó en la población urbana de Cuba que el 54% de las familias estaban expuestas al humo de tabaco, la UMF 2 atiende a población urbana dado que está ubicada en el centro de la ciudad de Puebla, con ELHT se dio por promedio que el 40.2% está expuesto en casa al humo de tabaco (usuarios y trabajadores).

De acuerdo a Paradela y cols (26), en una encuesta a 287 pacientes se detectó que la prevalencia del tabaquismo es de 23.6%, siendo significativamente mayor en hombres (31 vs 17%), en ELHT se encuestaron en total a 224 individuos teniendo una prevalencia del 17.4%; sobre usuarios de la UMF 2 la prevalencia fue de 16.9% y en trabajadores fue de 18%.

Después de decretada la ley Portugal en contra de fumar se presentó un decremento del 95% a la exposición del humo, en el estudio ELHT después de implementado el programa 5 personas dejaron de fumar (2.2%).

Polanska y cols (29), se demostró que después de la ley pública para restringir el humo de tabaco en lugares públicos se presentó una reducción del 90% de los niveles de nicotina, además, los trabajadores percibieron de manera positiva en su salud esta legislación. En ELHT el 99% de los entrevistados estuvieron de acuerdo con el programa ELHT, y el 88% con que se prohíba al 100% fumar en la unidad.

CAPÍTULO 4

CONCLUSIONES

CAPÍTULO 4 CONCLUSIONES

4.1 RELATIVAS A LOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS

★ **Describir los factores sociodemográficos y tabáquicos en usuarios y trabajadores.**

Se encuestaron 124 usuarios activos en un día típico que acudieron a la consulta externa de medicina familiar, 50% de cada turno y de cada género. Y a 100 trabajadores de la UMF 2, 50% de cada género y turno.

En los usuarios, el promedio de edad fue 50.5 años (DE±17.2), en mujeres de 47.5 años y hombres 53.6 años. El promedio de edad en los trabajadores, es de 50.5 años (DE±17.2).

En los usuarios, la ocupación más frecuente en mujeres es ama de casa con un 17.7%, seguido de obreras y pensionadas con un 6.5% cada una. En los hombres predominó la ocupación de obrero con un 13.7%, pensionados 11.3% y comerciantes 8.1%.

Las categorías representadas de los trabajadores de la UMF 2, en este estudio más frecuentes son enfermería 30%, médicos familiares 21% y asistentes médicas 14. El 89% del personal entrevistado es de base.

En los usuarios, en cuanto al número de hijos el 70.2% tiene 3 o menos hijos.

En los usuarios, en la muestra tomada para este estudio el 55.6% es casado, el 17.7% vive en unión libre.

En cuanto a escolaridad la mayoría de los usuarios concluyeron primaria 38.2%, secundaria 31.5% y preparatoria 27.4%. La mayoría de los trabajadores cuenta con licenciatura 50%, 2% con maestría y 1% con primaria.

En los usuarios, del total encuestado, se determinó que el 16.9% fuma de los cuales el 3.2% son mujeres y el 13.7% son hombres. El 83.1% del total no fuma. El 18% de los trabajadores encuestados fuma. El 50% del personal femenino consume tabaco.

De los usuarios que fuman, en promedio llevan 18 años (DE ± 17.56) haciéndolo, en años va desde 1 hasta 55. A pesar de que solo son 4 mujeres las que fuman, son las que más tiempo llevan fumando 19.7 años. De los trabajadores que fuman, en promedio llevan 8 años (DE ± 6.1) haciéndolo, el tiempo va desde 1 hasta 20 años.

En los usuarios las mujeres en promedio fuman 2 cigarros al día y los hombres 17.6 años con un promedio de 2.8 cigarros al día. Los trabajadores en promedio fuman 2.5 cigarros diarios, las mujeres 2 y los hombres 3.

De los fumadores que son usuarios, el 66.7 % desea dejar de fumar y el 33.3 % no. De ellos, los hombres son los que más encuentran difícil dejar de fumar en lugares donde está prohibido como hospitales, cines y bibliotecas, 14.3%. De los trabajadores fumadores, el 77.8 % desea dejar de fumar y el 22.2 % no. De ellos, los hombres son los que más encuentran difícil dejar de fumar en lugares donde está prohibido como hospitales, cines y bibliotecas, 5.6%.

El 25.8% de los usuarios, considera que trabaja en un ambiente de fumadores, por tanto está expuesto al humo de tabaco. El 24% de los trabajadores, considera que trabaja en un ambiente de fumadores.

En cuanto a la pregunta si fumar afecta gravemente su salud, el 5.6% de los usuarios cree que no afecta en lo absoluto, incluso una persona que fuma, cree que no afecta gravemente en su salud. El resto 94.4% declaró que fumar si afecta la salud. El 16.1% de las personas que fuman también reconocen que fumar afecta gravemente su salud. De los trabajadores, el 2% cree que no afecta. El resto 98% (n=98) declaró que fumar si afecta la salud.

Del total de los usuarios el 78.2% está de acuerdo que el humo del tabaco en el ambiente es perjudicial para las personas que no fuman y solo el 3.2% dice que no es perjudicial. El resto menciona que desconoce si es perjudicial 21.7%. Del total de los trabajadores, el 96% está de acuerdo que el humo del tabaco en el ambiente es perjudicial para las personas que no fuman y solo el 2% dice que no es perjudicial. De los que fuman todos están de acuerdo que fumar afecta a las personas que no fuman.

El 39.5% de los usuarios, estuvieron expuestos al humo de tabaco en la semana. El 28% de los trabajadores, mencionan que estuvieron expuestos al humo de tabaco en la semana, en el trabajo. El 90% de los trabajadores reconoce que la política oficial de la UMF 2 es que no se permite fumar, el resto desconoce si hay política 10%.

Solo el 61.3% de las personas usuarias reconoce que la política oficial de la UMF 2 es que no se permite fumar, el resto desconoce 38.7%. El 93% de los trabajadores está de acuerdo con que se prohíba fumar en la unidad. El resto no está de acuerdo 7%.

El 87.9% de los usuarios, está de acuerdo con que se prohíba fumar en la unidad. El resto no está de acuerdo 12.1%. El 57% de los trabajadores encuestados mencionaron que en la UMF se debe prohibir fumar, el 40% (n=40) dice que se debe permitir fumar solo en áreas habilitadas.

El 57.3% de los encuestados usuarios mencionaron que en la UMF se debe permitir fumar solo en áreas habilitadas. El 39.5% dijo que se debe prohibir en todos lados.

La mayoría de los usuarios entrevistados se retirarían de lugar al ver a alguien fumar 42.7%, 24.2% plantearía una queja, 21% le pediría que apague el cigarro. La mayoría de los trabajadores entrevistados se retirarían de lugar al ver a alguien fumar 34%, 27% le pediría que apague el cigarro, el 24% plantearía una queja, el 15% no haría nada.

★ **Determinar la prevalencia de los consumidores de tabaco en usuarios y trabajadores en relación al género.**

En los usuarios, del total encuestado, se determinó que el 16.9% fuma de los cuales el 3.2% son mujeres y el 13.7 % son hombres. El 83.1% del total no fuma. El 18% de los trabajadores encuestados fuma. El 50% del personal femenino consume tabaco.

★ **Estimar el tipo de motivación que tienen tanto los usuarios como los trabajadores para fumar por género.**

El 16.9% del total de la muestra fuma. En las mujeres el motivo por el que lo hace es el psicosocial, por estimulación y para reducir la tensión y como hábito. En los hombres va desde que fumar lo estimula, por esparcimiento, reducción de la tensión hábito y por manipulación. Los hombres tienen más motivos. En las mujeres trabajadoras el motivo por el que lo hace es psicosocial, por estimulación y por manipulación 27%. En los hombres el motivo es esparcimiento, manipulación, hábito en un 44.4% cada uno y reducción de la tensión 38.9%

★ **Determinar los conocimientos respecto al tabaquismo y ELHT antes y después de la implementación del programa.**

Se puede afirmar que después de la implementación del programa tanto usuarios como los trabajadores saben que fumar puede afectar gravemente su salud, el humo de tabaco en el ambiente es perjudicial para los que no fuman, conocen ahora la política de “espacio libre de humo de tabaco” y está de acuerdo con ella, se hace una acotación en este rubro debido a que en los trabajadores a pesar de que la mayoría ahora conoce la política, aún el 18.5 % dijo que se permite fumar solo en áreas habilitadas, en cambio los usuarios estuvieron de acuerdo con el que no se debe fumar dentro de las instalaciones de la UMF 2 ($p < 0.05$).

★ **Estimar el tipo de dependencia al tabaco antes y después del programa en usuarios y trabajadores en relación al género.**

El 14.3% de los fumadores usuarios tienen dependencia moderada. Los trabajadores que fuman presentan dependencia baja al tabaquismo.

En cuanto a la implementación del programa no se logró reducir el tipo de dependencia.

★ **Estimar en índice tabáquico en usuarios y trabajadores antes y después del programa ELHT.**

En los usuarios el índice tabáquico en las mujeres se clasifica como de riesgo moderado (5.9) y en los hombres con riesgo leve (1.94). El índice tabáquico en las mujeres y hombres trabajadores de la UMF 2, en general se clasifica riesgo leve (1.1) sin embargo en lo particular hay un hombre que se clasifica como riesgo moderado.

Con la implementación del programa ELHT, se puede afirmar con un 10% de error que hubo una disminución en el índice tabáquico. En los trabajadores no hubo el impacto esperado de reducir el índice. Solo 5 personas dejaron de fumar.

★ **Evaluar las especificaciones para reconocer oficialmente a la UMF 2 como ELHT posterior a la implementación del programa.**

El equipo de trabajo realizó un recorrido y se cuenta con 29 puntos para enero de 2018.

★ **Describir la afectación que tiene la familia con respecto a la exposición al humo de tabaco.**

De los usuarios que fuman el 17.2% conviven en el hogar con fumadores y el 49.5% de total, está expuesto al humo del tabaco en su casa. De los trabajadores que fuman el 22% conviven en su casa con fumadores (incluso el mismo) y el 31% de total, está expuesto al humo del tabaco en el seno familiar.

Hermanos e hijos son los usuarios que fuman más en la familia con un 58.1%, solo el 24.2% no tienen ningún familiar fumador. En las familias de los trabajadores, los padres 23%, la pareja 12% y hermanos 11% son los que más fuman. El 50% dice que no tiene familiares que fumen.

4.2 RELATIVAS AL OBJETIVO GENERAL

- ★ **Determinar los efectos de la implementación del programa “Espacio libre de humo de tabaco” en la UMF 2, Puebla.**

Si bien no que pudo eliminar el hábito del tabaquismo en los fumadores tanto usuarios como trabajadores; el deseo de dejar de fumar, la concientización sobre los peligros del tabaco y del humo de éste fue elevada, con lo que con que la investigación ELHTstar intenta proteger a los no fumadores de los efectos peligrosos del tabaquismo pasivo y alentar a los fumadores a dejar de hacerlo.

Ademas, se planeó coadyuvar a la imagen de la UMF 2 interna y externamente en relación al programa ELHT, por lo que está en revisión a Nivel Nacional para poder lograr el financiamiento.

4.3 LIMITACIONES

Con el presente trabajo y la ayuda de diferentes instancias como lo es la Coordinación de Educación e Investigación en Salud de la Unidad, se realizó un censo de la unidad, de donde se obtuvo una muestra representativa del personal para realizar las pláticas grupales; sin embargo al realizar como tal la encuesta nos encontramos con diversas excusas para no contestar como:

- Exceso de trabajo
- Falta de tiempo para contestar
- Llegada tarde del personal a las pláticas
- Falta de interés en el tema

Por lo que se planificó al igual que en otras capacitaciones en la que se participó previamente (lactancia materna y de desarrollo infantil), la **capacitación individual** y en pequeños grupos (3 - 5 integrantes) sobre el tema, tomando más tiempo del esperado, llegando al objetivo deseado.

En cuanto a los derechohabientes, de igual forma fue difícil la reunión en un solo tiempo para las pláticas, sin embargo se esperó cada mes al usuario para darle la capacitación individual, logrando la fase 1 descriptiva pero la fase 2 en la comparativa de todos los usuarios después de la capacitación no, por lo que se optó en realizar en base a la prevalencia encontrada en la unidad, un estudio de casos (capacitados) y controles (no capacitados).

También se contó con el apoyo de Salud en el Trabajo para realizar el diagnóstico situacional con respecto al tabaquismo y un plan estratégico para combatirlo e implementar el programa de ELHT, creando así una propuesta gerencial que ayude a la Delegación Puebla.

4.4 RECOMENDACIONES

Incidir más en los usuarios y trabajadores que fuman, la propuesta es unir este esfuerzo con el INSP, quienes han creado una APP antitabaco que está funcionando con la cohorte en la que ellos la están aplicando.

Que este trabajo no solo se quede en dos mediciones de impacto del programa sino que se sigan a lo largo del tiempo con las modificaciones que así se requieran para mejorar la salud y eliminar del ambiente el humo de tabaco.

La aplicación de los programas no solo se hace en el papel, realmente tiene uno que llegar a cada una de las personas, con diferentes técnicas grupales e individuales, si realmente se quiere influir en la salud y combatir a la enfermedad.

PRINCIPALES LOGROS OBTENIDOS

Participación en congresos modalidad oral

26/09/18 **Espacio Libre de Humo de Tabaco. Efectos de su Implementación en la UMF 2, IMSS-Puebla.** Portillo García Zitlalli. IX Concurso Interuniversitario y VIII Concurso de Médicos Residentes realizado en el marco de la 59ª. Semana Quirúrgica Nacional. Academia Mexicana de Cirugía.

Participación en congresos modalidad cartel

26/09/18 **Espacio Libre de Humo de Tabaco. Efectos de su Implementación en la UMF 2, IMSS-Puebla.** Portillo García Zitlalli. IX Concurso Interuniversitario y VIII Concurso de Médicos Residentes realizado en el marco de la 59ª. Semana Quirúrgica Nacional. Academia Mexicana de Cirugía.

25-27/05/2018 **Prevalencia de caries dental en niños de la primaria “Emperador Cuauhtémoc durante el ciclo escolar 2016-2017 en Puebla.** Portillo-García Zitlalli, Mancilla-Ruíz Nancy, Tovar-Sanchez Noemi, García-Morales Azomalli Miriam, Mendez Fernández Elizabeth, Mendez Martínez Socorro. XXV Foro Sur de Investigación en Salud. Estado de México. Instituto Mexicano del Seguro Social.

25-27/05/2018 **Espacio Libre de Humo de Tabaco efectos de su implementación en usuarios de la UMF 2, Puebla.** Portillo-García Zitlalli, Méndez Fernández Elizabeth, Cruz Apanco Ulises, Martinez Marín Federico Héctor. XXV Foro Sur de Investigación en Salud. Estado de México. Instituto Mexicano del Seguro Social.

25-27/05/2018 **Nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA en personal de salud de la UMF 2, Puebla.** Ávila Mino Lilliam, Portillo García Zitlalli, Mendez Fernández Elizabeth, Mendez Martínez Socorro. XXV Foro Sur de Investigación en Salud. Estado de México. Instituto Mexicano del Seguro Social.

05/2018 **La tecnología como recurso didáctico en la enseñanza-aprendizaje de metodología de la investigación.** Portillo-García Zitlalli, Rodríguez-Aguilar G Emilio, Méndez-Martínez Socorro. II Presentación de carteles de investigación. México, Puebla. Unidad de Medicina Familiar No. 2. Delegación Puebla. Instituto Mexicano del Seguro Social.

10-11/01/2018 **Análisis morfométrico neuronal en un modelo de neurodesarrollo de esquizofrenia y desnutrición perinatal: programa DENDRITLAX.** Portillo-García Z, Xalteno Altamirano JE, Flores Alonso JC,

Gamboa Ojeda C, Galván Rosas AJ, López Oglesby JM. XXVII Jornadas de Educación e Investigación para Medicos Residentes “Dr. Juan Augusto Rafael Larrauri Rodríguez” UMAE Hospital de Especialidades. Instituto Mexicano del Seguro Social.

10-11/01/2018 **Situación actual del programa “Espacio 100% libre de humo de tabaco” en la UMF 2, IMSS-Puebla.** Portillo-García Z, Pérez-Fuentes A, Rodríguez-Jiménez MF, Méndez-Fernández E, Zavala-Ríos E. XXVII Jornadas de Educación e Investigación para Medicos Residentes “Dr. Juan Augusto Rafael Larrauri Rodríguez” UMAE Hospital de Especialidades. Instituto Mexicano del Seguro Social.

10/2017 **Prevalencia de caries dental en niños de la primaria “Emperador Cuauhtémoc” ciclo escolar 2016-2017 en Puebla.** García-Morales AM, Tovar-Sánchez N, López-Buendía G, Portillo-García Z, Méndez-Fernández E. Primera Jornada de Investigación en Salud del Complejo Médico del Sur, una ventana al conocimiento. Puebla, México. Secretaría de Salud-Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla. Folio 0146.

10/2017 **Prevalencia de caries dental en niños de la primaria “Emperador Cuauhtémoc” ciclo escolar 2016-2017 en Puebla.** García-Morales AM, Tovar-Sánchez N, López-Buendía G, Portillo-García Z, Méndez-Fernández E. Primera Jornada de Investigación en Salud del Complejo Médico del Sur, una ventana al conocimiento. Puebla, México. Secretaría de Salud-Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla. Folio 0146.

10/2017 **Fistula lagrimal congénita. Reporte de un caso y revisión de la literatura.** Portillo-García Z, Rodríguez-Jiménez MF, Fernández-Niño LM, Méndez-Fernández E. IX Foro de Investigación en Medicina Familiar. XII Congreso Estatal de Medicina Familiar y XI Congreso Regional de Medicina Familiar. Puebla. Colegio de Medicina Familiar del Estado de Puebla AC.

09/2017 **La tecnología como recurso didáctico en la enseñanza-aprendizaje de metodología de la investigación.** Portillo-García Zitlalli, Rodríguez-Aguilar G Emilio, Méndez-Martínez Socorro. Foro Nacional de Educación en Salud. Sonora. México. Instituto Mexicano del Seguro Social.

06/2017 **Patrones dermatoglíficos en pacientes esquizofrénicos del Hospital Rafael Serrano en Puebla.** Portillo-García Zitlalli, Gamboa Estévez Citlalli, Galván Rosas Agustín, Méndez Fernández Elizabeth. Foro Sur de Investigación en Salud. Querétaro, México. Instituto Mexicano del Seguro Social.

06/2017 **Relación entre el control glucémico de pacientes diabéticos y sus comorbilidades con la depresión en adultos mayores. Diabetimss.** Portillo-

García Zitlalli, Ríos-Ávila Karelia, Romero-Flores Saúl, Palafox-Torres Miguel, Méndez Fernández Elizabeth. Foro Sur de Investigación en Salud. Querétaro, México. Instituto Mexicano del Seguro Social.

11/2016 **Patrones dermatoglíficos en pacientes esquizofrénicos del Hospital Rafael Serrano en Puebla.** Portillo-García Zitlalli, Gamboa Estévez Citlalli, Galván Rosas Agustín, Méndez Fernández Elizabeth. Foro Nacional de Investigación en Salud. Morelos, México. IMSS.

09/2016 **Relación entre el control glucémico de pacientes diabéticos y sus comorbilidades con la depresión en adultos mayores de 60 años del programa Diabetimss.** Portillo-García Z, Romero-Flores Saúl, Palafox-Torres Miguel, Méndez Fernández Elizabeth. VIII Foro de Investigación en Medicina Familiar. XI Congreso Estatal de Medicina Familiar y X Congreso Regional de Medicina Familiar. Puebla. Colegio de Medicina Familiar del Estado de Puebla AC.

Participación como ponente

03/2017 **Protocolo de investigación.** Sesión general. Unidad de Medicina Familiar 2, Puebla. Instituto Mexicano del Seguro Social.

12/2016 **Bioética e investigación en animales de laboratorio.** Congreso de Bioética. Hospital General Regional Núm 36. Puebla. Instituto Mexicano del Seguro Social.

Participación como revisor de cartel

05/2017 **1ª Presentación de carteles de Investigación.** Unidad de Medicina Familiar 2. Puebla. Instituto Mexicano del Seguro Social.

25-27/05/2018 **XXV Foro Sur de Investigación en Salud.** Estado de México. Instituto Mexicano del Seguro Social.

TESIS DIRIGIDAS DE POSGRADO

ESPECIALIDAD

2018 **Identificación de factores asociados a infertilidad en parejas en edad reproductiva en la UMF 2, Puebla** BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA/FACULTAD DE MEDICINA, **ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR.** Julio Cesar Cruz López, México. R-2018-2103-015

2017 **Nivel de conocimiento de la GPC: diagnóstico y referencia oportuna del paciente con infección por el VIH en el primer nivel de atención, en los médicos familiares en la UMF no. 2, Puebla.** BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA/FACULTAD DE MEDICINA, **ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR.** Liliam Ávila Mino, México. R-2017-2103-18.

2017 **Nivel de Satisfacción a derechohabientes usuarios de la UMF 2 IMSS Puebla.** BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA/FACULTAD DE MEDICINA, **ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR.** Rocael Puon Morales. México. R-2018-2103-003

MAESTRÍA

2018 **Promoción y difusión del mezcal poblano por medio de la realización de recorridos turísticos a la fábrica de mezcal artesanal “Orgullo poblano” y “Gran agustín” en el estado de Puebla en el municipio de Huebuetlán el Grande.** INSTITUTO SUIZO, **MAESTRÍA EN GASTRONIMÍA MEXICANA.** Elisa Espinosa Escobar, México.

Otros:

- Instructor del curso propedéutico en la materia de estadística para ingreso al Doctorado y Maestría en al UNAM de personal de base. Puebla.
- Autora del nuevo orden estructural de la tesis para la sede UMF 2, Puebla.
- Asesora de diversas tesis de residentes tanto de medicina familiar, como de urgencias, ginecología y especialidades del regimen prospera. HGZ 20 y UMF 2.
- Participante como asesor experto en la reuniones de los Comités Locales de Etica en Investigación y de Investigación en Salud. 2103, Puebla.
- Autora del orden estructural para la elaboración del protocolo de investigación para residentes con base en la normatividad del IMSS que usa el CIBIOR.
- Colaboradora en la planeación de cursos como metodología de la investigación, redacción de textos científicos, estadística con SPSS, lactancia, ELHT, expedición de incapacidades, prueba EDI, etc para el IMSS, Puebla.
- Colaboradora en la planeación del curso profesionalización docente para la BUAP en el rubro de TICs.
- Administradora de la página de facebook de la UMF 2: <https://www.facebook.com/UMF2Puebla/>
- Cofundadora y organizadora de las jornadas de presentación de carteles dentro de las actividades para conmemorar el día del médico familiar.
- Integrante del comité organizador de las XXVII Jornadas de Educación e Investigación para Médicos Residentes “Dr Juan Augusto Rafael Larrauri Rodríguez” IMSS, Puebla.
- Diplomado en Metodología de la Investigación. BUAP. 2017-2018.

REFERENCIAS

REFERENCIAS

1. Instituto Nacional de Psiquiatria de la Fuente Muñiz. Comisión Nacional contra las Adicciones. Secretaria de Salud. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes 2014. TABACO. 2015..
2. de Micheli A, Izaguirre-Ávila R. Tabaco y tabaquismo en la historia de México y de Europa. Rev Invest Clin. 2005 jul/ago; 57(4).
3. Netzahualcototzi-Méndez M. El derrumbe de las ventas del tabaco en Tlaxcala 1824-1829. Relaciones (Zamora). 2012; 33(130).
4. OMS. Iniciativa liberarse del Tabaco. [Online].; 2015 [cited 2016 Julio 3. Available from: <http://www.who.int/tobacco/es/>.
5. OMS. Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo 2013. Resumen. Suiza: Organización Mundial de Salud, OMS; 2013.
6. Comisión Nacional contra las Adicciones. Programa contra el tabaquismo: Actualización 2011-2012. Nacional. México: Secretaría de Salud, CONADIC; 2011.
7. Organización Mundial de la Salud. Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Primera ed. OMS , editor. Suiza: Biblioteca de la OMS; 2005.
8. OMS. Día mundial sin tabaco 2016: Prepárate para el empaquetado neutro. [Online].; 2016 [cited 2016 Julio 26. Available from: <http://www.who.int/campaigns/no-tobacco-day/2016/event/es/>.
9. IMSS-CENETEC. Prevención, diagnóstico y tratamiento del consumo de tabaco y humo ajeno, en el primer nivel de atención Salud Sd, editor. México: IMSS; 2009.
10. Cosme M. Supera la media nacional. Tabaquismo, otro problema para la CdMx. El sol de Tlaxcala. 2016 Septiembre 26: p. 2.
11. Secretaría de Salud. Ley General para el control de tabaco y su reglamento México; 2010.
12. CENADIC. Manual General de Procedimientos del Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones. [Online].; 2012 [cited 2016 Julio 26. Available from: http://www.cenadic.salud.gob.mx/PDFS/transparencia/Manual_Procedimientos.pdf.
13. CONADIC. Ambientes libres de humo de tabaco. [Online].; 2011 [cited 2016 Agosto 1. Available from: <http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/publicaciones/amblib.pdf>.
14. CONADIC. Atribuciones del Secretario Técnico del CONADIC. [Online].; 2010 [cited 2016 Julio 26. Available from: <http://www.conadic.salud.gob.mx/interior/atrib.html>.
15. Secretaria de Salud: Promoción de la Salud. Lugares de trabajo 100% Libres de Humo de Tabaco. [Online].; 2016 [cited 2016 Julio 25. Available from:

http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/programas/4_lugares_trabajo_10_0_humo_tabaco.pdf.

16. Martín Ruiz A, Rodríguez Gómez I, Rubio C, Revert C, Hardisson A. Efectos toxicos del tabaco. *Rev Tox.* 2004; 21(2-3): p. 64-71.
17. Psicomed.net. DSM IV TR. [Online].; 2016 [cited 2016 Agosto 1. Available from: <http://www.psicomed.net/dsmiv/dsmiv4.html>.
18. Koushyar K, Hernandez A. Tabaquismo: factor de riesgo para enfermedad periodontal. *ADM.* 2010; 67(3): p. 101-113.
19. Noé-Díaz V, García-Gómez L, Sansores R, Ramírez-Venegas A. Impacto del tabaquismo y la EPOC sobre el funcionamiento cerebral. *Neumol Cir Torax.* 2014 Jul-Sep; 73(3): p. 196-204.
20. OMS. Tabaco. [Online].; 2015 [cited 2016 Julio 3. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es/>.
21. Hernández-Hernández M, Hernández-Castañón M, Gallegos-Torres R, Álvarez-Aguirre A, Zamora-Mendoza A, Garza-González B. Motivos para consumo de tabaco en profesionales de enfermería. *CIENCIAAUQ.* 2013 Julio;(1-12).
22. García-De la Torre G, Infante-Castañeda C, Ruíz-Ruisánchez A, Díaz-Trejo L, De la Guardia-González G. Patrón de consumo y opinión sobre "Edificio libre de humo de tabaco" en estudiantes de la Facultad de Medicina de la UNAM. *Rev Fac Med UNAM.* 2010 Enero-Febrero; 53(1).
23. Sánchez-Hernández C, Pillón S. Tabaquismo entre universitarios: caracterización de uso en la visión de los estudiantes. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2011 May-June; 19(730-737).
24. Varona P, García R, Molina E, Bonet M. Humo ambiental de tabaco en el hogar y percepción de riesgo en la población cubana. *Rev Cubana Hig Epidemiol.* 2010 Sep-Dic; 48(3).
25. Wipfli H, Ávila-Tang E, Navas-Acien A, Kim S, Onicescu G, Yuan J, et al. Secondhand smoke exposure among women and children: evidence from 31 countries. *Am J Public Health.* 2008 April; 98(4): p. 672-679.
26. Paradela C, Pérez-Ríos M, Ruano- Ravina A, Barros Dios J. La exposición al medio ambiente del tabaco humo en Chaves después de la aplicación de la ley 37/2007. Un estudio transversal en dos ámbitos de asistencia sanitaria. *Rev Port Pneumol.* 2013 Jul-Aug; 19(4): p. 168-174.
27. Galán I, Estrada C, Díez Gañan L, Velazquez L, Zorrolla B, Gandarillas A, et al. Impact of the "Tobacco control law" on exposure to environmental tobacco smoke in Spain. *BMC Public Health.* 2007 Aug; 30(7): p. 224.
28. Pérez-Ríos M, Santiago-Pérez M, Malvar A, Jesús García M, Seoane B, Suanzes J, et al. Impact of the Spanish somoking laws in the esposure to environmental tobacco smoke in Galicia (2005-2011). *Gac Sanit.* 2014 Jan-Feb; 28(1): p. 20-24.
29. Polanska K, Hanke W, Konieczko K. Hospital workers exposure to environmental tobacco smoke before and after implementation of smoking ban in public places: a review of

- epidemiological studies. *Med Pr.* 2011; 62(2): p. 211-224.
30. Fichtenberg C, Glantz S. Effect of smoke-free workplaces on smoking behavior: sistematic review. *BMJ.* 2002 Jul; 325(7357): p. 188.
 31. Barrientos-Gutiérrez T, Valdés-Salgado R, Reynales-Shigematsu L, Navas-Acien A, Lascano-Ponce E. Involuntary exposure to tobacco smoke in public places in México City. *Salud Pública Mex.* 2007; 49(Suppl 2): p. S205-212.
 32. Unidad Medica Familiar No. 2. Informe Organizacional 2017. De gestión. Puebla: Instituto Mexicano del Seguro Social, Cuerpo de gobierno; 2017.
 33. Secretaria de salud. Reglamento de la ley general de salud en material de investigación para la salud. Reglamento. México: Diario Oficial de la Federación, Secretaría de salud; 2014.
 34. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Declaración. Brasil: Asociación Médica Mundial; 2013.
 35. Informe Belmont. Principios y guías para la protección de los sujetos humanos de invetigación. Bioética. National Institutes of Health, Comisión nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y comportamental; 2003.

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO 1 Variables

Dependiente

Efecto del programa ELHT	Definición		Tipo	Escala	Medición ()	Instrumento
	Conceptual	Operacional				
	Resultado después de la aplicación de una estrategia	Resultado en prevalencia, dependencia, motivación y nivel de conocimientos antes y después de la aplicación del programa ELHT	Cualitativa	Nominal polité mica	Positivo: disminución en prevalencia o/y dependen cia o/y motivación y aumento en conocimien to (1) Igual: parámetros sin cambios (2) Negativo: aumento en prevalencia o/y dependen cia o/y motivación y disminución en conocimien to (3)	Hoja de recolección de datos

Independientes

		Definición					
Nombre		Prevalencia de fumadores	Tipo de riesgo de complicaciones por tabaquismo	Dependencia al tabaco	Motivación para fumar	Tipo	Instrumento
	Conceptual	Proporción de individuos que presenta una característica determinada en un momento determinado	Posibilidad de que se produzca un contratiempo o daño	Estado psicofísico causado por el tabaco, modificando la conducta.	Factor que anima a una persona a realizar algo		
	Operacional	Proporción de individuos que fuman de acuerdo a género y edad.	Posibilidad de que se produzca un daño de complicación por tabaquismo	Estado psicofísico causado por el tabaco, modificando la conducta pre y pos implementación	Factor que anima a una persona a fumar como psicosocial, estímulo, manipulación, esparcimiento, reducción de tensión, necesidad y hábito		
	Esala	De razón	Ordinal politómica	Ordinal politómica	Cualitativa		
	Medición	0-1	Leve: < 5 paquetes por año (1) Moderado: de 5 a 15 paquetes por año (2) Intenso: más de 15 paquetes por año (3)	Baja (1) Moderada (2) Alta (3)	No es motivo (1) Es importante (2) Es muy importante (3)		
	Instrumento	Hoja de recolección de datos	Fórmula de índice tabáquico	Test de Fagerstrom	Test de Motivación		

		Definición					
Nombre		Edad	Sexo	Categoría de trabajador	Turno	Contratación	Escolaridad
Conceptual		Tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento.	Condición orgánica que distingue a los machos de las hembras	Clasificación del personal que trabaja en una empresa	Periodo de tiempo en que se labora	Tipo de categoría de acuerdo a la nómina y temporalidad	Periodo de tiempo en que se asiste a la escuela y se obtiene un grado
Operacional		Tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento.	Condición que distingue a una mujer de una hombre	Clasificación del personal de acuerdo al tipo de trabajo que realiza en la UMF2	Periodo de tiempo en que se labora en la UMF 2	Tipo de categoría de acuerdo a la nómina y temporalidad en el IMSS	Periodo de tiempo en que se asiste a la escuela y se obtiene un grado (derechohabientes y trabajadores IMSS)
Tipo		Cuantitativa	Cualitativa	Cualitativa	Cualitativa	Cualitativa	Cualitativa
Escala		Intervalo	Nominal dicotómica	Nominal politómica	Nominal politómica	Nominal politómica	Ordinal politómica
Medición		0-9 años (1) 10- 19 años (2) 20-59 años (3) > de 60 años (4)	Mujer (1) Hombre (2)	Ver tabla 3	Matutino (1) Vespertino (2) Nocturno (3) J. Acum (4) Volante (5)	Base (1) 02 (2) 08 (3) Confianza (4)	Sin estudios (1) Primaria (2) Secundaria (3) Preparatoria (4) Licenciatura o ingeniería (5) Psgrado (6)
Instrumento		Hoja de recolección	Hoja de recolección	Cuestionario	Cuestionario	Cuestionario	Cuestionario



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y
POLÍTICAS DE SALUD

COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del estudio:	“ESPACIO 100% LIBRE DE HUMO DE TABACO” Efectos de la implementación en la UMF 2, Puebla.
Patrocinador externo:	Ninguno
Lugar y fecha:	UMF No 2 IMSS Puebla, enero-marzo 2017 a usuarios y sep –dic 2017 a trabajadores.
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	El tabaquismo problema de salud universal con alta prevalencia mundial afectando a grupos vulnerables como niños y mujeres, también es un importante factor de riesgo para desarrollar enfermedades cardiovasculares, pulmonares y pérdida de años de vida saludables, siendo necesaria su limitación en el seno familiar. El presente trabajo definirá y consolidará en la UMF el programa de espacio libre de humo de tabaco, debido a que es esencial que el ambiente de trabajo no esté contaminado por el humo del cigarro, incrementando así la calidad de vida y productividad de todos los empleados que pasan más de un tercio de su día en el centro laboral, así como a los derechohabientes.
Procedimientos:	Estimado trabajador (a) / usuario si usted acepta participar en nuestro estudio se le aplicara un cuestionario para determinar su tabaquismo y la razones por las que fuma, posterior a lo anterior se le invitará a tomar el taller anti tabaquismo para darle a conocer los riesgo del hábito tabáquico.
Posibles riesgos y molestias:	Estimado trabajador (a) / usuario usted no tendrá ningún riesgo ya que únicamente contestara un cuestionario el único inconveniente que se pudiera presentar es el tiempo a contestar, su participación es voluntaria, la información recabada es totalmente confidencial.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Se le informará en el momento sobre su grado tabaquico o su riesgo tabaquico se le otorgaran las recomendaciones a seguir .
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se le darán resultados el día que acudan a los talleres tanto la pre como de la pos prueba. En caso de requerirse algún estudio contamos con las facilidades de solicitar envió a 2 nivel de acuerdo a cada caso particular. También se expondrá en la UMF.
Participación o retiro:	Usted podrá retirarse del estudio en el momento en que lo desee.
Privacidad y confidencialidad:	El equipo de investigadores resguardará su información en todo momento y se maneja de manera confidencial. Solo se utilizará para los fines del estudio mencionado y nadie más tendrá acceso sus datos personales cuidando los aspectos éticos del proceso de investigación.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

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

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Dra. Zitlalli Portillo García

Testigo 1

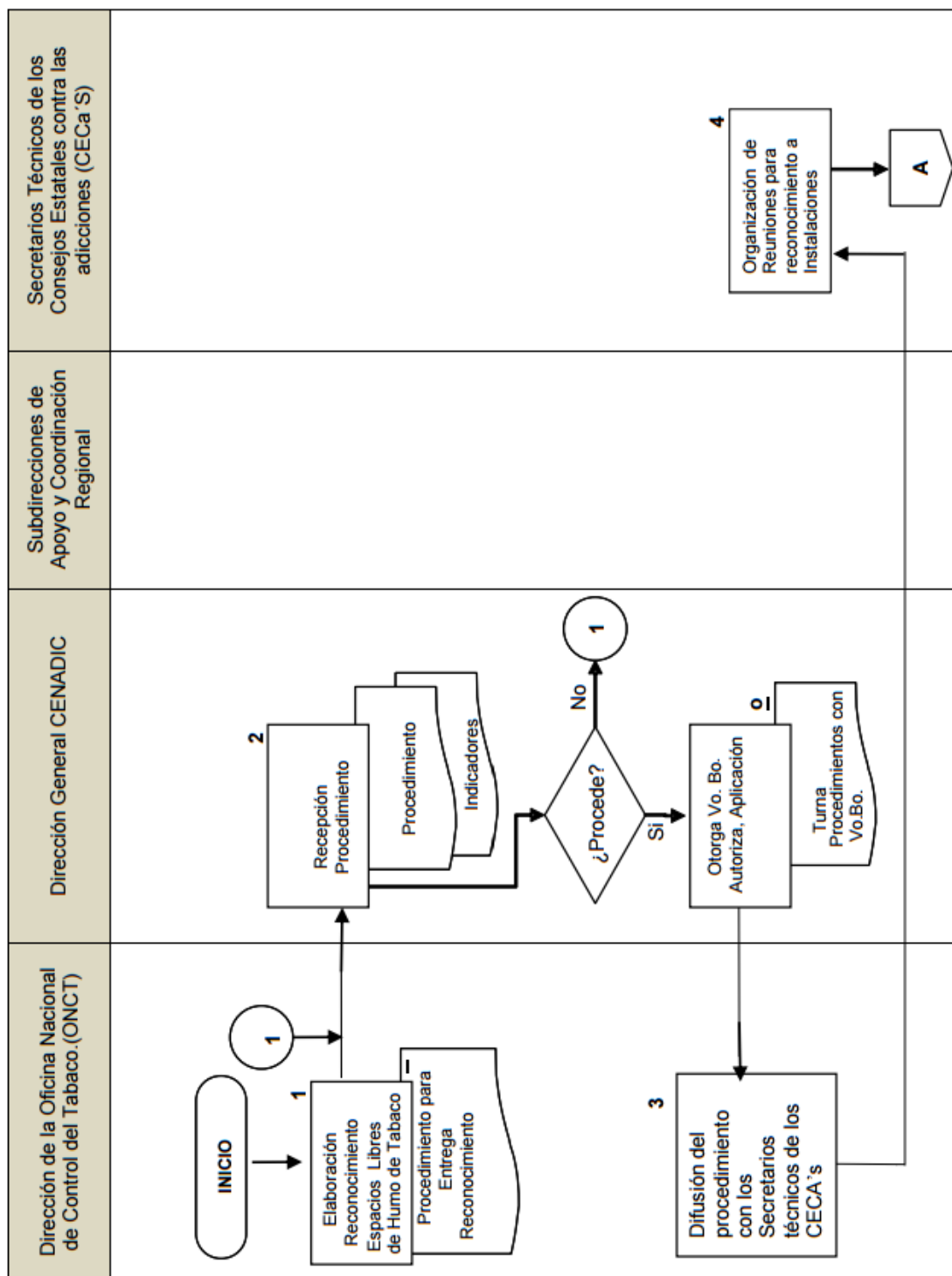
Testigo 2

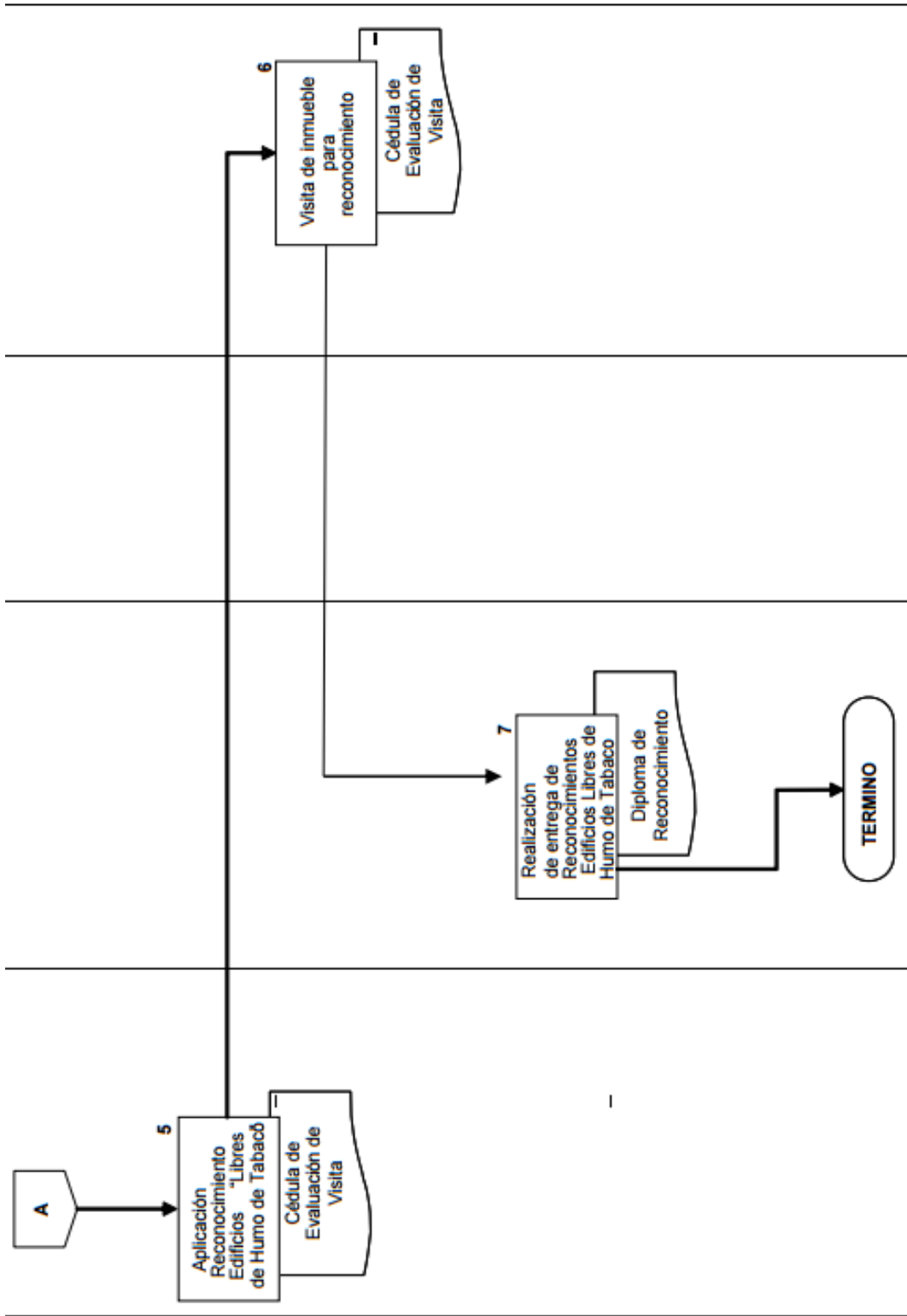
Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Anexo 3 Algoritmo para dictaminar espacio libre de humo de tabaco

Esquema 2 Algoritmo para dictaminar ELHT





Anexo 4 Cédula de autoevaluación

Tabla 65 Cedula de autoevaluación para reconocimiento ELHT

Fecha de aplicación

No.	Especificación	Elementos de sustento	Sitio	Respuesta		Cal.
				Si	No	
1	¿Existe en el edificio algún Programa para la Protección contra la Exposición al Humo de Tabaco?	Documentos respectivos	Administración	2	0	
2	¿Existe difusión de dicho Programa entre el personal?	Perifoneo mural, folletos, anuncios y otros medios.	Oficinas, pasillos y otros sitios de reunión	2	0	
3	¿Conocen los directivos y mandos medios el Programa?	Entrevista aleatoria entre autoridades	Oficinas, salas de junta, etc.	2	0	
4	¿Conocen los empleados esta Programa?	Entrevista aleatoria entre personal general	Oficinas, salas de junta, etc.	2	0	
5	¿Se informa a los usuarios o visitantes que no se puede fumar dentro del inmueble?	Entrevista aleatoria entre visitantes	Entrada, salas de espera, pasillos, etc.	1	0	
6	¿Existe la leyenda "Por favor, apague su cigarrillo antes de entrar" o alguna similar así como un cenicero a la entrada del edificio?	Observación	Entrada del edificio	2	0	
7	¿Existen avisos o símbolos visuales que expresen la prohibición de fumar?	Observación	Áreas comunes y pasillos principales	5	0	
8	¿Existen en el edificio indicios de uso de tabaco (ceniceros, colillas, cenizas, olor a humo de tabaco o personas fumando)?	Observación	Oficinas, áreas comunes, baños y en general áreas no designadas para fumadores	0	5	
9	¿A las personas fumadoras se les ofrece o sugiere atención especializada para dejar de fumar?	Revisión de registros	Administración	1	0	
10	¿Existe un sistema de vigilancia o supervisión para el cumplimiento del Programa para la Protección contra la Exposición al Humo de Tabaco?	Revisión de documentos	Administración	5	0	
11	¿Existen mecanismos para denunciar el incumplimiento del Programa?	Revisión de documentos y procedimientos	Administración	2	0	
12	¿Se vende tabaco dentro del edificio?	Observación y entrevista aleatoria	Cafeterías, comedores y áreas comunes	0	1	
CALIFICACIÓN TOTAL						

(Puntaje mínimo para ser reconocido: 26 puntos)

Nombre y firma del Responsable del Programa para la Protección contra la Exposición al Humo de Tabaco

Nombre y firma del Representante de la ONCT



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN PUEBLA
UNIDAD MÉDICO FAMILIAR NÚM. 2
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

“ESPACIO 100% LIBRE DE HUMO DE TABACO”

Folio: _____

Por favor, conteste según el número que corresponda en su caso. Gracias.

No _____

Edad: _____

1. Categoría: ----- ()

- 1) Limpieza e higiene
- 2) Médico Familiar
- 3) Medico no Familiar
- 4) Conservación
- 5) Seguridad
- 6) Confianza _____

2. Turno ----- ()

- 1) Matutino
- 2) Vespertino
- 3) Nocturno
- 4) Jornada Acumulada
- 5) Volante

3. Contratación --- ()

- 1) Base
- 2) 02
- 3) 08
- 4) Otro _____

4. Grado escolar ()

- 1. Primaria
- 2. Secundaria
- 3. Preparatoria
- 4. Licenciatura o ingeniería
- 5. Especialidad
- 6. Posgrado

5. ¿Actualmente fuma? ----- ()

- 1. si
- 2. no

Si su respuesta es NO, pase a la pregunta 10. Gracias

6. ¿Cuánto tiempo lleva fumando? ----- ()

7. Indique el número de cigarrillo diarios que fuma --- ()

8. ¿Desea dejar de fumar? ----- ()

- 1. si
- 2. no

9. ¿Encuentra difícil no fumar en lugares donde está prohibido (hospital, cine, biblioteca)? ()

0) no

1) si

10. ¿Alguna de las personas con las que convive en su domicilio fuma? -- ()

1. si

2. no

11. Si usted trabaja fuera de casa, ¿considera que trabaja en un ambiente de fumadores? ()

1. si

2. no

12. ¿Cree que fumar puede afectar gravemente su salud? ----- ()

1. si

2. no

13. ¿Usted cree que el humo de tabaco en el ambiente es perjudicial para las personas que no fuman? -----()

a) Si

b) No

c) No sé, no estoy seguro

14. Durante los últimos 7 días ¿en cuántas ocasiones hubo personas que fumaran delante suyo en el trabajo? -- ()

1) Nunca

2) Uno o 2 días

3) 3 o 4 días

4) 4 o 6 días

5) 7 días

15. ¿Cuál de las oraciones siguientes describe mejor la política oficial sobre fumar en su lugar de trabajo? ----- ()

1) No se permite fumar en ningún área de trabajo

2) Se permite fumar en algunas áreas de trabajo

3) Se permite fumar en todas las áreas de trabajo

4) No hay ninguna política oficial

5) No se/no estoy seguro

16. ¿Está de acuerdo con que se prohíba fumar en su lugar de trabajo? -- ()

- 1) Si
- 2) No

17. ¿Cuál cree Ud. que debe ser la política con respecto al cigarrillo en su lugar de trabajo? ()

- 1) Se debe prohibir fumar en todos lados
- 2) Se debe permitir fumar sólo en áreas habilitadas
- 3) Se debe permitir fumar en todos lados
- 4) No sé / No estoy seguro.

18. Si usted se encuentra en un lugar donde está prohibido fumar y ve a alguien fumando, ¿qué haría? ----- ()

- 1) No haría nada
- 2) Plantearía una queja a alguna autoridad del lugar
- 3) Me retiraría del lugar
- 4) Me acercaría a la persona y le pediría que apague el cigarrillo
- 5) Otro

19. Selecciona que familiar fuma en la familia ----- ()

- 1) Cónyuge o pareja
- 2) Hijos
- 3) Padre
- 4) Madre
- 5) Abuelos

20. ¿Está expuesto en casa al humo de tabaco? ----- ()

- 1) Si
- 2) No

Anexo 6 Centros antitabaquismo

- Asociación Mexicana de lucha contra el Cáncer
- Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia
- Centro de Integración Juvenil AC
- Instituto Vida Saludable
- Instituto Mexicano de la Juventud
- Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias
- Instituto Nacional de Salud Pública
- Alianza Nacional para el control de Tabaco
- Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

Anexo 7 Test de Fagerstrom



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DELEGACIÓN PUEBLA
 UNIDAD MÉDICO FAMILIAR NÚM. 2
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

“ESPACIO 100% LIBRE DE HUMO DE TABACO”

Folio: _____

FAGERSTROM: Por favor, encierre en un círculo la respuesta correcta. Gracias.

<p>1. ¿Cuántos cigarros fuma usted al día?</p> <p>3 puntos 31 o mas 2 puntos 21 a 30 1 punto 11 a 20 0 puntos menos de 10</p>	<p>4. ¿Qué cigarro le es más difícil de omitir?</p> <p>1 punto El primero de la mañana 2 puntos Algún otro</p>
<p>2. Fuma usted más cigarros durante la primera parte del día, que el resto del día?</p> <p>1 punto Si 0 puntos No</p>	<p>5. ¿Le es difícil no fumar donde ello es prohibido?</p> <p>1 punto Si 0 puntos No</p>
<p>3. Cuanto tiempo transcurre desde que usted despierta hasta que fuma el primer cigarro?</p> <p>3 puntos Menos de 5 minutos 2 puntos 6 a 30 minutos 1 punto 31 a 60 minutos 0 puntos Más de 60 minutos</p>	<p>6. ¿Fuma usted cuando se halla enfermo e incluso en la cama?</p> <p>1 punto Si 0 puntos No</p>

Conversión

Una pipa = 3 cigarros
 Un puro grande = 5 cigarros
 Un puro pequeño 3 cigarros

Resultado de la prueba

De 0 - 3 Dependencia baja
 De 4 - 7 Dependencia moderada
 8 puntos o más = Dependencia alta

Anexo 8 Test de Motivación



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DELEGACIÓN PUEBLA
 UNIDAD MÉDICO FAMILIAR NÚM. 2
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

“ESPACIO 100% LIBRE DE HUMO DE TABACO”

Folio: _____

MOTIVACIÓN: Por favor, conteste con una X en la casilla que corresponda.

Gracias.

MOTIVOS	MUY FRECUEN TEMENTE	OCASIO- NAL- MENTE	NUNCA
a. Siento que fumar me da seguridad.	3	2	1
Siento que fumando me concentro mejor.	3	2	1
El exhalar cada una de las bocanadas de humo me produce una grata sensación.	3	2	1
Disfruto fumar despues de los alimentos, con el té, café o alcohol.	3	2	1
Cuando me siento enojado por algo, fumo para tranquilizarme.	3	2	1
Aún enfermo siento la necesidad de un cigarro.	3	2	1
Todos los cigarros que fumo son placenteros.	3	2	1
Si no fumo, pierdo parte de mi personalidad.	3	2	1
Fumo para mantenerme despierto.	3	2	1
El sentir el cigarro entre los dedos es gratificante.	3	2	1
Cuando estoy relajado y en periodos de descanso, me gusta fumar.	3	2	1
Si estoy nervioso por algo fumo casi el doble.	3	2	1
Si cambio a cigarros suaves, fumo casi el doble.	3	2	1
Enciendo un cigarro sin haber terminado el anterior	3	2	1
Fumo mas cuando estoy en reuniones sociales.	3	2	1
En trabajos monótonos o aburrido fumo mas	3	2	1
Disfruto de “dar el golpe” con el cigarro de determinada manera.	3	2	1

Durante mi trabajo, dedico tiempo para disfrutar de un cigarro	3	2	1
Fumo cuando quiero olvidarme de mis preocupaciones	3	2	1
Me siento a disgusto si no fumo, aun cuando el fumar no es realmente grato	3	2	1
Enciendo cigarros sin darme cuenta	3	2	1
Fumo para no sentirme tan solo (a)	3	2	1
Me siento mas alerta y con energía al fumar cigarros	3	2	1
Disfruto el fumar desde el momento en que tengo la cajetilla en mis manos	3	2	1
Cuanto estoy tranquilo, me gusta fumar	3	2	1
Fumo mas cuando estoy tenso (a)	3	2	1
Al dejar de fumar unas cuantas horas, empiezo a sentir sintomas físicos desagradables.	3	2	1
Ha habido ocasiones en que olvido en donde dejé un cigarrillo prendido	3	2	1
SUMA TOTAL			
PUNTOS TOTALES			

Muy frecuentemente = 3 puntos

Puntuación 0-5 No es motivo

Ocasionalmente = 2 puntos

Puntuación 6-10 es motivo muy importante

Nunca = 1 punto

Puntuación 11-15 es motivo importante

A	H	O	V	C1	PSICOSOCIAL
B	I	P	W	D1	ESTÍMULO
C	J	Q	X	E2	MANIPULACIÓN
D	K	R	Y	F1	ESPARCIMIENTO
E	L	S	Z	G1	REDUCCIÓN DE TENSIÓN
F	M	T	A1	H1	NECESIDAD
G	N	U	B1	I1	HÁBITO

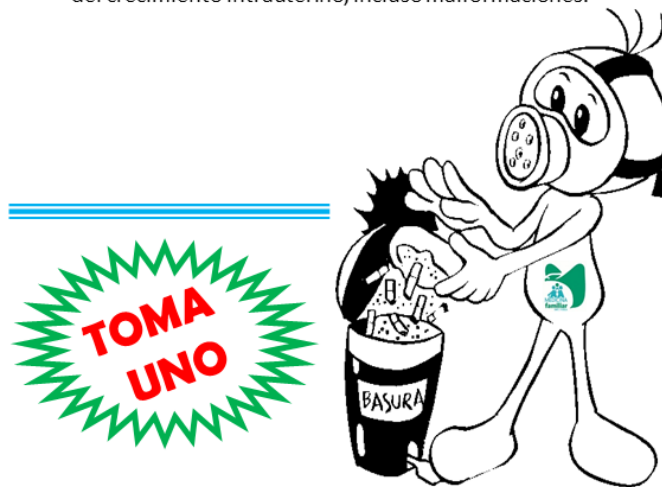
Imagen 5 Cartel y folletos del programa ELHT



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELGACIÓN PUEBLA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 2

ESPACIO 100% LIBRE DE HUMO DE TABACO

El tabaquismo paterno con exposición secundaria de la madre puede aumentar el riesgo de aborto espontáneo o repercutir negativamente sobre el crecimiento fetal, causando restricción del crecimiento intrauterino, incluso malformaciones.



Dra. Zitlalli Portillo García

R - 2016 - 2103 - 19



**MATERIAL
AUDIOVISUAL**

Anexo 10 Conceptos

Adicción o dependencia: Es el estado psicofísico causado por la interacción de un organismo vivo con un fármaco, alcohol, tabaco u otra droga, caracterizado por modificación del comportamiento y otras reacciones que comprenden un impulso irreprímible por tomar dicha sustancia en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por la privación. (11)

Cigarro o Puro: Rollo de hojas de tabaco, que enciende por un extremo y se chupa o fuma por el opuesto. (10)

Consumo de sustancias psicoactivas: son un rubro genérico que agrupa diversos patrones de uso y abuso de estas sustancias, ya sea medicamentos o tóxicos naturales, químicos o sintéticos. (8)

Consumo de tabaco: patrón de consumo que se caracteriza por fumar uno o más cigarros por día. (8)

Droga: Se refiere a cualquier sustancia que, al ser consumida, altera la bioquímica y procesos fisiológicos del sistema nervioso central. (11)

Espacio 100% libre de humo de tabaco (ELHT): Aquella área física cerrada con acceso al público o todo lugar de trabajo interior o de transporte público, en los que por razones de orden público e interés social queda prohibido fumar, consumir o tener encendido cualquier producto de tabaco. (10)

Tabaco: La planta “Nicotina Tabacum” y sus sucedáneos, en su forma natural o modificada, en las diferentes presentaciones, que se utilicen para ser fumado, chupado, mascado o utilizado como rapé. (10)

Tabaquismo: síndrome de daño multisistémico lentamente progresivo asociado a la adicción a la nicotina. (29)

Tolerancia social al consumo de tabaco: se refiere a la aceptación o rechazo hacia el consumo de tabaco por parte de la familia, los amigos o maestros, compañeros de trabajo, de viaje, etc. (8)

Anexo 11 Distribución del personal de la UMF 2

Tabla 66 Categorización del personal en la UMF 2

PERSONAL		CANTIDAD
CLÍNICO		162
1	Auxiliares de enfermería general	25
2	Auxiliares de enfermería en salud pública	12
3	Enfermeras especialistas	6
4	Enfermeras generales	15
5	Estomatólogos	6
6	Médicos Familiares	59
7	Médicos no Familiares	7
8	Laboratoristas	4
9	Químicos clínicos	5
10	Trabajadoras sociales	9
11	Técnicos radiólogos	6
12	Psicólogos clínicos	2
13	Nutricionistas	2
14	Auxiliares de laboratorio	4
NO CLÍNICO		194
1	Asistentes médicas	62
2	AUO	31
3	Auxiliar de almacén	2
4	Auxiliar de Farmacia	5
5	Auxiliar de servicios de intendencia	26
6	Ayudante de intendencia	1
7	Ayudante de farmacia	4
8	Mensajero	4
9	Coordinadores	10
10	Jefe	5
11	Técnicos varios	5
12	Oficiales varios	22
13	Puestos de confianza	17

Anexo 12 Cartas descriptivas



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DELEGACIÓN PUEBLA
 UNIDAD MÉDICO FAMILIAR NÚM. 2
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACION EN SALUD

CARTA DESCRIPTIVA PERSONAL CLÍNICO

PROGRAMA	“ESPACIO 100% LIBRE DE HUMO DE TABACO”
MÓDULO	Promoción del programa ELHT
OBJETIVO	Dotar al <u>personal clínico</u> del conocimiento, habilidades y destrezas necesarias para reconocer a la UMF como Espacio libre de Humo de Tabaco.

LUGAR Y FECHA	TEMA	OBJETIVO	INSTRUCTOR
UMF 2	Preliminar	Realizar un diagnóstico situacional de los servicios de atención al tabaquismo locales. VER ANEXO DIRECTORIO	Dra. Zitlalli Portillo García
UMF2	Encuadre Pre evaluación	Recabar los datos sociodemográficos, motivaciones y tipo de dependencia antes de la aplicación de la estrategia. Conocer el número de personas que fuman	Dra. Zitlalli Portillo García
UMF 2	Paso 1 Contar con la documentación necesaria OMS-COFEPRIST-IMSS para lograr de manera exitosa el programa.	Conocer las normas oficiales mexicanas, guías de práctica clínica y documentos oficiales en relación al tabaquismo y espacios libre de humo de tabaco. VER	Dra. Zitlalli Portillo García
UMF 2	Paso 2 Capacitar a todo el personal clínico para que pueda poner en práctica la normativa.	Dotar al personal clínico del conocimiento, habilidades y destrezas necesarias para transformar la UMF como ELHT a través platicas, trípticos y spots para reconocer y conservar el programa.	Dra. Zitlalli Portillo García

UMF 2	Paso 3 Orientar a la población derechohabiente sobre las consecuencias del tabaquismo.	Informar a todos los derechohabientes de las consecuencias deletéreas del tabaquismo y ofrecer información sobre los aspectos benéficos de dejar de fumar.	Dra. Zitlalli Portillo García Neumólogo
UMF 2	Paso 4 Demostrar los beneficios de los espacios libres de humo de tabaco.	Informar a los derechohabientes de los beneficios de tener un ambiente sin humo de tabaco y contribuir a su cuidado.	Dra. Zitlalli Portillo García Dependencia invitada
UMF 2	Paso 5 Fomentar grupos de apoyo para que la población derechohabiente deje de fumar.	Identificar a los derechohabientes y personal clínico fumadores y canalizarlos a la instancia correspondiente para eliminar su dependencia.	Dra. Zitlalli Portillo García Dependencia invitada
UMF 2	Post Evaluación	Recabar los datos posteriores a la capacitación.	Dra. Zitlalli Portillo García

NOTA: de acuerdo a la autorización de los jefes de departamento y necesidad del servicio se realizaron las capacitaciones.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DELEGACIÓN PUEBLA
 UNIDAD MÉDICO FAMILIAR NÚM. 2
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACION EN SALUD

CARTA DESCRIPTIVA PERSONAL NO CLINICO

PROGRAMA	“ESPACIO 100% LIBRE DE HUMO DE TABACO”
MÓDULO	Promoción del programa ELHT
OBJETIVO	Dotar al <u>personal no clínico</u> del conocimiento, habilidades y destrezas necesarias para reconocer a la UMF como Espacio libre de Humo de Tabaco.

LUGAR Y FECHA	TEMA	OBJETIVO	INSTRUCTOR
UMF 2	Preliminar	Realizar un diagnóstico situacional de los servicios de atención al tabaquismo locales.	Dra. Zitlalli Portillo García
UMF2	Encuadre Pre evaluación	Recabar los datos sociodemográficos, motivaciones y tipo de dependencia antes de la aplicación de la estrategia. Conocer el número de personas que fuman.	Dra. Zitlalli Portillo García
UMF 2	Paso 1 Contar con la documentación necesaria OMS-COFEPRIST-IMSS para lograr de manera exitosa el programa.	Conocer las normas oficiales mexicanas, guías de práctica clínica y documentos oficiales en relación al tabaquismo y espacios libre de humo de tabaco.	Dra. Zitlalli Portillo García
UMF 2	Paso 2 Capacitar a todo el personal no clínico para que pueda poner en práctica la normativa.	Dotar al personal no clínico del conocimiento, habilidades y destrezas necesarias para transformar la UMF como ELHT a través platicas, trípticos y spots para reconocer y conservar el programa.	Dra. Zitlalli Portillo García

UMF 2	Paso 3 Orientar a la población derechohabiente sobre las consecuencias del tabaquismo.	Ofrecer información sobre los aspectos benéficos de dejar de fumar y canalizarlo con el personal correspondiente.	Dra. Zitlalli Portillo García
UMF 2	Paso 4 Demostrar los beneficios de los espacios libres de humo de tabaco.	Informar al personal no clínico de los beneficios de tener un ambiente sin humo de tabaco y contribuir a su cuidado.	Dra. Zitlalli Portillo García
UMF 2	Paso 5 Fomentar grupos de apoyo para que la población derechohabiente deje de fumar.	Identificar al personal no clínico fumadores y canalizarlos a la instancia correspondiente para eliminar su dependencia.	Dra. Zitlalli Portillo García Dependencia invitada
UMF 2	Post Evaluación	Recabar los datos posteriores a la capacitación.	Dra. Zitlalli Portillo García

NOTA: de acuerdo a la autorización de los jefes de departamento y necesidad del servicio se realizaron las capacitaciones.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DELEGACIÓN PUEBLA
 UNIDAD MÉDICO FAMILIAR NÚM. 2
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACION EN SALUD

CARTA DESCRIPTIVA DERECHOHABIENTES

PROGRAMA	“ESPACIO 100% LIBRE DE HUMO DE TABACO”
MÓDULO	Promoción del programa ELHT
OBJETIVO	Dotar al <u>derechohabiente</u> del conocimiento, habilidades y destrezas necesarias para reconocer a la UMF como Espacio libre de Humo de Tabaco.

LUGAR Y FECHA	TEMA	OBJETIVO	INSTRUCTOR
UMF2	Encuadre Pre evaluación	Recabar los datos sociodemográficos, motivaciones y tipo de dependencia antes de la aplicación de la estrategia. Conocer el número de personas que fuman	Dra. Zitlalli Portillo García
UMF 2	Paso 1 Contar con la documentación necesaria OMS-COFEPRIST-IMSS para lograr de manera exitosa el programa.	-/-/-	Dra. Zitlalli Portillo García
UMF 2	Paso 2 Capacitar al derechohabiente para que solicite información antitabaco	Dotar al derechohabiente de conocimientos, habilidades y destrezas necesarias para transformar la UMF como ELHT a través platicas, trípticos y spots para reconocer y conservar el programa.	Dra. Zitlalli Portillo García

UMF 2	Paso 3 Orientar a la población derechohabiente sobre las consecuencias del tabaquismo.	Ofrecer información sobre los aspectos benéficos de dejar de fumar y canalizarlo con el personal correspondiente.	Dra. Zitlalli Portillo García
UMF 2	Paso 4 Demostrar los beneficios de los espacios libres de humo de tabaco.	Informar al derechohabiente de los beneficios de tener un ambiente sin humo de tabaco y contribuir a su cuidado.	Dra. Zitlalli Portillo García
UMF 2	Paso 5 Fomentar grupos de apoyo para que la población derechohabiente deje de fumar.	Identificar a los derechohabientes fumadores y canalizarlos a la instancia correspondiente para eliminar su dependencia.	Dra. Zitlalli Portillo García Dependencia invitada
UMF 2	Post Evaluación	Recabar los datos posteriores a la capacitación.	Dra. Zitlalli Portillo García

NOTA: las pláticas se dieron en los pasillos de la unidad.