



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE SALUD PÚBLICA
COORDINACIÓN DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN EPIDEMIOLOGÍA



**“Prevalencia de adicciones en trabajadores del
Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional “La
Raza” y factores de riesgo asociados”**

T E S I S
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGÍA

PRESENTA:
DR. CARLOS JULIÁN RINCÓN OVALLE
RESIDENTE DE 3ER AÑO DE LA ESPECIALIDAD DE EPIDEMIOLOGÍA
MAT 98374599

ASESOR PRINCIPAL:
DR. ULISES ANGELES GARAY
MAT 11480181
JEFE DE DIVISIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES “LA
RAZA” DEL IMSS.
Tel: 55 5180 8782, Email: ulises.angeles@imss.gob.mx

ASESOR ASOCIADO:
DR. AMARANTO BERNABE CUELLO ROMERO
MAT 98365753
MÉDICO RESPONSABLE DE LA UVEH EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES “LA
RAZA” IMSS.
Tel: 55 3398 1638 Email: amaranto.cuello@imss.gob.mx

MEXICO, D.F. 2015



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AUTORIZADO

DR ULISES ANGÉLES GARAY
ASESOR
JEFE DE DIVISIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES C.M.N. LA RAZA

AUTORIZADO

DR AMARANTO BERNABE CUELLO ROMERO
ASESOR
MÉDICO JEFE DE SERVICIO DE LA UVEH
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES C.M.N. LA RAZA

AUTORIZADO

DR BENJAMÍN ACOSTA CÁZARES
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN EPIDEMIOLOGÍA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Contenido

RESUMEN DE PROTOCOLO	5
MARCO TEÓRICO	7
MARCO CONCEPTUAL	10
NORMATIVA	10
EPIDEMIOLOGÍA	13
MUNDIAL	13
MÉXICO	15
ANTECEDENTES	17
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	23
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	23
HIPÓTESIS	24
OBJETIVO	24
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	24
JUSTIFICACIÓN	25
MATERIAL Y MÉTODO	26
CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	26
RECURSOS Y FINANCIAMIENTO.....	27
MUESTREO.....	27
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	28
VARIABLES DE ESTUDIO	30
COVARIABLES	31
DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO	32
CONSIDERACIONES ÉTICAS	32
RESULTADOS	33
DISCUSIÓN	39
CONCLUSIONES	47
PROPUESTA.....	49
BIBLIOGRAFÍA	52

ANEXOS	55
TABLAS	55
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	82
CRONOGRAMA	83
CUESTIONARIO	84

“Prevalencia de adicciones en trabajadores del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional "La Raza" y factores de riesgo asociados”

ANTECEDENTES. Se conoce muy poco sobre adicciones en trabajadores de la salud. La mayor parte de los estudios realizados son sobre personal médico o de enfermería y los más extensos en México, hablan solamente de Tabaquismo.

OBJETIVO. Determinar la Prevalencia de Adicciones en Trabajadores del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional "La Raza" en el periodo de Noviembre (2014) - Febrero (2015), así como los factores de riesgo asociados.

MATERIAL Y MÉTODO. Se aplicaron 1152 encuestas a trabajadores de la salud. Incluimos a todos los trabajadores. Se eliminaron cuestionarios incompletos. Se obtuvieron prevalencias para Alcohol, Tabaco, Cannabis y Otras drogas; se midió estrés laboral, turno laboral y categoría.

RESULTADOS. Del total (n=833) 56.4% fueron mujeres. 62.1% contaban con relación de pareja. Turno vespertino 40.2%, nocturno 21.4%. La prevalencia para alcoholismo 44.5%, tabaquismo 34.4%, cannabis 4.3%, otras drogas 4.8%, para todos los trabajadores. En análisis multivariado, adicción por alcohol: divorciados tuvieron $RM=2.18$ ($IC_{95\%}$ 1.03-4.63, $p=0.042$), la adicción a tabaco $RM=2.80$ ($IC_{95\%}$ 1.54-5.07, $p=0.001$), asociación para la adicción a otras drogas $RM=3.12$ ($IC_{95\%}$ 1.11-8.76, $p=0.031$). Análisis multivariado para tabaquismo: turno vespertino $RM=1.67$ ($IC_{95\%}$ 1.03-2.71, $p=0.037$), conseguir sustancias en el trabajo (diferentes a tabaco y alcohol) $RM=1.92$ ($IC_{95\%}$ 1.11-3.35, $p=0.021$). La adicción por cannabis y la asociación con relación de pareja, mostró $RM=2.57$ ($IC_{95\%}$ 1.13-5.85, $p=0.024$) y otras drogas $RM=5.2$ ($IC_{95\%}$ 2.13-12.83, $p<0.05$).

Palabras Clave: Trabajadores, Salud, alcohol, tabaco, cannabis, otras drogas.

ABSTRACT

Prevalence of addictions in Specialty Hospital Medical Center “La Raza” workers and risk factors associated.

BACKGROUND: Very little is known about addictions in health care workers. Most of the studies are performed in nursing or medical workers and the largest in Mexico, talk about smoking.

OBJECTIVE: To determine Prevalence of addictions in Specialty Hospital Medical Center “La Raza” workers in the period from November 2014 to March 2015 and associates risk factors.

METHOD: 1152 were applied to health workers. Include all workers. Incomplete questionnaires were eliminated. Prevalence for alcohol, tobacco, cannabis and other drugs consumers was obtained. Work stress, work shift and category were measured.

RESULTS: Total of 833 questionnaires was obtained. 56.4% were women. 62.1% had a stable relation-ship. 40.2% for the afternoon shift, 21.4% for the night shift. The prevalence for alcohol consumers was 44.5%, for snuff was 34.4%, cannabis 4.3%, other drugs 4.8%, for all health care workers. The multivariate analysis showed for the alcohol addiction: divorced workers OR=2.18 (IC_{95%} 1.03-4.63, p=0.042), snuff workers OR=2.80 (IC_{95%} 1.54-5.07, p=0.001), addiction to other drugs was associated OR=3.12 (IC_{95%} 1.11-8.76, p=0.031). Multivariate analysis showed for the tobacco addiction: afternoon shift OR=1.67 (IC_{95%} 1.03-2.71, p=0.037), substance at work getting easily (other than alcohol and tobacco) OR=1.92 (IC_{95%} 1.11-3.35, p=0.021). The cannabis addiction and a stable relation-ship was OR=2.57 (IC_{95%} 1.13-5.85, p=0.024) and with other drugs OR=5.2 (IC_{95%} 2.13-12.83, p<0.05).

Keywords: Health care workers, alcohol, tobacco, cannabis, other drugs.

MARCO TEÓRICO

Las drogas han sido utilizadas con fines festivos, terapéuticos y sacramentales. El hecho de encontrar sustancias que pueden llevar a la ebriedad, llevó a que diferentes instituciones comprometieran la economía y al mismo tiempo a diferentes políticas públicas, sociales y libertades individuales⁽¹⁾. La búsqueda de problemas a diferentes niveles, desde los consumidores, los tipos de drogas que se usan, características de la población usuaria, situaciones generadas por consecuencia de su uso, variables asociadas al desarrollo de dependencias, factores de protección, variables socio-culturales en los lugares donde ocurren estos fenómenos de consumo, se mantienen en secreto para algunos investigadores, por ser un tema polémico. Se puede definir como droga, aunque es un término de uso variado, como “toda sustancia con potencial para prevenir o curar una enfermedad o aumentar la salud física o mental, aunque de manera bioquímica pueda alterar los procesos fisiológicos de los tejidos o los organismos”. De manera coloquial se refiere usualmente drogas psicoactivas de manera más concreta, a las drogas ilegales. Según Galeno, “la droga vence al cuerpo, mientras que el cuerpo vence al alimento”^{(1) (2)}, lo que lleva a pensar que desde la antigüedad se conocían sustancias psicoactivas que podría llevar a un individuo a perder el autocontrol, esta misma definición ha perdurado hasta la actualidad, inclusive la OMS desde 1999 ⁽³⁾, que menciona: “droga es toda sustancia que, al ser introducida en un organismo vivo y actuar sobre su sistema nervioso central, puede modificar una o varias de funciones físicas y psíquicas”; lo que incluye los cambios anímicos, forma de conducción y actuación debido a cambios en su pensamiento. También es importante hacer mención de la relación que existe entre los usos de las palabras: “sustancia psicoactiva”, “psicotrópico”, “droga”, “psicofármaco”, lo cual genera controversia y confusión, pero que en la mayoría de los textos en materia de adicciones utilizan de manera indistinta o como sinónimos. Por otro lado, para distinguir a las drogas que son utilizadas diferentes a las de uso médico (ketamina, morfina, etc.) o a las que existen de manera libre para su venta (alcohol, tabaco y cafeína), se han denominado con el término de “droga ilegal” o “ilícita”, y a su vez no se encuentran bajo control internacional. A

pasar de todo esto, solo existen dos formas principales para clasificar los tipos de drogas: 1. De acuerdo a como se afecta el sistema nervioso (depresoras, estimulantes o alucinógenas) y 2. De acuerdo al marco legal (legales e ilegales), en este último encuadre es importante comentar que la clasificación reconocida y válida fue establecida por la Drug Enforcement Agency (DEA), que incluye los potenciales adictivos de cada droga, dependiendo de su clase, la cual incluye cinco clases comenzando con los potenciales adictivos altos, hasta los más ligeros. Sin embargo, el enfoque que se va a dar a la clasificación de las drogas es de acuerdo a los efectos sobre el sistema nervioso central, ya que dependiendo de su acción sobre este sistema se engloban otras propiedades de las drogas, entre ellas su uso legal o ilegal. ⁽⁴⁾

Efectos farmacológicos de las Drogas ⁽⁵⁾⁽⁶⁾		
Grupo	Droga	Efectos sobre el organismo
Estimulantes	Estimulantes mayores: cocaína en polvo (clorhidrato de cocaína) y base libre (crack), anfetaminas, metanfetaminas y MMDA (éxtasis). Estimulantes menores: cafeína, nicotina.	Activan al sistema nervioso central, ya que provocan euforia, insomnio, depresión, ansiedad, irritabilidad e inquietud. Además, que generan cambios en el organismo a nivel sistémico.
Depresores	Alcohol, tranquilizantes o sedantes, hipnóticos, éxtasis líquido, disolventes inhalables y sustancias derivadas del opio.	Disminuyen el funcionamiento del sistema nervioso central. Provocan estimulación inicial seguida de depresión con mayor duración, esto lleva a la pérdida del estado de ánimo y provocan adicción.
Alucinógenos	Lisérgida (LSD), psilobilina, mezcalina, anestésicos disociativos.	Tienen capacidad de provocar efectos activos o depresores en el SNC, pero su principal característica es que provocan sensaciones alteradas del espacio y el tiempo, para finalmente alterar la percepción de la realidad y la fantasía.

Algunos conceptos a manejar, incluyen a las “drogas de diseño” que son sustancias desarrolladas especialmente para mantener las medidas de control en la producción de drogas, y al mantener modificaciones mínimas en su estructura molecular estas resultan en nuevas sustancias con efectos farmacológicos similares a algunos tipos de sustancias controladas⁽⁷⁾⁽⁸⁾. El término de “droga de diseño” se acuñó en la década de los ochentas, refiriéndose a varios tipos de opioides sintéticos, así como las modificaciones al fentanil. Se conoce como nuevas sustancias psicoactivas a la sustancias de uso que no han sido controladas por la Convención de Sustancias Psicotrópicas de 1971, pero que puede suponer una amenaza para la salud pública⁽⁹⁾.

MARCO CONCEPTUAL

NORMATIVA

Las sustancias que suelen llevar a modificar las conductas de los seres humanos, generan problemas, aún en las áreas donde se labora. Sin embargo, las sustancias consideradas como ilícitas, son clasificadas desde 1961 en la primera convención internacional sobre drogas narcóticas⁽¹⁰⁾. Convención Única Sobre Drogas Narcóticas, 1961; Convención Sobre Sustancias Psicotrópicas, 1971; y Convención Contra el Tráfico Ilícito de Drogas Narcóticas y Sustancias Psicotrópicas, 1988, las cuales dirigen acciones contra narcotráfico, problemas de salud pública y limitación en uso, fabricación y venta de drogas.

SOBRE EL AMBIENTE LABORAL

El trabajo es una de las principales fuentes que brindan bienestar y al mismo tiempo gratifican de manera personal a quien lo realiza, por tal motivo la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Organización de Estados Americanos (CICAD), menciona que las empresas y organizaciones son responsables de "garantizar las herramientas emocionales e intelectuales necesarias", con lo que se propone manejar enfoques para la prevención de riesgo fundamentados en políticas y programas integrales para evitar el consumo de drogas en ambiente laboral^(11,36). Dentro del marco normativo nacional, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos denota en el artículo 4to, que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, y que la ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud conforme lo que se dispone en el artículo 73, en la fracción XVI inciso 4a habla sobre las medidas que el Consejo haya puesto en vigor en la campaña contra el alcoholismo y la venta de sustancias que envenenan al individuo o degenera la especie humana, así como las adoptadas para prevenir y combatir la contaminación ambiental⁽¹²⁾. Sin embargo, la responsabilidad de prevenir y tratar los diferentes tipos de adicciones en el país se ciernen en la Secretaría de Salud (SSA), de acuerdo al artículo 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; misma que controla a otros organismos como el Consejo Nacional contra las Adicciones⁽¹³⁾. También comprendido dentro de estas leyes, la Ley General de Salud, promueve la

creación de programas específicos contra tabaquismo, alcoholismo y farmacodependencia.

En la NORMA Oficial Mexicana 028⁽¹⁴⁾, se menciona en su numeral 6.1.2.1 que tras el conocimiento de factores de riesgo específicos para el inicio y mantenimiento del consumo de sustancias psicoactivas, deben identificar e intervenir con grupos de personas que comparten determinadas características con el objetivo que desarrollen habilidades que les permitan afrontar tales riesgos. Se menciona además la creación de programas que ayuden a la promoción de la salud, para la prevención de adicciones. Por otra parte, en la NORMA Oficial Mexicana 030⁽¹⁵⁾ *se hace mención en las obligaciones del patrón, que se deben contar con un programa de seguridad y salud en el trabajo (que incluya temas de lucha contra las adicciones), elaborado con base en el diagnóstico integral o por área de trabajo.* Es importante hacer mención que de manera homóloga al artículo 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos⁽¹⁶⁾ y muchas otras leyes indican que una causa de rescisión de contrato para la relación de trabajo es el hecho de que cualquiera de los usuarios laborales (trabajador o trabajadora) concurra a realizar sus actividades en estados inconvenientes, bajo la influencia de algún narcótico, estupefaciente o enervante, salvo que exista una prescripción médica de por medio. La Ley Federal del Trabajo en la fracción XIII del artículo 47, Capítulo IV, agrega la posibilidad de rescisión de contrato sin afección del patrón⁽¹⁷⁾.

En materia reguladora, existen múltiples leyes relacionadas a efectos de prevención de adicciones, aún en trabajadores, sin embargo, existen pocas políticas públicas en materia de adicciones para el ámbito laboral. Por estas situaciones, es el Consejo Nacional contra las Adicciones quien desde 1986, ha puesto en marcha programas que involucran al tabaquismo, alcoholismo y farmacodependencia.

LOS DETERMINANTES

Desde siempre, el uso de las sustancias conocidas como drogas, han mostrado dos caras: la del control y la de prohibición. Desde la década de 1980, diferentes estudios enfocados en esclarecer el uso de drogas que demuestran que a pesar

de que se encuentran y obtienen fácilmente, no se consumen por la población de manera general, así como que no toda la población expuesta es susceptible al consumo y se encuentra, inclusive, bajo ciertos factores de protección. En el año de 1991, se realizó un estudio donde se documentó el riesgo de usar drogas de manera más frecuente por parte de los hombres, para las drogas ilícitas, tener menos de 15 años de edad y no trabajar, o ser hijo de un jefe de familia con baja escolaridad, predecía el uso de inhalables, mientras que lo opuesto aumentaba el riesgo de usar cocaína⁽¹⁸⁾. En cuanto a los factores asociados a la demanda de tratamiento se observó que los usuarios de drogas acudieron principalmente por iniciativa propia (39.4%) y por condicionamiento o recomendación familiar (35.6%). Así mismo, solicitaron atención por el consumo de drogas ilícitas (84.6%), de alcohol (39.3%) y/o de tabaco (33.0%). Entre los problemas más frecuentemente asociados al consumo se reconocen los de tipo familiar (76.1%), los psicológicos (36.7%) y los de salud (36.2%). Así, que diferentes instituciones plantean diferentes factores de riesgo, asociados a las adicciones por parte de los trabajadores, refiriéndose a cualquier área. Dentro de los factores que se consideran como principales riesgos, tenemos que estos dependen además del entorno y del clima organizacional. Los principales y específicos se pueden agrupar en ^(5,19):

- Manejo de sustancias químicas psicoactivas sin las protecciones necesarias (pegamentos, inhalantes, aerosoles, etc).
- Turnos que alteran el ciclo de sueño-vigilia (turnos de trabajo nocturnos).
- Trabajos repetitivos y poco motivadores.
- Fácil disponibilidad de alcohol o tabaco.
- Inestabilidad en el empleo.
- Facilidades en disposición de drogas lícitas o ilícitas (laboratorio, centros de atención en salud).
- Estrés laboral y ambientes estresantes.
- Condiciones climatológicas adversas, como frío o calor.
- Trabajos aislados sin contacto con otros compañeros.

- Existencia de microtráfico (venta de drogas ilegales en pequeña escala) en área laboral.
- Cultura organizacional que tolera el consumo.
- Exigencias de rendimiento demasiado altas o bajas.
- Comportamiento agresivo temprano (como factor individual).
- Falta de supervisión por los jefes.
- Abuso de sustancias por parte de los pares.
- Bajo nivel cultural y educativo.

A pesar de ello, estos factores de riesgo se consideran con bajo nivel de evidencia⁽²⁰⁾ ya que muestran inconsistencia por parte de diferentes estudios, evaluados a diferentes niveles.

EPIDEMIOLOGÍA

MUNDIAL

De acuerdo al último reporte mundial sobre drogas⁽²¹⁾, se menciona que en 2011 entre 167 y 315 millones de personas con edades comprendidas entre los 15 a 64 años, se estimó usaron drogas ilícitas en el año previo. Lo que comprende de 3.6 a 6.9 por ciento de la población adulta.

Particularmente el cannabis ha incrementado su consumo de manera global, principalmente en Asia desde el 2009. A pesar de que no hay datos epidemiológicos consistentes con la prevalencia, algunos expertos de diversas regiones documentan el incremento percibido en el uso de esta sustancia. Las regiones con una prevalencia por uso de cannabis, que se han mantenido alta, continúa siendo la región este y centro de África con un 12.4%, Oceanía principalmente Australia y Nueva Zelanda con un 10.9%, América del Norte con un 10.7%, y el noreste y centro de Europa^(22,23) con 7.6%. Los estimulantes tipo anfetaminas, excluyendo al éxtasis aparecen con un incremento en su consumo y su prevalencia. Y aunque esta última no está reportada en Asia y en África algunos de los expertos de esas regiones pueden percibir el aumento de estos cinco estimulantes. En países como Pakistán, no solamente se aprecia un

aumento en el consumo de drogas, sino también en el uso de precursores de este tipo de drogas. Su prevalencia es de 0.1% en la población general. Hay reportes de consumo elevado de este tipo de drogas en Australia y Nueva Zelanda con una prevalencia de 2.1%, en América Central y América del Norte hay una prevalencia de 1.3% y en África de 0.9%. En Europa se encuentra la mayor prevalencia de usuarios de drogas inyectables (1.3% de la población que comprende edades entre 15 a 64 años). Y de los 14 millones de usuarios de drogas inyectables, 1.6 millones de ellos viven con VIH (11.5%). Otra situación de igual importancia para la salud pública, es la infección por el virus de hepatitis C, las mayores tasas de prevalencia de personas que usan drogas inyectables se encuentran más localizadas en América del Norte y en el este y sureste de Asia: México 96%, Vietnam 74.1%, Estados Unidos 73.4%, Canadá 69.1%, Malasia 67.1%, China 67% y Ucrania 67%.

La cocaína por otra parte, muestra dos grandes mercados que son América del Norte y el oeste y centro de Europa⁽²³⁾. Se han registrado decrementos en el uso de cocaína en el 2010 y 2011 con una prevalencia para la población adulta anual de 1.3% en 2010 a 1.2% en 2011 para el oeste y centro de Europa; y de 1.6% a 1.5% en América del Norte. *Uno de los principales problemas del uso de drogas, es el reflejo en la demanda de los tratamientos, ya que se estima que uno de cada seis usuarios recibe tratamiento por el uso de algún tipo de droga, desorden generado por el uso de drogas o por la dependencia de las mismas cada año.* El número estimado de muertes relacionadas a drogas así como las tasas de mortalidad relacionadas a drogas en la población de 15 a 64 años para el 2011, indico que para América del Norte hubo aproximadamente 47,813 muertes con una tasa de mortalidad de 155.8 por millón entre las edades ya mencionadas, seguida de Oceanía con 1957 muertes y una tasa de mortalidad de 80.8 por millón de habitantes en edades de 15 a 64 años, siendo éstos los lugares con mayor mortalidad relacionadas al uso de drogas. De manera global, se estimó para el año 2011 que existieron 210,546 muertes (con intervalo de 102,040 a 247,336) y una tasa de mortalidad por millón para población en edad de 15 a 64 años de 45.9 (con intervalo de 22.3 a 54).

MÉXICO

En México, se han realizado 6 diferentes encuestas sobre adicciones a nivel nacional, desde la década de 1980 perdura el uso de las Encuestas Nacionales de Adicciones (ENAs), mismas que fueron realizadas en 1988, 1993, 1998, 2002, 2008 y 2011 las tres primeras registraban datos urbanos y en las tres últimas también se estudió a la población rural. En relación al consumo de alcohol, y de acuerdo a lo que dice ENA 2011, para la población total consultada con edad entre los 12 a 65 años, y comparándolo con las encuestas nacionales de adicciones del año 2002, 2008 y 2011, en general se ha visto una tendencia creciente, de los hombres que han consumido alcohol alguna vez en la vida, (78.6%, ENA 2002; 72.3% ENA 2008), la prevalencia actual es de 80.6% (IC 95% 79.28-81.99), mientras que para las mujeres el consumo de alcohol alguna vez en la vida (53.6% ENA 2002; 51% ENA 2008), fue de 62.6% para la ENA 2011. De manera global el consumo diario, al parecer ha disminuido, de 1.4 copas diarias en promedio para el año 2002, hasta 0.8 copas diarias en ENA 2011. Los hombres en los cuales se considera dependencia, han aumentado significativamente del 8.3% (ENA 2002), a 10.8% (ENA 2011); para las mujeres que se consideran con dependencia, también ha aumentado el porcentaje de 0.6% (ENA 2002), a 1.8% en ENA 2011. De acuerdo a las conclusiones de esta encuesta (ENA 2011), el 6% de la población desarrolló dependencia, lo que equivale a 4.9 millones de personas la proporción en mujeres adultas con dependencia es de 1.7%, similar al de las mujeres entre 12 a 17 años (2%)⁽²⁴⁾.

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Adicciones 2011⁽²⁵⁾ (ENA 2011), para el consumo de tabaco, fue definido como *fumador activo aquella persona que declaró haber fumado durante el último año; ex fumador, persona que contestó haber fumado alguna vez en la vida y haber dejado de fumar hace más de un año; nunca ha fumado, persona que respondió no haber fumado en la vida*. En esta encuesta, se encontró que para los adultos, el 34.6% de los hombres son fumadores activos, y para las mujeres la cifra va en un 13.5%. De ese grupo el 10.3% reportó ser un fumador diario. El 51.9% de los encuestados (41.3 millones de mexicanos) reportó nunca haber fumado en la vida. Para la situación del

tabaco, así como lo demuestra la ENSN 2012, se aprecia una tendencia a la baja para los fumadores diarios (12.4% ENA 2002, 8.9% ENA 2011). En la situación de fumadores activos de acuerdo a la región geográfica, se encontró que en el Distrito Federal la prevalencia global es de 32.4% seguida de los estados del norte con un promedio de 26.7%. Para los fumadores diarios, el consumo se estimó en 6.6 cigarrillos al día (IC 95% 6.1-7).

En el grupo de 18 a 34 años es donde se encuentran las prevalencias más altas para consumo de drogas, la prevalencia global fue de 2.8% sin mostrar diferencia estadística en relación a la prevalencia del 2008 fue de 2.2%. La marihuana nivel general, incrementó su prevalencia de la ENA 2002 a la ENA 2011, este cambio es notable en los hombres, ya que es en ellos donde se ve a incrementado el consumo de la marihuana desde la ENA 2002. Para el subgrupo de 35 a 65 años de edad no denota cambios en el consumo de drogas a través de las diferentes ENAs.

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSN 2012) para el consumo de alcohol en los mexicanos adultos, definiendo consumo de alcohol como diario u ocasional. Entre el año 2000 y el año 2012 se encontró un aumento en el porcentaje total de adultos que consumen alcohol (39.7% en 2000, 34.1% en 2006 y 53.9% en 2012). En los hombres, en el año 2000 se tenía un consumo del 56.1% comparado con el de las mujeres de 24.3%; para el año 2012 en los hombres se incrementó hasta el 67.8%, y para las mujeres hasta el 41.3%.

Para esta misma encuesta (ENSN 2012), el consumo de tabaco en México en el periodo del año 2000 al 2012, para los adultos se definió como haber fumado sin cigarrillos o más en la vida y también el ser fumador actual. En este periodo 2000 - 2012 se observó una ligera reducción para el consumo del tabaco. En los hombres, el consumo de tabaco para el año 2000 será representado por el 35.8%; para el año 2006, 30.4%; y para el año 2012 de 31%. Las mujeres mantienen una tendencia estable, en el año 2000 la prevalencia de 10.2%; 2006, 9.5% y 9.9% para el año 2012. Por su parte, se emitieron las mismas declaraciones que por el consumo de alcohol siendo México un país miembro de la OMS⁽²⁶⁾.

ANTECEDENTES

Bajo diferentes situaciones, el personal de salud, intenta auxiliar a las personas para que estas se recuperen de estados morbosos, entre ellos los que se caracterizan por el uso de sustancias adictivas, como las drogas, sin embargo, esto no hace que el personal dedicado al cuidado de la salud, no es inmune de enfermar por algún tipo de adicción. Entre algunas situaciones consideradas en los riesgos laborales para el consumo de drogas entre los cuidadores de la salud, se encuentran: el estrés laboral (muertes de los pacientes, periodos laborales mayores a 24 hrs continuas, etc.) y la facilidad para adquirir sustancias psicoactivas. A pesar de existir múltiples estudios que indican que los médicos, consumen menores cantidades de sustancias adictivas, se sabe que en Estados Unidos se puede desarrollar dependencia hasta en un 10 a 15% entre los que prescriben opioides y benzodiacepinas. Además se ha determinado que dentro del gremio médico, los internos y los médicos residentes son más vulnerables a diferentes tipos de adicciones por el tipo de demanda laboral y social ⁽²⁷⁾. En un estudio turco, cuyo objetivo principal fue medir la prevalencia de sustancias y el abuso de las mismas, que incluyeron al alcohol, nicotina, drogas de prescripción e ilícitas en varios niveles escolares de la carrera médica. Se encontró que el alcohol es la sustancia más utilizada entre los médicos de Turquía (62.3 a 82.5%), posterior a este, el consumo de nicotina fue de aproximadamente 40%. En este estudio, los médicos estudiantes tienen la mayor prevalencia en el consumo de tabaco del 2% hasta el 15.8% ⁽²⁸⁾. En Japón se realizó un estudio transversal, cuyo objetivo fue examinar la relación entre la percepción del estrés laboral y el consumo de nicotina, mediante el uso de dos cuestionarios: Fargerström y test de dependencia de nicotina, en 408 enfermeras de un hospital privado del pueblo de O en Japón, en septiembre del 2001. La edad de las enfermeras consideradas como fumadoras fue de 26.5 años, para la no fumadoras de 30.9 años ($p < 0.001$), de las fumadoras, solo 3.4 (DS 1.8) se consideraron con problemas tabáquicos. En el análisis bivariado, al realizar la correlación del coeficiente de Spearman, se encontró que a mayor demanda psicológica en la realización de labores en el trabajo, se generaba más estrés, lo que se relacionó con mayor consumo de

tabaco ($p < 0.001$). Al momento de realizar la regresión lineal múltiple para examinar las dos variables en cuestión, se encontró de nueva cuenta que existe una relación directa entre el consumo de tabaco y la demanda psicológica laboral ($p = 0.009$). Dentro de las limitaciones de este artículo, se encuentran, algunos confusores relacionados con las actividades propias del desempeño laboral para cada enfermera, así como de su desarrollo profesional⁽²⁹⁾.

En Irlanda, los resultados obtenidos de un estudio, dirigieron su atención a los dentistas ya que la media de consumo de alcohol al mes (26.7 copas) fue mayor que en el resto de los profesionales, la media de las bebidas por día se estimó en 12.6 para los dentistas, 10.7 para las enfermeras, 9.3 para los farmacéuticos y 10 para los médicos. Del mismo modo, los que tuvieron relación con el uso de alcohol hasta la embriaguez fueron los dentistas en 15.9%, seguido de los farmacéuticos 12%. Todos los grupos con diferencias $p < 0.05$. Para los potenciales consumidores de alcohol, donde se definió de acuerdo al uso de alcohol en un mes, siendo mayor o igual a 4 días de consumo en un mes, en cuyo caso los dentistas se ubicaron en un 71.7% ($n=113$), seguido de los médicos 66.3% ($n=104$), farmacéuticos 65.4% ($n=133$) y finalmente personal de enfermería 54.2% ($n=129$), todos con diferencias significativas ($p < 0.05$). Solo en el personal médico en 1.6% de los mismos se encontró adicción hacia el alcohol. Debido a la posibilidad de que los dentistas fuesen mayores consumidores de alcohol que el resto de los grupos, se explicó con la mayor relación de hombres que de mujeres en este estudio, también se encontró que seguidos de ellos, los médicos (mayor representatividad por hombres en este grupo) se encontraron enseguida de los dentistas⁽³⁰⁾. En Estados Unidos, se trató de identificar las características de los médicos que consumen alcohol desde etapas tempranas (estudiantes) hasta el consumo, una vez iniciada la vida laboral. Este estudio incluyó una muestra de 500 médicos, obtenida de manera aleatorizada de la Sociedad Médica, que en 1984 contaba con el 73% de la población médica (8400 médicos), la cual se comparó con un grupo de farmacéuticos y estudiantes de farmacia, se realizó un muestreo estratificado simple, que al final resultó en obtención de 1308 entrevistados, divididos en la muestra final de 337 médicos, 312 farmacéuticos,

381 estudiantes de medicina y 278 estudiantes de farmacéutica. La media de consumo de copas de alcohol en un mes para los médicos es de 20.3, mientras que para los farmacéuticos es de 21.2, en relación a los estudiantes de medicina es de 13.3 y los estudiantes de farmacéutica es de 15.1 con diferencias demostradas con $p < 0.05$. La frecuencia media de consumo de los médicos por día fue de 1.7 copas, farmacéuticos 1.9 ($p < 0.05$); estudiantes de medicina 2.1 y para estudiantes de farmacéutica 2.9 ($p < 0.05$ controlando el género). Al realizar la diferenciación por género los médicos hombres consumen al mes hasta 10.5 copas al día, por mes, mayor que en las mujeres 6.5 copas al día, por mes (intervalo de confianza para la diferencia de 1.2-7.0) ⁽³¹⁾. En otro artículo en Estados Unidos, donde el objetivo fue comparar grupos de médicos y médicas, para identificar las diferencias sociodemográficas, abuso de sustancias, aspectos psiquiátricos. En los resultados, se aprecia que de un total de 108 encuestados, solo 10 de ellas eran mujeres. La edad media para los hombres fue de 46.39 años y para las mujeres de 41.4 años, la mayor cantidad se dedica a la medicina familiar 27.6% de los hombres y 40% de las mujeres médicos. Para la severidad relacionada al consumo de sustancias entre el grupo de médicos, los principales resultados de acuerdo a esta escala, fueron las complicaciones por desórdenes médicos, para las mujeres media de 0.30 (DS 0.48) y para los hombres media de 0.63 (DS 0.83); y las complicaciones por desórdenes legales con un puntaje medio de 0.1 (DS 0.31) para las mujeres y media de 0.45 (DS 0.76). A pesar de la limitada muestra, en el estudio se comenta que existen diferencias entre las médicas y los médicos, desde un punto de vista más relacionado a los factores sociales, ya que infieren en este estudio, que factores como el estado civil están muy relacionados al uso y abuso de sustancias ⁽³²⁾.

En otro artículo de Estados Unidos, se determinaron tres variables: características clínicas iniciales, tratamientos que fueron utilizados y funcionalidad post-tratamiento. En el periodo de estudio, se incluyeron 195 participantes que conformaron la muestra, los cuales recibieron tratamiento en Estados Unidos de 1995 a 1997. Sin embargo, de los 195 cuestionarios enviados solo regresaron 105 (53.9%). Posterior a esta disminución de tamaño de muestra, se hizo una

submuestra de 90 pacientes que aceptaron llenar el consentimiento informado. De los cuales 73 fueron médicos y 17 enfermeras. Del área médica el 86.3% fueron hombres y de parte de enfermería 82.4% fueron mujeres. Las características clínicas más importantes los niveles de motivación fueron más altos entre el personal médico (Media 3.34 SD 0.98) que entre el personal de enfermería (M 2.94, SD 0.97). Síntomas y funcionalidad médicos (M 2.0, SD 0.69) y enfermería (M 2.18, SD 0.53). Trastornos de la personalidad médicos (M 1.07, SD 0.99) y enfermeras (M 0.53, SD 0.8). Capacidad para la terapia médicos (M 0.07, SD 0.25) y enfermeras (M 0.00, SD 0.03). Modificaciones del estado de ánimo por el medio ambiente médicos (M 0.81, SD 0.54) y enfermería (M 1.06, SD 0.24)⁽³³⁾. En México, uno de los estudios más importantes en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) fue realizado en Morelos, en 5706 trabajadores de la salud, en el periodo de octubre de 1998 a marzo del 2000. Solamente 3822 empleados de áreas médicas y administrativas aceptaron participar en el estudio. La información se recogió mediante cuestionarios auto aplicables. Fue definido como consumo activo de tabaco a aquellos individuos que ser entrevistados refirieron fumar actualmente y además tener el antecedente de haber fumado 100 cigarrillos o más en toda su vida. Las categorías laborales se realizaron de acuerdo a cuatro grupos: 1) auxiliares de administración; 2) personal de enfermería y asistentes médicas; 3) médicos y 4) técnicos polivalentes. La prevalencia global de historia del tabaquismo fue de 36.6%. En hombres se encontró en un 53.4% (IC 95% 50.8-56.8) y en mujeres 27.4% (IC 95% 25.4-29.3). El tabaquismo activo en toda la población fue de 19.2%. Se observa que hay una mayor prevalencia en el consumo de tabaco a mayor edad, ya que en el grupo de 36 a 42 años, para los hombres encontró una prevalencia de 30.6% y para las mujeres de 16.7%. En este estudio la única categoría que se clasificó con mujeres, fue la número 2, que incluyó asistentes médicas y enfermeras encontrando una prevalencia de 12.5% como fumadoras actuales, la categoría con mayor prevalencia para fumadores actuales fue la número 4, que incluyó a los técnicos polivalentes, con 17.8%. Se menciona en este artículo, que previó esta encuesta, se ha realizado algunas otras en México, en las diferentes instituciones de salud, sin embargo habido

discrepancias importantes entre cada una de ellas, ya que en 1991 en la encuesta llevada en el Hospital General de la Ciudad de México, se encontró una prevalencia de 61.6% para tabaquismo activo en los médicos, y en 1998 en el ISSSTE, se encontró que para los médicos la prevalencia de fumadores actuales era de 20.7%, mientras que para las enfermeras era de 62.6%, cifras, que no han correspondido de acuerdo a lo descrito en la literatura internacional, que según refieren en este artículo, deberían ser menores en el personal de salud, que en el resto de la población ⁽³⁴⁾.

En México, en el año 2006, se realizó otro estudio para los consumidores de tabaco en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y su disposición para dejar de fumar, el objetivo del estudio fue determinar la prevalencia puntual de fumadores de tabaco, así como la relación con el consumo del mismo. El estudio incluyó a la población de trabajadores de las dependencias del ISSSTE en el Distrito Federal. Se aplicó un cuestionario de manera anónima, y no se calculó el tamaño muestral. Se enviaron 4200 cuestionarios a las dependencias del ISSSTE, de los cuales regresaron 3730. De ello se registraron, 38.3% de fumadores actuales (1428), 27.2% de ex fumadores (1015), y 34.5% de personas que nunca habían fumado. Del total de la muestra 2245 (39.8%) correspondieron al sexo hombres, y 60.2% (3730) correspondieron al sexo femenino. La edad media fue de 42 años (DE 11) para los ex fumadores, 41.1 (DE 10.5) para los no fumadores, y 40.4 (DE 10.5) para los fumadores actuales ($p < 0.0001$). Cabe aclarar que en este estudio no se contemplan las características del trabajador en relación a su desempeño laboral, ni tampoco las características de las prácticas laborales, es decir que incluye a todos los trabajadores de esta institución, para ese momento la prevalencia de fumadores era de 38.3%, muy superior a lo reportado en la ENA 2002. Otro estudio realizado en México, que fue aplicado médicos residentes, involucró las situaciones de estrés y se buscó relacionarlos con el consumo de alcohol y algunas otras drogas psicoactivas. Se realizó en 196 estudiantes de ambos sexos, de entre 24 a 37 años de edad, inscritos en el Hospital General de la Ciudad de México. Empleó un cuestionario estructurado y autoaplicable de 114 reactivos, donde se investigó

sobre información socio-demográfica, hábitos de salud general, consumo de sustancias (drogas), escalas de depresión, estrés laboral y actitudes hacia el alcohol. Se perdió aproximadamente el 3% de la muestra. El 69% fueron hombres con una media de edad de 22 años y 56% de ellos solteros. En los resultados además obtuvo el 57% de ellos eran fumadores actuales, de éstos el 62% fumaba entre uno y cinco cigarros al día y el resto entre 6 y 20 cigarros al día. En relación al consumo de alcohol, el 65% de los médicos residentes fueron consumidores del mismo en alguna medida, de estos 41.2% son bebedores frecuentes. El 74.5% de los consumidores de alcohol fueron hombres. En relación al uso de drogas, el porcentaje total de consumidores de la droga alguna vez en la vida fue de 23.2% de los sujetos, 17.9% lo integran los analgésicos narcóticos y los tranquilizantes, sólo el 3.4% consumen anfetaminas o estimulantes. Dentro de las drogas ilegales, 4.5% de los usuarios consumen marihuana y 2.8% consumen cocaína. Al realizar la correlación de las variables estudiadas, el 35.7% de la población cuenta con niveles altos de estrés y depresión. El patrón de consumo alto de alcohol durante el último año del grupo con alto nivel de estrés fue de 42.1% y para los sujetos consumo moderado y leve de 57.9% (36).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Dentro de los diferentes estudios utilizados para medir el uso, abuso y consumo de drogas del personal del área de la salud, se han involucrado diferentes factores de riesgo que hacen pensar que se es menos o más proclive al consumo de algún tipo de droga por esta área, sin embargo, existen diferencias entre estos estudios, ya que la forma de obtener la información es distinta y en algunos de ellos, el enfoque está relacionado directamente a los que por su área laboral, presentan mayor riesgo de usar alguna droga (por ejemplo Médicos relacionados con uso de psicotrópicos para los pacientes). Otro punto importante, es que el personal que labora en un hospital, se mantiene en contacto con diferentes situaciones (factores de riesgo para consumo de drogas), por lo tanto incluye también al personal de servicios básicos, personal del área de oficinas, personal de las áreas de nutrición y dietética, entre otras, no incluye solamente al personal de la salud (Área Médica y Enfermería), como los exclusivamente expuestos al contacto con el padecimiento de los pacientes o sus familiares, con las defunciones o con los aspectos de tratar pacientes terminales. De esta forma, los únicos que han medido al personal administrativo, como parte de los prestadores del servicio de salud, son estudios en México y dirigidos exclusivamente para el consumo de nicotina (tabaco). Por lo que se requiere conocer el uso, abuso y consumo de drogas en todos los trabajadores que están inmiscuidos directamente o indirectamente con el padecimiento de los pacientes. Por lo que se fórmula la siguiente:

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la Prevalencia de adicciones en trabajadores del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional "La Raza"?

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados al consumo de drogas en trabajadores del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional "La Raza"?

HIPÓTESIS

La Prevalencia de Adicciones en Trabajadores del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional "La Raza", es mayor a lo reportado en la ENA 2011 para la población general.

Los factores como el nivel socioeconómico bajo, uso de sustancias psicoactivas en medio laboral y estrés laboral se asocian a adicciones de drogas en trabajadores.

OBJETIVO

Determinar la Prevalencia de Adicciones en Trabajadores del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional "La Raza" en el periodo de Noviembre-Febrero de 2014.

Estimar factores como el nivel socioeconómico bajo, uso de sustancias psicoactivas en medio laboral y estrés laboral y su asociación a adicciones de drogas en trabajadores.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer la prevalencia de consumo de drogas por categoría de trabajadores.
- Establecer la prevalencia de factores de riesgo asociados principalmente al consumo de drogas en este hospital.
- Identificar cuáles son las principales drogas de consumo en los trabajadores.

JUSTIFICACIÓN

Al conocer las características de la población que trabaja en el hospital, respecto al uso, abuso y consumo de drogas, se pueden considerar cuales son las vulnerabilidades para el personal, ya que se pone en riesgo a la población derechohabiente que acude por un servicio de atención en salud a este hospital, lo que puede generar, al mismo tiempo situaciones que no solamente estriban en el ausentismo laboral⁽³⁸⁾, sino también en los problemas consecuentes de situaciones administrativas por errores humanos derivados del problema del uso de drogas o de la dependencia de ellas por los trabajadores. Además, si se considera que el 15% de los ausentismos laborales, están asociados al uso de drogas como el alcohol y el grupo de edad en el que se encuentra mayor asociación a ausentismo es el de 41 a 50 años^(39, 40), se requiere conocer la situación del personal laboral de este hospital.

MATERIAL Y MÉTODO

TIPO DE ESTUDIO: Estudio de Prevalencia (transversal, descriptivo y analítico) que comprendió al periodo de marzo de 2014 a febrero 2015.

UNIVERSO DE TRABAJO: El presente estudio, se realizó en El Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional “La Raza” del IMSS, que cuenta con un total de 2557 trabajadores y 384 residentes.

POBLACIÓN DE ESTUDIO: Trabajadores de este Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional “La Raza”, de los diferentes turnos, así como de jornada acumulada.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

1. Trabajadores mayores de 18 años, que oficialmente se encontraran laborando en dicho Hospital.
2. Trabajadores que se encontraran en tratamiento por consumo, uso o abuso de drogas.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

1. Sujetos que fueran analfabetas (debido a que el cuestionario es automotrizado).
2. Sujetos que presenten alteraciones o negativa, debido a lo delicado del tema.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

1. Se eliminaron cuestionarios incompletos.
2. Se eliminaron cuestionarios ilegibles o que el lector óptico no sea capaz de reconocer.

RECURSOS Y FINANCIAMIENTO

Se emplearon cuestionarios con un solo tiraje de 100 ejemplares. Para las respuestas, se realizaron en hojas de respuesta codificadas para ser leídas en lector óptico.

Se contó con computadora personal, con paquetería básica de Office 2007, Paquetes estadísticos EPI-Info 7, Epi-Data 3.1 y SPSS v.20.

Se contó con un solo residente para realizar encuestas y codificar datos.

MUESTREO

Para el muestreo, se realizó un muestro aleatorio estratificado proporcional, dependiente de una población total de 2557 trabajadores en el hospital y 384 residentes, de los cuales se dividieron en 1210 hombres y 1731 mujeres.

De estos se obtuvieron las N de acuerdo a las categorías en las siguientes:

Categoría	Hombres (N1)	Mujeres (N2)	N
1. Servicios básicos	265	136	401
2. Enfermería	118	868	986
3. Auxiliar de Oficina	51	70	121
4. Laboratorio	59	74	133
5. Nutrición y Dietética	0	5	5
6. Asistente médica	0	73	73
7. Médico	180	91	271
8. Otros	345	222	567
9. Residentes	192	192	384
Total (n)	1210	1731	2941

Tamaño de la población (para el factor de corrección de la población finita o fcp)(N): 2941

Frecuencia % hipotética del factor del resultado en la población (p): 50%+/-5

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

Tamaño muestral (n) para Nivel de Confianza al 99%

Intervalo Confianza (%)	Tamaño de la muestra	Más 20% de pérdidas
95%	542	650

Ecuación para el Tamaño de la muestra $n = [EDFF * Np(1-p)] / [(d^2 / Z_{1-\alpha/2}^2 * (N-1) + p*(1-p)]$

Este cálculo se justifica, debido a que se medirán diferentes tipos de adicción, por lo que la proporción utilizada fue de 50%.

Se realizó la distribución de muestra de manera proporcional, con el tamaño muestral final de 650.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Una vez conformada la base de datos, se procedió a realizar un análisis exploratorio de los datos para identificar errores de captura.

Para el análisis descriptivo, se obtuvieron frecuencias simples y distribución porcentual de las características de los sujetos de estudio.

Para las variables continuas, las cuales contaron con distribución diferente a la normal, se obtuvieron mediana y rangos intercuartilares, aunque como ejercicio académico se optó por buscar la media (Media) y la desviación estándar (DE).

Se calcularán los valores de acuerdo a las escalas empleadas, con la finalidad de hacer un análisis bivariado para muestras diferentes.

De acuerdo a las características de la población, estas se establecieron de acuerdo a las pruebas de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk, se utilizaron pruebas no paramétricas, para la comparación de K muestras relacionadas, se utilizó la prueba de Kruskal-Wallis y U de Mann y Whitney para las variables categóricas con valor $p \leq 0.05$, de acuerdo a la distribución de los sujetos de estudio. Se obtuvieron intervalos de confianza al 95% (IC95%)

Se obtuvieron riesgos a partir de la razón de momios de prevalencia obtenidas. Con estos resultados, se realizó un análisis multivariado para valorar riesgos, el

cual consistió en un modelo de regresión logística múltiple, donde se emplearon solo las variables significativas en el análisis bivariado.

Se emplearon los programas de EpiInfo7 para la captura y manejo de análisis simplificado y SPSS 20, para la evaluación del análisis estadístico.

VARIABLES DE ESTUDIO

VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO Y ESCALA	INDICADOR
1. ADICCIÓN EN EL TRABAJADOR	PRESENCIA DE ALGÚN TIPO DE ADICCIÓN (CONSUMO REPETIDO, TOLERANCIA Y SÍNDROME DE ABSTINENCIA) POR EL CONSUMO DE ALGUNA DROGA.	MEDIANTE LA APLICACIÓN DE ESCALAS: ASSIT V.3 (PARA ADICIONES A OTRAS DROGAS). LA CONSISTENCIA INTERNA FUE DE 0.80 PARA LA MAYORÍA DE LOS ITEMS. FARGËSTROM (TABACO): EL COEFICIENTE ALFA DE CRONBACH ES DE 0.65, EN LA VALIDACIÓN ESPAÑOLA. AUDIT (ALCOHOL): EL COEFICIENTE DE CONSISTENCIA INTERNA OBTENIDO PARA LA ESCALA GLOBAL FUE ALFA = .83, Y PARA LAS SUBESCALAS, DE .82 Y .81.	CUALITATIVA NOMINAL DEPENDIENTE DE LA ESCALA.	ASSIST FARGËSTROM DEPENDENCIA DE TABACO (NICOTINA). AUDIT DEPENDENCIA DE USO DE ALCOHOL.
VARIABLES DEPENDIENTES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO Y ESCALA	INDICADOR
1. NIVEL SOCIOECONÓMICO	SITUACIÓN SOCIAL Y ECONÓMICA	SE DERIVARA DE LAS CARACTERÍSTICAS TABULADAS DE ACUERDO A SUELDOS GENERALES DE CADA CATEGORÍA.	CUALITATIVA ORDINAL	1. BAJA 2. MEDIA 3. ALTA
2. USO DE SUSTANCIAS QUÍMICAS, PSICOACTIVAS O SOLVENTES EN EL ÁMBITO LABORAL	QUE POR RAZONES DE TRABAJO SE TUVIERAN QUE MANEJAR ESTAS SUSTANCIAS, SIN PROTECCIÓN ADECUADA.	TRABAJADORES QUE RESPONDAN MANEJO DE ALGÚN TIPO DE SUSTANCIA DE MANERA DIRECTA.	CUALITATIVA NOMINAL (DICOTÓMICA)	1. SI 2. NO
3. ESTRÉS LABORAL	SITUACIÓN EN LA QUE POS LAS DEMANDAS, EXIGENCIAS Y TIPO DE APOYO DE CADA TRABAJADOR, INFLUYEN PARA LA REALIZACIÓN CORRECTA DE SU DESEMPEÑO LABORAL.	SE APLICARA CUESTIONARIO DE KARASEK. ALFA DE CRONBACH VARÍA ENTRE 0.68 Y 0.85.	CUALITATIVA NOMINAL	1. CONTROL 2. EXIGENCIAS DE TRABAJO 3. APOYO SOCIAL

COVARIABLES

VARIABLE	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	indicador
1. Categoría laboral	Tipo de área en la que desempeña sus labores	De acuerdo a lo obtenido en ficha de datos generales	Cualitativa Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Servicios básicos 2. Enfermería 3. Auxiliar de Oficina 4. Laboratorio 5. Nutrición y Dietética 6. Asistente médica 7. Médico 8. Otros 9. Residentes
2. Edad	Tiempo de vida del sujeto	Edad reportada de acuerdo a fecha de nacimiento	Cuantitativa continua	Años cumplidos
3. Sexo	Sexo fenotípico de los sujetos entrevistados	Hombre, Mujer	Cualitativa nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hombre 2. Mujer
4. Estado civil	Situación civil del entrevistado	Característica reportada en ficha de datos	Cualitativa nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Soltero 2. Casado 3. Divorciado 4. Unión libre 5. Viudo

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Impresión de cuestionarios autoaplicables y hoja de respuestas para lector óptico.

Se conformaran grupos, en coordinación con área de SPPSTIMSS y área sindical, se distribuirán cuestionarios aleatoriamente a las diferentes áreas para disponer de una muestra adecuada.

Los cuestionarios son anónimos, ninguna de las hojas de respuesta cuenta con datos que puedan identificar a los trabajadores.

Se dará lectura mediante lector óptico localizado en la CVE del IMSS.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud, en Materia de Investigación para la Salud, Título Segundo, Capítulo I, Artículo 17, Fracción I, esta investigación es de “Riesgo Mínimo”, por lo que a consideración del Comité de Investigación Local, se puede requirió otorgar consentimiento informado de manera escrita a los participantes.

RESULTADOS

Se entregó un total de 1056 cuestionarios, de los cuales se eliminaron 223 (21%) debido a que fueron llenados de manera incompleta, 96 (9%) cuestionarios no se devolvieron. En total, se integraron 833 (70%) cuestionarios al estudio.

La muestra se integró por 363 trabajadores hombres (43.6%) y 470 trabajadores mujeres (56.4%), el 62.1% (517) contaba con una relación de pareja al momento del estudio. El estado civil se integró por soltera(o) 211 (25.3%), casada(o) 210 (25.2%), divorciada(o) 100 (12%), unión libre 177 (21.2%), viudo(a) 135 (16.2%). Dentro de la religión la católica tuvo un total de participantes de 641 (77%), seguido de los que no practicaban ninguna religión al momento del estudio con 83 (10%) y cristiana 47 (5.6%). Del total de muestra 817 (98.1%) trabajadores acudieron a su labor diaria en los últimos 30 días. De estos 603 (72.4%) eran asalariados principales. Distribuidos en los turnos: matutino 320 (38.4%); vespertino 335 (40.2%); y nocturno 178 (21.4%). De ellos las categorías medidas en este estudio fueron: Enfermería 406 (49%), Servicios Básicos 90 (10.9%), Personal de Laboratorio 79 (9.5%), residente 62 (7.5%), Aux. de Oficina 49 (5.9%), Médicos 40 (4.8%), Asistente Médica 31 (3.7%), Nutrición y Dietética 6 (0.7%) y otros 66 (8%). La prevalencia general de la población estudiada para adicción a alcohol de acuerdo al cuestionario ASSIST, fue de 39.2 casos por cada 100 trabajadores para adicción leve y 5.3 casos por cada 100 trabajadores para adicción moderada, sin encontrar adicción grave. La prevalencia por cada 100 trabajadores para adicción a tabaco por cuestionario ASSIST, fue para la adicción leve de 8.5 y moderada de 25.9. El consumo de cannabis, tuvo una prevalencia de adicción leve de 2.9 por cada 100 trabajadores y moderada de 1.4 por cada 100 trabajadores. Otras drogas (cocaína, tranquilizantes, opiodes, metanfetaminas, inhalantes y solventes, alucinógenos entre otros), obtuvo una prevalencia de adicción en los trabajadores: leve 3.2 por cada 100 trabajadores, moderada de 1.4 y grave de 0.2 por cada 100 trabajadores. (Tabla 1)

La comparación de la edad de acuerdo al nivel de adicción (cuestionario ASSIST) para alcohol, tabaco, cannabis y otras drogas (Tabla 2) no presentó diferencias significativas, de acuerdo a los grupos en cuestión. Sin embargo, para los niveles de dependencia para el consumo de alcohol (cuestionario Audit) se encontró que los consumidores con dependencia leve y moderada contaron con una Mna de 40 años y para los consumidores con dependencia grave, se encontró en 31 años con $p=0.021$. En relación a la dependencia de tabaco (Cuestionario Fagërstrom) y la edad (Tabla 3), se observó que no existen diferencias entre los grupos de dependencia leve y moderada (0.377).

Al comparar el puntaje de adicción (cuestionario ASSIST) (Tabla 4) para cada una de las sustancias de acuerdo al sexo, se encontró que la Mna para adicción a tabaco, fue de 8 puntos en hombre (adicción moderada) y 6 puntos en mujeres (adicción moderada), $p=0.047$. El puntaje de alcohol en hombres la Mna fue de 6 puntos (adicción leve) y en mujeres de Mna de 4 puntos con adicción leve; $p=0.001$. Para las otras drogas, el puntaje obtenido no tuvo diferencias significativas, sin embargo, el puntaje de adicción para cannabis y otras drogas fue reportado con categoría leve para ambos sexos.

De acuerdo a los diferentes turnos, se encontró que el alcohol obtuvo un mayor puntaje (cuestionario ASSIST) (Tabla 5) en el grupo del turno vespertino con una Mna de 6 puntos (adicción leve) y el grupo con menor puntaje fue el matutino Mna de 4 puntos, $p<0.001$; en relación a tabaco, se obtuvo una Mna de 8 puntos para el turno vespertino (adicción moderada); el turno matutino con Mna de 4 puntos (adicción leve), $p=0.002$. Para el resto de las drogas (cannabis y otras drogas), no se encontró diferencia significativa entre los grupos, sin embargo, el mayor puntaje de adicción a cannabis fue para el turno nocturno con Mna de 3.5 (adicción leve); el puntaje para otras drogas fue de 4 puntos (adicción moderada), en el turno matutino.

Al comparar los puntajes para dependencia de alcohol (Cuestionario Audit) (Tabla 6), se encontró que las Mnas del turno vespertino y nocturno obtuvieron 13 puntos y la del matutino obtuvo 12 puntos. Y al comparar los puntajes para nivel de

dependencia a tabaco (cuestionario Fagërstrom) se encontró que la Mna más alta fue de 17 puntos para Servicios Básicos, seguida de Residentes con Mna 16 puntos y los de menos puntaje fueron Asistentes Médicas y Médicos con 13 puntos, $p=0.233$. Mientras que el puntaje para dependencia de Alcohol (Audit), los de mayor mēpuntaje incluyó a Servicios Básicos, Aux. de Oficina y personal de laboratorio con 13 puntos, mientras que el grupo con menor puntaje fue el de los médicos con 11 puntos con $p=0.004$.

En relación al análisis bivariado se obtuvieron Razones de Momios (RM) con sus Intervalos de confianza al 95% (IC95%) y valor de p.

El riesgo de adicción a alcohol (Tabla 8) para hombres fue de $RM=1.32$ (IC95% 1.00-1.73 $p=0.051$). La edad con mayor RM fue de 40 a 49 años con $RM=1.47$ (IC95% 1-2.15 y p de tendencia 0.21). El nivel medio alto tuvo $RM 2.67$ (IC95% 1.36-5.25 y $p=0.0057$). En la relación de pareja no se encontró asociación. En estado civil, divorciado presentó $RM=2.44$ (IC95% 1.50-3.96 $p=0.01$). La categoría laboral del mayor riesgo fueron los médicos con $RM=2.54$ (IC95% 1.62-3.96 $p<0.001$). La situación de que se encuentre facilidad para beber en cualquier turno presentó un $RM=1.49$ (IC95% 1-2.20 $p=0.047$). La situación de estrés laboral tiene un riesgo mayor con $RM=1.51$ (IC95% 1.06-2.16 $p= 0.023$). La dependencia a alcohol y asociación a dependencia de tabaco, mostró un $RM=1.77$ (IC95% 1.34-2.33, $p<0.001$). La dependencia a alcohol (cuestionario Audit, variable control) mostró $RM=49.16$ (IC95% 30.81-78.47, $p<0.001$). El riesgo de adicción a alcohol y su relación con la adicción a tabaco tuvo una $RM=2.19$ (IC95% 1.64-2.93 $p<0.001$). La relación de adicción a alcohol y adicción a cannabis, fue $RM=2.49$ (IC95% 1.25-4.92 $p=0.007$). El RM para otras drogas fue de 1.96 (IC95% 1.05-3.68 $p=0.032$).

El riesgo de adicción a tabaco (Tabla 9) no mostró asociación con sexo y edad. La categoría laboral con mayor riesgo fue la del área administrativa con $RM=1.96$ (IC95% 1.14-3.37 $p<0.058$). La situación de que se encuentre facilidad para beber en cualquier turno presentó un $RM=1.86$ (IC95% 1.25-2.76 $p=0.002$). La situación de consumo de sustancias por estrés laboral tiene $RM=6.45$ (IC95% 4.37-9.52 $p= 0.001$). El hecho de ser invitado a consumir drogas en el medio laboral implicó

RM=3.15 (IC_{95%} 2.06-4.82 p=0.002). La adicción a tabaco y asociación a dependencia de tabaco (Cuestionario Fagërstrom, variable control), mostró un RM=42.89 (IC_{95%} 27.42-67.08 y p<0.001). La dependencia a alcohol (cuestionario Audit) mostró RM=1.77 (IC_{95%} 1.32-2.37 y p<0.001). El riesgo de adicción a tabaco y su relación con la adicción a alcohol tuvo una RM=2.19 (IC_{95%} 1.64-2.93 p<0.001).

El riesgo de adicción a cannabis (tabla 10) por sexo y grupo de edad no mostraron relación de riesgo. En la relación de pareja se encontró un RM=2.36 (IC_{95%} 1.07-5.21 p=0.029). La categoría laboral del mayor riesgo fueron los administrativos con RM=2.46 (IC_{95%} 1.08-5.63 p=0.167 (tendencia)). El uso de psicoactivos debido a estrés laboral presentó un RM=4.75 (IC_{95%} 0.99-22.78 p=0.089). La dependencia a alcohol (cuestionario Audit) mostró RM=3.30 (IC_{95%} 1.49-7.28 y p=0.002). El riesgo de adicción a alcohol tuvo una RM=2.48 (IC_{95%} 1.25-4.92 p=0.007). El RM para otras drogas fue de 5.79 (IC_{95%} 2.47-13.65 p<0.001).

El riesgo de adicción a otras drogas (Tabla 11) no mostró asociación con sexo, edad y categoría laboral. El uso de psicoactivos debido a estrés laboral presentó un RM=5.88 (IC_{95%} 1.56-22.22 p=0.003). Consumo de calmantes por estrés laboral con RM=8.85 (IC_{95%} 2.37-40.85 p=0.009). El uso de psicoactivos debido a estrés laboral presentó un RM=11.53 (IC_{95%} 3.24-41.11 p=0.002). La adicción a alcohol y asociación a adicción a otras drogas (Cuestionario ASSIST), mostró un RM=1.96 (IC_{95%} 1.05-3.68, p=0.032). La adicción a cannabis mostró RM=5.79, (IC_{95%} 2.47-13.55 p<0.001).

Para el análisis multivariado, se realizó regresión logística múltiple, donde se obtuvo el valor de RM, IC_{95%} y valor de p. Los modelajes para la población estudiada se ajustaron por edad y sexo, se realizó un segundo modelaje solo para cada sexo y valorar así que modelo se ajustó mejor a la población general estudiada.

En el modelaje para la población general estudiada, se encontró que en relación a la adicción por alcohol y la asociación a la edad y el sexo no tuvieron relación. En

el estado civil, la categoría divorciado obtuvo un riesgo de $RM=2.18$ ($IC_{95\%}$ 1.03-4.63, $p=0.042$). En relación a la categoría de enfermería se encontró un $RM=0.42$ ($IC_{95\%}$ 0.21-0.86, $p=0.018$) y para los administrativos $RM=0.37$ ($IC_{95\%}$ 0.17-0.81, $p=0.012$). Para la adicción a tabaco $RM=2.80$ ($IC_{95\%}$ 1.54-5.07, $p=0.001$). Y la asociación para la adicción a otras drogas $RM=3.12$ ($IC_{95\%}$ 1.11-8.76, $p=0.031$). Y la relación de adicción a alcohol con la dependencia a la misma sustancia obtuvo $RM=60.6$ ($IC_{95\%}$ 36.05-101.88, $p<0.05$).

Para la situación de adicción a alcohol, al establecer un modelaje exclusivo para el sexo, se encontró que el modelo mejor ajustado fue el de hombres que mostró riesgos relacionados con: edad de 30 a 39 años $RM=0.28$ ($IC_{95\%}$ 0.09-0.81, $p=0.019$), y mayores de 50 años $RM=0.26$ ($IC_{95\%}$ 0.09-0.79 y $p=0.018$). Para la categoría enfermería, $RM=0.27$ ($IC_{95\%}$ 0.1-0.71 y $p=0.008$). La adicción a tabaco $RM=6.32$ ($IC_{95\%}$ 2.18-18.36, $p=0.001$). La relación con dependencia al alcohol fue de $RM=68.59$ ($IC_{95\%}$ 29.24-160.86, $p<0.05$).

En el modelaje para la población general estudiada, se encontró que en relación a la adicción a tabaco y la asociación a la edad y el sexo no tuvieron relación. La asociación de adicción a Tabaco y el turno vespertino mostró $RM=1.67$ ($IC_{95\%}$ 1.03-2.71, $p=0.037$). La asociación de adicción a Tabaco para conseguir sustancias en el medio laboral (diferentes a tabaco y alcohol) mostró $RM=1.92$ ($IC_{95\%}$ 1.11-3.35, $p=0.021$). Para la dependencia a tabaco $RM=40.80$ ($IC_{95\%}$ 25.46-65.39, $p<0.05$). Y la asociación para la adicción a alcohol $RM=2.07$ ($IC_{95\%}$ 1.35-3.16, $p=0.001$).

Para la situación de adicción a tabaco, al establecer un modelaje exclusivo para el sexo, se encontró que el modelo mejor ajustado fue el de mujeres que mostró riesgos relacionados con: edad de 40 a 49 años $RM=2.28$ ($IC_{95\%}$ 1.09-4.78, $p=0.029$). El turno vespertino mostró un $RM=2.03$ ($IC_{95\%}$ 1.11-3.71, $p=0.021$). La asociación de adicción a Tabaco para conseguir sustancias en el medio laboral (diferentes a tabaco y alcohol) mostró $RM=2.15$ ($IC_{95\%}$ 1.03-4.48, $p=0.042$). Para la dependencia a tabaco $RM=26.81$ ($IC_{95\%}$ 15.15-47.45, $p<0.05$).

En el modelaje para la población general estudiada, se encontró que en relación a la adicción por cannabis y la asociación a la edad y el sexo no tuvieron relación. En el nivel socioeconómico medio se obtuvo un de $RM=0.43$ ($IC_{95\%}$ 0.21-0.90, $p=0.024$). La relación de pareja, mostró $RM=2.57$ ($IC_{95\%}$ 1.13-5.85, $p=0.024$). La asociación para la adicción a otras drogas $RM=5.2$ ($IC_{95\%}$ 2.13-12.83, $p<0.05$). Y la relación de dependencia al alcohol con $RM=3.80$ ($IC_{95\%}$ 1.67-8.63 y $p=0.001$).

Para la situación de adicción a cannabis, al establecer un modelaje exclusivo para el sexo, se encontró que el modelo mejor ajustado fue el de mujeres que mostró riesgos relacionados con: En el nivel socioeconómico medio se obtuvo un de $RM=0.26$ ($IC_{95\%}$ 0.09-0.75, $p=0.013$). El turno nocturno mostró un $RM=4.75$ ($IC_{95\%}$ 1.14-19.85, $p=0.033$). La asociación para la adicción a otras drogas $RM=6.95$ ($IC_{95\%}$ 1.77-27.23, $p=0.005$). Y la relación de dependencia al alcohol con $RM=13.54$ ($IC_{95\%}$ 2.69-68.1, $p=0.002$).

En el modelaje para la población general estudiada, se encontró que en relación a la adicción por otras drogas y el sexo no tuvieron relación. Para la edad de 30 a 39 años, se encontró un $RM=0.39$ ($IC_{95\%}$ 0.16-1, $p=0.05$). Y la asociación para la adicción a cannabis $RM=5.28$ ($IC_{95\%}$ 3.21-12.59 y $p<0.05$).

Para la situación de adicción a otras drogas, al establecer un modelaje exclusivo para el sexo, se encontró que el modelo mejor ajustado fue el de hombres que mostró riesgos relacionados con: la edad de 30 a 39 años, se encontró un $RM=0.09$ ($IC_{95\%}$ 0.02-0.45, $p=0.003$); edad de 40 a 49 años $RM=0.18$ ($IC_{95\%}$ 0.05-0.69, $p=0.012$). Y la asociación para la adicción a cannabis $RM=5.17$ ($IC_{95\%}$ 1.41-18.91, $p=0.013$).

DISCUSIÓN

A pesar de que se contó con el 30% de las pérdidas, el tamaño de la muestra superó al tamaño mínimo esperado, lo cual se puede traducir en la precisión del estudio, sin afectar la validez del mismo. La proporción de mujeres fue mayor, aunque la población general se distribuyó de manera distinta a la normal. Existen diferentes factores que se consideran de riesgo para las personas que llegan a presentar adicciones, algunas de estas relaciones involucran al estado civil, cuya proporción más alta fue para los solteros, seguida de los casados y los que se encontraron en unión libre al momento del estudio. Del total de la población, el 62.1% contaron con una relación de pareja al momento de la encuesta, lo que se considera factor protector para la adicción a diferentes sustancias. A pesar de que en la literatura solo se engloba de manera general a la religión, de esta, la mayor cantidad de sujetos estudiados pertenece al catolicismo.

Para el aspecto laboral, se contempló que la mayoría de los trabajadores (98.1%) acudieron a sus labores en los 30 días previos y de todos ellos, un 72.4% eran asalariados principales. Además, se encontró que la mayor parte de los trabajadores fueron del turno vespertino (40.2%) y en menor proporción los del turno nocturno (21.4%).

En relación a la prevalencia de adicción al alcohol, de la población de estudio, se encontró que 39.2 casos por cada 100 trabajadores padecían de adicción leve, mientras que 5.3 casos (por cada 100 trabajadores) padecían adicción moderada. Sin embargo, al interior de estos datos, se pudo identificar que por sexo, la prevalencia para los hombres fue de 41.3 casos por cada 100 trabajadores, para adicción leve y de 7.2 casos para adicción moderada; y la de mujeres fue de 37.6 casos por cada 100 trabajadoras, para adicción leve y de 3.8 por cada 100 trabajadoras. Lo cual se encuentra por encima de los reportes en la ENCO PrevenIMSS 2010, sin embargo por debajo de lo que se reportó en la ENA 2011²⁴, donde los resultados arrojaron que el consumo de alcohol alguna vez en la vida fue de 77.1% para la población general, mientras que para los hombres se reportó de 88.1% y mujeres de 67%; en nuestro estudio el consumo de alcohol alguna vez en la vida se encontró en 63.4% para los hombres y 56.2% para las mujeres. En

nuestro estudio, además se encontró que 48.5 casos por cada 100 trabajadores se encontraron con adicción (leve 41.3 y moderada 7.2) para los hombres, mientras que para las mujeres se encontró con adicción al 41.5 por cada 100 casos de trabajadoras (37.6 de cada 100 con adicción leve y 3.8 de cada 100 con adicción moderada). De estos datos, los hombres se asemejan mucho a la población general, ya que la prevalencia de los bebedores actuales en la ENCO PrevenIMSS fue de 51.2 por cada 100 casos, sin embargo, en relación a las mujeres y su consumo de alcohol (17.7 por cada 100 mujeres)⁴¹ es mucho menor a la reportada en dichas encuestas nacionales.

Para el estudio de la adicción al tabaco, se encontró una prevalencia de los hombres que habían consumido tabaco alguna vez en la vida, fue de 50.1 por cada 100 trabajadores y en la mujeres de 46 por cada 100 mujeres trabajadoras, prevalencias muy altas para haber consumido tabaco alguna vez en la vida, comparativamente con los resultados de ENCO PrevenIMSS 2010 ⁴¹. Sin embargo, dentro de los grupos que presentan adicción a tabaco, se encontró que 34.4 casos por cada 100 trabajadores para la población estudiada presentaron adicción a tabaco, lo cual es muy semejante a lo reportado en la literatura ^{25,41} mientras que 36.9 casos de hombres trabajadores presentan adicción y 32.5 casos de cada 100 mujeres trabajadoras presentan adicción a tabaco. Lo cual, de acuerdo a lo reportado en la literatura, coincide para los hombres, aunque en nuestro estudio, la prevalencia de mujeres fumadoras con niveles de adicción son más elevados que en la población general, ya que en la ENA 2011, se encontró como prevalencia para los hombres 31.4 por cada 100 sujetos y 12.6 por cada 100 mujeres, lo cual muestra que podrían existir diferencias importantes entre los grupos para este estudio.

En relación a cannabis para la población de estudio, la prevalencia fue de 4.3 por cada 100 trabajadores; para los hombres, la prevalencia fue de 5.2 por cada 100 trabajadores y las mujeres tuvieron una prevalencia de 3.7 por cada 100 trabajadoras. Sin embargo, en el reporte de la ENA 2011, cannabis se reportó con una prevalencia a nivel nacional de 1.9% en los menores de 35 años para ambos

sexos. Al agrupar otras drogas, la ENA 2011 obtuvo una prevalencia general de 2.8%, mientras que la ENCO PRevenIMSS 2010, reportó que en el grupo de 18 a 34 años la prevalencia para el consumo de otras drogas fue 2.67%, en los menores de 35 años, seguido de 1.4% de los mayores de 34 hasta 65 años.

De acuerdo a la comparación de los niveles de adicción obtenidos en el cuestionario ASSIST para alcohol, se encontró que la mediana de la edad fue de 40 años en aquellos que presentaron dependencia leve y moderada, sin embargo para aquellos que presentaron dependencia grave la mediana de la edad fue de 31 años, lo que indica de que a pesar de la minoría de pacientes con esta gravedad, se requiere enfocar las medidas preventivas en grupos jóvenes. En relación al tabaco y su dependencia no hay diferencias estadísticas entre las diferentes edades.

Cuando se hicieron los cálculos con el puntaje de adicción (cuestionario ASSIST) para cada sustancia y se comparó de acuerdo al sexo, en los hombres y mujeres se encontró que la mediana del puntaje se asocia a una adicción moderada en el caso de adicción al tabaco. El puntaje de alcohol en la mediana de ambos sexos los ubica en la categoría de adicción leve. Aunque las otras drogas no mostraron diferencias significativas con respecto de la mediana de acuerdo a los puntajes obtenidos esta se encuentra contemplando un nivel de adicción leve.

Al dividir a la población de acuerdo a los diferentes turnos se encontró que la adicción al alcohol, de acuerdo a la mediana de cada turno, ubicada en la población del puntaje de adicción leve. Para tabaco, el turno vespertino se ubica con adicción moderada, mientras que el turno matutino está ubicado en adicción leve. La mediana para el puntaje de adicción a cannabis fue de 3.5 para el turno nocturno¹⁹. Lo que se traduce en la heterogeneidad que existe entre los grupos medidos, así como la factibilidad de que los trabajadores que desempeñan funciones en turnos nocturnos, sean los que presenten mayores problemas.

El mayor puntaje dependencia de alcohol (Audit), fue para los servicios básicos, personal auxiliar de oficina, el personal de laboratorio con 13 puntos, mientras que

el menor puntaje fue para los médicos con 11 puntos. En el caso de los niveles de dependencia a tabaco, el puntaje más alto, de acuerdo a la mediana fue de 17 puntos para el personal de servicios básicos, seguida de 16 puntos para los residentes. Los que presentaron menor puntaje en escala de dependencia a tabaco fueron las asistentes médicas y los médicos con 13 puntos.

De acuerdo a los resultados obtenidos en el análisis bivariado, se aprecia que los hombres tienen un exceso de riesgo de 32% para desarrollar adicción por el alcohol. En este estudio, las personas que se encontraron en edad que comprende los 40 a 49 años obtuvieron una RM de 1.47. Además las personas con un nivel socioeconómico medio alto presentaron una RM de 2.67. Dentro del estado civil las que presentan mayor riesgo fueron los divorciados, lo que hace suponer que la situación emocional está ligada al consumo de alcohol. La categoría laboral con mayor riesgo fue la del médico con una RM=1.51, esto, puede ser explicado de acuerdo a la hipótesis de que con un nivel socioeconómico adecuado y con el estrés emocional que implica la categoría laboral, mientras exista más tensión en el sujeto, éste puede desarrollar alguna adicción en este caso asociada a alcohol. Se utilizó como variable control para la adicción a alcohol, la variable de dependencia (Audit), lo que resultó en un riesgo importante para desarrollar adicción, dada la dependencia. También, se encontró asociación entre el riesgo de adicción a tabaco con una RM de 2.19. La relación entre la adicción al alcohol y cannabis tuvo un exceso de riesgo de 1.49 lo cual se explica en la relación fisiológica para el aumento de algunos neurotransmisores y su potenciación con ambas drogas combinadas⁶. Además de generar la hipótesis de que el alcohol es una droga pivote para el consumo de otras drogas, ya que al cotejar con esta variable, se encontró un riesgo significativo con tabaco, cannabis y otras drogas⁴⁴.

Aunque la adicción al tabaco no se encontró significativamente estadística para relacionarlo con edad y el sexo, si se encontró una relación de riesgo para los trabajadores que se encuentran en el área administrativa. Además, durante la encuesta se preguntó sobre la facilidad para ingerir alcohol o fumar en cualquier

turno lo cual, mostró que existe riesgos de fumar en cualquier turno, siempre y cuando exista la facilidad de hacerlo. También se investigó sobre el estrés laboral, y para esta variable se encontró con una asociación de la RM de 6.45, lo que habla de que existen trabajadores que debido al estrés laboral y debido a la facilidad para el consumo de sustancias dentro de los diferentes turnos, generen adicción al tabaco. Se encontró asociación, con una RM de 3.15 al ser invitado a consumir drogas en el medio laboral. Aunque ya se había realizado un estudio que contemplo a las categorías completas, para trabajadores del IMSS en Morelos, este es concordante con los resultados mostrados, con la salvedad de que en ese estudio solo se mostraron frecuencias simples³⁴. Para la variable adicción al tabaco, se usó como variable control de la dependencia hacia el tabaco, la cual mostró una relación de riesgo de 42.89. El tabaco también se encontró relacionado a la dependencia al alcohol con un exceso de riesgo de 77%, asimismo se encontró relacionado al adicción al alcohol con una RM de 2.19. Lo que indica, que existe riesgo por el hecho de fumar para el consumo de alcohol, sin embargo, no se encontró asociación con el tabaco y otras drogas. Situación que no se asemeja a la del consumo de alcohol y su relación con otras drogas.

Para aquellos que presentaron riesgo de adicción a cannabis, no se les encontró asociación de riesgo entre la edad y sexo. Sin embargo, se encontró que la relación de pareja presenta riesgo para el consumo de cannabis de 2.36, situación contradictoria a los factores que se suponen protectores para el consumo de algunas obras diferentes alcohol y tabaco¹⁹. Asimismo se encontró que el personal administrativo presentaba mayor riesgo (RM=2.46) por el consumo de cannabis que cualquiera de las otras categorías. También se preguntó sobre el uso de psicoactivos (diferentes a tabaco y cafeína), debido al estrés laboral, lo cual presentó un riesgo de 4.75, y aunque el valor de p se mostró sin importancia significativa, el intervalo de confianza va de 0.99 a 22.78, lo que indica que es más elevada la posibilidad de riesgo. La adicción a cannabis, se encontró relacionado con la adicción a alcohol y con la dependencia del mismo. La RM para la adicción a otras drogas fue de 5.79, lo que genera la hipótesis de que el consumo de cannabis está asociado a la consecución de adicción a otras sustancias⁴³.

Finalmente, en el análisis bivariado, otras drogas no demostraron asociación en relación al sexo, edad o la categoría laboral. Sin embargo, el uso de psicoestimulantes, así como el uso de tranquilizantes y psicoactivos debido al estrés laboral, tuvieron una asociación al riesgo importante. De nueva cuenta se encontró que la adicción con alcohol y su asociación al consumo de drogas mostró una RM de 1.96, lo que hace suponer que el alcohol es una droga pivote para el consumo de algunas otras sustancias diferentes al tabaco ⁴⁴.

Con la finalidad de eliminar la confusión y la interacción las distintas variantes. Se buscó establecer un modelo de regresión logística múltiple de acuerdo a las variables resultaron significativas, para buscar una asociación que explique el riesgo con las diferentes adicciones (con alcohol, tabaco, cannabis y otras drogas). Aunque en ninguno de los modelos generales para la población estudiada, se encontró asociación con la edad y el sexo, fue posible establecer riesgos con algunas otras variables.

La adicción al alcohol se encontró asociada a la categoría de divorciado en el estado civil, con una RM 2.18. Sin embargo, se encontró como factor protector a la categoría de enfermería, así como también la categoría de administrativos con una RM de 0.37. Lo cual puede estar explicado, para el caso de enfermería con una relación estrecha hacia los pacientes, situación que genera la necesidad de mostrar sobriedad para eliminar errores técnicos en la ejecución de su labor, situación misma, que parece permeable para los servicios administrativos. Cabe destacar, que la adicción al alcohol se encuentra fuertemente asociada a la adicción al tabaco y con la adicción otras drogas, lo que mantiene la hipótesis de que el alcohol es una droga pivote para el consumo de otras sustancias ⁴⁵. Al aplicar este mismo modelaje, pero solamente en el sexo hombres, se encontró que la edad de 30 a 39 años y los mayores de 50 años se mostraron como factores protectores para generar adicción al alcohol. Al mismo tiempo los hombres se encuentran en la categoría de enfermería, tuvieron como un factor protector ser enfermeros para la adicción por esta sustancia. Sin embargo, es notable en el sexo hombre, que la relación con adicción al tabaco y con la alta

dependencia al alcohol es importante para este sexo. Es importante mencionar, que las mujeres presentan mayor riesgo a partir de los 40 años, por el consumo de alcohol. Al igual que los hombres, las mujeres que se encuentran en la categoría de enfermería, tienen como factor protector dicha categoría.

En relación al tabaco, el personal que se encuentra laborando en el turno vespertino tienen mayor riesgo para desarrollar adicción a esta sustancia. Situación que puede ser explicada debido a la disminución de carga laboral así como también falta de supervisión laboral. Se relaciona la adicción al alcohol con un riesgo de 2.07, situación que suele presentarse sobre todo en ambientes sociales. El modelo de acuerdo al sexo, fue el de mujeres, donde se encontró que la edad de 40 a 49 años, las mujeres en el turno vespertino, y la facilidad para conseguir sustancias en el medio laboral presentaron mayor riesgo para desarrollar adicción. Sin embargo, no se pudo relacionar al sexo con alguna categoría específico.

De todos los análisis que fueron empleados para la obtención de resultados, el que mostró diferencias con respecto a la literatura, del cual se piensa que puede existir alguna confusión, o variables no medidas que estén modificando el efecto, fue el de adicción por cannabis y su asociación con el nivel económico medio, ya que el resultado fue de factor protector. Por el contrario, la relación de pareja, de acuerdo toda la literatura debe tener un efecto protector^{5,19} para evitar el uso, consumo, abuso o adicción a cualquier droga, en específico para el uso de cannabis, mostró un riesgo de 2.57, con un valor de p, estadísticamente significativo 0.024, situación que plantea dos posibles situaciones, la primera que relaciona a la ambigüedad temporal propia de los estudios transversales y la segunda que muestra una posible asociación a que las parejas que tienen este tipo de adicción, a pesar de que la poseen, tienen menor riesgo de sufrir violencia, lo que mantiene este relación, relativamente estable⁴². Por otra parte la adicción a otras drogas en la redacción de la adicción a cannabis, sigue manteniéndose un factor de riesgo. El modelo que se ajustó de acuerdo al sexo, para la adicción por cannabis, pueden de mujeres, en el que se observó que las mujeres con nivel

socioeconómico medio se encontraban con un factor protector. Sin embargo, las mujeres trabajadoras del turno nocturno, mostraron un riesgo muy alto (RM=4.75), situación que puede ser explicada en relación a utilizar la cannabis como tranquilizante.

Finalmente, se encontró que para el uso de otras drogas, la edad de 30 a 39 años fue un factor protector para la población estudiada. La adicción a cannabis representa un riesgo de 5.28. Al realizar el ajuste exclusivamente para el sexo hombre, se encontró que entre los 30 a 49 años existe cierta protección contra esta adicción. Sin embargo, la asociación para la adicción a cannabis y otras drogas se presentó muy similar a la reportada para la población general.

CONCLUSIONES

Se encontraron prevalencias para el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, para los hombres, muy similares a los reportados en la población general. Para las mujeres, las prevalencias de consumo de alcohol y tabaco fueron mayores a lo reportado en la población general.

Dentro de los factores de riesgo que se encontraron como significativos para la población estudiada, y que se asociaron a la adicción a alcohol, se encontraron el estar divorciado, adicción a tabaco y a otras drogas. Y como factores protectores pertenecer a las categorías de enfermería y administrativos.

Los factores de riesgo para adicción a tabaco fueron el trabajar en el turno vespertino, conseguir sustancias con facilidad, adicción a alcohol, lo que genera la hipótesis de que los trabajadores del turno vespertino carecen de vigilancia, por lo que se asocian mayormente a estos riesgos.

En relación a cannabis, se encontró que los riesgos fueron, tener una relación de pareja estable, aunque esto aún se debe estudiar más con la finalidad de establecer si existen algunas variables confusoras o modificación del efecto por alguna otra variable, ya que a pesar de que existen algunos eventos en la literatura que definen esto por la situación de no violencia entre las parejas, dejan abierta una hipótesis relacionada con esta situación.

En relación al consumo por otras drogas, el factor principal es el consumo de cannabis.

Aunque el estudio presente, se orientó para determinar las prevalencias y los factores de riesgo asociados, no se debe olvidar que es un estudio transversal, cuya principal debilidad es la afección por la temporalidad, ya que no podemos establecer si existió antes el factor de riesgo o después de presentarse algún otro evento. Sin embargo, una de las fortalezas importantes de estos estudios, son la generación de hipótesis, mismas que en este estudio se suscitaron, ya que aunque la prevalencia de algunas sustancias en los trabajadores demostraron ser altas, no se encontraron asociaciones causales que las relacionaran con las

categorías laborales. Así mismo, las prevalencias en mujeres trabajadoras del medio de la salud, fueron mayores a las reportadas en el nivel de población general, lo cual requiere de colocar la atención en estas pacientes que pueden padecer riesgo alto para generar adicciones a alguna sustancia, principalmente, alcohol y tabaco.

PROPUESTA

Tras los resultados obtenidos, y a consecuencia de lo parecido que es la población de estudio a la población general, para el consumo de sustancias consideradas como drogas legales e ilegales, se sugiere una estrategia de modelaje social, en la cual, a pesar de que ya hay grupos de autoayuda, como son el de fumadores, creados en el IMSS para los trabajadores, se requiere que la estrategias cambien de modo radical la conducta en los trabajadores, ya que esta no ha sido revertida y el problema radica en que algunas sustancias son consumidas dentro de las instalaciones de este instituto, de acuerdo a los resultados en la encuesta. Con ello el modelaje sugerido se basa en modificación de la conducta de acuerdo a dos modelos ya estudiados “El Apadrinamiento” ^{49,50} que se sitúa para los grupos de Alcohólicos Anónimos (AA) y el Programa de Enseñanza de Habilidades de Interacción Social (PEHIS) ^{46,47}, donde la conducta meta para lograr la reducción de consumo de sustancias en los trabajadores y al mismo tiempo ayudar a disminuir el consumo dentro de las instalaciones implica algunos puntos importantes para la implementación de esta estrategia:

- 1) Instrucción verbal, dialogo y discusión con los trabajadores que quieran acercarse a la aplicación de este nuevo modelaje, que incluya apadrinamiento por personas que se han recuperado de alguna adicción. (La meta importante es que el “padrino” contribuye en el grupo de autoayuda con las experiencias, cuestión diferente a la de un terapeuta que trata desde el punto de vista teórico, pero que también es requerido).
 - i) Información Conceptual
 - (a) Delimitación y especificación de las adicciones más comunes en los trabajadores del hospital.
 - (b) Importancia y relevancia de habilidades implementadas para la reducción de adicciones mediante el apadrinamiento, que debe ser característico para cada grupo creado, es decir, padrino para adictos al alcohol, adictos al tabaco y adictos a otras drogas.

- (c) Aplicación de dichas habilidades mediante el acompañamiento de los padrinos en la situación de generar nuevos grupos para las adicciones aquí planteadas.
 - ii) Componentes y pasos conductuales específicos de la habilidad: En este punto es importante manejarse con contactos externos en grupos de AA, Centros de integración Juvenil (CIJ) y Clínicas de Tabaco con trascendencia para buscar a los padrinos que pueden fungir como acompañantes en el medio laboral y una vez integrados en este ambiente, tratar de controlar y disminuir el consumo paulatinamente hasta tener padrinos dentro de la institución que sean facilitadores para los nuevos grupos formados.
- 2) Modelado: Este consiste en que somos parte de la atención a la salud, lo cual ya genera una respuesta de modelaje social, sin embargo, la mayor parte de los trabajadores que tienen problemas con las adicciones requieren de experiencias en otras personas que generen cambio de conducta, dicho de otra forma, se aplicaría un modelo de apadrinamiento como en AA para el uso de otras drogas, uso de tabaco y alcohol.
- 3) Practica
 - i) Role-Playing: Una vez cumplidos los lapsos considerados para la rehabilitación de los individuos, se promueve que estos se integren de manera adecuada y oportuna al medio laboral y sean observados, para evitar recaídas.
 - ii) Practica oportuna: implica el ascenso de los que han superado el Role-Playing a ser padrinos de otros trabajadores para fortalecer redes de apoyo.
- 4) Feed-Back y Refuerzo: Este se establece ya que comience a existir apadrinamiento por parte de trabajadores rehabilitados en consumo de tabaco, alcohol, y/u otras drogas, en este punto se sugiere el graduar a los futuros padrinos para reforzar conductas y además generar cambios en la autoestima de cada uno, para así generar cambios en nuevas personas que puedan estar bajo su cargo.

La sugerencia para el manejo de apadrinamiento y la búsqueda de individuos que quieran pertenecer y participar en este programa propuesto, requiere de tiempo y de un buen líder para el manejo de situaciones laborales que pudieran comprometer la integridad del grupo, por lo que se sugiere además, que la estrategia sea llevada en conjunto con el área de SPPSTIMSS y el Área Sindical, con la finalidad de aminorar el rechazo por parte de los trabajadores de esta institución y promover abiertamente el programa para la rehabilitación.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Escobedo A, Historia General de las Drogas, Fenomenología de las Drogas. 5ta ed. ESPASA, España 2002
- 2 Medina-Mora MA, et al. Del siglo XX al tercer milenio. Las adicciones y la salud pública: drogas, alcohol y sociedad. Salud mental 24.1(2001):3-19.
- 3 http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf
- 4 Drugs, Brains, and Behavior: The Science of Addiction. <http://www.drugabuse.gov/publications/drugs-brains-behavior-science-addiction/drugs-brain>, 2014.
- 5 Lineamientos para la Prevención y Atención de las Adicciones en el Ámbito Laboral Mexicano. Comisión Nacional contra las Adicciones Secretaría del Trabajo y Prevención Social. México 2011.
- 6 Verster J, Brady K, Galanter M, Conrod P. Drug Abuse and Addiction in Medical Illness. Causes, Consequences and Treatment. Springer 2012.
- 7 Report of the International Narcotics Control Board for 2010 (United Nations publication, Sales No. E. 11.XI.1)
- 8 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction and European Police Office, "EMCDDA-Europol 2011 annual report on the implementation of Council decision 2005/387/JHA" (Lisbon 2012).
- 9 United Nations Office on Drugs and Crime, "The Challenge of New Psychoactive Substances" (Vienna, March 2013)
- 10 World Health Organization, Neuroscience of psychoactive substance use and dependence WHO, 2004.
- 11 Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. 44º período ordinario de sesiones 2008. Informe final (borrador).
- 12 Artículo 4, cuarto párrafo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Artículo 73, fracción XVI, inciso 4ª de la Constitución Política De Los Estados Unidos Mexicanos.
- 13 (Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, artículo 39, fracción XVI que corresponde a la SSA.)
- 14 NOM-028-SSA2-2009, Para la Prevención, Tratamiento y control de las Adicciones
- 15 NOM-030-STPS-2009, Servicios preventivos de seguridad y salud en el trabajo -Funciones y actividades.
- 16 Artículo 123, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- 17 Ley Federal del Trabajo en la fracción XIII del artículo 47, Capítulo IV
- 18 Del siglo XX al tercer milenio. Las adicciones y la salud pública: drogas, alcohol y sociedad.

- 19 Prevención, detección e intervención de las Adicciones en la atención primaria de salud. México: Secretaría de Salud, 2008.
- 20 Kristina Brache (2009) Early Drug Use as a Risk Factor for Simultaneous Polysubstance Use: Implications for Prevention and Intervention Strategies. <http://www.drugabuse.gov/>
- 21 United Nations Office on Drugs and Crime, "World Drug Report 2013" United Nations publication, Sales No E.13.XI.6 (Vienna, March 2013
- 22 (Hibell, Björn. The 2007 ESPAD report." Substance use among students in 35 (2009)
- 23 Revised edition of "Narcotic and psychotropic drugs: achieving balance in national opioids control policy: guidelines for assessment", World Health Organization, Geneva, 2000 (WHO/EDM/QSM/2000.4).
- 24 Villatoro JA, Medina-Mora ME, Fleiz-Bautista C, Téllez-Rojo MM, Mendoza-Alvarado LR, Romero-Martínez M, et al. Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Alcohol. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud, México, 2012.
- 25 Villatoro JA, Medina-Mora ME, Fleiz-Bautista C, Téllez-Rojo MM, Mendoza-Alvarado LR, Romero-Martínez M, et al. Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Tabaco. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud, México, 2012.
- 26 Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, (et al). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX), 2012.
- 27 Akvardar Y, Demiral Y, Ergor G, Ergor A. Substance use among medical students and physicians in a medical school in Turkey. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol (2004) 39 : 502–506 DOI: 10.1007/s00127-004-0765-1
- 28 Welsh CJ (2002) Substance use disorders in physicians. <http://www.alcoholmedicalscholars.org>
- 29 Ota A, Yasuda N, Okamoto Y, Kobayashi Y, Sugihara Y, Koda S, Ohara H. Relationship of job stress with nicotine dependence of smokers—a cross-sectional study of female nurses in a general hospital. Journal of Occupational Health, 46(3), 220-224.
- 30 Kenna G, Wood M. Alcohol use by healthcare professionals. Drug and Alcohol Dependence 75 (2004) 107-116
- 31 McAuliffe W, Rohman M, Breer P, Wyshak G, Santangelo S, Magnuson E. Alcohol use and abuse in random samples of physicians and medical students. American Journal of Public Health, 81(2), 177-182.
- 32 McGoverment M, Angres D, Uziel-Miller N, Leon S. Female Physicians and

- Substance Abuse. Comparisons with Male Physicians Presenting for Assessment. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 15(6)525–533,1998.
- 33 Shaw M, McGovern M, Angres D, Rawal P. Physicians and nurses with substance use disorders. *Journal of Advanced Nursing* 47(5), 561–571.
- 34 Salmeron-Castro J, Arillo-Santillan E, Capuzano-Rincón JC, López-Antuñano FJ, Lazcano-Ponce E. Tabaquismo en profesionales de la salud del Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelos. 2002, 44(1):s67-s75.
- 35 Caloca JV, Morales N, Urbina-Fuentes M. Fumadores de tabaco en el ISSSTE: Disposición para dejar de fumar. *Neumología y Cirugía de Tórax*, 65(1):4-10.
- 36 Martínez-Lanz P, Medina-Mora ME, Rivera E. Adicciones, depresión y estrés en médicos residentes. *Rev Fac Med UNAM* 48.5 (2005):191-7.
- 37 Lineamientos hemisféricos de la CICAD en prevención laboral. OEA/Ser.L/XIV.2.44CICAD/doc.1677/08.
- 38 Navarrete-Escobar A, Gómez-López VM, Gómez-García R, Jiménez-Soto M. Ausentismo laboral en una institución de seguridad social y factores relacionados
- 39 Puc-Valdez M, Rojas-Juárez MR, Torres-Alavez MY, López-Sánchez G. Análisis de las causas de ausentismo injustificado con un grupo focal de enfermeras
- 40 Morales A, RubioG. Problemas por el alcohol en el medio laboral. En: Rubio G, Santo-Domingo J. Editores. *Guía práctica de intervención en alcoholismo*. 1ª edición. Madrid: Agencia antidroga. Consejería de Sanidad. 2000. p. 367-73
- 41 Acosta-Cazares B, González E, Ramirez G, Medina I, Fernández I, Borja V. ENCO PrevenIMSS 2010. Encuesta Nacional de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social. IMSS 2010.
- 42 Smith PH, Homish G, Collins R, Giovino G, White H, Leonard K. Couples' marijuana use is inversely related to their intimate partner violence over the first 9 years of marriage. *Psychology of Addictive Behaviors*. 2014. DOI: dx.doi.org/10.1037/a0037302.
- 43 Mackesy-Amiti M, Fendrich M, Goldstein P. Sequence of drug use among serious drug users: typical vs atypical progression. *Drug and Alcohol Dependence* 45 (1997) 185- 196.
- 44 Kandel, D. B. *Examining the Gateway Hypothesis Stages and Pathways of Drug Involvement*. Cambridge University Press.
http://bilder.buecher.de/zusatz/26/26932/26932449_lese_1.pdf
- 45 Kirby T, Barry A. Alcohol as a gateway drug: a study of US 12th graders. *Journal of school health*, 2012, 82(8):371-379.
- 46 Monjas M, *Como promover la convivencia, Programas de asertividad y habilidades sociales (PAHS)*. CEPE. España 2009. Pp 129-132
- 47 Monjas M, *Programa de enseñanza de habilidades de interacción social (PEHIS)*. CEPE. España 2009. Pp 85-135
- 48 Matthew R, Bill W, Wilson. *The legend and life of AA's cofounder*. Univ of

- Massachusetts Press, 2002.
- 49 Kurtz E, White W. "Alcoholics Anonymous (AA)." Alcohol and temperance in modern history: An international encyclopedia (2003): 27-31.
- 50 Apadrinamiento, Sección México. Corporación de los Servicios Tradicionales de AA. AC. Pp 1-30.

ANEXOS

TABLAS

Tabla 1. Factores demográficos y frecuencia de consumo de sustancias

	Frecuencia	%
Sexo		
Hombre	363	43.6
Mujer	470	56.4
¿Existe alguna relación de pareja?		
Si	517	62.1
No	315	37.8
Estado Civil		
Soltera(o)	211	25.3
Casada(o)	210	25.2
Divorciado(a)	100	12
Unión Libre	177	21.2
Viuda(o)	135	16.2
Nivel Socio-Económico		
Medio Bajo	311	37.3
Medio	478	57.4
Medio Alto	40	4.8

Religión

Católica	641	77
Protestante	15	1.8
Evangelista	6	0.7
Judía	1	0.1
Cristiana	47	5.6
Ninguna	83	10
Otra	40	4.8

¿Trabajo usted durante los últimos 30 días?

Si	817	98.1
No	16	1.9

¿Es usted la/el asalariada(o) principal?

Si	603	72.4
No	230	27.6

Turno

Matutino	320	38.4
Vespertino	335	40.2
Nocturno	178	21.4

Categoría laboral

Serv. Básicos	90	10.9
Enfermería	406	49
Aux. Oficina	49	5.9
Laboratorio	79	9.5
Nutrición y dietética	6	0.7
Asis. Médica	31	3.7
Médico	40	4.8

Otro	66	8
Residente	62	7.5
Adicción a Tabaco		
Sin Adicción	545	65.6
Adicción Leve	71	8.5
Adicción Moderada	215	25.9
Adicción a Alcohol		
Sin Adicción	461	55.5
Adicción Leve	326	39.2
Adicción Moderada	44	5.3
Adicción a Cannabis		
Sin Adicción	795	95.7
Adicción Leve	24	2.9
Adicción Moderada	12	1.4
Adicción a Otras drogas		
Sin Adicción	790	94.8
Adicción Leve	27	3.2
Adicción Moderada	12	1.4
Adicción Grave	2	0.2

Tabla 2. Comparación de Edad de acuerdo al nivel de Adicción para Alcohol, Tabaco, Cannabis y Otras Drogas

	Media	Mediana	DE	RIC	p
Alcohol					
Sin Adicción	40.70	40*	10.43	21-59	0.113***
Leve	40.17	40*	10.07	20-70	
Moderada	39.72	41*	10.89	24-57	
Tabaco					
Sin Adicción	40.89	41*	10.26	21-59	0.089***
Leve	37.70	35*	9.62	21-58	
Moderada	40.21	40*	10.55	20-70	
Cannabis					
Sin Adicción	40.41	40*	10.34	20-70	0.388***
Leve	40.50**	42	10.33	25-56	
Moderada	42.63**	41	8.66	30-54	
Otras Drogas					
Sin Adicción	40.44	40*	10.28	20 - 70	0.870***
Leve	40.04	37**	11.24	25 - 58	
Moderada	42.45**	44	11.01	24 - 55	
Grave	37**	37	14.14	27 - 47	

*Kolmogorov Smirnov, **Shapiro-Wilk, ***Kruskal Wallis.

Tabla 3. Comparación de Edad de acuerdo al nivel de dependencia para Alcohol (Audit) y Tabaco (Fagërstrom)

	Media	Mna	DE	RIC	p***
Alcohol					
Leve	40.2	40*	9.99	20-70	
Moderada	40.07	40*	10.46	25-58	0.021
Grave	34.58	31**	10.39	24-54	
Tabaco					
Leve	46	46*	5.66	42-50	
Moderada	39.63	38*	10.54	20-70	0.377

*Kolmogorov Smirnov, **Shapiro-Wilk, ***Kruskal Wallis.

Tabla 4. Comparación del Puntaje de Riesgo de adicción a Tabaco, Alcohol, Cannabis y Otras Drogas.

	Hombre					Mujer					P***
	n	Media	Mna	DE	RIC	n	Media	Mna	DE	RIC	
Tabaco	134	8.65	8*	5.59	2 - 24	152	7.48	6*	5.48	2 - 26	0.047
Alcohol	176	6.51	6*	3.987	2 - 21	194	5.33	4*	3.527	2 -22	0.001
Cannabis	19	3.63	3**	1.95	2 - 8	17	2.88	2**	1.317	2 - 7	0.285
Otras Drogas	22	5.95	3**	9.095	2 - 44	19	3.47	2**	2.412	2 - 11	0.376

Kolmogorov-Smirnov*, Shapiro-Wilk**, U de Mann y Whitney***

ASSIST Tabaco, Cannabis, Cocaína: adicción moderada 4-26, grave ≥ 27 . Alcohol: adicción moderada 11-26, grave ≥ 27 .

Tabla 5. Comparación del Puntaje de Riesgo de adicción a Alcohol, Tabaco, Cannabis y Otras drogas por turno

	n	M	Mna	DE	RIC	p
Alcohol						
Matutino	156	5.13	4*	3.81	2 - 20	<0.001
Vespertino	153	6.5	6*	3.85	2 - 22	
Nocturno	71	6.31	5*	3.37	2 - 21	
Tabaco						
Matutino	94	6.76	4*	5.51	2 - 24	0.002
Vespertino	126	8.83	8*	5.48	2 - 26	
Nocturno	66	8.3	7*	5.52	2 - 22	
Cannabis						
Matutino	12	3.08	2**	2.15	2 - 8	0.061
Vespertino	14	2.93	2.5**	1.14	2 - 5	
Nocturno	10	4	3.5**	1.7	2 - 8	
Otras Drogas						
Matutino	13	5.54	4	3.71	2 - 14	0.299
Vespertino	18	3.11	2	2.45	2 - 12	
Nocturno	10	6.9	3	13.06	2 - 44	

Kolmogorov-Smirnov*, Shapiro-Wilk**, Kruskal-Wallis*** ASSIST Tabaco, Cannabis, Cocaína: adicción moderada 4-26, grave ≥ 27 . Alcohol: adicción moderada 11-26, grave ≥ 27

Tabla 6. Comparación del Nivel de Dependencia a Alcohol (Audit) y Tabaco (Fagërstrom).

	n	M	Mna	DE	RIC	p
Alcohol						
Matutino	187	12.8	12**	2.81	10 - 26	0.001
Vespertino	188	13.4	13*	2.96	10 - 31	
Nocturno	78	13.4	13*	2.24	10 - 19	
Tabaco						
Matutino	123	15.9	1*	4.39	6 - 26	0.178
Vespertino	150	15	2*	3.81	9 - 22	
Nocturno	84	15.3	15*	4.07	9 - 22	

Kolmogorov-Smirnov*, Shapiro-Wilk**, Kruskal-Wallis***

Nivel de dependencia alcohol 8-15 leve, 16-19, moderado; 20 en adelante grave

Nivel de dependencia tabaco 5-6 moderado, 7 o más grave

Tabla 7. Comparación del Nivel de Dependencia a Tabaco (Fagërstrom) y Alcohol (Audit)

	n	Media	Mna	DE	RIC	p***
Tabaco						
Serv. Básicos	38	16.18*	17	4.32	9 - 22	0.233
Enfermería	174	15.3	15*	3.91	9 - 26	
Aux. Oficina	23	15.1	14**	4.15	10 - 22	
Laboratorio	33	15.27*	15	4.17	6 - 22	
Asis. Médica	13	13.5	13*	4.57	9 - 22	
Médico	16	14.18*	13	4.40	9 - 22	
Otro	36	15.55*	16	3.71	10 - 22	
Residente	21	16.3	16*	4.56	10 - 22	
Alcohol						
Serv. Básicos	45	14.3	13*	3.66	10 - 27	0.004
Enfermería	204	12.9	12*	2.5	10 - 31	
Aux. Oficina	23	13.5	13**	2.37	11 - 18	
Laboratorio	46	13.4	13*	2.94	10 - 22	
Asis. Médica	19	12.68*	12	1.94	10 - 17	
Médico	27	11.6	11**	1.67	10 - 16	
Otro	44	13.5	13*	2.68	10 - 19	
Residente	41	13.2	12*	3.66	10 - 26	

Kolmogorov-Smirnov*, Shapiro-Wilk**, Kruskal-Wallis*** Nivel de dependencia alcohol 8-15 leve, 16-19, moderado; 20 en adelante grave. Nivel de dependencia tabaco 5-6 moderado, 7 o más grave

Tabla 8. Adicción a alcohol y factores asociados

	Adicción a Alcohol		RM	IC 95%	p
	Si	No			
Sexo					
Hombre	176 (48.5)	187 (51.5)	1.32	1.00 - 1.73	0.051
Mujer	196 (41.7)	274 (58.3)			
Edad					
20-29	71 (45.5)	85 (54.5)	1.23	0.81 - 1.87	0.21
30-39	104 (42.6)	140 (57.4)	1.09	0.75 - 1.59	
40-49	114 (50)	114 (50)	1.47	1.00 - 2.15	
≥50	83 (40.5)	122 (59.5)	1.00		
Religión					
Catolicismo	290 (45.2)	351 (54.8)	0.87	0.51 - 1.48	0.845
Cristianismo	22 (46.8)	25 (53.2)	1.22	0.57 - 2.61	
Otra	26 (41.9)	36 (58.1)	1.00		
Ninguna	34 (41)	49 (59)	0.96	0.49 - 1.87	
Nivel Socio-Económico					
Medio - Bajo	148 (47.6)	163 (52.4)	1.31	0.98 - 1.74	0.0057
Medio	196 (41)	282 (59)	1.00		
Medio - Alto	26 (65)	14 (35)	2.67	1.36 - 5.25	
¿Existe alguna relación de pareja?					
Si	227 (43.8)	291 (56.2)	0.92	0.69 - 1.21	0.534
No	145 (46)	170 (54)			
Estado Civil					
Soltera(o)	94 (44.5)	117 (55.5)	1.36	0.92 - 2.01	0.01
Casada(o)	78 (37.2)	132 (62.9)	1.00		
Divorciado(a)	59 (59)	41 (41)	2.44	1.50 - 3.96	
Unión Libre	82 (46.3)	95 (53.7)	1.46	0.97 - 2.19	
Viuda(o)	59 (43.7)	76 (56.3)	1.31	0.85 - 2.04	

Continuación tabla 8.

**¿Trabajo
usted durante
los últimos 30
días?**

Si	365 (44.7)	452 (55.3)	1.04	0.38 - 2.82	0.941
No	7 (43.8)	9 (56.2)			

**¿Es usted
la/el
asalariada(o)
principal?**

Si	265 (43.9)	338 (56.1)	0.90	0.66 - 1.22	0.504
No	107 (46.5)	123 (53.5)			

**Categoría
laboral**

Médico	63 (61.8)	39 (38.2)	2.54	1.62 - 3.96	<0.001
Enfermería	158 (38.9)	248 (61.1)	1.00		
Administrativo	67 (45.9)	79 (54.1)	1.33	0.91 - 1.95	
Serv. Básicos y otros	82 (46.9)	93 (53.1)	1.38	0.97 - 1.98	

RM razón de momios. Valor de p: Chi Cuadrado y prueba exacta de Fisher
**.

Tabla 9. Adicción Tabaco y factores asociados

	Adicción a Tabaco		RM	IC	p
	Si	No			
Uso de Psicoactivos por estrés laboral					
Si	3 (27.3)	8 (72.7)	0.72	0.19 - 2.72	0.696*
No	277 (34.4)	528 (65.6)			
Invitación a consumo de drogas en medio laboral					
Si	59 (58.4)	42 (41.6)	3.15	2.06 - 4.82	0.002
No	220 (30.9)	493 (69.1)			
Dependencia de Tabaco					
Si	260 (72.8)	97 (27.2)	42.89	27.42 - 67.08	<0.001
No	28 (5.9)	448 (94.1)			
Dependencia de Alcohol					
Si	183 (40.4)	270 (59.6)	1.78	1.32 - 2.38	<0.001
No	105 (27.6)	275 (72.4)			
Adicción a Alcohol					
Si	165 (44.4)	207 (55.6)	2.19	1.64 - 2.93	<0.001
No	123 (26.7)	338 (73.3)			
Adicción a Cannabis					
Si	16 (42.1)	22 (57.9)	1.40	0.72 - 2.71	0.318
No	272 (34.2)	523 (65.8)			
Adicción a Otras Drogas					
Si	19 (44.2)	24 (55.8)	1.53	0.83 - 2.85	0.174
No	269 (34.1)	521 (65.9)			

RM razón de momios. Valor de p: Chi Cuadrado y prueba exacta de Fisher **.

Tabla 10. Adicción a Cannabis y factores asociados

	Adicción a Cannabis		RM	IC	p
	Si	No			
Consumo de calmantes por estrés laboral					
Si	1 (11.1)	8 (88.9)	2.60	0.32 - 21.35	0.35
No	37 (4.6)	770 (95.4)			
Turnos con facilidad de fumar o beber					
Si	8 (6.7)	111 (93.3)	1.65	0.73 - 3.70	0.225
No	28 (4.2)	639 (95.8)			
Consumo de sustancias por estrés laboral					
Si	4 (2.7)	145 (97.3)	0.51	0.18 - 1.47	0.282
No	34 (5.1)	633 (94.9)			
Uso de Psicoactivos por estrés laboral					
Si	2 (18.2)	9 (81.8)	4.75	0.99 - 22.78	0.089
No	36 (4.5)	769 (95.5)			
Invitación a consumo de drogas en medio laboral					
Si	5 (5)	96 (95)	1.07	0.41 - 2.82	0.803
No	33 (4.6)	680 (95.4)			
Dependencia de Tabaco					
Si	16 (4.5)	341 (95.5)	0.97	0.50 - 1.87	0.924
No	22 (4.6)	454 (95.4)			
Dependencia de Alcohol					
Si	8 (2.1)	372 (97.9)	3.30	1.49 - 7.28	0.002
No	30 (6.6)	423 (93.4)			

Continúa tabla 10.

Adicción a Tabaco	16 (5.6)	272 (94.4)	1.40	0.72 - 2.71	0.318
Si	22 (4)	523 (96)			
No					
Adicción a Alcohol					
Si	25 (6.7)	347 (93.3)	2.48	1.25 - 4.92	0.007
No	13 (2.8)	448 (97.2)			
Adicción a Otras Drogas					
Si	8 (18.6)	35 (81.4)	5.79	2.47 - 13.55	<0.001
No	30 (3.8)	760 (96.2)			

RM razón de momios. Valor de p: Chi Cuadrado y prueba exacta de Fisher **.

Tabla 11. Adicción a otras drogas y factores asociados

	Adicción a Otras Drogas		RM	IC	p
	Si	No			
Turnos con facilidad de fumar o beber					
Si	9 (7.6)	110 (92.4)	1.62	0.75 - 3.50	0.211
No	32 (4.8)	635 (95.2)			
Consumo de sustancias por estrés laboral					
Si	12 (8.1)	137 (91.9)	1.86	0.93 - 3.73	0.076
No	30 (4.5)	637 (95.5)			
Uso de Psicoactivos por estrés laboral					
Si	4 (36.4)	7 (63.6)	11.53	3.24 - 41.11	0.002
No	38 (4.7)	767 (95.3)			
Invitación a consumo de drogas en medio laboral					
Si	9 (8.9)	92 (91.1)	2.02	0.94 - 4.35	0.088
No	33 (4.6)	680 (95.4)			
Dependencia de Tabaco					
Si	21 (5.9)	336 (94.1)	1.29	0.70 - 2.38	0.416
No	22 (4.6)	454 (95.4)			
Dependencia de Alcohol					
Si	25 (5.5)	428 (94.5)	1.18	0.63 - 2.19	0.611
No	18 (4.7)	362 (95.3)			
Adicción a Tabaco					
Si	19 (6.6)	269 (93.4)	1.53	0.83 - 2.85	0.174
No	24 (4.4)	521 (95.6)			
Adicción a Alcohol					
Si	26 (7)	346 (93)	1.96	1.05 - 3.68	0.032
No	17 (3.7)	444 (96.3)			
Adicción a Cannabis					
Si	8 (21.1)	30 (78.9)	5.79	2.47 - 13.55	<0.001
No	35 (4.4)	760 (95.6)			

RM razón de momios. Valor de p: Chi Cuadrado y prueba exacta de Fisher **.

Tabla 12. Modelo de regresión logística múltiple, para los factores de riesgo asociados a adicción por alcohol.

Variable	Población General			Hombres			Mujeres		
	OR	IC 95%	p	OR	IC 95%	p	OR	IC 95%	p
Sexo									
Hombre	1.19	0.76 - 1.87	0.45						
Edad									
20-29 años			0.209			0.072			0.47
30-39 años	0.74	0.41 - 1.36	0.338	0.28	0.09 - 0.81	0.019	1.329	0.61 - 2.90	0.476
40-49 años	1.34	0.71 - 2.51	0.363	0.44	0.15 - 1.30	0.136	2.853	1.24 - 6.56	0.014
≥ 50 años	0.98	0.52 - 1.87	0.961	0.26	0.09 - 0.79	0.018	2.486	1.04 - 5.92	0.04
Estado Civil									
Soltero			0.078			0.051			0.498
Casada (o)	0.80	0.44 - 1.45	0.461	0.66	0.25 - 1.75	0.407	0.904	0.41 - 2.00	0.803
Divorciada (o)	2.18	1.03 - 4.63	0.042	3.07	0.76 - 12.43	0.115	2.141	0.82 - 5.60	0.121
Unión libre	0.99	0.55 - 1.80	0.98	0.89	0.35 - 2.28	0.81	1.061	0.47 - 2.42	0.888
Viuda (o)	0.76	0.40 - 1.43	0.39	0.40	0.14 - 1.09	0.072	1.214	0.50 - 2.93	0.666
Categoría									
Médicos			0.02			0.043			0.02
Enfermería	0.42	0.21 - 0.86	0.018	0.27	0.10 - 0.71	0.008	0.502	0.16 - 1.58	0.239
Administrativo	0.37	0.17 - 0.81	0.012	0.57	0.21 - 1.57	0.277	0.203	0.06 - 0.74	0.016
Básicos y otros	0.74	0.34 - 1.60	0.446	0.65	0.24 - 1.73	0.384	0.956	0.26 - 3.58	0.947

Turno										
Matutino			0.107			0.151				0.307
Vespertino	0.67	0.42 - 1.07	0.091	0.47	0.22 - 1.03	0.06	0.749	0.39 - 1.43		0.379
Nocturno	1.13	0.63 - 2.04	0.682	0.77	0.31 - 1.90	0.573	1.46	0.62 - 3.45		0.389
Adicción a Tabaco	2.80	1.54 - 5.07	0.001	6.32	2.18 - 18.36	0.001	97.526	43.73 - 217.50		<0.05
Adicción a Otras Drogas	3.12	1.11 - 8.76	0.031	2.00	0.51 - 7.85	0.322	0.877	0.43 - 1.80		0.719
Dependencia a alcohol	60.60	36.05 - 101	<0.05	68.59	29.24 - 160.86	<0.05	1.835	0.86 - 3.91		0.115
Dependencia a tabaco	0.73	0.42 - 1.28	0.268	0.40	0.15 - 1.09	0.074	3.553	0.72 - 17.66		0.121

RM, Razón de momios; IC95%, Intervalo de Confianza al 95%; valor de p sig <0.05.

Tabla 13. Modelo de regresión logística múltiple, para los factores de riesgo asociados a adicción

Variable	Población General			Hombres			Mujeres		
	OR	IC 95%	p	OR	IC 95%	p	OR	IC 95%	p
Sexo									
Hombre	0.93	0.61 - 1.42	0.751						
Edad									
20-29 años			0.275			0.449			0.148
30-39 años	1.42	0.73 - 2.75	0.299	1.82	0.58 - 5.70	0.305	1.30	0.56 - 3.00	0.542
40-49 años	1.60	0.91 - 2.80	0.1	1.10	0.45 - 2.71	0.833	2.28	1.09 - 4.78	0.029
≥ 50 años	1.72	0.95 - 3.10	0.072	2.04	0.71 - 5.85	0.185	1.79	0.85 - 3.75	0.123
Turno									
Matutino			0.106			0.545			0.071
Vespertino	1.67	1.03 - 2.71	0.037	0.61	0.23 - 1.65	0.328	2.03	1.11 - 3.71	0.021
Nocturno	1.45	0.82 - 2.57	0.197	0.91	0.36 - 2.27	0.836	1.40	0.69 - 2.86	0.353
Conseguir algu	1.92	1.11 - 3.35	0.021	2.03	0.81 - 5.11	0.132	2.15	1.03 - 4.48	0.042
Dependencia a tabaco	40.80	25.46 - 65.39	<0.05	100.98	39.91 - 255.52	<0.05	26.81	15.15 - 47.45	<0.05
Adicción a Alcohol	2.07	1.35 - 3.16	0.001	3.53	1.69 - 7.38	0.001	1.47	0.86 - 2.50	0.161

RM, Razón de momios; IC95%, Intervalo de Confianza al 95%; valor de p sig <0.05.

Tabla 14. Modelo de regresión logística múltiple, para los factores de riesgo asociados a adicción por Cannabis.

Variable	Población General			Hombre			Mujeres		
	OR	IC 95%	p	OR	IC 95%	p	OR	IC 95%	p
Sexo									
Hombre	1.01	0.50 - 2.05	0.970						
Edad			0.856			0.88			0.26
20-29 años	1.27	0.43 - 3.75	0.665	1.48	0.35 - 6.20	0.60	1.18	0.18 - 7.69	0.86
30-39 años	1.44	0.50 - 4.09	0.499	0.96	0.20 - 4.60	0.96	2.78	0.53 - 14.61	0.23
40-49 años	1.59	0.54 - 4.71	0.404	0.93	0.20 - 4.28	0.92	3.87	0.71 - 21.09	0.12
≥ 50 años									
NSE									
Medio Bajo			0.060			0.630			0.046
Medio	0.43	0.21 - 0.90	0.024	0.60	0.21 - 1.70	0.337	0.26	0.09 - 0.75	0.013
Medio Alto	0.32	0.04 - 2.55	0.281	0.00	-	0.998	0.53	0.04 - 6.77	0.626
Turno									
Matutino			0.187			0.582			0.081
Vespertino	1.47	0.66 - 3.27	0.352	0.78	0.25 - 2.44	0.665	2.97	0.88 - 10.04	0.081
Nocturno	2.41	0.94 - 6.18	0.067	1.50	0.41 - 5.57	0.541	4.75	1.14 - 19.85	0.033
Relación de par	2.57	1.13 - 5.85	0.024	3.61	1.00 - 13.01	0.050	1.89	0.61 - 5.85	0.270
Adicción a otras drogas	5.22	2.13 - 12.83	<0.05	4.37	1.15 - 16.59	0.030	6.95	1.77 - 27.23	0.005
Dependencia a Alcohol	3.80	1.67 - 8.63	0.001	1.78	0.63 - 5.05	0.277	13.54	2.69 - 68.10	0.002

RM, Razón de momios; IC95%, Intervalo de Confianza al 95%; valor de p sig <0.05.

Tabla 15. Modelo de regresión logística múltiple, para los factores de riesgo asociados a adicción por Otras drogas.

Variable	Población General			Hombres			Mujeres		
	OR	IC 95%	p	OR	IC 95%	p	OR	IC 95%	p
Sexo									
Hombre	1.33	0.71 - 2.48	0.379						
Edad									
20-29 años			0.234			0.006			0.006
30-39 años	0.39	0.16 - 1.00	0.05	0.09	0.02 - 0.45	0.003	0.09	0.02 - 0.45	0.003
40-49 años	0.56	0.24 - 1.32	0.184	0.18	0.05 - 0.69	0.012	0.18	0.05 - 0.69	0.012
≥ 50 años	0.74	0.32 - 1.72	0.485	0.48	0.17 - 1.37	0.171	0.48	0.17 - 1.37	0.171
Adicción a alcohol	1.75	0.92 - 3.33	0.09	1.47	0.59 - 3.66	0.413	1.47	0.59 - 3.66	0.413
Adicción a cannabis	5.28	2.21 - 12.59	<0.05	5.17	1.41 - 18.91	0.013	5.17	1.41 - 18.91	0.013

RM, Razón de momios; IC95%, Intervalo de Confianza al 95%; valor de p sig <0.05.

Tabla 16a. Prevalencia de consumo de Alcohol para Hombres y Mujeres por Grupos de edad, Categoría y turno laboral.

	Hombres																	
	Alguna Vez				Adicción a Alcohol						Dependencia a Alcohol							
	Si	Pr	No	Pr	Sin	Pr	Leve	Pr	Moderada	Pr	Sin	Pr	Leve	Pr	Moderada	Pr	Grave	Pr
Edad																		
20-29 años	42	11.6	22	6.1	30	8.3	27	7.4	7	1.9	34	9.4	20	5.5	7	1.9	3	0.8
30-39 años	71	19.6	42	11.6	60	16.5	48	13.2	5	1.4	45	12.4	56	15.4	7	1.9	5	1.4
40-49 años	66	18.2	29	8.0	44	12.1	42	11.6	9	2.5	35	9.6	48	13.2	11	3.0	1	0.3
≥ 50 años	51	14.0	40	11.0	53	14.6	33	9.1	5	1.4	42	11.6	40	11.0	8	2.2	1	0.3
Total	230	63.4	133	36.6	187	51.5	150	41.3	26	7.2	156	43.0	164	45.2	33	9.1	10	2.8
Categoría laboral																		
Serv. Básicos	43	11.9	23	6.4	32	8.9	28	7.8	6	1.7	29	8.1	26	7.2	7	1.9	4	1.1
Enfermería	61	16.9	51	14.2	76	21.1	32	8.9	4	1.1	61	16.9	42	11.7	7	1.9	2	0.6
Aux. Oficina	11	3.1	8	2.2	9	2.5	7	1.9	3	0.8	9	2.5	8	2.2	2	0.6	0	0.0
Laboratorio	20	5.6	6	1.7	11	3.1	14	3.9	1	0.3	7	1.9	15	4.2	2	0.6	2	0.6
Nutrición y dietética	0	0.0	1	0.3	1	0.3	0	0.0	0	0.0	1	0.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Asis. Médica	5	1.4	1	0.3	1	0.3	4	1.1	1	0.3	1	0.3	5	1.4	0	0.0	0	0.0
Médico	17	4.7	10	2.8	12	3.3	13	3.6	2	0.6	10	2.8	16	4.4	1	0.3	0	0.0
Otro	39	10.8	17	4.7	25	6.9	25	6.9	6	1.7	18	5.0	31	8.6	7	1.9	0	0.0
Residente	31	8.6	16	4.4	19	5.3	25	6.9	3	0.8	20	5.6	19	5.3	6	1.7	2	0.6
Total	227	63.1	133	36.9	186	51.7	148	41.1	26	7.2	156	43.3	162	45.0	32	8.9	10	2.8
Turno																		
Matutino	82	22.6	29	8.0	44	12.1	57	15.7	10	2.8	39	10.7	58	16.0	10	2.8	4	1.1
Vespertino	102	28.1	63	17.4	92	25.3	60	16.5	13	3.6	70	19.3	74	20.4	15	4.1	6	1.7
Nocturno	46	12.7	41	11.3	51	14.0	33	9.1	3	0.8	47	12.9	32	8.8	8	2.2	0	0.0
Total	230	63.4	133	36.6	187	51.5	150	41.3	26	7.2	156	43.0	164	45.2	33	9.1	10	2.8

Prevalencia, reportada por cada 100 trabajadores

Tabla 16b. Prevalencia de consumo de Alcohol para Hombres y Mujeres por Grupos de edad, Categoría y turno laboral.

	Mujeres													
	Alguna Vez				Adicción a Alcohol						Dependencia a Alcohol			
	Si	Pr	No	Pr	Sin	Pr	Leve	Pr	Moderada	Pr	Sin	Pr	Leve	Pr
Edad														
20-29 años	59	12.6	33	7.0	55	11.8	31	6.6	5	1.1	37	8.3	50	11.2
30-39 años	71	15.1	60	12.8	80	17.1	49	10.5	2	0.4	63	14.1	60	13.5
40-49 años	78	16.6	55	11.7	70	15.0	55	11.8	7	1.5	62	13.9	66	14.8
≥ 50 años	56	11.9	58	12.3	69	14.7	41	8.8	4	0.9	62	13.9	46	10.3
Total	264	56.2	206	43.8	274	58.5	176	37.6	18	3.8	224	50.2	222	49.8
Categoría laboral														
Serv. Básicos	12	2.6	12	2.6	18	3.9	5	1.1	1	0.2	16	3.6	7	1.6
Enfermería	157	33.5	137	29.2	172	36.8	107	22.9	14	3.0	141	31.7	139	31.2
Aux. Oficina	14	3.0	16	3.4	21	4.5	9	1.9	0	0.0	17	3.8	11	2.5
Laboratorio	35	7.5	18	3.8	28	6.0	24	5.1	1	0.2	26	5.8	24	5.4
Nutrición y dietética	2	0.4	3	0.6	3	0.6	2	0.4	0	0.0	4	0.9	1	0.2
Asis. Médica	13	2.8	12	2.6	18	3.9	6	1.3	1	0.2	11	2.5	12	2.7
Médico	11	2.3	2	0.4	2	0.4	10	2.1	0	0.0	3	0.7	10	2.2
Otro	5	1.1	5	1.1	5	1.1	4	0.9	1	0.2	4	0.9	5	1.1
Residente	15	3.2	0	0.0	6	1.3	9	1.9	0	0.0	1	0.2	13	2.9
Total	264	56.3	205	43.7	273	58.5	176	37.7	18	3.9	223	50.1	222	49.9
Turno														
Matutino	124	26.4	85	18.1	120	25.6	81	17.3	8	1.7	94	21.1	104	23.3
Vespertino	98	20.9	72	15.3	98	20.9	63	13.5	7	1.5	77	17.3	84	18.8
Nocturno	42	8.9	49	10.4	56	12.0	32	6.8	3	0.6	53	11.9	34	7.6
Total	264	56.2	206	43.8	274	58.5	176	37.6	18	3.8	224	50.2	222	49.8

Prevalencia, reportada por cada 100 trabajadores

Tabla 17a. Prevalencia de consumo de Tabaco para Hombres y Mujeres por Grupos de edad, Categoría y turno laboral.

	Hombres													
	Alguna Vez				Adicción a Tabaco						Dependencia a Tabaco			
	Si	Pr	No	Pr	Sin	Pr	Leve	Pr	Moderada	Pr	Sin	Pr	Grave	Pr
Edad														
20-29 años	39	10.7	25	6.9	33	9.1	9	2.5	22	6.1	27	7.4	37	10.2
30-39 años	60	16.5	53	14.6	73	20.1	8	2.2	32	8.8	59	16.3	54	14.9
40-49 años	41	11.3	54	14.9	63	17.4	6	1.7	26	7.2	60	16.5	35	9.6
≥ 50 años	42	11.6	49	13.5	60	16.5	5	1.4	26	7.2	50	13.8	41	11.3
Total	182	50.1	181	49.9	229	63.1	28	7.7	106	29.2	196	54.0	167	46.0
Categoría laboral														
Serv. Básicos	34	9.4	32	8.9	41	11.4	6	1.7	19	5.3	36	10.0	30	8.3
Enfermería	50	13.9	62	17.2	72	20.0	7	1.9	33	9.2	64	17.8	48	13.3
Aux. Oficina	9	2.5	10	2.8	13	3.6	2	0.6	4	1.1	9	2.5	10	2.8
Laboratorio	18	5.0	8	2.2	13	3.6	1	0.3	12	3.3	12	3.3	14	3.9
Nutrición y dietética	1	0.3	0	0.0	1	0.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.3
Asis. Médica	4	1.1	2	0.6	2	0.6	1	0.3	3	0.8	2	0.6	4	1.1
Médico	12	3.3	15	4.2	20	5.6	0	0.0	7	1.9	16	4.4	11	3.1
Otro	33	9.2	23	6.4	28	7.8	7	1.9	21	5.8	24	6.7	32	8.9
Residente	20	5.6	27	7.5	36	10.0	4	1.1	7	1.9	31	8.6	16	4.4
Total	181	50.3	179	49.7	226	62.8	28	7.8	106	29.4	194	53.9	166	46.1
Turno														
Matutino	58	16.0	53	14.6	71	19.6	15	4.1	25	6.9	60	16.5	51	14.0
Vespertino	82	22.6	83	22.9	103	28.4	7	1.9	55	15.2	88	24.2	77	21.2
Nocturno	42	11.6	45	12.4	55	15.2	6	1.7	26	7.2	48	13.2	39	10.7
Total	182	50.1	181	49.9	229	63.1	28	7.7	106	29.2	196	54.0	167	46.0

Prevalencia, reportada por cada 100 trabajadores

Tabla 17b. Prevalencia de consumo de Tabaco para Hombres y Mujeres por Grupos de edad, Categoría y turno laboral.

	Mujeres															
	Alguna Vez				Adicción a Tabaco						Dependencia a Tabaco					
	Si	Pr	No	Pr	Sin Adicción	Pr	Leve	Pr	Moderada	Pr	Sin	Pr	Leve	Pr	Grave	Pr
Edad																
20-29 años	46	9.8	46	9.8	61	13.0	9	1.9	21	4.5	51	10.9	0	0.0	41	8.7
30-39 años	60	12.8	71	15.1	83	17.7	17	3.6	31	6.6	77	16.4	0	0.0	54	11.5
40-49 años	60	12.8	73	15.5	89	19.0	11	2.4	32	6.8	82	17.4	1	0.2	50	10.6
≥ 50 años	50	10.6	64	13.6	83	17.7	6	1.3	25	5.3	70	14.9	1	0.2	43	9.1
Total	216	46.0	254	54.0	316	67.5	43	9.2	109	23.3	280	59.6	2	0.4	188	40.0
Categoría laboral																
Serv. Básicos	6	1.3	18	3.8	20	4.3	2	0.4	2	0.4	16	3.4	0	0.0	8	1.7
Enfermería	136	29.0	158	33.7	198	42.4	21	4.5	74	15.8	168	35.8	0	0.0	126	26.9
Aux. Oficina	14	3.0	16	3.4	17	3.6	2	0.4	11	2.4	17	3.6	0	0.0	13	2.8
Laboratorio	26	5.5	27	5.8	37	7.9	5	1.1	11	2.4	34	7.2	2	0.4	17	3.6
Nutrición y dietética	1	0.2	4	0.9	4	0.9	1	0.2	0	0.0	4	0.9	0	0.0	1	0.2
Asis. Médica	10	2.1	15	3.2	17	3.6	4	0.9	4	0.9	16	3.4	0	0.0	9	1.9
Médico	7	1.5	6	1.3	7	1.5	2	0.4	3	0.6	8	1.7	0	0.0	5	1.1
Otro	7	1.5	3	0.6	5	1.1	2	0.4	3	0.6	6	1.3	0	0.0	4	0.9
Residente	9	1.9	6	1.3	10	2.1	4	0.9	1	0.2	10	2.1	0	0.0	5	1.1
Total	216	46.1	253	53.9	315	67.5	43	9.2	109	23.3	279	59.5	2	0.4	188	40.1
Turno																
Matutino	94	20.0	115	24.5	155	33.1	24	5.1	30	6.4	137	29.1	2	0.4	70	14.9
Vespertino	75	16.0	95	20.2	104	22.2	13	2.8	51	10.9	97	20.6	0	0.0	73	15.5
Nocturno	47	10.0	44	9.4	57	12.2	6	1.3	28	6.0	46	9.8	0	0.0	45	9.6
Total	216	46.0	254	54.0	316	67.5	43	9.2	109	23.3	280	59.6	2	0.4	188	40.0

Prevalencia, reportada por cada 100 trabajadores

Tabla 18. Prevalencia de consumo de Cannabis para Hombres y Mujeres por categoría y por grupos de edad

	Hombres										Mujeres									
	Alguna Vez				Adicción a Cannabis						Alguna Vez				Adicción a Cannabis					
	Si	Pr	No	Pr	Sin	Pr	Leve	Pr	Modera da	Pr	Si	Pr	No	Pr	Sin Adicc ión	Pr	Leve	Pr	Mode rada	Pr
Edad																				
20-29 años	15	4.1	49	13.5	60	16.5	4	1.1	0	0.0	13	2.8	79	16.8	90	19.2	1	0.2	0	0.0
30-39 años	27	7.4	86	23.7	106	29.2	5	1.4	2	0.6	17	3.6	114	24.3	128	27.4	1	0.2	2	0.4
40-49 años	20	5.5	75	20.7	91	25.1	1	0.3	3	0.8	22	4.7	111	23.6	125	26.7	6	1.3	1	0.2
≥ 50 años	22	6.1	69	19.0	87	24.0	1	0.3	3	0.8	23	4.9	91	19.4	108	23.1	5	1.1	1	0.2
Total	84	23.1	279	76.9	344	94.8	11	3.0	8	2.2	75	16.0	395	84.0	451	96.4	13	2.8	4	0.9
Categoría																				
Laboral																				
Básicos	18	5.0	48	13.3	62	17.2	2	0.6	2	0.6	3	0.6	21	4.5	24	5.1	0	0.0	0	0.0
Enfermería	21	5.8	91	25.3	107	29.7	2	0.6	3	0.8	45	9.6	249	53.1	286	61.2	3	0.6	4	0.9
Oficina	6	1.7	13	3.6	15	4.2	3	0.8	1	0.3	5	1.1	25	5.3	26	5.6	4	0.9	0	0.0
Laboratorio	6	1.7	20	5.6	26	7.2	0	0.0	0	0.0	12	2.6	41	8.7	49	10.5	4	0.9	0	0.0
Nutrición	0	0.0	1	0.3	1	0.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	5	1.1	5	1.1	0	0.0	0	0.0
Asis.Médica	2	0.6	4	1.1	6	1.7	0	0.0	0	0.0	4	0.9	21	4.5	25	5.4	0	0.0	0	0.0
Médico	6	1.7	21	5.8	27	7.5	0	0.0	0	0.0	2	0.4	11	2.3	12	2.6	0	0.0	0	0.0
Otro	11	3.1	45	12.5	54	15.0	0	0.0	2	0.6	3	0.6	7	1.5	9	1.9	1	0.2	0	0.0
Residente	13	3.6	34	9.4	43	11.9	4	1.1	0	0.0	1	0.2	14	3.0	14	3.0	1	0.2	0	0.0
Total	83	23.1	277	76.9	341	94.7	11	3.1	8	2.2	75	16.0	394	84.0	450	96.4	13	2.8	4	0.9
Turno																				
Matutino	37	10.2	74	20.4	104	28.7	6	1.7	1	0.3	33	7.0	176	37.4	204	43.6	3	0.6	2	0.4
Vespertino	35	9.6	130	35.8	158	43.5	3	0.8	4	1.1	26	5.5	144	30.6	161	34.4	7	1.5	0	0.0
Nocturno	12	3.3	75	20.7	82	22.6	2	0.6	3	0.8	16	3.4	75	16.0	86	18.4	3	0.6	2	0.4
Total	84	23.1	279	76.9	344	94.8	11	3.0	8	2.2	75	16.0	395	84.0	451	96.4	13	2.8	4	0.9

Prevalencia, reportada por cada 100 trabajadores

Tabla 19. Prevalencia de consumo de Otras Drogas para Hombres y Mujeres por categoría y por grupos de edad

	Hombres												Mujeres									
	Alguna Vez				Adicción a Otras drogas								Alguna Vez				Adicción a Otras drogas					
	Si	Pr	No	Pr	Sin	Pr	Leve	Pr	Modera	Pr	Grave	Pr	Si	Pr	No	Pr	Sin	Pr	Leve	Pr	Modera	Pr
Edad																						
20-29 años	10	2.8	54	14.9	54	14.9	6	1.7	3	0.8	1	0.3	5	1.1	87	18.5	90	19.2	1	0.2	0	0.0
30-39 años	7	1.9	106	29.2	111	30.6	2	0.6	0	0.0	0	0.0	12	2.6	119	25.3	125	26.7	6	1.3	0	0.0
40-49 años	6	1.7	89	24.5	92	25.3	2	0.6	1	0.3	0	0.0	16	3.4	117	24.9	125	26.7	2	0.4	4	0.9
≥ 50 años	10	2.8	81	22.3	84	23.1	4	1.1	3	0.8	0	0.0	15	3.2	99	21.1	109	23.3	4	0.9	1	0.2
Total	33	9.1	330	90.9	341	93.9	14	3.9	7	1.9	1	0.3	48	10.2	422	89.8	449	95.9	13	2.8	5	1.1
Categoría laboral																						
Serv. Básicos	7	1.9	59	16.4	62	17.2	2	0.6	2	0.6	0	0.0	3	0.6	21	4.5	22	4.7	0	0.0	2	0.4
Enfermería Aux. Oficina	6	1.7	106	29.4	107	29.7	4	1.1	1	0.3	0	0.0	29	6.2	265	56.5	280	60.0	10	2.1	2	0.4
Laboratorio	4	1.1	15	4.2	18	5.0	1	0.3	0	0.0	0	0.0	2	0.4	28	6.0	30	6.4	0	0.0	0	0.0
Nutrición y dietética	4	1.1	22	6.1	25	6.9	0	0.0	1	0.3	0	0.0	7	1.5	46	9.8	52	11.1	0	0.0	1	0.2
Asis. Médica	0	0.0	1	0.3	0	0.0	1	0.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	5	1.1	5	1.1	0	0.0	0	0.0
Médico	0	0.0	6	1.7	6	1.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	0.6	22	4.7	23	4.9	2	0.4	0	0.0
Otro	1	0.3	26	7.2	27	7.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.2	12	2.6	12	2.6	0	0.0	0	0.0
Residente	5	1.4	51	14.2	54	15.0	1	0.3	1	0.3	0	0.0	1	0.2	9	1.9	9	1.9	1	0.2	0	0.0
Total	6	1.7	41	11.4	39	10.8	5	1.4	2	0.6	1	0.3	2	0.4	13	2.8	15	3.2	0	0.0	0	0.0
Total	33	9.2	327	90.8	338	93.9	14	3.9	7	1.9	1	0.3	48	10.2	421	89.8	448	95.9	13	2.8	5	1.1
Turno																						
Matutino	12	3.3	99	27.3	103	28.4	4	1.1	3	0.8	1	0.3	20	4.3	189	40.2	204	43.6	2	0.4	2	0.4
Vespertino	14	3.9	151	41.6	156	43.0	7	1.9	2	0.6	0	0.0	19	4.0	151	32.1	159	34.0	7	1.5	2	0.4
Nocturno	7	1.9	80	22.0	82	22.6	3	0.8	2	0.6	0	0.0	9	1.9	82	17.4	86	18.4	4	0.9	1	0.2
Total	33	9.1	330	90.9	341	93.9	14	3.9	7	1.9	1	0.3	48	10.2	422	89.8	449	95.9	13	2.8	5	1.1

Prevalencia, reportada por cada 100 trabajadores

Tabla 20. Razones para no beber, fumar o usar drogas.

	No Beber		No Fumar		No Usar drogas	
	n	%	n	%	n	%
No es de mi interés	122	37.1	175	49.3	255	57.2
Mis responsabilidades me necesitan sobrio	73	22.2	65	18.3	60	13.5
Por religión	22	6.7	7	2	14	3.1
No me educaron para tomar	16	4.9	11	3.1	10	2.2
No tengo una razón	15	4.6	21	5.9	19	4.3
Otro motivo	12	3.6	15	4.2	19	4.3
Porque no se acostumbra en casa	11	3.3	13	3.7	12	2.7
Por embarazo o intentar embarazarse	10	3	4	1.1	5	1.1
Por miedo a tener un problema	9	2.7	9	2.5	15	3.4
No existen ocasiones donde yo quiera beber	9	2.7	7	2	7	1.6
Mi salud es mala / Tomo medicamentos	8	2.4	8	2.3	9	2
El alcohol afecta mis actividades	8	2.4	6	1.7	5	1.1
Es muy caro	7	2.1	6	1.7	6	1.3
Temo tener problemas con el alcohol	7	2.1	8	2.3	10	2.2



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN CLINICA

Lugar y Fecha

México D.F. Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional "La Raza" IMSS Año 2014

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado:

“ Prevalencia de adicciones en trabajadores del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional "La Raza" 2014”

El objetivo del estudio es:

Determinar la Prevalencia de Adicciones en Trabajadores del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional "La Raza" en el periodo de Noviembre-Febrero de 2014, así como los factores de riesgo involucrados.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en:

Responder una encuesta autoaplicativa, que consiste en 3 cuestionarios validados para la detección de adicciones de sustancias como alcohol, tabaco y otras sustancias.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

Consumo de tiempo promedio será de 15 a 30 minutos. Se cuenta con el apoyo del área sindical para mantener el anonimato de los trabajadores en todo momento. Los beneficios obtenidos son la ayuda que se brindara en conjunto con SPPSTIMSS, área sindical y Dr Amaranto Cuello Romero de Epidemiología (especialista en adicciones), solo para aquellos que soliciten atención debido al uso de alguna sustancia. Además se conocerá el impacto de los programas implementados con antelación.

El Investigador Responsable se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte mis intereses personales en el Instituto.

El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

Números telefónico en los que puede comunicarse en caso de dudas y preguntas relacionadas al estudio: La División de Epidemiología del Hospital de Especialidades de "La Raza" Tel: 55 5180 8782. Dirigirse con el Dr. Ulises Ángeles Garay. Mat 11480181 Email: ulises.angeles@imss.gob.mx, Dr. Amaranto Bernabe Cuello Romero Mat 98365753 Email: amaranto.cuello@imss.gob.mx, Dr. Carlos Julián Rincón Ovalle R3 Epid Mat 98374599, Email dr_carlos_rincon@hotmail.com.

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, Col. Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: conise@cis.gob.mx

CRONOGRAMA

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES
“Prevalencia de adicciones en trabajadores del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional “La Raza” 2014”

Año 2014	Marco Teórico Planteamiento del Problema	Elaboración de Protocolo		Instrumento de medición	Rotación de Campo	Presentación a comité	Encuestas	Análisis de resultados	Elaboración de tesis y difusión de resultados
Marzo	✓								
Abril		✓							
Mayo			✓						
Junio				✓					
Julio					✓				
Agosto					✓				
Septiembre					✓				
Octubre					✓				
Noviembre									
Diciembre									
Enero 2015									
Febrero 2015									

CUESTIONARIO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "LA RAZA"
DIVISIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA

ENCUESTA PARA TRABAJADORES IMSS

Instrucciones: Marque con una "X" su respuesta en la hoja de respuestas. Por ejemplo pregunta 3. Sexo 1. H 2.M, en la hoja de respuestas tachar el cuadro que tiene "1", en caso de ser hombre. En el caso de colocar números en los cuadros abiertos |_|_|, estos deben ser legibles. Deben llenarse de izquierda a derecha. En caso de que no se ocupen todos los cuadros para los números, estos se deben marcar con un cero. Por ejemplo: ó |0|0|1| para los números. Cada pregunta, solo tiene una respuesta y esta se ubica a la derecha de cada pregunta.

A. Ficha de datos generales

1. ¿Qué edad tiene? 2. Fecha de Nacimiento Día Mes Año 3. Sexo 1. H 2. M
4. Existe alguna persona con quién tenga una relación de pareja tal como novio(a), esposo(a), u otra? 1.Si 2.No
5. ¿Cuál es su estado civil? 1. Soltero(a) 2. Casado(a) 3. Divorciado(a) 4. Unión libre 5. Viudo(a)
6. ¿Cuál es su religión? 1. Católica 2. Protestante 3. Evangelista 4. Judía 5. Cristiana 6. Ninguna religión 7. Otra
7. ¿Trabajó usted durante los últimos 30 días? 1.Si 2.No
8. ¿Es usted el(la) asalariado(a) principal, es decir, suministra usted, más de la mitad del ingreso en su 1.Si 2.No
9. ¿Cuál es su categoría general? 1. Serv. Básico 2. Enfermería 3. Aux. Oficina 4. Laboratorio 5. Nutrición y Dietética 6. Asis. Médica 7. Médico 8. Otro 9. Residente

Cuestionario ASSIT v3.0 (Modificado)

10. A lo largo de su vida ¿cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez?	Si	No
a. Tabaco (cigarrillos, tabaco para mascar, pipa, puro, etc)	1	2
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc)	1	2
c. Cannabis (marihuana, mota, hierba, hashish, lechuga del diablo, etc.)	1	2
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, caspita del diablo, etc.)	1	2
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	1	2
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamentos, óxido nítrico, etc.)	1	2
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/diazepam, trankimazin/alprazolam, xanax, orfidal/lorazepam, rophinol, etc.) <i>Excepto uso medico.</i>	1	2
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, peyote, etc.)	1	2
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	1	2
j. Otros	1	2

	Si	No
11. Si las respuestas fueron negativas, ¿recuerda haber consumido alguna droga en la escuela?	1	2

Si definitivamente nunca ha consumido ninguna droga, pase a la pregunta 31. Por el contrario, continúe con el cuestionario.

12. ¿Con que frecuencia ha consumido las sustancias que ha mencionado en los últimos tres meses?	Nunca	1 o 2 veces	Cada mes	Seman a	Diario o casi diario
a. Tabaco (cigarrillos, tabaco para mascar, pipa, puro, etc)	1	2	3	4	5
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc)	1	2	3	4	5
c. Cannabis (marihuana, mota, hierba, hashish, lechuga del diablo, etc.)	1	2	3	4	5
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, caspita del diablo, etc.)	1	2	3	4	5

e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	1	2	3	4	5
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamentos, óxido nítrico, etc.)	1	2	3	4	5
g. Tranquilizante o pastillas para dormir (Valium/diazepam, trametazina/alprazolam, xanax, orfidal/lorazepam, rophinol, etc.) Excepto uso médico.	1	2	3	4	5
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, peyote, etc.)	1	2	3	4	5
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	1	2	3	4	5
j. Otros	1	2	3	4	5

13. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha tenido fuertes deseos o ansias de consumir droga(s)?	Nunca	1 o 2 veces	Cada mes	Semana	Diario o casi diario
a. Tabaco (cigarrillos, tabaco para mascar, pipa, puro, etc)	1	2	3	4	5
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc)	1	2	3	4	5
c. Cannabis (marihuana, mota, hierba, hashish, lechuga del diablo, etc.)	1	2	3	4	5
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, caspita del diablo, etc.)	1	2	3	4	5
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	1	2	3	4	5
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamentos, óxido nítrico, etc.)	1	2	3	4	5
g. Tranquilizante o pastillas para dormir (Valium/diazepam, trametazina/alprazolam, xanax, orfidal/lorazepam, rophinol, etc.) Excepto uso médico.	1	2	3	4	5
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, peyote, etc.)	1	2	3	4	5
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	1	2	3	4	5
j. Otros	1	2	3	4	5

14. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia le ha llevado su consumo de droga(s) a problemas de salud, sociales, legales o económicos)?	Nunca	1 o 2 veces	Cada mes	Semana	Diario o casi diario
a. Tabaco (cigarrillos, tabaco para mascar, pipa, puro, etc)	1	2	3	4	5
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc)	1	2	3	4	5
c. Cannabis (marihuana, mota, hierba, hashish, lechuga del diablo, etc.)	1	2	3	4	5
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, caspita del diablo, etc.)	1	2	3	4	5
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	1	2	3	4	5
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamentos, óxido nítrico, etc.)	1	2	3	4	5
g. Tranquilizante o pastillas para dormir (Valium/diazepam, trametazina/alprazolam, xanax, orfidal/lorazepam, rophinol, etc.) Excepto uso médico.	1	2	3	4	5
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, peyote, etc.)	1	2	3	4	5
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	1	2	3	4	5
j. Otros	1	2	3	4	5

15. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que se esperaba de usted habitualmente por el consumo de droga(s)?	Nunca	1 o 2 veces	Cada mes	Semana	Diario o casi diario
a. Tabaco (cigarrillos, tabaco para mascar, pipa, puro, etc)	1	2	3	4	5
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc)	1	2	3	4	5
c. Cannabis (marihuana, mota, hierba, hashish, lechuga del diablo, etc.)	1	2	3	4	5
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, caspita del diablo, etc.)	1	2	3	4	5
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	1	2	3	4	5
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamentos, óxido nítrico, etc.)	1	2	3	4	5
g. Tranquilizante o pastillas para dormir (Valium/diazepam, trametazina/alprazolam, xanax, orfidal/lorazepam, rophinol, etc.) Excepto uso médico.	1	2	3	4	5
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, peyote, etc.)	1	2	3	4	5
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	1	2	3	4	5
j. Otros	1	2	3	4	5

16.	Un amigo, un familiar o alguien más, ¿alguna vez ha mostrado preocupación por su consumo de la droga(s) que usted toma?.	Nunca	1 o 2 veces	Cada mes	Semana	Diario o casi diario
	a. Tabaco (cigarrillos, tabaco para mascar, pipa, puro, etc)	1	2	3	4	5
	b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc)	1	2	3	4	5
	c. Cannabis (marihuana, mota, hierba, hashish, lechuga del diablo, etc.)	1	2	3	4	5
	d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, caspita del diablo, etc.)	1	2	3	4	5
	e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	1	2	3	4	5
	f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamentos, óxido nítrico, etc.)	1	2	3	4	5
	g. Tranquilizante o pastillas para dormir (Valium/diazepam, trankimazin/alprazolam, xanax, orfidal/lorazepam, rophinol, etc.) Excepto uso médico.	1	2	3	4	5
	h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, peyote, etc.)	1	2	3	4	5
	i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	1	2	3	4	5
	j. Otros	1	2	3	4	5
17.	¿Ha intentado alguna vez controlar, reducir o dejar de consumir la droga(s) utilizada(s) por usted y no lo ha logrado?	Nunca	1 o 2 veces	Cada mes	Semana	Diario o casi diario
	a. Tabaco (cigarrillos, tabaco para mascar, pipa, puro, etc)	1	2	3	4	5
	b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc)	1	2	3	4	5
	c. Cannabis (marihuana, mota, hierba, hashish, lechuga del diablo, etc.)	1	2	3	4	5
	d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, caspita del diablo, etc.)	1	2	3	4	5
	e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	1	2	3	4	5
	f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamentos, óxido nítrico, etc.)	1	2	3	4	5
	g. Tranquilizante o pastillas para dormir (Valium/diazepam, trankimazin/alprazolam, xanax, orfidal/lorazepam, rophinol, etc.) Excepto uso médico.	1	2	3	4	5
	h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, peyote, etc.)	1	2	3	4	5
	i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	1	2	3	4	5
	j. Otros	1	2	3	4	5
18.	¿Ha consumido alguna vez alguna droga por vía inyectada? (únicamente para usos no médicos)	1. No, Nunca	2. Sí, en los últimos 3 meses	3. Sí, pero no en los últimos 3 meses		

En caso de haber fumado, continúe. En caso de ser exfumador, pase a la pregunta 26. Si nunca ha fumado, pase a la pregunta 31.

Cuestionario Fagerström (ENA 2011)		
19.	¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	1. 31 o más 2. 21 a 30 3. 11 a 20 4. Cero o Menos de 10
20.	¿Fuma usted más cigarrillos durante la primera parte del día (antes de medio día) que durante el resto?	1. Sí 2. No
21.	¿Cuánto tiempo transcurre desde que usted despierta hasta que fuma el primer cigarrillo?	1. Menos de 5 minutos 2. 6 a 30 minutos 3. 31 a 60 minutos 4. Más de 60 minutos
22.	¿Qué cigarrillo le es más difícil de omitir?	1. El primero de la mañana 2. El de después de comer 3. Cuando está bajo tensión 4. El del baño 5. El de antes de dormir 6. Algún otro 7. Todos 8. Ninguno

23. ¿Le es difícil no fumar donde se prohíbe fumar?	1. Sí 2. No
24. ¿Fuma usted cuando está enfermo o incluso en la cama?	1. Sí 2. No
25. ¿Alguna vez ha intentado dejar de fumar?	1. Sí 2. No

Ex-Fumador

26. **26 a.** ¿Hace cuantos tiempo dejó de fumar? **26 b** 1. Meses 2. Años

27. Cuando fumaba ¿cuántos cigarros consumía y con que frecuencia...	a ¿Cuántos? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	27.b ¿Qué tan seguido?
		1. Diario? 2. Semanal? 3. Mensual? 4. Ocasional? 5. Al menos una vez al año 6. No lo sé

28. ¿Cuál es la razón principal por la que dejó de fumar?	1. Por conciencia del daño a la salud 2. Por prescripción médica 3. Porque se hartó de fumar 4. Porque le causó problemas con su familia 5. Por Enfermedad 6. Por restricción en su área de trabajo u otros lugares 7. Otra razón 8. No lo sé
--	--

29. ¿Cómo dejó usted de fumar?	1. Se sometió a tratamiento 2. Dejó de fumar súbitamente 3. Disminuyó gradualmente el número de cigarros 4. Dejó de comprar cigarros 5. Sustituyó el fumar por otra actividad 6. Otra razón 7. No lo sé
--------------------------------	---

30. ¿Le preocupa volver a fumar?	1. Sí 2. No
----------------------------------	----------------

Fumador pasivo

31. ¿Le molesta que la gente fume cerca de usted?	1. Sí 2. No
---	----------------

32. ¿Hay personas cercanas a usted que fumen? (<i>Casa, trabajo, escuela...</i>)	1. Sí 2. No
--	----------------

33. ¿De las personas con las que convive a diario, ¿Cuántas de ellas fuman...	a. Dentro de su casa?	<input type="text"/>
	b. En su salón de clases?	<input type="text"/>
	c. En su lugar de trabajo	<input type="text"/>

E. Cuestionario AUDIT (ENA 2011)

<p>34. Piense en su consumo de alcohol total. ¿Usualmente con que frecuencia toma usted cualquier tipo de bebida que contiene alcohol, ya sea, vino, cerveza, pulque, algún destilado (téquila, aguardiente) o cualquier otra bebida?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tres o más veces al día 2. Dos veces al día 3. Una vez al día 4. Casi todos los días (5 o 6 por semana) 5. Tres o cuatro veces a la semana 6. Una o dos veces a la semana 7. Dos o tres veces al mes 8. Aproximadamente 1 vez al mes 9. De siete a once veces al año 10. De tres a seis veces al año 11. Dos veces al año 12. Una vez al año 13. No lo sé
<p>35. En los últimos 30 días ¿Tomó alguna bebida que contiene alcohol, ya sea, vino, cerveza, pulque, algún destilado (téquila, aguardiente) o cualquier otra bebida?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sí 2. No
<p>36. ¿Cuántas copas, vasos, shots, cocteles, etc. que contengan alcohol suele ingerir en un día de consumo normal?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Una o dos 2. Tres o cuatro 3. Cinco o seis 4. De siete a nueve 5. Diez o más
<p>37. ¿Con que frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca 2. Menos de una vez al mes 3. Mensualmente 4. Semanalmente 5. A diario o casi diario
<p>38. ¿Con que frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez que había empezado?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Puedo parar de beber 2. Menos de una vez al mes 3. Mensualmente 4. Semanalmente 5. A diario o casi diario
<p>39. ¿Con que frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que tenía que hacer porque había bebido?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca 2. Menos de una vez al mes 3. Mensualmente 4. Semanalmente 5. A diario o casi diario
<p>40. ¿Con que frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca 2. Menos de una vez al mes 3. Mensualmente 4. Semanalmente 5. A diario o casi diario
<p>41. ¿Con que frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca 2. Menos de una vez al mes 3. Mensualmente 4. Semanalmente 5. A diario o casi diario
<p>42. ¿Con que frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca 2. Menos de una vez al mes 3. Mensualmente 4. Semanalmente 5. A diario o casi diario
<p>43. Usted o alguna otra persona, ¿Ha resultado herido debido a que usted estuvo bebiendo?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca 2. Si, pero no en este último año 3. Si, en el último año

44. Algún familiar, amigo, médico o profesional de la salud, ¿Ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?	1. Nunca 2. Si, pero no en este último año 3. Si, en el último año
--	--

Ex-Bebedor

45. 45a. ¿Hace cuantos años dejó de beber?	<input type="text"/>	45.b 1. Meses 2. Años
--	----------------------	-----------------------

46. Cuando tomaba ¿cuántas copas, cervezas, caballitos, shots, etc, consumía y con que frecuencia...	a ¿Cuántos? <input type="text"/>	46.b ¿Qué tan seguido? 1. Diario? 2. Semanal? 3. Mensual? 4. Ocasional? 5. Al menos una vez al año 6. No lo sé
--	-------------------------------------	--

47. ¿Cuál es la razón principal por la que dejó de beber?	1. Por conciencia del daño a la salud 2. Por prescripción médica 3. Porque se hartó de beber 4. Porque le causó problemas con su familia 5. Por Enfermedad 6. Por restricción en su área de trabajo u otros lugares 7. Otra razón 8. No lo sé
--	--

48. ¿Cómo dejó usted de beber?	1. Se sometió a tratamiento 2. Dejó de beber súbitamente 3. Disminuyó gradualmente el número de copas 4. Dejó de comprar bebidas alcohólicas 5. Sustituyó el beber por otra actividad 6. Otra razón 7. No lo sé
--------------------------------	---

49. ¿Le preocupa volver a beber?	1. Sí 2. No
----------------------------------	----------------

De acuerdo al área en la que nos encontramos, que es el medio hospitalario, independientemente de las funciones que realice, ¿alguna vez...

50. ha manejado sustancias químicas, psicoactivas, solventes, sin las protecciones necesarias?	1. Sí 2. No
51. debido a los horarios, dobles turnos, turnos nocturnos, ha tenido la necesidad de usar algún psicoestimulante para mantenerse despierto(a)?	1. Sí 2. No
52. debido a los horarios, dobles turnos, turnos nocturnos, ha tenido la necesidad de usar algún calmante para dormir?	1. Sí 2. No
53. ha existido algún turno en el trabajo, en el que se pueda fumar o adquirir alguna bebida alcohólica con facilidad?	1. Sí 2. No
54. se ha encontrado con tanto estrés laboral que requiere el uso de alguna sustancia como tabaco, alcohol o droga?	1. Sí 2. No
55. debido a las exigencias del trabajo, requiere del uso de sustancias psicoactivas para poder rendir al 100%?	1. Sí 2. No
56. dentro del trabajo le han ofrecido el consumo de alguna droga, exceptuando alcohol y tabaco?	1. Sí 2. No

Solo para los que nunca han consumido ninguna droga (incluyendo alcohol y tabaco), si usted respondió que si ha usado alguna droga, alcohol o tabaco, pasea a la pregunta 60.

<p>57. ¿Por qué razón nunca ha consumido bebidas que contengan alcohol? <i>(Mencione la razón principal)</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Por religión 2. Por miedo a tener un problema 3. Porque no se acostumbra en casa 4. No existen ocasiones donde yo quiera beb 5. Mis responsabilidades me necesitan sobr 6. No me educaron para tomar 7. Mi salud es mala / Tomo medicamentos 8. Es muy caro 9. El alcohol afecta mis actividades 10. Temo tener problemas con el alcohol 11. No tengo una razón 12. Por embarazo o intentar embarazarse 13. No es de mi interés 14. Otro motivo.
--	--

<p>58. ¿Por qué razón nunca ha consumido tabaco? <i>(Mencione la razón principal)</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Por religión 2. Por miedo a tener un problema 3. Porque no se acostumbra en casa 4. No existen ocasiones donde yo quiera beb 5. Mis responsabilidades me necesitan sobr 6. No me educaron para tomar 7. Mi salud es mala / Tomo medicamentos 8. Es muy caro 9. El alcohol afecta mis actividades 10. Temo tener problemas con el alcohol 11. No tengo una razón 12. Por embarazo o intentar embarazarse 13. No es de mi interés 14. Otro motivo.
---	--

<p>59. ¿Por qué razón nunca ha consumido drogas? <i>(Mencione la razón principal)</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Por religión 2. Por miedo a tener un problema 3. Porque no se acostumbra en casa 4. No existen ocasiones donde yo quiera beb 5. Mis responsabilidades me necesitan sobr 6. No me educaron para tomar 7. Mi salud es mala / Tomo medicamentos 8. Es muy caro 9. El alcohol afecta mis actividades 10. Temo tener problemas con el alcohol 11. No tengo una razón 12. Por embarazo o intentar embarazarse 13. No es de mi interés 14. Otro motivo.
---	--

Cuestionario sobre estrés laboral de Karasek

<p>60. ¿Qué parte del trabajo familiar y doméstico es el que realiza usted?</p>										
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 80%;">Soy la/el principal responsable y hago la mayor parte de tareas familiares y domésticas</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>Hago aproximadamente la mitad de las tareas familiares y domésticas</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Hago más o menos una cuarta parte de las tareas familiares y domésticas</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>Sólo hago tareas muy puntuales</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td>No hago ninguna o casi ninguna de estas tareas</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> </table>	Soy la/el principal responsable y hago la mayor parte de tareas familiares y domésticas	1	Hago aproximadamente la mitad de las tareas familiares y domésticas	2	Hago más o menos una cuarta parte de las tareas familiares y domésticas	3	Sólo hago tareas muy puntuales	4	No hago ninguna o casi ninguna de estas tareas	5
Soy la/el principal responsable y hago la mayor parte de tareas familiares y domésticas	1									
Hago aproximadamente la mitad de las tareas familiares y domésticas	2									
Hago más o menos una cuarta parte de las tareas familiares y domésticas	3									
Sólo hago tareas muy puntuales	4									
No hago ninguna o casi ninguna de estas tareas	5									

	Siempre	Muchas Veces	Algunas Veces	Solo algunas veces	Nunca
61. Si usted falta algún día a su casa, ¿Las tareas domésticas, se quedan sin hacer?	1	2	3	4	5
62. Cuando está en el hospital, ¿piensa en las tareas domésticas y familiares?	1	2	3	4	5
63. ¿Hay momentos en los que necesitaría estar en la hospital y en casa a la vez?	1	2	3	4	5

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Completamente de acuerdo
64. Mi trabajo necesita que aprenda cosas nuevas.	1	2	3	4
65. Mi trabajo necesita un nivel elevado de conocimiento.	1	2	3	4
66. En mi trabajo debo ser creativo.	1	2	3	4
67. Mi trabajo consiste en hacer siempre lo mismo.	1	2	3	4
68. En el trabajo tengo la oportunidad de hacer cosas diferentes.	1	2	3	4
69. En el trabajo tengo la posibilidad de desarrollar mis habilidades personales.	1	2	3	4
70. Mi trabajo me permite tomar decisiones de forma autónoma.	1	2	3	4
71. Tengo libertad de decidir cómo hacer mi trabajo.	1	2	3	4
72. Tengo influencia sobre cómo ocurren las cosas en mi	1	2	3	4
73. Mi trabajo exige ir muy deprisa.	1	2	3	4
74. Mi trabajo exige trabajar con mucho esfuerzo mental.	1	2	3	4
75. No se me pide hacer una cantidad excesiva de trabajo.	1	2	3	4
76. Tengo suficiente tiempo para hacer mi trabajo.	1	2	3	4
77. No recibo peticiones contradictorias de los jefes.	1	2	3	4
78. Mi trabajo me obliga a concentrarme durante largos periodos de tiempo.	1	2	3	4
79. Mi tarea es a menudo interrumpida antes de haberla acabado y debo finalizarla más tarde.	1	2	3	4
80. Mi trabajo es muy dinámico.	1	2	3	4
81. A menudo me retraso en mi trabajo porque debo esperar al trabajo de los demás.	1	2	3	4
82. Mi jefe(a) se preocupa del bienestar de los trabajadores que están bajo su supervisión.	1	2	3	4
83. Mi jefe(a) presta atención a lo que digo.	1	2	3	4
84. Mi jefe(a) tiene una actitud hostil o conflictiva hacia mí.	1	2	3	4
85. Mi jefe(a) facilita la realización del trabajo.	1	2	3	4
86. Mi jefe(a) consigue hacer trabajar a la gente unida.	1	2	3	4
87. Las personas con las que trabajo están cualificadas para las tareas que efectúan.	1	2	3	4
88. Las personas con las que trabajo tienen actitudes hostiles hacia mí.	1	2	3	4
89. Las personas con las que trabajo se interesan por mí.	1	2	3	4
90. Las personas con las que trabajo son amigables.	1	2	3	4
91. Las personas con las que trabajo se animan mutuamente a trabajar juntas.	1	2	3	4
92. Las personas con las que trabajo facilitan la realización del trabajo.	1	2	3	4



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CENTRO MÉDICO NACIONAL "LA RAZA"

HOJA DE RESPUESTAS DE ENCUESTA PARA TRABAJADORES IMSS

Instrucciones: Marque con una "X" la casilla numerada de acuerdo a su respuesta en cada pregunta. En el caso de las casillas abiertas "[]" coloque número legible o letra de molde, según sea el caso.

01. [] []	12. a. [] [] [] [] [] b. [] [] [] [] [] c. [] [] [] [] [] d. [] [] [] [] [] e. [] [] [] [] [] f. [] [] [] [] [] g. [] [] [] [] [] h. [] [] [] [] [] i. [] [] [] [] [] j. [] [] [] [] []	15. a. [] [] [] [] [] b. [] [] [] [] [] c. [] [] [] [] [] d. [] [] [] [] [] e. [] [] [] [] [] f. [] [] [] [] [] g. [] [] [] [] [] h. [] [] [] [] [] i. [] [] [] [] [] j. [] [] [] [] []	18. [] [] [] 1 2 3	36. [] [] [] [] [] 1 2 3 4 5
02. [] Día [] Mes [] Año	13. a. [] [] [] [] [] b. [] [] [] [] [] c. [] [] [] [] [] d. [] [] [] [] [] e. [] [] [] [] [] f. [] [] [] [] [] g. [] [] [] [] [] h. [] [] [] [] [] i. [] [] [] [] [] j. [] [] [] [] []	16. a. [] [] [] [] [] b. [] [] [] [] [] c. [] [] [] [] [] d. [] [] [] [] [] e. [] [] [] [] [] f. [] [] [] [] [] g. [] [] [] [] [] h. [] [] [] [] [] i. [] [] [] [] [] j. [] [] [] [] []	19. [] [] [] [] 1 2 3 4	37. [] [] [] [] [] 1 2 3 4 5
03. [] [] 1 2	14. a. [] [] [] [] [] b. [] [] [] [] [] c. [] [] [] [] [] d. [] [] [] [] [] e. [] [] [] [] [] f. [] [] [] [] [] g. [] [] [] [] [] h. [] [] [] [] [] i. [] [] [] [] [] j. [] [] [] [] []	17. a. [] [] [] [] [] b. [] [] [] [] [] c. [] [] [] [] [] d. [] [] [] [] [] e. [] [] [] [] [] f. [] [] [] [] [] g. [] [] [] [] [] h. [] [] [] [] [] i. [] [] [] [] [] j. [] [] [] [] []	20. [] [] 1 2	38. [] [] [] [] [] 1 2 3 4 5
04. [] [] 1 2			21. [] [] [] [] 1 2 3 4	39. [] [] [] [] [] 1 2 3 4 5
05. [] [] [] [] [] 1 2 3 4 5			22. [] [] [] [] 1 2 3 4 5 6 7 8	40. [] [] [] [] [] 1 2 3 4 5
06. [] [] [] [] [] 1 2 3 4 5 6 7			23. [] [] 1 2	41. [] [] [] [] [] 1 2 3 4 5
07. [] [] 1 2			24. [] [] 1 2	42. [] [] [] [] [] 1 2 3 4 5
08. [] [] 1 2			25. [] [] 1 2	43. [] [] [] 1 2 3
09. [] [] [] [] [] 1 2 3 4 5 6 7 8 9			26a. [] [] 26b. [] []	44. [] [] [] 1 2 3
10. a. [] [] b. [] [] c. [] [] d. [] [] e. [] [] f. [] [] g. [] [] h. [] [] i. [] [] j. [] []			27a. [] [] [] [] 27b. [] [] [] [] 1 2 3 4 5 6	45a. [] [] [] 45b. [] [] 1 2
11. a. [] [] 1 2			28. [] [] [] [] 1 2 3 4 5 6 7 8	46a. [] [] [] [] 46b. [] [] [] [] 1 2 3 4 5 6
			29. [] [] [] [] 1 2 3 4 5 6 7	47. [] [] [] [] [] 1 2 3 4 5 6 7 8
			30. [] [] 1 2	48. [] [] [] [] [] 1 2 3 4 5 6 7
			31. [] [] 1 2	49. [] [] 1 2
			32. [] [] 1 2	50. [] [] 1 2
			33. a. [] [] [] [] b. [] [] [] [] c. [] [] [] []	51. [] [] 1 2
			34. [] [] [] [] 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13	
			35. [] [] 1 2	

Instrucciones: Marque con una "X" la casilla numerada de acuerdo a su respuesta en cada pregunta.

52. 1 2

53. 1 2

54. 1 2

55. 1 2

56. 1 2

57. 1 2 3 4
 5 6 7 8
 9 10 11 12
 13 14

58. 1 2 3 4
 5 6 7 8
 9 10 11 12
 13 14

59. 1 2 3 4
 5 6 7 8
 9 10 11 12
 13 14

60. 1 2 3 4 5

61. 1 2 3 4 5

62. 1 2 3 4 5

63. 1 2 3 4 5

64. 1 2 3 4

65. 1 2 3 4

66. 1 2 3 4

67. 1 2 3 4

68. 1 2 3 4

69. 1 2 3 4

70. 1 2 3 4

71. 1 2 3 4

72. 1 2 3 4

73. 1 2 3 4

74. 1 2 3 4

75. 1 2 3 4

76. 1 2 3 4

77. 1 2 3 4

78. 1 2 3 4

79. 1 2 3 4

80. 1 2 3 4

81. 1 2 3 4

82. 1 2 3 4

83. 1 2 3 4

84. 1 2 3 4

85. 1 2 3 4

86. 1 2 3 4

87. 1 2 3 4

88. 1 2 3 4

89. 1 2 3 4

90. 1 2 3 4

91. 1 2 3 4

92. 1 2 3 4