



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL GUERRERO
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL
COORDINACIÓN AUXILIAR DE EDUCACIÓN EN SALUD**



**BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS DE POSGRADO
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO Y PROYECTOS ESPECIALES
DEL ÁREA DE LA SALUD**

UNIDAD MEDICA FAMILIAR No. 9.

**PREVALENCIA DEL HÁBITO TABÁQUICO E IDENTIFICACION DE
DEPENDENCIA FISICA Y PSICOLOGICA EN EL PERSONAL DE SALUD DE LA
UMF 9 DEL IMSS EN ACAPULCO, GUERRERO.**

TESIS

**PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:
DRA. LILIANA IBET FLORES JOAQUIN.**

**DIRECTOR DE TESIS:
DRA. MAGALI OREA FLORES.**

Acapulco, Guerrero, Enero 2016

ÍNDICE		PAGINA
1	Resumen	1
2	Marco teórico	2
3	Justificación	7
4	Planteamiento del problema	8
5	Pregunta de Investigación	9
6	Objetivo General	10
	6.1 Objetivos Específicos	10
7	Material y Métodos	11
	7.1 Tipo de Estudio	11
	7.2 Período de Estudio	11
	7.3 Lugar donde se desarrolla	11
	7.4 Universo de estudio	11
	7.5 Unidad de análisis	11
	7.6 Tipo de muestreo	12
8	Criterios de selección	12
	8.1 Criterios de inclusión	12
	8.2 Criterios de exclusión	12
	8.3 Criterios de eliminación	12
9	Organización General del Estudio	13
	9.1 Técnica de recolección de la información	13
	9.2 Instrumento de recolección de la información	13
10	Variables del estudio	15
	10.1 Variables dependientes	15
	10.2 Variables independientes	15
11	Aspectos éticos	17
12	Recursos	18
	12.1 Recursos Humanos	18
	12.2 Recursos Materiales y Financieros	18
	12.3 Recursos Financieros	18
13	Resultados	19
	13.1 Análisis Univariado	19
	13.2 Análisis Bivariado	25
14	Discusión	30
15	Conclusiones	33
16	Propuestas	34
17	Bibliografía	35
18	Anexos	41
	18.1 Consentimiento informado	41
	18.2 Instrumento de medición	42



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



"2014, Año de Octavio Paz".

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 1101
U MED FAMILIAR NUM 9, GUERRERO

FECHA 17/10/2014

DRA. MAGALI OREA FLORES

P R E S E N T E

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

"PREVALENCIA DEL HÁBITO TABÁQUICO E IDENTIFICACIÓN DE DEPENDENCIA FISICA Y PSICOLÓGICA EN EL PERSONAL DE SALUD DE LA UMF-9 DEL IMSS EN ACAPULCO, GUERRERO"

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-2014-1101-14

ATENTAMENTE


DR. (A). MIRNA MARTINEZ ASTUDILLO

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1101

Imprimir

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL GUERRERO
JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL
COORDINACIÓN AUXILIAR DE EDUCACIÓN EN SALUD

**"PREVALENCIA DEL HÁBITO TABÁQUICO E IDENTIFICACION DE
DEPENDENCIA FISICA Y PSICOLOGICA EN EL PERSONAL DE SALUD DE LA
UMF 9 DEL IMSS EN ACAPULCO, GUERRERO"**

DIRECTOR DE TESIS



DRA MAGALI OREA FLORES

TESISTA:



DRA. LILIANA IBET FLORES JOAQUIN

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION ESTATAL GUERRERO
JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL
COORDINACIÓN AUXILIAR DE EDUCACION EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 9

"PREVALENCIA DEL HABITO TABAQUICO E IDENTIFICACION DE DEPENDENCIA FISICA Y
PSICOLOGICA EN EL PERSONAL DE SALUD DE LA UMF 9 DEL IMSS EN ACAPULCO, GUERRERO"

DIRECTORA DE LA UNIDAD
DRA. MIRNA MARTINEZ ASTUDILLO



PROFESOR TITULAR
DRA. VIRGINIA PALACIOS CASTILLO



TESISTA
DRA. LILIANA IBET FLORES JOAQUIN



1.-RESUMEN:

Título: Prevalencia del hábito tabáquico e identificación de dependencia física y psicológica en el personal de salud de la UMF-9 del IMSS en Acapulco, Guerrero.

Antecedentes: La mortalidad del tabaquismo cada año es de 6 millones de personas, se espera un incremento de 8 millones en el 2030 según la OMS; atribuible a las comorbilidades respiratorias, cardíacas o de otra índole. Influyen los factores individuales, del entorno familiar, social y escolar. **Objetivo:** Medir la prevalencia, investigar los principales factores que se asocian al tabaquismo, e

identificar los tipos de dependencia que existen en el personal de salud de la UMF9 del IMSS de Acapulco, Guerrero. **Material y Métodos:** tipo de estudio: transversal descriptivo. Periodo de estudio: del 25 de agosto 2014 al 30 de Diciembre del 2015. Lugar de estudio: UMF9. Población de estudio: personal de salud de base de la UMF9 que fumen. Instrumento de recolección de información: estudio sociodemográfico y cuestionarios validados. Se realizará el análisis de la información por medio del programa Excel a través del programa estadístico SPSSV 20.

2.-MARCO TEÓRICO:

En los últimos años la investigación sobre el tabaquismo ha sido numerosa, generando más de 70,000 artículos e informes emitidos; por lo que en la actualidad nadie pone en duda ni cuestiona los efectos nocivos que el hábito de fumar tiene.¹ El tabaquismo es la principal causa de morbilidad y mortalidad en los países desarrollados. En nuestro país se encuentra entre las primeras causas de muerte evitable, por lo tanto se ha convertido en un problema sanitario de primera magnitud ^{2,3}.

En el área de la salud, conforme estudios realizados por la OMS, en el año 2001-2004 se ha registrado una prevalencia del 63% en Rusia, para España de 43%, en Chile del 40.2%, Reino Unido 10% y en China de 61%. A nivel Latinoamericano de forma general la prevalencia de fumadores fue de un 32% en médicos y 46% en enfermeras según la Encuesta Nacional de Adicciones del 2008 ^{4,5,6}. En Uruguay, Panamá, Colombia, Cuba, Perú y Brasil la prevalencia se encuentra también entre el 32% y 46% en trabajadores de la salud según Rodríguez J.M. en un estudio realizado en el 2010 ^{7,8,9}. En nuestro país, el IMSS realizó un estudio en 1994 en trabajadores de este instituto reportando una prevalencia de 25.3% mientras que en otro estudio realizado en el 2004 fue de 29%. En 1998 la Universidad de Guanajuato, el Instituto Nacional de Salud Pública y el Instituto de Enfermedades Respiratorias informaron una prevalencia de 43.1% en médicos y 29.3% en enfermeras; en el 2000 el Instituto Nacional de Salud Pública registró 16% en médicos y 12.5% en enfermeras, en la ciudad de Cuernavaca, Morelos. En el 2009 de acuerdo a un estudio realizado por Fernández Garate y colaboradores la prevalencia del tabaquismo fue del 28%. En México, las cifras varían entre el 14 y el 31% dependiendo de la institución, área geográfica o población estudiada según un estudio realizado por Velasco-Contreras en el 2011 en 35 delegaciones estatales del IMSS y en el Distrito Federal ^{10,11}.

En cuanto a la exposición pasiva al humo del tabaco en los Institutos Nacionales de Salud en México, se reveló que el 91% de los trabajadores reportaron algún grado de exposición y a el 65% les provocó alguna molestia e interferencias con el desempeño de sus labores. Asimismo el 89% acepta conscientemente que el humo ambiental del cigarro afecta la salud del no-fumador ^{12,13}.

Otros estudios realizados desde hace 25 años en México señalan que Puente Silva efectuó una encuesta en el personal médico de 7 hospitales de tercer nivel de Zacatecas, Puebla y el Estado de México en él 2006 y por lo menos 7 de cada 10 habían fumado en su vida; asimismo otro estudio que condujo Tapia Conyeren en México en el 2006 señala que la prevalencia entre médicos era del 27%, es decir, 1 de cada 3 médicos es fumador, 6 de cada 10 lo hacen de manera cotidiana y más del 50% fuma 1 a 5 cigarrillos por día.

En estudios del Instituto Nacional de Salud Pública realizados en derechohabientes del IMSS acerca de los costos asociados a la atención médica por patología asociadas al tabaquismo este sorprendentemente asciende a 7100 millones de pesos al año pues el tabaquismo genera gastos del 15% del total de los servicios de salud ¹⁰.

En otro estudio señala el INSP que en el 2009 el IMSS erogó 143.9 millones de pesos atribuibles al tabaquismo como subsidio por incapacidad en el período 2006-2009, la productividad perdida atribuible al tabaquismo en asegurados del IMSS ascendió a 298.2 millones de pesos y a 437.8 millones de pesos en población económicamente activa del país en el mismo período ¹⁴.

En cuanto a las características demográficas de la población fumadora en un estudio llevado a cabo por Portorreal y colaboradores en el 2010 en Santo Domingo en 5 hospitales principales: la edad promedio de fumadores fue de 40-49 años, el sexo predominante fue el masculino; sin embargo Ocampo encuentra que el género predominante es el femenino en un estudio realizado en el Hospital General de México OD en el 2013, también encontró que predominan los casados y divorciados, siendo el área médica el de mayor auge en comparación a otras áreas hospitalarias, con un inicio de hábito tabáquico entre los 10-20 años. Los

factores favorecedores al tabaquismo que mayormente se observaron en el estudio realizado por Lugo-Hernández en la Habana Cuba en profesionales de la salud en el 2010 fueron los amigos, compañeros de trabajo y parejas fumadoras^{15,16}.

Para enfrentar la epidemia del tabaquismo, que se estima podría causar defunciones a 1000 millones de personas en el siglo XXI, la Organización Mundial de la Salud impulsó el Convenio Marco para el control del tabaco; a la fecha 169 países son Estado de dicho Convenio¹⁷. En México se firmó el CMCT-OMS el 12 de Mayo del 2003 siendo el primer país de América en adherirse a este tratado internacional; existiendo posteriormente otros acuerdos en el país como el Plan Nacional de Salud-2007-2012 que estableció la SSA. Posteriormente en el 2010 se crea el Consejo Nacional para el Control y Prevención de las ECNT de parte del gobierno federal por acuerdo presidencial. En el plano Legislativo se aprobaron e implementaron nuevas leyes federales y locales como la Ley General para el Control del Tabaco (LGCT), la Ley de Protección a los No Fumadores del Distrito Federal y el Decreto 078 de la Ley de Salud del Estado de Tabasco^{18,19}. Igualmente a nivel federal se creó la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC) y se fortaleció el papel del Estado en materia de regulación sanitaria para el control del tabaco a través de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS). A nivel de prestaciones de salud, se amplió la cobertura a través de la red nacional de clínicas de ayuda para dejar fumar (Centros de Nueva Vida) bajo la coordinación del Centro Nacional para la prevención y el Control de las adicciones (CENADIC), también se crea la Oficina Nacional para el Control del Tabaco (ONCT) que asesora y vincula el trabajo entre el gobierno, las instituciones y la sociedad civil^{20,21,22}.

La Encuesta Nacional de Adicciones del 2010 y la Organización Mundial de la Salud ha registrado que en los países en desarrollo: el sector salud fuma más que la población general. La elevada prevalencia de tabaquismo en el personal de la salud va en contra del profesionalismo y la ética de estos trabajadores^{23,24}. En cada situación el profesional debe encontrar el equilibrio prudencial de su

intervención ²⁵. Actualmente la mujer cada día se integra más al hábito tabáquico, atribuyéndole también patologías propias de la mujer ²⁶. Diversas investigaciones estiman 6 mil muertes por cáncer de pulmón, 12 mil por cardiopatía isquémica y 45% de riesgo atribuible al tabaquismo para enfermedades del sistema circulatorio ^{27,28}. Las cuatro patologías más frecuentemente relacionadas con el tabaco son el cáncer de pulmón (26.5%), EPOC (20.9%), enfermedad cardiovascular (12.8%), y la enfermedad cerebrovascular (9.2%) ^{29,30,31}; en las mujeres este hábito se asocia 4 veces más con la presencia de IAM y 3 veces más con EVC al compararla con mujeres no fumadoras. La erradicación del tabaquismo es la mejor estrategia de prevención de las patologías relacionadas con el tabaco ^{32, 33, 34}.

Se atribuye que los profesionales aún con un nivel de escolaridad alto tienen una prevalencia alta de tabaquismo debido a las tensiones constantes a las que se someten ³⁵; los médicos independientemente de su especialidad tienen pobres conocimientos sobre los diferentes tratamientos farmacológicos para dejar de fumar, por lo que se requiere de un programa educativo específico para ellos; el trabajador IMSS presentó una elevada exposición a factores de riesgo que se relacionan con enfermedades crónicas y consecuentemente tienen complicaciones detonadas por el tabaquismo. ³⁶.

La evidencia sugiere que la mejor manera en que los médicos pueden persuadir a los pacientes a dejar de fumar, es si ellos mismos dejan de hacerlo. Los programas de tratamiento del tabaquismo en el medio laboral son eficaces y beneficiosos tanto para la propia empresa o institución como para el trabajador ^{37,38}.

La sociedad espera que los futuros trabajadores de la salud no solo sepan cómo tratar las enfermedades de sus pacientes, sino que sean sus modelos a imitar ³⁹. Los trabajadores de la salud también ejercen una influencia en la familia, tanto en la propia como en la sociedad; por lo que es importante que condicionen un ambiente seguro y un entorno saludable ^{40, 41, 42}. El efecto negativo que produce el tabaco, afecta también a los fumadores pasivos, por lo que en diversos lugares del

mundo se han implementado leyes antitabaco traduciendo su efecto en la mejora de la salud ^{43,44}.

La adicción al tabaco debe analizarse como un proceso complejo, en el que intervienen múltiples factores individuales, colectivos, sociales, farmacológicos y fisiológicos. En su abordaje existen múltiples herramientas que les pueden ayudar en su propósito ^{45, 46}

Dentro del tratamiento farmacológico se distinguen los compuestos de nicotina y la terapia de reemplazo de nicotina (TNR). De los tratamientos no farmacológicos, el consejo médico es una herramienta útil, cuyo éxito puede ser de 2 a 4%, pero sólo 35% de los médicos lo aplican. En la actualidad debe individualizarse cada caso ⁴⁷.

Según la OMS espera que de no tomarse medidas preventivas el número de defunciones causadas por el tabaquismo hasta el año 2025 ascenderá a 10 millones anuales, con lo cual se superará el número de defunciones combinadas por SIDA, tuberculosis, accidentes automovilísticos, mortalidad materna, homicidios y el suicidio ^{48,49,50}. Por lo que la actual administración federal de salud integra las acciones del tabaquismo en la Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud, la cual formará parte sustancial del Programa Nacional de Salud. Las acciones diseñadas tienen un carácter prioritario y buscan reducir de manera importante el consumo de tabaco (activo y ajeno), postergar el inicio de su consumo y reducir los daños derivados del mismo. Todas estas acciones tienen como base la aplicación de medidas efectivas para el control del tabaco propuestas por la OMS, la Organización Panamericana de la Salud, los lineamientos del CMCT y otros derivados del análisis de estudios realizados en el ámbito nacional e internacional por instituciones de prestigio ^{51,52}.

3.-JUSTIFICACIÓN:

A nivel Latinoamericano por medio de estudios realizados por la OMS y algunas otras organizaciones importantes: la prevalencia de tabaquismo en el área de la salud es considerable; es necesario que a nivel estado comencemos a participar activamente ya que formamos parte de este problema sanitario; es primordial que la UMF-9 funja como líder en acciones encaminadas hacia la prevención del tabaquismo, como unidad de atención primaria tiene que llevar a cabo esta función y debe de impactar en la población correspondiente; para que esto se lleve a cabo es necesario que retome con fuerza el control del hábito tabáquico en sus trabajadores, es necesario que comience a tener porcentajes reales del problema; con la finalidad de prevenir y limitar el daño en sus trabajadores, de entender cuáles son los factores principales que se les atribuye: al conocerlos probablemente será más fácil encaminar acciones que impacten; tipo de dependencia que les origina para trabajar en anularlos; es vital impactar internamente y posteriormente de forma externa; con esto disminuirían de forma importante las principales comorbilidades asociadas al tabaquismo.

El enorme beneficio en términos de salud pública que se deriva de la reducción del número de fumadores es ineludible, disminuyendo la morbi-mortalidad asociada, la fuerza laboral pérdida y el enorme gasto generado. El reto del Médico Familiar es integrarse a un equipo de trabajo contra el tabaquismo, ya que su profesión implica la responsabilidad más importante de todos los sectores laborales: la salud de millones de personas así como la propia, por lo que se necesita capacitar u orientar a los trabajadores de la salud respecto al tema, comenzando con acciones en ellos mismos; para posteriormente fungir en la sociedad.

El IMSS ya ha trabajado en promover en sus trabajadores y derechohabientes la prohibición de fumar; implementando acciones para disminuir este hábito como lo es el convenio IMSS-CIJA para el tratamiento de las adicciones: incluida el tabaquismo; en esta unidad de salud no existen estudios aplicados en los trabajadores para abordar de forma más congruente el problema sanitario, por lo

que se hace necesario hacer un diagnóstico del estado actual del tabaquismo en la UMF-9.

4.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

El tabaquismo es la principal causa de mortalidad prevenible en el mundo, aún a pesar del conocimiento que se tiene sobre sus efectos nocivos y de los acuerdos Internacionales y Nacionales como el CMCT, ECNT, LGCT, la Ley de Protección a los No Fumadores del Distrito Federal, el Decreto 078 de la Ley de Salud del Estado de Tabasco, el CONADIC, COFEPRIS, CENADIC; y el ONCT ^{6,7}.

La OMS espera que de no tomarse medidas preventivas el número de defunciones para el año 2025 ascenderá a 10 millones anuales ³¹.

La prevalencia registrada en los trabajadores de salud según estudios realizados por la OMS del año 2001 al 2004 registraron una prevalencia del 63% en Rusia, en España de un 43%, en Chile del 40.2%, Reino Unido 10%, China 61%; y a nivel Latinoamericano de forma general, la prevalencia de fumadores fue de un 32% en médicos y 46% en enfermeras, esto según la Encuesta Nacional de Adicciones del 2008 ^{3,4}. En Uruguay, Panamá, Colombia, Cuba, Perú y Brasil la prevalencia se encuentra entre el 32% y 46% en trabajadores de la salud; mientras que en las instituciones de salud mexicana las investigaciones arrojan una prevalencia promedio del 28% ⁵.

Asimismo la Encuesta Nacional de Adicciones del 2010 y la Organización Mundial de la Salud han registrado que en los países en desarrollo: “el sector salud fuma más que la población general” ⁵. La evidencia sugiere que la mejor manera en que los médicos pueden persuadir a los pacientes a dejar de fumar, es si ellos mismos dejan de hacerlo; este consejo médico tiene un éxito del 2-4%, pero sólo 35% de los médicos lo aplican ³⁰.

Es prioritaria la intervención de los médicos, debido a su papel de modelo que tienen ante la comunidad y al auge de la prevención y la promoción de la salud

que tienen los servicios de salud hoy en día. La sociedad espera que los futuros trabajadores de la salud no solo sepan cómo tratar las enfermedades de sus pacientes, sino que sean sus modelos a imitar. Los trabajadores de la salud ejercen una influencia en la familia, tanto en la propia como con la sociedad en general, por lo que es primordial que condicionen un ambiente seguro y un entorno saludable ²³.

Se requiere que el gobierno y la sociedad asuman juntos el problema, la solución depende de ambos, de ahí la relevancia de la construcción de sinergias y de que el Estado y la Sociedad se unan para continuar el largo proceso de eliminar dicha práctica en el futuro, y coincidir en una sola dirección: hacia la protección de la salud, en especial de mujeres, niños y jóvenes ²⁴.

Los médicos familiares son la base de la atención primaria, son fuente importante de información e influencia para lograr cambios y resultados; por lo que es necesario que participen activamente controlando este hábito, protegiendo su integridad y la de millones de familias de la población; funge como educador sanitario, como ejemplo, como motivador de la sociedad y como promotor de la aplicación de la legislación sobre el consumo de tabaco ³². Por lo anterior citado se crea la necesidad de conocer:

5.- ¿Cuál es la prevalencia del hábito tabáquico en la UMF-9 y que factores se asocian al tabaquismo?

¿Cuál es el tipo de dependencia que se identifica en el personal de salud de la UMF-9, al practicar este hábito?

6.-OBJETIVO GENERAL: Estimar la prevalencia del hábito tabáquico e identificar los tipos de dependencia (física, psicológica) en el personal de salud de la UMF-9 del IMSS de Acapulco, Gro.

6.1.-OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1.-Conocer la prevalencia del hábito tabáquico en el personal de salud de base de la Unidad de Medicina Familiar-9.

2.-Identificar los factores que se asocian al tabaquismo en el personal de salud de la UMF-9 como son: edad, sexo, religión, ocupación, estado civil, turno ocupacional, categoría, ocupación, grado de escolaridad.

3.-Identificar 2 tipos de dependencia que se originan con el tabaquismo: física y psicológica.

7.-MATERIAL Y MÉTODOS:

La adicción física está causada por la nicotina; podemos conocer esta por medio del test de Fargestrôm (validado en México en 1998 por E. Becoña y F.L Vázquez, con una adaptación en el 2009 por Villareal-González). En tanto que la dependencia psicológica, social y gestual la valoramos por medio del test de Glover-Nilsson (validado por el Dr. Glover, et. al en el 2005 en West Virginia por medio del coeficiente alfa de cronbach de 0.90).

7.1.-TIPO DE ESTUDIO:

Transversal descriptivo.

7.2.-PERIODO DE ESTUDIO:

Del 25 de agosto 2014 al 28 de febrero del 2015.

7.3.-LUGAR DE ESTUDIO:

Unidad de Medicina Familiar No.9 del IMSS de Acapulco, Gro.

7.4.-UNIVERSO DE ESTUDIO:

Trabajadores de la salud que incluye: médicos, enfermeras, estomatólogos, laboratoristas-químicos y técnicos radiólogos de base que laboren en la UMF-9.

7.5.-UNIDAD DE ANÁLISIS:

Personal de salud de la UMF-9.

7.6.-TIPO DE MUESTREO. (TAMAÑO DE LA MUESTRA).

Comprende el 100% del personal de salud que incluye 74 médicos, 72 de enfermería, 6 de Odontología, 8 laboratoristas-químicos y 5 técnicos radiólogos; con un total de 165, obtenidos del Departamento de Administración de la plantilla laboral.

8.-CRITERIOS DE SELECCIÓN:

8.1.-CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

1.-Personal de salud de base del IMSS de la UMF-9; que acepten bajo consentimiento informado participar en el estudio.

8.2.-CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

1.-Personal de salud de base del IMSS de la UMF-9 que no acepten contestar, o quienes no se encuentren durante el período del estudio.

8.3.-CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

1.-Cuestionarios incompletos.

9.-ORGANIZACIÓN GENERAL DEL ESTUDIO:

9.1.-TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN: Se acudió a las respectivas áreas y turnos laborales (matutino, vespertino y nocturno) del personal encuestado. Se realizaron 3 visitas con la finalidad de abarcar el 100% del tamaño de la muestra previamente contemplado. En la primera visita se identificó al personal que tiene el hábito tabáquico para posteriormente invitarlos a participar, al obtener una respuesta positiva se le solicitó que firmaran el consentimiento informado y en esa primera visita se les entregó los cuestionarios impresos los cuales fueron autoaplicados de manera individualizada y confidencial otorgando un tiempo de 15 minutos aproximadamente para su llenado; al no ser posible su llenado por la carga laboral de los encuestados en algunos casos se les dio la opción de entregarlo al día siguiente. Cuando el personal no se encontró en la primera visita se realizó una segunda e incluso tercera visita con la finalidad de abarcar el tamaño de la muestra.

9.2.-INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN: Se realizará a través de un estudio sociodemográfico que identifique a fumadores; en caso de ser afirmativo se continuará con una historia clínica del consumo de tabaquismo para identificar antecedentes y factores de riesgo que se encuentran en la guía de práctica clínica del tabaquismo la cual consiste en identificar edad, sexo, religión, estado civil, ocupación, turno ocupacional, categoría, grado de escolaridad, edad de inicio del consumo del tabaco, si es un fumador actual, ocasional, diario, o exfumador ; posteriormente se realizará el test de fagerström (validado en México en 1998 por E. Becoña y F.L Vázquez, con una adaptación en el 2009 por Villareal-González, coeficiente alfa de Cronbach de 0.97) que utiliza 6 reactivos para la dependencia física, donde se obtiene una puntuación total de 10; donde 0-2 puntos no hay dependencia a la nicotina, menor o igual a 4: dependencia leve, 5-6 puntos dependencia media y mayor o igual a 7 altamente dependiente, este test engloba preguntas relativas al número de cigarrillos fumados al día, si le es

difícil omitir este hábito en ciertos lugares y cuando está cursando con alguna enfermedad, horarios en los que fuma más y que le es difícil omitir este hábito; y el cuestionario de Glover-Nilsson (validado por el Dr.Glover, et. al en el 2005 en West Virginia por medio del coeficiente alfa de cronbach de 0.90) que cuenta con 11 reactivos donde la dependencia psicológica se evalúa con las preguntas 1, 4 y 5; la dependencia social con la pregunta 11 y la dependencia gestual con las preguntas 2,3,6 y 10. Donde una puntuación de 0-11 es igual a dependencia conductual leve; 12 a 22 puntos: dependencia conductual moderada; 23-33 puntos: dependencia conductual severa y 34-44 puntos dependencia conductual muy severa; estas preguntas son enfocadas hacia la importancia que adquiere este hábito en los fumadores en ciertas circunstancias e incluso de que forma trata el fumador de sustituir el tabaco, por ejemplo en ciertas ocasiones pone en su boca un bolígrafo para disminuir su frustración de no fumar.

10.-DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES:

VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR
TABAQUISMO	Enfermedad crónica sistémica que pertenece al conjunto de las adicciones provocado principalmente por la nicotina.	Hábito que expresara el personal de salud en afirmativo o negativo según la declaración del sujeto investigado.	Cualitativa nominal.	1.-No fuma. 2.-Si fuma.

VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR
EDAD	Período de tiempo que ha vivido un individuo desde su nacimiento. Se divide en 4 periodos: infancia, adolescencia o juventud, madurez y senectud.	Es la edad que refiera el individuo poseer en el momento actual al realizar el cuestionario.	Cuantitativa.	1.-Años de vida: 10-20 años. 21-30 años. 31-40 años. 41-50 años. 51-60 años. 61-70 años. 71 años y más.
SEXO	Características biológicamente determinadas, relativamente invariables del hombre y la mujer	Es el fenotipo que distinguirá al individuo en el momento actual de realizar el cuestionario.	Cualitativa nominal.	1.-Hombre. 2.-Mujer.
ESTADO CIVIL	Situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra, con quién se crean lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente, constituyendo una institución familiar y adquiriendo deberes y derechos al respecto.	Es la situación personal jurídica reconocida por el sujeto en el momento actual de realizar el cuestionario.	Cualitativa nominal.	1.-Soltero. 2.-Casado. 3.-Viudo. 4.-Divorciado. 5.-Unión Libre.
RELIGIÓN	Conocimientos dogmáticos sobre una entidad divina, que implica el vínculo entre el hombre y dios o dioses.	Es la religión que reconoce el sujeto en el momento actual de realizar el cuestionario.	Cualitativa Nominal.	1.-Católica. 2.-Otras.
ESCOLARIDAD	Último grado de estudios aprobado por la población ocupada y reconocida por el sistema educativo nacional.	Grado de estudio que sea notificado por el sujeto en el momento actual de realizar el cuestionario.	Cualitativa Nominal.	1.-Bachillerato o carrera técnica. 2.-Licenciatura. 3.-Maestría.

CATEGORÍA LABORAL	Es la unidad básica de la jerarquización profesional que otorga al poseedor atribuciones para el ejercicio de determinadas actividades que requieren de licencia otorgada por organizaciones profesionales.	Es el área donde el sujeto notifica que se desempeña en el momento actual de la realización del cuestionario.	Cualitativa Nominal.	1.-Médico familiar. 2.-Estomatologo. 3.-Laboratorista-químico. 4.-Enfermería.
OCUPACIÓN	Acción o función que se desempeña para ganar el sustento que requiere de conocimientos especializados.	Función laboral que sea notificado por el sujeto en el momento actual de realizar el cuestionario.	Cualitativa Nominal.	1.-Médico. 2.-Enfermero. 3.-Químico-laboratorista. 4.-Estomatólogo.
TURNO	Horario del puesto de trabajo diario propiamente dicho. Se clasifica en diurnas, nocturnas y mixtas.	Horario laboral que dedica el sujeto a la ejecución de labores para las cuales ha sido contratado.	Cualitativa Nominal.	1.-Matutino. 2.-Vespertino. 3.-Nocturno. 4.-Jornada acumulada.
EDAD EN QUE FUMO POR PRIMERA VEZ (FACTOR PERSONAL)	Edad cumplida en años en el que fumo por primera vez.	Edad que emite el sujeto en el momento actual de realizar el cuestionario.	Cuantitativa.	1.-Años cumplidos cuando fumo por primera vez.
PATRON DE CONSUMO. Fumador actual.	Ha fumado cigarros al menos un día en los 30 días previos a la aplicación del cuestionario.	Lo que consigne el sujeto en el momento actual de la realización del cuestionario.	Cuantitativa Nominal.	1.-Fumador actual.
Fumador ocasional	Haber fumado cigarros algunas veces en los últimos 6 meses previos a la aplicación del cuestionario, sin haber fumado diariamente.	Lo que consigne el personal en el momento actual de la realización del cuestionario.	Cuantitativa Nominal.	2.-Fumador ocasional.
Fumador diario	Trabajador que fuma cigarros diariamente en los últimos 30 días previos a la aplicación del cuestionario.	Lo que consigne el trabajador en el momento actual de la realización del cuestionario.	Cuantitativa Nominal.	3.-Fumador diario.
Exfumador	Trabajador previamente fumador que se ha mantenido sin fumar cigarros en los últimos 6 meses.	Lo que consigne el trabajador en el momento actual de la realización del cuestionario.	Cuantitativa Nominal.	4.-Exfumador.

11.- ASPECTOS ÉTICOS.

El presente proyecto se efectuará en base en lo estipulado en la “Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial” de 1964 modificada en Tokio (1975), que establece los principios éticos para las investigaciones médicas en los seres humanos de acuerdo a la Asamblea General 52°, en Edimburgo, Escocia en el año 2000.

Los procedimientos que se realizarán en la siguiente investigación cumplirán con lo establecido en el “Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud” en su título segundo, capítulo I, artículo 17, Fracción I, considerándose como “investigación sin riesgo”, debido a que se emplearán técnicas y métodos de investigación documental, no se realizará ninguna intervención o modificación en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participen en el estudio.

De acuerdo al Código Internacional de Ética, la Ley General de Salud y normas oficiales para el ejercicio de las profesiones, artículo 36, se cumplirá con los siguientes aspectos:

- Aprobación previa por el Comité Local de Investigación en Salud.
- Consentimiento informado y documentación por escrito.
- Confidencialidad de la información obtenida de los participantes.
- Respetar el derecho a no participar en el estudio.
- Se darán a conocer los resultados.

12.- RECURSOS.

12.1.- RECURSOS HUMANOS:

- Médico residente investigador.
- Asesor clínico (experto) o investigador principal.
- Asesor metodológico.
- Dos revisores.

12.2.-RECURSOS MATERIALES:

TIPO	NUMERO	COSTO c/u. \$pesos.	TOTAL
Computadora portátil	1	5,500.00	5,500.00
Renta internet al mes	6	340.00	2,040.00
Impresora	1	3,000.00	3,000.00
Cartuchos de tinta toner	2	1,500.00	3,000.00
Paquetes de hojas 1000 hojas	1	400.00	400.00
Copias	550	0.20	110.00
Lápices	2	3.00	6.00
Bolígrafos	4	3.50	14.00
Pasajes colectivos	20/6	6.00/40.00	360.00
Alimentos y bebidas	12	40	480.00

TOTAL:

149.100

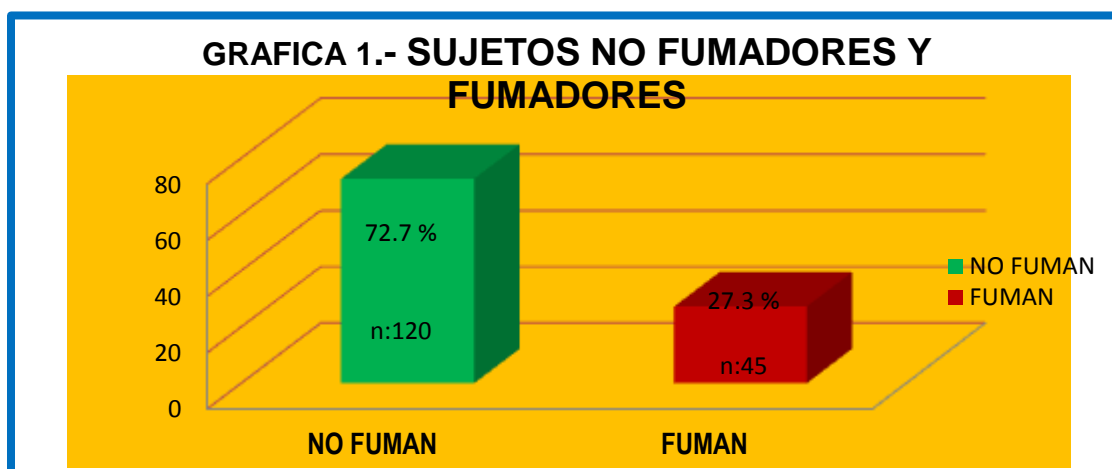
12.3.- RECURSOS FINANCIEROS

Será realizado con recursos económicos propios del grupo de investigación del presente proyecto.

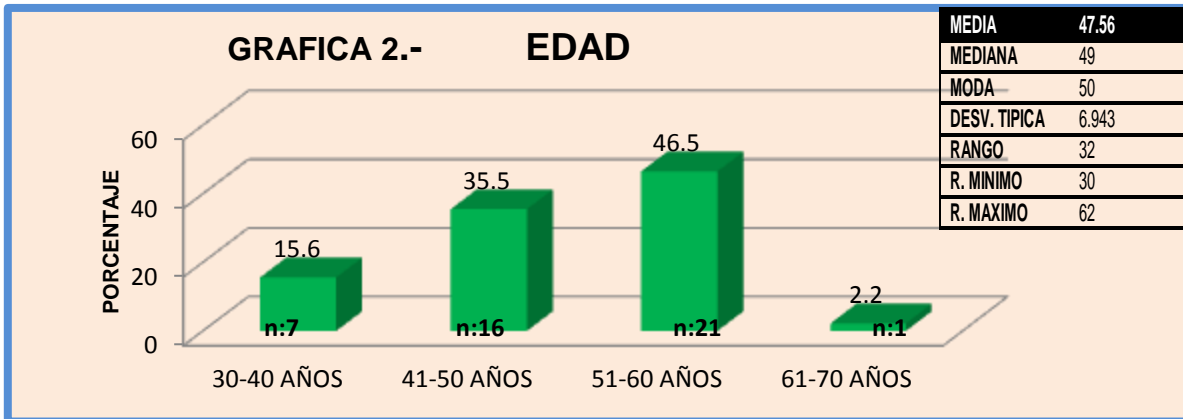
13.-RESULTADOS.

13.1.-ANALISIS UNIVARIADO.

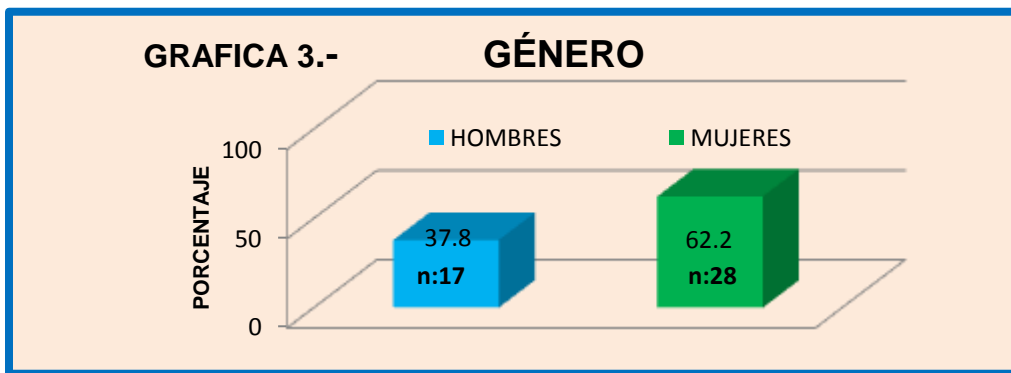
Una vez recolectada la información se analizó a través del paquete estadístico obteniendo lo siguiente: se estudiaron 165 trabajadores de salud que representaron al 100% de la muestra propuesta encontrando que el 72.7% (n: 120) de los sujetos no tienen el habito de fumar, un 27.3% (n: 45) admitió tener este habito. Tomamos estos últimos como grupo blanco y objeto principal del estudio.



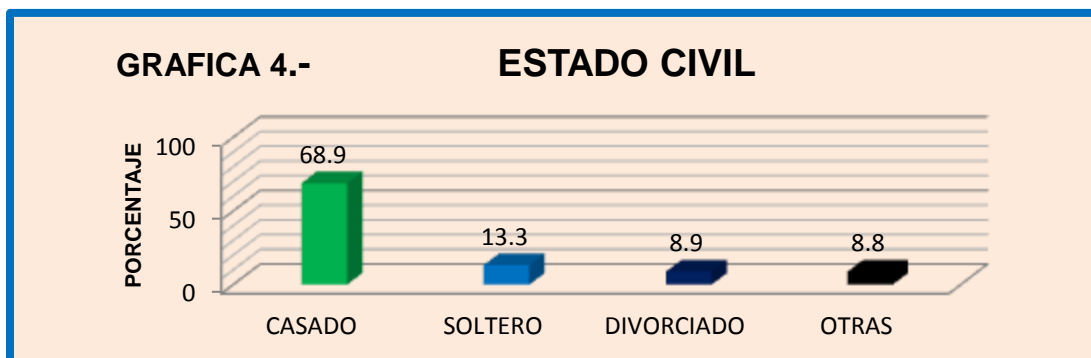
De los cuales de acuerdo a las variables sociodemográficas de los catalogados como fumadores la edad promedio fue de 47.56 años y el grupo de edad que predominó fue de 50 años.



Por otro lado el género que más predominó fue el femenino en un 62.2% (n: 28) en relación al masculino 37.8% (n: 17).

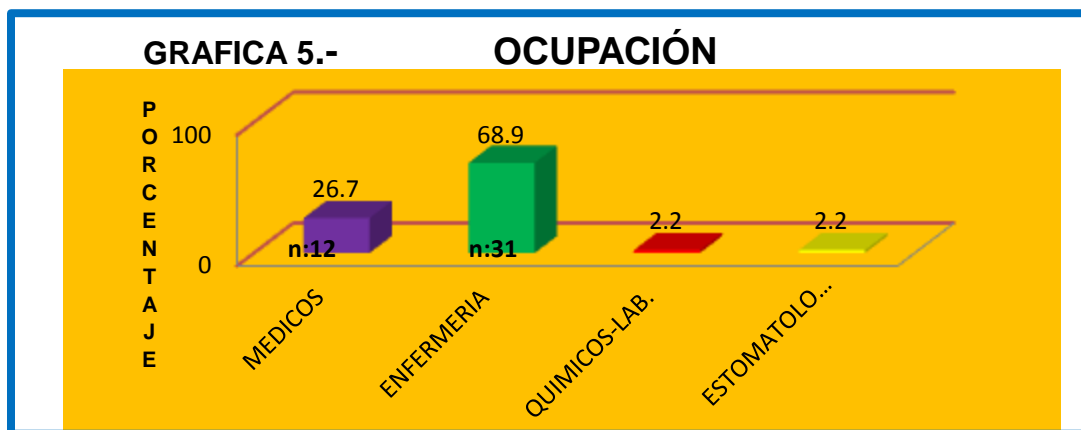


Hablando del estado civil prevalecen los casados en un 68.9% (n: 31) seguido de la población soltera 13.3% (n: 6).

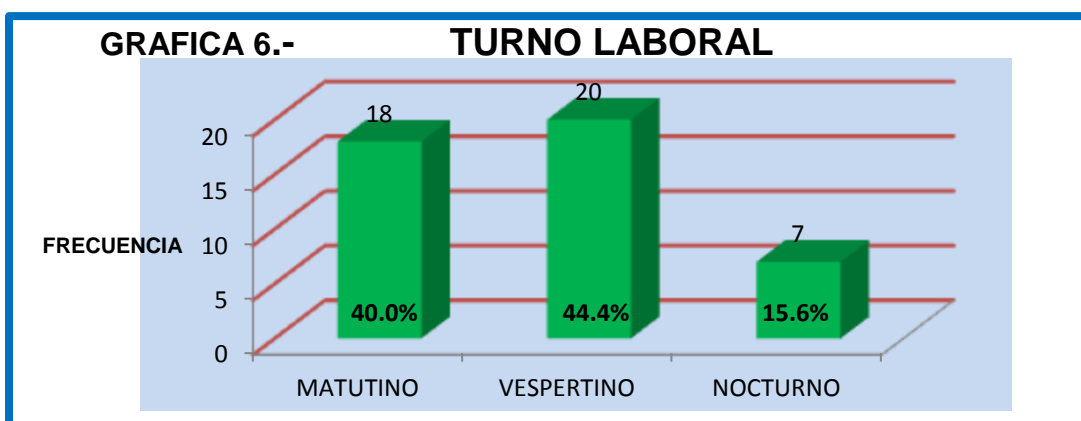


Continuando con las variables sociodemográficas la religión que mayoritariamente existe es la católica en un 82.2% (n: 37). En cuanto a la escolaridad el 100% (n: 45) cuentan con nivel licenciatura.

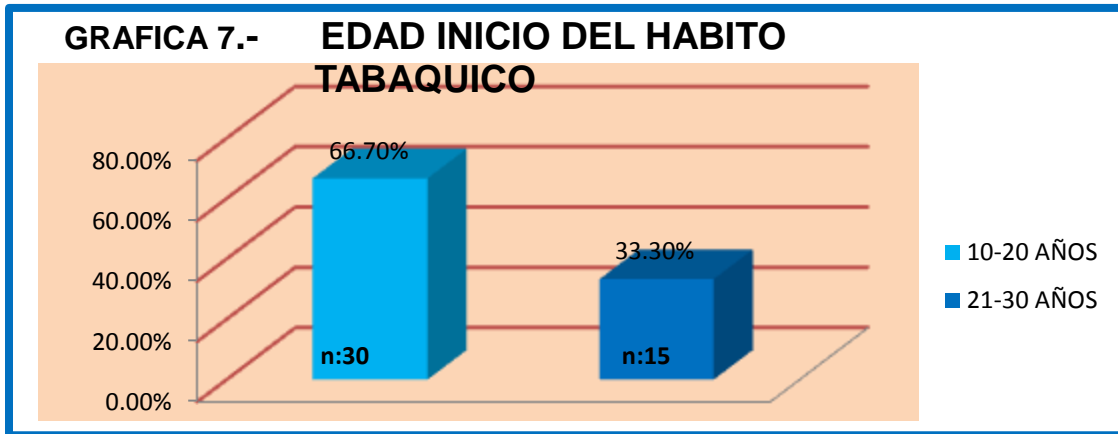
La ocupación que tiene predominio del hábito tabáquico es el de enfermería en un 68.9% (n: 31) seguidos de los médicos en un 26.7% (n: 12), posteriormente con un porcentaje igualitario siguen los estomatólogos y laboratoristas-químicos 2.2% (n: 1) respectivamente.



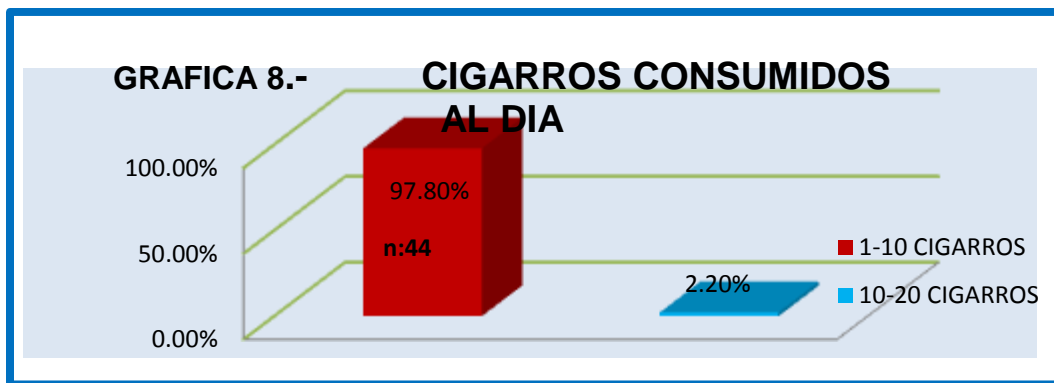
El turno laboral de mayor influencia es el vespertino en un 44.4% (n: 20), seguido del matutino en un 40.0% (n: 18).



Esta población comenzó su hábito de fumar en la adolescencia en un porcentaje del 66.7% (n: 30) en la edad de 10-20 años.



En cuanto al número de cigarrillos consumidos al día se encontró que un 97.8% (n: 44) consume menos de 10, con una media de 2.87.



En cuanto al aspecto de convivencia con fumadores se logra destacar que estos usuarios fumadores activos en un 51.1% (n: 23) no viven con familiares fumadores y un 48.9% (n: 22) si viven con alguien que tiene este hábito siendo los conyugues en un 31.1% (n: 14) los principales, seguidos de los padres en un 11.1% (n: 5). De la población fumadora (28.1% (n: 45)) en un 66.7% (n: 30) admitió trabajar con sujetos que tambien tienen este hábito.

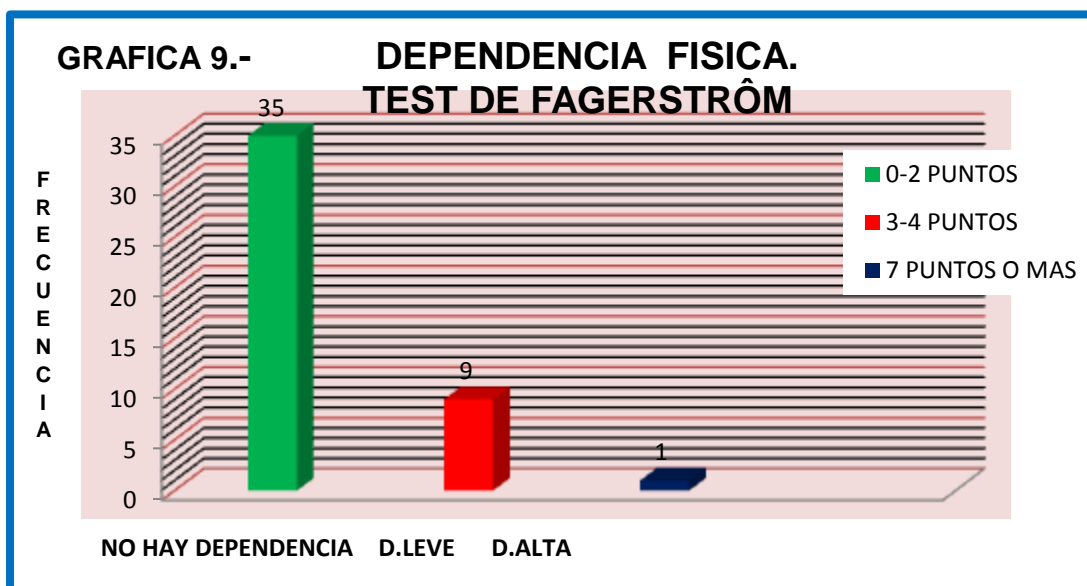
CUADRO 1. CONVIVENCIA CON OTROS FUMADORES.

FUMADORES	
VIVE CON FAMILIARES FUMADORES	
SI	46.6% (n:21)
NO	53.3% (n:24)
TRABAJA CON FUMADORES	

SI	66.7% (n: 30)
NO	33.3% (n:15)

FUENTE: Instrumento de recolección de datos

En cuanto a la dependencia física evaluada por medio del test de fagerstrôm vemos que la mayoría de estos usuarios caen en una dependencia leve en un 20.0% (n: 9), seguido de un 2.2% (n: 1) con dependencia moderada; por otro lado a pesar de presentar el hábito tabáquico vemos que un 77.8% (n: 35) no presenta dependencia física.



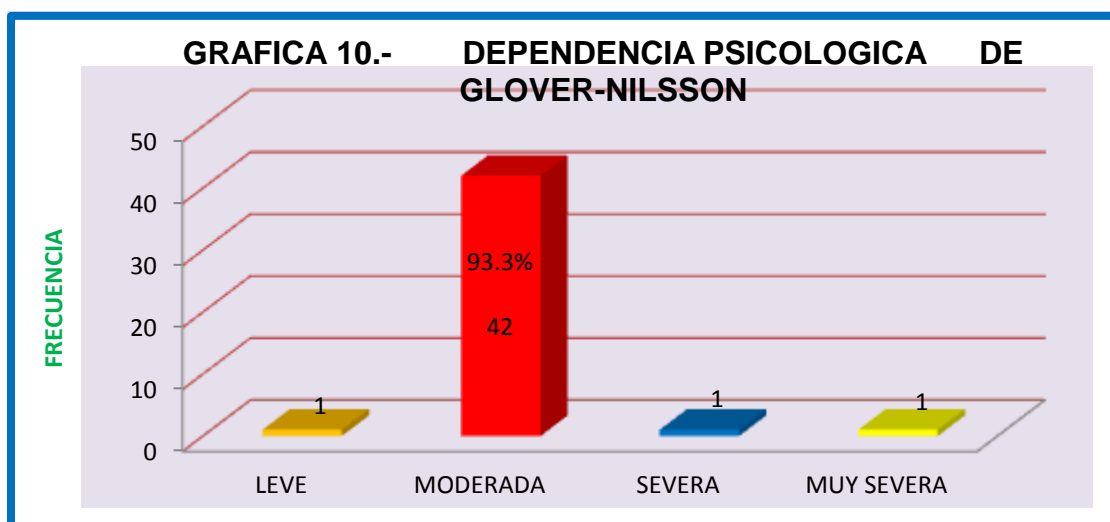
FUENTE: TEST FAGERSTRÔM.

Desglosando los reactivos del test de fagerstrôm se plasma el porcentaje de las respuestas. Donde vemos que la pregunta 1 y 3 al contestarse positivamente traducen una dependencia física a pesar de la respuesta negativa en las demás. Estas tienen un porcentaje mayor al 50% con lo que se traduce que la mayor parte de los sujetos tiene dependencia física.

CUADRO 2. TEST DE FAGERSTRÔM			
	REACTIVOS	PORCENTAJE	FRECUENCIA
1	El tiempo que tardan para encender el	75.6%	34/45

	primer cigarrillo desde que se despiertan es mayor a 1 hora.		
2	No les resulta difícil dejar de fumar en los lugares en que está prohibido.	86.7%	39/45
3	El cigarrillo que les resulta imprescindible dejar es el primero.	68.9%	31/45
4	La cantidad de cigarrillos fumados al día es menor a 10.	97.8%	44/45
5	La mayoría fuma más en las primeras horas del día después de despertarse que durante el resto del día.	53.3%	24/45
6	No fuman si alguna enfermedad les obliga a permanecer acostado.	97.8%	44/45

Los resultados obtenidos del cuestionario de Glover-Nilsson en cuanto a la dependencia psicológica se compone mayormente por la moderada en un 93.3% (n: 42).



FUENTE: TEST GLOVER-NILSSON.

Apreciamos que las preguntas 1,4 y 5 miden principalmente la dependencia psicológica, la pregunta 2, 3, 6 y 10 la dependencia gestual; y la pregunta 7, 8,9 y 11 la dependencia social desglosándose el porcentaje a continuación:

CUADRO 3. TEST DE GLOVER-NILSSON			
REACTIVOS		%	FRECUENCIA
1	El hábito de fumar es muy importante para mi	42.2%	19/45
2	Juego y manipulo el cigarrillo como parte del ritual del hábito de	55.6%	25/45

	fumar		
3	Suele ponerse algo en la boca para evitar fumar.	62.2%	28/45
4	Se recompensa a sí mismo con un cigarrillo tras cumplir una tarea	73.3%	33/45
5	Cuándo no tiene tabaco, le resulta difícil concentrarse y realizar cualquier tarea	86.7%	39/45
6	Cuándo se halla en un lugar en el que está prohibido fumar, juega con su cigarrillo o paquete de tabaco	86.7%	39/45
7	Algunos lugares o circunstancias le incitan a fumar: su sillón favorito, sofá, habitación, coche, bebida (té, alcohol, café...)	62.2%	28/45
8	Se encuentra a menudo encendiendo un cigarrillo por rutina, sin desearlo realmente	55.6%	25/45
9	A menudo se coloca cigarrillos sin encender u otros objetos en la boca (bolígrafos, palillos, chicles, etc.) y los chupa para relajarse del estrés, tensión, frustración, etc.	75.6%	34/45
10	Parte de su placer de fumar procede del ritual que supone encender un cigarrillo	80%	36/45
11	Cuándo está solo en un restaurante, parada de autobús, fiesta, etc. Se siente más seguro, a salvo o confiado con un cigarrillo en las manos.	93.3%	42/45

13.2.-ANALISIS BIVARIADO.

Se realizó asociación del factor fumador y no fumador con las variables presentadas encontrando:

CUADRO 4.

VARIABLES	NO FUMADORES	FUMADORES	OR	IC 95%	P
EDAD					
MENOR DE 40	38	7	2.51	1.03-6.14	0.02
MAYOR DE 40	82	38			
SEXO					
HOMBRE	57	17	1.49	0.73-3.00	0.17
MUJER	63	28			
ESTADO CIVIL					
CASADOS	94	35	1.10	0.47-2.58	1.10
SOLTEROS	26	10			
RELIGION					
CATOLICA	87	37	0.57	0.24-1.35	0.13
OTRAS	33	8			
ESCOLARIDAD					
LICENCIATURA	104	45	0.86	0.00-0.00	0.05

OTRAS	16	0			
OCUPACION					
MEDICO	79	14	4.26	2.04-8.90	0.00
NO MEDICO	41	31			
TURNO					
MATUTINO	61	18	1.55	0.77-3.10	0.14
VESPERTINO	59	27			
CONVIVENCIA CON FAMILIARES FUMADORES					
NO	96	24	3.50	1.67-7.31	0.00
SI	24	21			
CONVIVENCIA EN AREA LABORAL CON FUMADORES					
NO	90	30	6.00	2.84-12.63	0.00
SI	15	30			

En cuanto al análisis bivariado del total de sujetos estudiados. Se observa que un 72.7% (n: 120) no tienen el hábito de fumar y un 27.2% (n: 45) si lo tiene.

Las personas mayores de 40 años predominan en el hábito de fumar con un riesgo de 2.51 veces. El género pivote es el femenino en un 55.1% (n: 91) donde al estudiar la población fumadora vemos que también es predominante este género con un 62.2% (n: 28) con un riesgo de 1.49 respecto al otro género.

El estado civil principal tanto de los fumadores y no fumadores es el de los casados con un riesgo de 1.10 respecto a otros, con un porcentaje del área fumadora del 77.7% (n: 35).

Haciendo mención a la ocupación laboral un 65.8% (n: 79) del área médica no fuma, ocupando en la población fumadora un mayor porcentaje el área no médica con un 68.8%(n: 31), donde se visualiza un mayor riesgo del 4.26 para la población no médica, con una significancia estadística del 0.00.

El turno laboral de mayor auge de los encuestados es el vespertino, siendo este turno el de la mayor población fumadora con un 60% (n: 27) con un riesgo de 1.55; y la mayor población de la gente no fumadora es del turno matutino con un porcentaje del 50.8% (n: 61),

La convivencia con familiares fumadores con la población no fumadora es del 14.5% (n: 24), con sujetos fumadores es del 46.6% (n: 21) y la de los sujetos con habito tabáquico con familiares no fumadores es del 53.3% (n: 24), donde se puede observar que existen fumadores activos y pasivos en un 41.8%, por lo que la convivencia tiene un riesgo estadístico del 3.50 y una significancia de 0.00.

La convivencia en el área laboral de los no fumadores con fumadores es del 25% (n: 30); de los sujetos encuestados fumadores con no fumadores del 33.3% (n: 15) y de los fumadores con demás trabajadores fumadores del 25% (n: 30), con un

riesgo de 6.00 en cuanto a la convivencia con fumadores en el área laboral tanto de fumadores activos o pasivos, con una significancia estadística del 0.00. Observando un total de fumadores activos y pasivos del 45.4% (n: 75).

CUADRO 5.- TEST DE GLOVER-NILSSON.					
VARIABLES	F.D. LEVE	F.D. MODERADA	OR	IC95%	P
EDAD					
MENOR DE 40	0	7	1.18	---	0.84
MAYOR DE 40	1	37			
SEXO					
HOMBRE	1	16	2.75	---	0.37
MUJER	0	28			
ESTADO CIVIL					
CASADO	1	34	1.15	----	0.86
SOLTERO	0	10			
RELIGION					
CATOLICA	1	36	1.22	---	0.82
OTRAS	0	8			
ESCOLARIDAD					
LICENCIATURA	1	44	---	---	---
OTRAS	0	0			
OCUPACION					
MEDICO	1	13	3.66	---	0.28
NO MEDICO	0	31			
TURNO					
MATUTINO	0	18	1.69	---	0.60
VESPERTINO	1	26			
EDAD DE INICIO DE TABAQUISMO					
10-20 AÑOS	1	29	1.51	---	0.66
21-30 AÑOS	0	15			
NUMERO DE CIGARROS CONSUMIDOS AL DIA					
1-19	1	43	1.02	---	0.97
20-30	0	1			
CONVIVENCIA CON FAMILIARES FUMADORES					
NO	1	23	2.00	---	0.51
SI	0	21			
QUIEN					
CONYUGES	0	24	----	---	0.50
OTROS	1	20			
CONVIVENCIA EN AREA LABORAL CON FUMADORES					

NO	1	14	3.14	---	0.33
SI	0	30			
TIPO DE DEPENDENCIA					
PSICOLOGICA	0	4	1.20	---	---
SOCIAL	1	40			

En lo que respecta al análisis del bivariado de la dependencia psicológica; observamos que las personas mayores de 40 años tienen un riesgo de 1.18 de presentar dependencia psicológica moderada. En donde se plasma que un 84.4% (n: 38) de los sujetos a esta edad tiene dependencia ya sea leve o moderada, persistiendo la moderada en un 82.2% (n: 37).

De todo el personal de la salud estudiado que presentan el hábito tabáquico el género femenino tiene un riesgo de 2.75 de presentar algún grado de dependencia, mismo que se ve reflejado en este estudio, ya que un 100% del género femenino tiene dependencia psicológica moderada; siendo la población casada la de mayor riesgo en un 1.15 veces en comparación a otros estados civiles.

Al arrojar los resultados vemos que el 100% del personal de salud encuestado que adquieren el hábito tabáquico tiene dependencia psicológica en menor o mayor grado, predominando el de mayor grado; siendo el área no médica el blanco principal en un 75.5% (n:3 1), existiendo un riesgo de 3.66 de adquirir dependencia psicológica moderada en el área no médica, donde los trabajadores del turno vespertino tienen riesgo de 1.69 con respecto a otros turnos.

Para adquirir la dependencia psicológica se observa que influye la edad de inicio tabáquico ya que en este estudio los sujetos inician en la edad comprendida entre 10-20 años, existiendo un riesgo de 1.51 de adquirir dependencia psicológica al iniciar a esta edad; así mismo el número de cigarrillos consumidos al día entre este personal fue de 1-19.

CUADRO 6.- TEST DE FAGERSTRÖM					
VARIABLES	DEPENDENCIA	NO DEPENDENCIA	OR	IC95%	P
EDAD					
MENOR DE 40	1	6	1.86	0.19-17.58	0.84
MAYOR DE 40	9	29			
SEXO					
HOMBRE	3	14	1.55	0.34-7.05	0.42
MUJER	7	21			

ESTADO CIVIL					
CASADO	4	31	1.51	0.80-3.33	0.40
SOLTERO	6	4			
RELIGION					
CATOLICA	9	28	0.44	0.04-4.11	0.42
OTRAS	1	7			
ESCOLARIDAD					
LICENCIATURA	0	35	---	---	---
OTRAS	10	0			
OCUPACION					
MEDICO	2	12	4.69	0.53-41.56	0.13
NO MEDICO	8	23			
TURNO					
MATUTINO	2	16	3.36	0.62-18.18	0.13
VESPERTINO	8	19			
EDAD DE INICIO DE TABAQUISMO					
10-20 AÑOS	8	22	0.42	0.07-2.30	0.26
21-30 AÑOS	2	13			
NUMERO DE CIGARROS CONSUMIDOS AL DIA					
1-19	9	35	1.11	---	0.22
20-30	1	0			
CONVIVENCIA CON FAMILIARES FUMADORES					
NO	4	20	3.11	0.68-14.07	---
SI	6	15			
QUIEN					
CONYUGES	9	15	----	---	0.28
OTROS	1	20			
CONVIVENCIA EN AREA LABORAL CON FUMADORES					
NO	2	13	2.36	0.43-12.86	0.26
SI	8	22			
DEPENDENCIA					
SI 3-8 PUNTOS	35	0	----	---	0.00
NO 0-2 PUNTOS	0	10			

En la dependencia física evaluada por el test de Fagerstrom podemos comentar que los sujetos mayores de 40 años tienen un riesgo de 1.86 de presentar dependencia física, en un 64.4% (n: 29); sin embargo un 20% (n: 9) no presentan dependencia a pesar de tener el hábito tabáquico.

Del total de encuestados existe un 62.2% (n: 28) del género femenino y un 37.7% (n: 17) del masculino; teniendo un riesgo de 1.55 de presentar dependencia física

el femenino. Presentándose dependencia física en un 46.6% (n: 21) en las mujeres y en los hombres en un 31.1% (n: 14).

Referente al estado civil los casados tienen predominan para adquisición de dependencia física en un 68.8% (n: 31). El área no médica tiene un riesgo de 4.69 de adquirir dependencia física en comparación a la médica, grupo de riesgo el cual a pesar de tener el hábito tabáquico un 22.2% (n: 10) no tiene dependencia.

Los trabajadores del turno vespertino tienen un riesgo de 3.36 de adquirir dependencia física. La cantidad de cigarrillos consumidos al día en nuestros sujetos estudiados se encuentra en un rango de 1-19, donde un 77.7% (n: 35) de los encuestados ocupó esta cantidad para caer en dependencia física.

14.- DISCUSION.

La OMS define el tabaquismo como una enfermedad y problema de salud pública mundial, generando un 15% del total de los servicios de salud en los países desarrollados, siendo mayor el hábito en los profesionales de la salud que en la población en general ².

La prevalencia registrada en los trabajadores de salud según estudios realizados por la OMS del año 2001 al 2004 fue de 63% en Rusia, 43% en España, 40.2% en Chile, 10% en Reino Unido, 61% en China; a nivel Latinoamericano de forma general la prevalencia de fumadores fue de un 32% en médicos y 46% en enfermeras, esto según la Encuesta Nacional de Adicciones del 2008 ^{4,5,6} En Uruguay, Panamá, Colombia, Cuba, Perú y Brasil la prevalencia se encuentra entre el 32% y 46% en trabajadores de la salud según Rodríguez J.M. en un estudio realizado en el 2010 ^{7,8,9}.

En México, las cifras varían entre el 14 y el 31% dependiendo de la institución, área geográfica o población estudiada según un estudio realizado por Velasco-Contreras en el 2011 en 35 delegaciones estatales del IMSS y en Distrito Federal ¹⁰.

En nuestro estudio la prevalencia del hábito tabáquico en trabajadores de la salud fue de un 27.3% cifra que se asemeja al porcentaje estudiado en las diferentes Delegaciones por Velasco-Contreras; donde podemos percibir una disminución en comparación a años retrógrados ¹⁰.

En cuanto a las características demográficas de la población fumadora en un estudio llevado a cabo por Portorreal y colaboradores en el 2010 en Santo Domingo en 5 hospitales principales la edad promedio de fumadores fue de 40-49

años, el sexo predominante fue el masculino ¹⁵, sin embargo en el nuestro se observa una edad promedio de 40-60 años existiendo un mayor riesgo para adquirir este hábito en personas mayores de 40 años, donde se observa que la mayoría no tiene dependencia física pero sí psicológica.

Hay predominancia de mayor riesgo en el género femenino de forma similar a lo encontrado por Ocampo-Ocampo en el 2013 en un estudio realizado en el Hospital General de México OD ¹⁶, esto lo señala como un grupo que debe ser sujeto de una intervención especial para avanzar en la acción de prevención primaria, en las mujeres este hábito se asocia 4 veces más con la presencia de IAM y 3 veces más con EVC al compararla con mujeres no fumadoras ^{29,30,31}. Del gran total de mujeres con hábito tabáquico en un 100% tienen dependencia psicológica y solo el 25% tienen dependencia física.

Respecto al estado civil según Ocampo y colaboradores predominan los casados y divorciados ¹⁶; en el nuestro predominan los casados en un 68.9%, existiendo de estos con dependencia física solo un 11.4%, con dependencia psicológica leve en un 2.8% y con dependencia psicológica moderada un 97.14%. De los fumadores en nuestro estudio la mayor parte tiene una licenciatura compartiendo dicha estadística con Ocampo y colaboradores lo cual indica que la escolaridad no es factor determinante para el consumo del tabaco ¹⁶.

Es importante resaltar que la distribución del consumo de cigarrillos de acuerdo al área laboral se presenta en el área médica según estudio realizado por Ocampo-Ocampo en comparación a otras áreas hospitalarias ¹⁶; en este estudio predomina igual sobre el área médica pero específicamente en enfermería donde un 25.80% cursan con una dependencia física y un 100% con dependencia psicológica; situación contraproducente ya que el mismo personal del área médica contribuye a fomentar el consumo del tabaco, perdiéndose la imagen de autoridad y protección frente a los paciente; el turno de mayor riesgo es el vespertino.

El hábito de fumar se encontró con mayor proporción entre los 10-20 años en el estudio de Ocampo-Ocampo ¹⁶; en nuestro estudio la edad de inicio de mayor riesgo concuerda con Ocampo-Ocampo siendo entre los 10-20 años, donde un 26% de estos sujetos tienen dependencia física y un 96% tienen dependencia psicológica moderada. El promedio de cigarrillos consumidos al día es de 1-19 donde un 20% de estos tienen una dependencia física y un 97% dependencia psicológica. En estos grupos de edad es fácil adquirir el hábito de fumar, que es inducido y reforzado por la sociedad, curiosidad e imitación.

Los factores favorecedores al tabaquismo que mayormente se observaron en el estudio realizado por Lugo-Hernández en la Habana Cuba en profesionales de la salud en el 2010 fueron los amigos, compañeros de trabajo y parejas fumadoras. En el estudio realizado por Ocampo-Ocampo en el 2013 en el Hospital General de México la mayoría de los trabajadores encuestados (62%) reporto estar expuesto al humo del tabaco, un 47% se expone en su lugar de trabajo y un 33% lo hace en el hogar ¹⁶. En nuestro estudio se observó que los fumadores no viven en su mayor porcentaje con familiares fumadores (53%) pero si tienen compañeros de trabajo que fuman (66%) y crean un ambiente de mayor riesgo laboral y familiar; en estos porcentajes se aprecia incluso que esos fumadores no activos en el ambiente familiar y laboral los convierte en fumadores pasivos.

Es importante señalar que la dependencia física está estrechamente vinculada a la liberación de neurotransmisores y la psicológica está relacionada a las vivencias con las que el fumador produce las sensaciones de placer que provoca en la zona dopaminérgica del sistema mesolímbico cerebral ²⁹. En cuanto a la dependencia física evaluado por medio del test de fagerstrom que les realizamos a nuestros sujetos se observa que la mayoría no tiene dependencia física aunque tengan el habito de fumar y una minoría del 20.0% tiene una dependencia leve. En el de Glover-Nillson por el contrario todos tienen dependencia y la mayoría cursa con una dependencia moderada en un 93.3%.

En el estudio realizado en el 2013 por Ocampo-Ocampo un porcentaje importante de los sujetos quieren dejar de fumar pero no saben dónde encontrar ayuda sin embargo existe una mayor probabilidad de intentar dejar de fumar en la medida en que es mayor el conocimiento de la existencia de clínicas de ayuda ¹⁶. Cabe destacar que el recurso humano indispensable en los 3 niveles de atención es el área médica por lo que es importante desarrollar programas para la prevención de las adicciones en el área médica.

No existen estudios acerca de la dependencia en los trabajadores, pero si existen artículos del médico de familia o atención primaria como apoyo principal para orientar a sus pacientes con consejería médica o intervención mínima según Torrecilla-García y colaboradores en el 2012 y Santiago-Jiménez en el 2007 ³⁸; estas circunstancias señalan la importancia del problema del tabaquismo y justifican valorar esta problemática en una institución hospitalaria situación que debe alertar a los médicos ya que en vez de contribuir deben promover la educación para la salud, apoyando las estrategias de intervención preventiva y lograr que los hospitales sean espacios libres de humo de tabaco.

15.-CONCLUSIONES.

-De los trabajadores de la salud estudiados en la UMF-9 de Acapulco, Guerrero; un 72.7% no tiene el hábito de fumar y un 27.3% si tienen este habito. En este estudio nos enfocamos en el personal con este hábito para poder estudiar los tipos de dependencia.

-La edad de mayor riesgo al adquirir este hábito es en sujetos mayores de 40 años, donde un 23.6% tienen dependencia física y un 97% tienen dependencia psicológica moderada.

-El género femenino con el hábito tabáquico es el de mayor riesgo donde un 25% tienen dependencia física y un 100% dependencia psicológica moderada.

-Respecto al estado civil los casados tienen una mayor prevalencia con una dependencia física de 11.4% y dependencia psicológica moderada del 97%.

-En cuanto a la ocupación el área no médica es la de mayor riesgo donde se concluye que un 25.8% tiene dependencia física y un 100% dependencia psicológica moderada.

-El turno laboral de mayor riesgo es el vespertino donde estos sujetos cursan en un 29.6% con dependencia física y con 96.2% con dependencia moderada.

-La edad de inicio de esta dependencia física o psicológica al hábito tabáquico comienza entre los 10 a 20 años, con un número promedio de cigarrillos consumidos al día de 1-19.

-La mayoría de los sujetos estudiados no conviven con familiares fumadores sin embargo una minoría si lo realiza convirtiéndolos en fumadores pasivos; también una minoría admite trabajar con sujetos fumadores.

-En cuanto a la dependencia física en sujetos fumadores vemos que un 77.8% no presentan dependencia física, sin embargo un 100% si presenta dependencia psicológica predominando en un 93.3% la dependencia moderada. Por lo que se observa hay mayor riesgo de adquirir dependencia psicológica en los sujetos de este estudio.

-La dependencia psicológica predomino en todas las variables, siendo necesario abordarla para disminuir el riesgo de continuar con tabaquismo en estos sujetos.

16.-PROPUESTAS.

-Identificar el total de la población trabajadora en el área de la salud que tienen el hábito de fumar para poder capacitarlos acerca del no hábito tabáquico con la finalidad de que mejoren su perfil de salud y poder disminuir el costo asumido por las instituciones debido a la perdida de horas hombre/trabajo, incapacidades y servicios proporcionados en tratamiento largos.

-Evaluar los tipos de dependencia existente en los trabajadores de la salud con hábito tabáquico para definir el tipo de tratamiento que se les pueda ofertar y poder derivar a estos a clínicas especializadas en proporcionar ayuda para dejar de fumar reafirmando que la prevención es la piedra angular de la atención médica de primer nivel para poder reducir de forma clara y con hechos tangibles el habito tabáquico, al disminuir los fumadores activos y pasivos, y a la par convertirse en forjadores activos en la consejería.

-Brindar capacitación continua a trabajadores de la salud en general con hábito o no hábito tabáquico con el fin de reforzar los conocimientos acerca del tabaquismo, y mejorar la imagen del personal de salud. Resultando que todos estén en pro no fumar, recordando que el área médica de primer nivel es decisiva al influir en los demás usuarios de manera negativa o positiva, ya que son ejemplo a seguir por los usuarios.

17.-REFERENCIAS.

- 1.-Ramos ML, Ruíz T. Fernández MA. Composición del humo del tabaco. En: Manual de Tabaquismo (2ª.ed.). SEPAR, Barcelona: MASSON S.A. 2002:35-46.
- 2.-Ramos Pinedo Á, Steen B, García M, Salmones M. Estudio clínico y diagnóstico del fumador. Neumotabaquismo 2006;168:87-96.
- 3.-Departamento de Medicina Social, Medicina Preventiva y Salud Pública. Unidad de educación para la salud. Tu estilo de vida y tu salud en temas de educación para la salud. Fac Med UNAM 2000 (2): 6-21.
- 4.-Mondragón Maya J. Tabaquismo en trabajadores de la salud. Cirugía y cirujanos 2007; 75(4):239-240.
- 5.-Rodríguez G.M. Healthprofessionals and prevention and control of smoking. Revista Facultad Nacional de Salud Pública 2010;28(1):81-88.
- 6.-Fernández M, Sánchez M. Evolution of the prevalence of smoking among female physicians and nurses in the Autonomous Community of Madrid, Spain. Gaceta Sanitaria 2008; 17(1): 5-10.
- 7.-Grossman D, Know J, Nash C, Jiménez J. Smoking: attitudes of Costa Rican physicians and opportunities for intervention. Bull who 1999; 77:315-322.

8.-Organización Panamericana de la Salud. La función de los profesionales de la salud en el control del tabaco. Washington: OPS; 2008.

9.-Varona P, Fernández N. Tabaquismo y sus características en trabajadores de la salud. Rev. Cubana Medicina General Integral 2008; 16 (3):221-226.

10.-Velasco-Contreras. Perfil de salud de los trabajadores del instituto Mexicano del Seguro Social. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2013; 51 (1):12-25.

11.-Centers for Disease Control and Prevention. Cigarette smoking among adults. United States, 1994. MMWR. 1999; 45 (27): 588-90.

12.-Muñoz J, Pasillas D, Rivas J, Reveles G, Moreno A. Tabaquismo en la población del área de salud de la Universidad Autónoma de Zacatecas, México. Unidad Académica de Odontología de la Universidad Autónoma de Zacatecas, México 2009:1-5.

13.-Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Primera conferencia internacional sobre la promoción; Ottawa; OPS; 1996.

14.-Vázquez-Martínez J, Mercadilla-Pérez M, Celis-Quintal J, Navarrete-Espinosa J. Consumo de tabaco en derechohabientes del IMSS. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social 2009;47(4):367-376.

15.-Portorreal-Romero. et al. Frecuencia y características del habito de fumar en el personal de salud de 5 de los principales hospitales de Santo Domingo. Rev. Med. Dom. 2010; 68 (1): 21-26.

16.-Ocampo O, Cuevas A, Ramírez Casanova. Quienes fuman en el hospital General. Rev. Med Mex 2013; 12 (1): 615-620.

- 17.-Bianco E. La epidemia de tabaquismo y su control en Latinoamérica. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. Salud Pública de México 2010;52(2):594-595.
- 18.-Reynales Shigematsu L.M. El control del tabaco, estrategia esencial para reducir las enfermedades crónicas no transmisibles. Salud Pública de México 2012;54(3):1-10.
- 19.-Comisión Directiva AAMR. La indiferencia continúa cobrando vidas. Revista Americana de Medicina Respiratoria 2010;4:184-185.
- 20.-Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología, Instituto Mexicano de Psiquiatría. Encuesta Nacional de las Adicciones, Tabaco. México, D.F.SSA; 1998.
- 21.-Moreno Coutiño A, Medina M, Icaza M. Tabaquismo y depresión. Salud Ment 2008;31(5):1-12.
- 22.-Martínez-Gutiérrez M, Vanegas L, Revco U S, Arteaga O. Estudio Piloto: costos directos atribuibles al tabaquismo en los hospitales de Santiago. Rev. Méd. Chile 2008:1281-1287.
- 23.-Maya J. Tabaquismo en trabajadores de la salud. Cir Ciruj 2010;75:239-40.
- 24.-Córdoba R, Altisent R. Ética clínica y tabaco. Instituto de Bioética y Ciencias de la Salud. Medicina Clínica de Barcelona 2004;122(7):262-6.
- 25.-Mondragón-Maya J. Tabaquismo en trabajadores de la salud. Medigraphic artemisa 2007;75:239-240.
- 26.-Pericás J, Bennasar M, González S, Se P, De Pedro J. Tabaquismo en enfermeras de atención primaria: factores que influyen en su inicio y mantenimiento. IndexEnferm. 2009;28(1):1-8.

27.-Gil D.R, Ibarra D.C, Florenzano V.M, Parada M, Morín G. Diagnóstico precoz de enfermedades pulmonares por tabaquismo. Revista de Medicina Clínica Condes. 2010;21(5):714-718.

28.- Pérez P.R, Fajardo P.M. La enfermedad Pulmonar Obstructiva crónica: un desafío para la atención primaria de salud. Revista Cubana de Medicina General Integral 2013;19(3):1-6.

29.-Regalado-Pineda J, Gómez-Gómez A, Ramírez-Acosta J, Vázquez-García J. Efectos del tabaquismo, los síntomas respiratorios y el asma sobre la espirometría de adultos de la Ciudad de México. Salud pública de México 2005;47(5):327-334.

30.-Vázquez F, Saldívar A, Córdova A, Vázquez E, García G, Martínez GM, Joffre VM, Barrientos MC, Lin D. Asociación entre atopía familiar, tabaquismo (pasivo o activo), rinitis alérgica, ambiente laboral y asma del adulto. Revista Alergia México 2008;55 (6):222-8.

31.-Auteri S, Zabert I, Itcovici N, Schottlender J, Zabert G, Grupo Internuemo. Frecuencia y caracterización de tabaquismo en pacientes internados con patología respiratoria: estudio multicéntrico en hospitales de Buenos Aires. Revista Americana de Medicina Respiratoria 2012;12(1):3-9.

32.-McCub J. The effects of stress on physician and their medical practice. N Engl J Med 1992; (306): 458-463.

33.-Rodríguez MA. Los profesionales de la salud y la prevención y control del tabaquismo. Revista Facultad Nacional de Salud Pública 2010;28(1):81-88.

34.-Martínez C, García M, Méndez E. Nuevas Estrategias de cesación tabáquica: programa Mentoring para profesionales sanitarios. Prevencion del tabaquismo 2005; 7 (4): 285-291.

35.-Kuri-Morales P, Alegre Días J, Mata-Miranda MP. Mortalidad atribuible al tabaquismo en México. Salud Pública de México Suppl, 2006; 4: 29-33.

36.-Ramírez C, González E, Ocampo A, Sánchez S. Hábito tabáquico entre trabajadores de un Hospital General. Informe de una encuesta. Gac Med Mex 2009; 13: 96-100.

37.-Sansores RH, Ramírez VA, Espinoza MM, Villalba J. Exposición pasiva del humo de tabaco en los Institutos Nacionales de Salud en México. Rev Ins Nal Enf Resp Mex 2000; 13:96-100.

38.-Coultas DM. Health effects of passive smoking. Passive smoking and risk of adult asthma and COPD: an update. Thorax 2008; 53:381-387.

39.-Velazco-Contreras MA. Daños a la salud de trabajadores del IMSS. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social 2013;51(1):12-25.

40.-Karam-Araujo, MC; Shigematsu R.M. Absenteeism attributable to smoking in the Mexican Social Security Institute 2006-2009. Salud Pública de México 54(3):1-8.

41.-Boado M, Bianco E. Tabaquismo en los médicos uruguayos. Revista Uruguaya de Cardiología 2011;26(3):1-9.

42.-García R, Varona P, Hernández M, Chang M, Bonet M, García R. Influencia familiar en el tabaquismo de los adolescentes. Revista Cubana de Higiene y epidemiología 2008;46(3):1-6.

43.-Accinelli RA, López LM, Salinas VB, Bravo YA. Necesidad de la prohibición del consumo de tabaco en ambientes públicos para la protección de la salud de los no fumadores. Acta Médica Peruana 2012;29(2):1-16.

44.-Sandoya E, Bianco E. Mortalidad por tabaquismo y por humo de segunda mano en Uruguay. Revista Uruguaya de Cardiología 2011;26(3):1-5.

45.-Giménez SX. Diagnóstico del tabaquismo 2012. Consultar en web:www.fundacióncarraro.org.

46.-Kyeom KD, Hersh C. and cols. Epidemiology, radiology, and genetics of nicotine dependence in COPD. *Research Respiratory* 2011;12(9):1-7.

47.-Regalado-Pineda J, Lara-Rivas G, Osio-Echánove J, Ramírez-Venegas A. Tratamiento actual del tabaquismo. *Salud Pública de México* 2007; 49(2):270-278.

48.-Clinical Practice Guideline: Treating Tobacco Use and Dependence. Assessment of Tobacco Use. US. Department of Health and Human Services, June, 2000.

49.-The Agency for Health Care Policy and Research Smoking Cessation Clinical Practice Guideline. *JAMA* 1996; 275:1270-1280.

50.-Ruíz B, Cabrera P, Capdesuñer AS, Rodríguez I, Sigler R. Personal de salud como agente preventivo del tabaquismo en Santiago de Cuba. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal* 2007;9(4):165-169.

51.-Suárez L.N., Pupo E.C. Prevalence and perception of the smoking risk in the health area cared by polyclinics. *Rev. Cubana Salud Pública* 2010;36(2):125-131.

52.-Hernández M, Rodríguez C, García KM, Ibáñez NA, Martínez MJ. Perspectivas para el control del tabaquismo en México: reflexiones sobre las políticas actuales y acciones futuras. *Salud Pública de México* 2007;49(2):302-311.

18.-ANEXOS.

18.1.-CONSENTIMIENTO INFORMADO.

 <p style="text-align: center;">INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD</p> <p style="text-align: center;">CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN.</p>	
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN	
Nombre del estudio:	PREVALENCIA DEL HÁBITO TABÁQUICO E IDENTIFICACIÓN DE DEPENDENCIA FÍSICA Y PSICOLÓGICA EN EL PERSONAL DE SALUD DE LA UMF-9 DEL IMSS EN ACAPULCO, GUERRERO.
Lugar y fecha:	ACAPULCO GRO. MÉXICO, UMF NO. 9
Justificación y objetivo del estudio:	DETERMINAR EL CONSUMO DEL TABACO, FACTORES DE RIESGO, E IDENTIFICAR LOS TIPOS DE DEPENDENCIA EN EL PERSONAL DE LA SALUD DE LA UMF NO.9.
Procedimientos:	CONTESTAR LA ENCUESTA DEL ESTUDIO.
Posibles riesgos y molestias:	NO HAY RIESGOS, NI MOLESTIAS RELACIONADAS AL ESTUDIO.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	LOS BENEFICIOS QUE SE OBTENDRÁN AL IDENTIFICAR AL PERSONAL DE LA SALUD DE INFLUENCIA DE LA UMF NO.9, QUE FUMEN O SEAN FUMADORES PASIVOS ES PODER REALIZAR ESTRATEGIAS OPORTUNAS Y PRECISAS. SE EVALUARÁ PERSONALMENTE A CADA TRABAJADOR Y SABRAN DE QUE FORMA IMPACTAN EN LA MORBIMORTALIDAD GENERAL Y EL IMPACTO ECONÓMICO QUE SE TIENE AL ADQUIRIR ESTE HÁBITO.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	EL INVESTIGADOR RESPONSABLE SE HA COMPROMETIDO A DARME INFORMACIÓN OPORTUNA SOBRE CUALQUIER PROCEDIMIENTO ALTERNATIVO ADECUADO, QUE PUDIERA SER VENTAJOSO PARA EL ESTUDIO (EN SU CASO).
Participación o retiro:	SE ME INFORMA QUE CONSERVO EL DERECHO DE RETIRARME DEL ESTUDIO EN CUALQUIER MOMENTO EN QUE LO CONSIDERE CONVENIENTE, SIN QUE ELLO AFECTE LA ATENCIÓN MEDICA QUE RECIBO DE ESTE INSTITUTO.
Privacidad y confidencialidad:	EL INVESTIGADOR RESPONSABLE ME HA DADO LA SEGURIDAD QUE ME IDENTIFICARA EN LAS PRESENTACIONES O PUBLICACIONES QUE DERIVEN DE ESTE ESTUDIO Y QUE LOS DATOS RELACIONADOS CON MI PRIVACIDAD SERÁN TRATADOS EN FORMA CONFIDENCIAL.
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 estudios y estudios futuros.	
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	
Beneficios al término del estudio: LOS BENEFICIOS QUE SE OBTENDRÁN AL IDENTIFICAR AL PERSONAL MÉDICO QUE TENGAN EL HÁBITO DE FUMAR ES A NIVEL LABORAL, EN EL HOGAR Y EN LA SOCIEDAD, AL SABER EL PORCENTAJE REAL DE ESTE PROBLEMA Y CONOCER POR MEDIO DE LOS TEST DE DEPENDENCIAS UTILIZADOS LA DIFICULTAD DE ABANDONAR EL HABITO TABAQUICO PODREMOS LLEVAR A CABO UN TRATAMIENTO INDIVIDUALIZADO DE ABANDONO PARA POSTERIORMENTE FUNDIR COMO INICIADORES DE ABANDONO TABAQUICO EN LA SOCIEDAD EN GENERAL. FUNDIR COMO ORIENTADORES Y SER ESE MODELO A SEGUIR LO CUAL ES DE SUMA IMPORTANCIA PARA IMPACTAR EN LA SOCIEDAD, DISMINUYENDO CON ESTO Y CONTRIBUYENDO A LA DISMINUCION DE LA MORBIMORTALIDAD ASOCIADOS AL TABAQUISMO, AL IMPACTO ECONOMICO QUE DEJA A NIVEL INSTITUCIONAL Y SOBRE TODO AL FUNDIR COMO UNA INSTITUCION DE MORALIDAD POR MEDIO DE SUS TRABAJADORES E IMPACTANDO EN OTRAS AREAS DE ORIENTACION CON EL EJEMPLO.	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	DRA. MAGALI OREA FLORES. MATRICULA 99121772
Colaboradores:	DRA. LILIANA IBET FLORES JOAQUIN. MATRICULA 99126130
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 paciente.	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1 _____ Nombre, dirección, relación y firma	Testigo 2 _____ Nombre, dirección, relación y firma
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.	
Clave: 2810-009-013	

18.2.-INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN. CUESTIONARIO DE TABAQUISMO.

FECHA: _____.

FOLIO:_____.

NOMBRE: _____.

EDAD:_____.

MARQUE CON UNA (X).

SEXO: 1.-Masculino (). 2.-Femenino (). **ESTADO CIVIL:** 1.-Soltero(a) (). 2.-Casado (a) (). 3.-Viudo (a) (). 4.-Divorciado(a) (). 5.-Unión Libre (). **RELIGIÓN:** 1.-Católica (). 2.-Otras ().

ESCOLARIDAD: 1.-Bachillerato o carrera técnica (). 2.-Licenciatura (). 3.-Maestría ().

OCUPACIÓN: 1.-Médico (). 2.-Enfermero(a) (). 3.-Químico (). 4.-Estomatólogo ().



CATEGORIA LABORAL: _____.

TURNO: 1.-Matutino (). 2.-Vespertino (). 3.-Nocturno (). 4.-Jornada acumulada ().

AREA DE RESIDENCIA: 1.-Centro (). 2.-Periféria ().

HACINAMIENTO: 1.-Menos de 3 personas por dormitorio (). 2.-Más de 3 personas por dormitorio ().

FUMA: 1.-NO (). 2.-SI (). **A QUE EDAD INICIO A FUMAR**_____. **CUANTOS CIGARROS CONSUME**

AL DIA: _____. **CUANTOS PAQUETES CONSUME POR AÑO:**_____.

VIVE CON FAMILIARES FUMADORES: 1.-NO (). 2.-SI () **QUIEN:** 1.-Padres () 2.-Conyuges () 3.- Hermanos () 4.-Otros () 5.-Amigos ().

TRABAJA CON FUMADORES: 1.- NO () 2.-SI ().

TEST DE FAGERSTRÖM (TABLA 1)

1.-¿Cuánto tiempo pasa desde que se despierta hasta que enciende el primer cigarrillo?	
a) menos de 5 minutos.....3 puntos.	(1)
b) entre 6 y 30 minutos.....2 puntos.	(2)
c) entre 31 y 60 minutos.....1 punto.	(3)
d) más de 1 hora.....0 puntos.	(4)
2.-¿Le resulta difícil no fumar en los lugares en que está prohibido?	
a) SI.....1 punto.	(1)
b) NO.....0 puntos.	(2)
3.-¿Qué cigarrillo le resulta imprescindible?	
a) El primero.....1 punto.	(1)
b) Otro.....0 puntos.	(2)
4.-¿Cuántos cigarrillos fuma usted al día?	
a) 10 o menos.....0 puntos.	(1)
b) Entre 11 y 20.....1 punto.	(2)
c) Entre 21 y 30.....2 puntos.	(3)
d) Entre 31 o más.....3 puntos	(4)
5.-¿Fuma usted más en las primeras horas después de despertarse que durante el resto del día?	
a) SI.....1 punto.	(1)
b) NO.....0 puntos.	(2)
6.-¿Fuma usted incluso si una enfermedad le obliga a permanecer acostado?	
a) SI.....1 punto.	(1)
b) NO.....0 puntos.	(2)

RESULTADOS: Total de 6 reactivos con 10 puntos en total.

0-2 PUNTOS:	No hay dependencia.
3-4 PUNTOS:	Dependencia leve.
5-6 PUNTOS:	Dependencia moderada.

Mayor o igual a 7:	Dependencia alta.
---------------------------	-------------------

CUESTIONARIO DE GLOVER-NILSSON (TABLA 2).	
0=Nada en absoluto.	1=Algo. 2=Moderadamente. 3=Mucho. 4=Muchísimo.
1.-¿Mi hábito de fumar es muy importante para mí?	0 1 2 3 4
2.-¿Juego y manipulo el cigarrillo como parte del ritual del hábito de fumar?	0 1 2 3 4
3.-¿Suele ponerse algo en la boca para evitar de fumar?	0 1 2 3 4
4.-¿Se recompensa a sí mismo con un cigarrillo tras cumplir una tarea?	0 1 2 3 4
5.-¿Cuándo no tiene tabaco, le resulta difícil concentrarse y realizar cualquier tarea?	0 1 2 3 4
6.-¿Cuándo se halla en un lugar en el que está prohibido fumar, juega con su cigarrillo o paquete de tabaco?	0 1 2 3 4
7.-¿Algunos lugares o circunstancias le incitan a fumar: su sillón favorito, sofá, habitación, coche, bebida (té, alcohol, café....)?	0 1 2 3 4
8.-¿Se encuentra a menudo encendiendo un cigarrillo por rutina, sin desearlo realmente?	0 1 2 3 4
9.-¿A menudo se coloca cigarrillos sin encender u otros objetos en la boca (bolígrafos, palillos, chicles, etc.) y los chupa para relajarse del estrés, tensión, frustración,etc.?	0 1 2 3 4
10.-¿Parte de su placer de fumar procede del ritual que supone encender un cigarrillo?	0 1 2 3 4
11.-Cuándo está solo en un restaurante, parada de autobús, fiesta, etc. ¿se siente más seguro, a salvo o confiado con un cigarrillo en las manos?	0 1 2 3 4

RESULTADOS: Total de 11 reactivos. De entre las puntuaciones según el test la:

Preguntas 1,4,5.	Miden la dependencia psicológica.
Preguntas 2,3,6 y 10.	Miden la dependencia gestual.
Preguntas 7,8,9 y 11.	Miden la dependencia social.

PUNTUACION TOTAL:

De 0-11 puntos.	Dependencia conductual leve.
De 12-22 puntos.	Dependencia conductual moderada.
De 23-33 puntos.	Dependencia conductual severa.
De 34-44 puntos.	Dependencia conductual muy severa.