



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO**

---

---

**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
Unidad de Medicina Familiar No. 20 Vallejo**

**“FRECUENCIA DE FACTORES ASOCIADOS A TABAQUISMO  
EN TRABAJADORES IMSS EN LA UMF No. 20”**

# **T E S I S**

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

**PRESENTA:**

**DRA. JUANA MARÍA LÓPEZ NIETO**

**TUTORA:**

**DRA. MARÍA DEL CARMEN AGUIRRE GARCÍA**

**ASESORA CLINICA:**

**DRA. YUBIA CORAL DURÁN FERNÁNDEZ**



SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

**Generación 2013-2016  
MEXICO, D.F NOVIEMBRE 2015**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

**TUTORA:**

---

**DRA. MARIA DEL CARMEN AGUIRRE GARCIA  
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
PROFESORA TITULAR DEL CURSO  
DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR  
UMF No. 20 VALLEJO IMSS**

**ASESORA CLINICA:**

---

**DRA. YUBIA CORAL DURÁN FERNÁNDEZ  
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
UMF No. 20 VALLEJO**

**Vo. Bo.**

---

**DRA. SANTA VEGA MENDOZA  
MEDICO ESPECILISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO  
DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR  
UMF No. 20 VALLEJO**

**Vo. Bo.**

---

**DR. MAXIMO ALEJANDRO GARCÍA FLORES  
COORDINADOR DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD  
UMF No. 20 VALLEJO**

## DEDICATORIAS

A mi **Dios, Jehová de los ejércitos** quien vive en mi corazón;  
por ser el más sublime ejemplo de amor,  
quién me guía en todo momento en la camino de la vida  
y me guarda en el hueco de su mano.

A **mi amado esposo**, Eliud Daniel (amore) un hombre extraordinario,  
que ha sido el impulso durante toda mi especialidad y el pilar principal para la  
culminación de la misma, que con su amor, apoyo incondicional ha sido  
y será el gran amor de mi vida, mi amigo, compañero inseparable,  
fuente de sabiduría, calma y consejo en todo momento.  
Te amo.

A **mis padres**, Chelito y Chuy, por darme la vida, educarme con amor, esfuerzos,  
valores, por ser mis ejemplos de vida; por sembrar en mí la  
semilla del éxito y hacer de mí una mujer de bien  
con principios y valores inquebrantables.

A **mis hermanas**, Pity y Jenny, por siempre creer en mí, por ser mis personas favoritas,  
por ser mi fuente de inspiración y mis cómplices de vida,  
quienes me levantan cuando caigo y están siempre que las necesito.

*Todo lo hizo hermoso en su tiempo; y ha puesto eternidad en el corazón de ellos, sin que  
alcance el hombre a entender la obra que ha hecho Dios desde el principio hasta el fin.*

*Eclesiastés 3:11*

***Los tiempos de Dios son perfectos.***

## AGRADECIMIENTOS

Gracias **mi Señor**, por que más que pedirte tengo que agradecerte.

A **mi Amore** quien me dió el mayor regalo de la vida que fue conocer  
y vivir conforme a la palabra de Dios.

A **mi familia**, por ser mi fortaleza y mi ejemplo de vida en todo momento,  
por celebrar mis éxitos y ayudarme a sobrellevar los tropiezos;  
sin ellos no sería lo que soy hasta ahora.

A **mis amigos**, pero en especial a mi gran amiga Yaris con la que he caminado en el duro  
y maravilloso mundo de la medicina, gracias amiga del alma.

A **mi asesora**, Dra. María del Carmen Aguirre García quien con su compromiso,  
conocimiento y apoyo ayudó a culminar satisfactoriamente ésta tesis.



## INDICE

	<b>PAG</b>
<b>I. MARCO TEORICO</b>	<b>1</b>
<b>II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>6</b>
<b>III. OBJETIVOS</b>	<b>7</b>
<b>IV. JUSTIFICACION</b>	<b>8</b>
<b>V. HIPOTESIS</b>	<b>10</b>
<b>VI. SUJETOS, MATERIAL Y METODOS</b>	<b>11</b>
<b>VII. RESULTADOS</b>	<b>19</b>
<b>VIII. DISCUSIÓN</b>	<b>38</b>
<b>IX. CONCLUSIONES</b>	<b>41</b>
<b>X. RECOMENDACIONES</b>	<b>42</b>
<b>XI. BIBLIOGRAFIA</b>	<b>43</b>
<b>XII. ANEXOS</b>	<b>46</b>

**FRECUENCIA DE FACTORES ASOCIADOS A  
TABAQUISMO EN TRABAJADORES IMSS EN LA  
UMF No. 20**

## FRECUENCIA DE FACTORES ASOCIADOS A TABAQUISMO EN TRABAJADORES IMSS EN LA UMF No. 20

**López Nieto Juana María<sup>1</sup>; Aguirre García María del Carmen<sup>2</sup>, Durán Fernández Yubia Coral<sup>3</sup>.**

1. Médico Residente de Medicina Familiar UMF 20.
2. Médico Familiar, UMF 20.
3. Médico Familiar, UMF 20.

En el 2008, la OMS estimó que en el mundo existen más de 1,200 millones de fumadores, así mismo, calculó más de 4 millones de muertes al año por enfermedades relacionadas con el tabaquismo. **Objetivo:** Determinar la frecuencia de factores asociados a tabaquismo en trabajadores IMSS en la UMF No. 20. **Metodología:** Estudio trasversal analítico en 202 trabajadores adscritos a la UMF No. 20. Previo consentimiento informado se aplicó la Encuesta Epidemiológica y Calidad de Vida de los Trabajadores IMSS, el test de Fagerström, la Escala de Hamilton y la Escala de Beck. **Resultados:** El Tabaquismo se presentó en el 38.6% (78); las asociaciones que más predominaron fueron: el sexo femenino OR=2.12 (IC 95% 1.17-3.82 y p=.009); escolaridad secundaria OR=4.61(IC 95% 1.18-17.94 y p=.020) y licenciatura OR=1.81 (IC 95% 1.00-3.27 p=.033); categoría de servicios básicos OR=4.35 (IC 95% 1.78-10.58 p=.001); como factor protector la actividad física moderada OR=1.85 (IC 95% 1.04-3.28, p=.024); alcoholismo regular OR=2.17 (IC 95% 1.21-3.86 y p=.006) y ansiedad OR=2.34 (IC 95% 1.10-4.94, p=.020). **Conclusiones:** La mayoría de los factores asociados citados en estudio de investigación incrementan la posibilidad de consumo de tabaco sobre todo cuando están presentes de manera conjunta.

**Palabras clave:** Tabaquismo, factores asociados, trabajadores del área de la salud, trabajadores IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social).

## FREQUENCY OF FACTORS ASSOCIATED SMOKING IMSS WORKERS IN THE UMF NO. 20

López Nieto Juana María<sup>1</sup>; Aguirre García María del Carmen<sup>2</sup>, Durán Fernández Yubia Coral<sup>3</sup>.

1. Family Medicine Resident Physician UMF 20.
2. Family Physician, UMF 20.
3. Family Physician, UMF 20.

In 2008, WHO estimated that worldwide more than 1,200 million smokers there, Likewise, calculated over 4 million deaths a year from smoking-related diseases. **Objective:** To determine the prevalence of factors associated with smoking in IMSS workers in the FMU No. 20. **Methodology:** Analytical cross-sectional study of 202 Previous assigned to the UMF No. 20. Workers informed consent applies Epidemiological Survey and Quality of Life IMSS workers, the Fagerström test, the Hamilton Rating Scale and the Beck Scale. Descriptive analysis. **Results:** Smoking was made in 38.6% (78); most predominant associations were: females OR=2.12 (IC 95% 1.17-3.82 and p= .009); secondary school OR=4.61, (IC 95% 1.18-17.94 and p= .020) and OR=1.81 (IC 95% 1.00-3.27 p= .033) Bachelor; basic services category OR=4.35 (IC 95% 1.78-10.58 p= .001); moderate physical activity OR=1.85 (IC 95% 1.04-3.28, p= .024), average OR=2.17 (IC 95% 1.21-3.86 and p= .006) alcoholism and anxiety OR=2.34 (IC 95% 1.10-4.94, p= .020). **Conclusions:** Most of the associated factors cited in the research study raise the possibility of consumption of snuff especially when present together.

**Keywords:** Smoking, associated factors, area workers health workers IMSS (Mexican Social Security Institute).

## I. MARCO TEÓRICO

El tabaco es conocido por la civilización occidental desde finales del siglo XV, cuando observaron su uso por los aborígenes del Caribe, durante el descubrimiento de América. Rápidamente se extendió por Europa y otras partes del mundo, aunque su cultivo, procesamiento y comercialización siguieron un proceso de desarrollo relativamente lento.<sup>(1, 2).</sup>

El humo del tabaco es un aerosol heterogéneo, producto por la combustión incompleta de la hoja del tabaco, de gotitas (partículas) que contienen agua, nicotina y otros alcaloides, así como alquitrán. Entre las principales sustancias químicas tóxicas en la fase de partículas del tabaco están: la nicotina, el benzopireno y otros hidrocarburos policíclicos.<sup>(3).</sup>

Aproximadamente entre el 92 y 95% del peso total del humo principal está presente en la fase gaseosa. El 85% del peso del humo está compuesto de nitrógeno, oxígeno y dióxido de carbono. Los gases restantes y partículas de materias son las sustancias de importancia médica.<sup>(3).</sup>

En el extremo del cigarrillo que se está encendido se alcanzan temperaturas de hasta 1.000° C. Se han reconocido cerca de 5,000 compuestos químicos en las distintas fases (gaseosa, sólida o de partículas) del humo del tabaco, que incluyen algunas farmacológicamente activas, antigénicas, citotóxicas, mutágenas y carcinogénicas.<sup>(3).</sup>

Una caja de cigarrillos al día equivale a 70,000 inhalaciones al año con exposición repetida a las mucosas de la boca, nariz, faringe y árbol traqueo bronquial.<sup>(3).</sup>

El tabaco tiene poder adictivo debido principalmente a su componente activo, la nicotina, que actúa sobre el sistema nervioso central. El fumador sufre una dependencia física y psicológica que genera un síndrome de abstinencia, denominado tabaquismo.<sup>(3).</sup>

Existen factores que condicionan la exposición inicial al tabaco, que lleva luego al tabaquismo; dichos factores son inherentes al individuo, a su entorno familiar y escolar o al contexto social.<sup>(4).</sup>

El consumo de tabaco es la principal causa de morbilidad prevenible en los países desarrollados según la OMS.<sup>(3, 4, 5, 6).</sup>

Según la OMS, en la actualidad existen 1,100 millones de fumadores en el mundo, lo que supone un tercio de la población mundial mayor de 15 años. Si la prevalencia y el consumo per cápita de cigarrillos persisten sin cambios, se puede predecir que en el 2025 habrá cerca de 1,900 millones de usuarios que consumirán más de 9 billones de cigarrillos.<sup>(2, 7).</sup>

El tabaquismo constituye uno de los problemas más graves de salud pública en escala mundial y se ha definido como la gran epidemia del siglo.<sup>(7)</sup>

El consumo de cigarrillo, contiene partículas potencialmente peligrosas para la salud; según la OMS es la causa de por lo menos 4 millones de muertes al año.<sup>(8)</sup>

Los efectos negativos que produce el tabaco en la salud, no solo afectan a los fumadores sino también a aquellos que están expuestos al humo de segunda mano, más conocidos como fumadores pasivos.<sup>(9)</sup>

El tabaco es factor de riesgo en enfermedades respiratorias, cardiovasculares, diferentes tipos de cáncer y es especialmente perjudicial en el embarazo. En 2008, cerca de dos terceras partes del total de muertes a nivel global (36 millones) fueron causadas por enfermedades crónica no transmisibles (ECNT), principalmente enfermedades cardiovasculares (48%), cáncer (21%), enfermedades respiratorias crónicas (12%) y diabetes (3%). Los principales factores de riesgo que causan las enfermedades crónicas no transmisibles son el consumo de tabaco, una dieta malsana, inactividad física y el abuso del alcohol.<sup>(3, 10)</sup>

Actualmente las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en diferentes partes del mundo. Entre ellas la enfermedad arterial coronaria es la manifestación más frecuente, con un alta morbilidad y mortalidad.<sup>(11)</sup>

El infarto agudo de miocardio, una de las formas de prestación de la enfermedad arterial coronaria, es una entidad frecuente y se espera un aumento de su incidencia en los próximos años de 120% en mujeres y 137% en hombres, por lo que se supera la incidencia por enfermedades cerebrovasculares, de ahí que estamos en presencia de una epidemia cardiovascular, que se estima causara una de cada tres muertes en el mundo para el 2020.<sup>(11)</sup>

En la actualidad se sabe que el 25% de las muertes por enfermedades de las arterias y del corazón son debidas al tabaco.<sup>(1)</sup> Los atributos propios al hábito de fumar están directamente relacionados con la ocurrencia del infarto agudo de miocardio, un consumo de 20 cigarrillos al día incrementa seis veces el riesgo.<sup>(11)</sup>

Si se considera el riesgo de desarrollar una enfermedad vascular coronaria, cerebral y periférica. Si se considera el riesgo de desarrollar una enfermedades cardiovascular de una persona del sexo masculino de 40 años en relación al tabaco, el colesterol sérico y la hipertensión arterial, la presencia simultánea de los tres factores de riesgo tres veces mayor que la suma de los efectos individuales.<sup>(12)</sup>

Uno de cuatro fumadores muere por alguna complicación dependiente del tabaco y de ellos la más preocupante es el cáncer de pulmón. Éste ha aumentado notablemente en las últimas décadas. Se describen un grupo de factores de riesgo que provocan esta enfermedad, dentro de ellos los más importantes son: el hábito de fumar y la exposición al humo del tabaco. Este tumor es diez veces más común entre los fumadores, el riesgo lo determina el número de cigarrillos consumidos diariamente por los años que lleva el individuo fumando, mientras más joven empieza el hábito mayor es la posibilidad de contraer el cáncer.<sup>(13)</sup>

Entre otras enfermedades contribuye a la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), a aumentar la frecuencia de abortos, partos prematuros y bajo peso al nacer; se aumentan los gastos, el deterioro del aspecto personal, de las relaciones interpersonales y de la calidad de la vida.<sup>(14)</sup>

La OMS estima que el tabaco provoca una de cada diez defunciones de adultos en el mundo, es decir, 1 cada 8 segundos. Además de estar asociado a enfermedades físicas y una menor expectativa de vida, cada vez existe más evidencia de su estrecha relación con diversos trastornos mentales como los trastornos de ansiedad.<sup>(15)</sup>

Se ha concentrado que la sensibilidad a la ansiedad es una variable significativa en la predicción del consumo del trabajo en 2 momentos: en la primera vez que se consume un cigarro y cuando la conducta de fumar se establece de manera cotidiana.<sup>(16)</sup>

El craving en fumadores es uno de los problemas principales del tratamiento del tabaquismo.<sup>(17)</sup>

La familia es una de las influencias más importantes para las personas, pues modela comportamientos relacionados con la salud y es donde ocurre el desarrollo psico-emocional de sus miembros.<sup>(18)</sup>

El hábito de fumar en algún amigo, el consumo de alcohol, una menor dedicación a la práctica deportiva de manera habitual, la mayor edad (14-15 años) y el menor nivel de estudios alcanzado fueron los factores que se asociaron de forma independiente al consumo de tabaco.<sup>(19)</sup>

En México, según la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) del 2011 se reportaron poco más de 17 millones de fumadores activos (personas que declararon haber formado durante el último año) entre 12 y 65 años de edad.<sup>(16)</sup> Se estima que para el 2020 habrá 8.4 millones de muertes anuales por enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco, de las cuales 7 de cada 10 ocurrirán en países en vías de desarrollo como México.<sup>(20)</sup>

En el IMSS es una Institución de seguridad social para los trabajadores y sus familiares creado en 1943. En un estudio se encontró que el tabaquismo ocasiona pérdidas cuantiosas en términos de subsidios y productividad. De 2006 a 2009 se erogaron 143.9 millones de pesos 2009 para subsidiar las incapacidades en el IMSS.<sup>(21)</sup>

Múltiples estudios alrededor del mundo han demostrado que los profesionales de la salud, incluyendo en médicos en etapas de formación, suelen hacer caso omiso llegando incluso a adquirir o aumentar su hábito tabáquico en etapas avanzadas de su formación como médicos o ya siendo profesionales de la salud.<sup>(22)</sup>

Este hábito es incongruente en estudiantes que atribuyen el consumo de tabaco a la integración de un grupo social determinado tomando actitudes que parecen ser contradictorias con la promoción y cuidados de la salud que ofrecen estos profesionales.<sup>(23)</sup>

En profesionales de la salud, el tabaquismo es mayor que en la población general. En México, las cifras varían entre el 14 y el 13% dependiendo de la Institución, área geográfica o población estudiada.<sup>(24)</sup>

En el área de la salud, a nivel Latinoamericano existen pocas investigaciones que nos proporcionen datos de prevalencia de tabaquismo; en una de estas realizada en La Habana, Cuba, en la cual la prevalencia de fumadores arrojó un 32% en médicos y de 46% en enfermeras, contrastando esta información respecto a lo encontrado en México, en esta área se encontró que la prevalencia en los Institutos Nacionales de Salud entre médicos, enfermeras, administrativos e investigadores fue del 28%.<sup>(25)</sup>

En un estudio realizado dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en el Estado de Morelos, la prevalencia de fumadores arrojó un 20,9% en médicos, 12,5% en enfermeras y un 33% en el personal administrativo.<sup>(25)</sup>

Actualmente se ha incrementado la tendencia de consumo en profesionales de la salud, tanto en hombres como en mujeres, y tiende a igualarse cuando hace cinco años era mayor en hombres debido a la mayor tolerancia social y al estrés laboral, que ha aumentado en la mujer debido a su “doble jornada laboral” (trabajo y hogar). Sin embargo, la médica o profesional de la salud tiende a disminuir el consumo después de la quinta década de la vida, probablemente por mayor conciencia en el autocuidado de la salud.<sup>(26)</sup>

La elevada prevalencia de tabaquismo en el personal de la salud va en contra del profesionalismo y la ética de estos trabajadores, ya que son responsables de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades en la población, sin embargo, se puede explicar en parte por la falta de acciones específicas de prevención y control de tabaquismo en las instituciones de salud.<sup>(26)</sup>



La problemática de esta adicción en los trabajadores de la salud, ha sido objeto de análisis por la OMS en especial en médicos y enfermeras, por constituir importantes fuentes de información e influencia, para lograr cambios favorables en los niveles de tabaquismo de la población.<sup>(27)</sup>

El tabaquismo es una enfermedad crónica perteneciente al grupo de las adicciones y su tratamiento incluye dos componentes: psicosocial y farmacológico. Se han utilizado también terapias alternativas para el manejo de las cuales la acupuntura, hipnosis y homeopatía son las más utilizadas.<sup>(28)</sup>

El conocimiento del estado socioeconómico de los fumadores que se someten a un tratamiento cognitivo-conductual para dejar de fumar es importante porque el medio influye en la adherencia o el abandono del intento para dejar el tabaco. El género, la edad, la pareja y el nivel educacional influyen en la adherencia al tratamiento o en su abandono.<sup>(29)</sup>

El autocuidado está determinado e influido por las condiciones de existencia, por factores socioculturales, por patrones familiares, experiencias previas y percepciones individuales.<sup>(30)</sup>

Se encontró que los médicos postergan las revisiones médicas con un profesional de la salud cuando se tiene una sintomatología específica, porque se conocen de antemano, tanto los procedimientos a los que van a ser sometidos, como los posibles resultados; otra característica es que ocasionalmente los médicos solicitan una cita y acuden a consulta médica cuando lo requieren; por el contrario, lo más frecuente es que consulten a un colega en el pasillo o acudan con el dentista cuando lo tienen a la mano o se practican exámenes de laboratorio en el propio ámbito laboral y ellos mismos evalúan los resultados.<sup>(30)</sup>

Las instituciones de salud no están diseñadas ni estructuradas para promover e impulsar el autocuidado de quienes ahí laboran, y en el caso de quienes trabajan en el segundo nivel de atención la estructura organizativa lo dificulta más todavía.<sup>(30)</sup>

La OMS indica que se debe promover en forma prioritaria que el personal de salud deje de fumar, dado que desempeñan una función importante como educadores en la promoción de comportamientos saludables en sus propios pacientes y en la población general. Sin embargo no se ha obtenido suficiente evidencia para comprender desde un punto de vista cualitativo las razones por las cuales los promotores de la salud como enfermeras, médicos, nutriólogos y odontólogos, fuman a pesar de conocer sus repercusiones.<sup>(23)</sup> Los resultados muestran que, aunque todos los países aplicaran de inmediato un conjunto integral de políticas de control de tabaco, la reducción en el número de usuarios de tabaco y en el consumo total de cigarrillos sería gradual.<sup>(31)</sup>

## II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El tabaquismo es un problema mundial de salud pública importante en todos los países, es uno de los factores conocidos que produce mayor número de mortalidad y morbilidad en los países desarrollados; de acuerdo con la OMS, cada año mueren 5.4 millones de personas dado que existe una relación causal entre fumar tabaco y enfermedad que está claramente establecida por la evidencia científica. El tabaco está asociado a diferentes tumores malignos (cavidad oral, laringe, esófago, vejiga, riñón, páncreas, estómago y cérvix), siendo el principal factor causal del cáncer de pulmón. También produce enfermedades pulmonares agudas y crónicas, es el principal factor de riesgo para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y es uno de los tres factores de riesgo mayores de la enfermedad cardiovascular junto con la hipertensión y la hipercolesterolemia. Desde hace unos años en los países desarrollados está aumentando la preocupación por las consecuencias del tabaquismo en la salud y se están tomando medidas legislativas, preventivas y terapéuticas para disminuir el consumo de tabaco. Los profesionales que trabajan en los hospitales, clínicas, áreas de salud tanto sanitaria como no sanitaria, son percibidos por la población como un modelo y ejemplo para seguir hábitos saludables. En ocasiones, la prevalencia de fumadores entre el personal sanitario es superior a la de la población general, lo cual actúa de forma contraproducente, incongruente y negativamente en la percepción del riesgo, promoción y cuidado de la salud por los propios profesionales y por la población en general; sin embargo desconocemos cuales son los motivos o factores relacionados al hábito de tabaco en éste personal. Dada la preferencia por estudiar el fenómeno desde el punto de vista objetivo, surge el siguiente propósito:

*¿Cuáles son los factores más frecuentes asociados a tabaquismo en trabajadores IMSS en UMF no. 20?*

### III. OBJETIVOS

#### **General:**

- ✓ Determinar la frecuencia de factores asociados a tabaquismo en trabajadores IMSS en la UMF No. 20.

#### **Específicos:**

- ✓ Mencionar el perfil demográfico del trabajador de la salud que más frecuentemente fuma (edad, sexo, escolaridad, estado civil).
- ✓ Referir que características laborales tienen mayor índice de tabaquismo en la UMF No. 20 (categoría, antigüedad, turno, tipo de contrato y percepción de carga laboral).
- ✓ Identificar la frecuencia de los estilos de vida y hábitos de autocuidado de salud en trabajadores IMSS en la UMF No. 20 (práctica de deporte, uso de drogas, tabaquismo, alcoholismo, hábitos alimenticios, higiene bucal y actividad física).
- ✓ Describir la frecuencia de consumo y grado de dependencia a tabaco en trabajadores IMSS de la UMF No. 20.
- ✓ Explorar la presencia de ansiedad y depresión asociado al consumo de tabaco en los trabajadores.

## IV. JUSTIFICACION

El tabaquismo es un problema de salud pública mundial importante en todos los países, dado que es socialmente aceptado, la compra de cigarrillos es facilitada y representa un gasto de bolsillo familiar y de recursos del sistema de salud muy importante. Se estima que existen más de mil millones de fumadores en el mundo, lo cual ocasiona seis muertes por minuto, y se esperan más de diez millones de muertes atribuibles al consumo de tabaco en los próximos 20 años. En nuestro país hay 13 millones de fumadores, cifra en sí alarmante, pero si añadimos a los fumadores involuntarios o pasivos, resulta que 48 millones de personas, es decir, la mitad de la población mexicana, están expuestas a los daños producidos por el tabaco. De acuerdo al Programa Nacional de Salud 2007-2012 en México, el sector salud destina 30 000 millones de pesos mexicanos anuales para atender problemas relacionados con el consumo del tabaco, lo que corresponde al 0.5% del Producto Interno Bruto del gasto total en salud de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, cada año mueren 5.4 millones de personas dado que el tabaquismo es uno de los factores que más contribuyen a las epidemias de enfermedades no transmisibles, entre las que destacan la enfermedad cardíaca, accidente cerebrovascular, enfisema pulmonar y ciertos tipos de cáncer como el de pulmón, esófago y estómago.

El patrón del consumo de tabaco observado en profesionales de la salud del IMSS muestra una prevalencia e incidencia menor a la observada en población general. La prevalencia entre los médicos de los diferentes institutos nacionales fue de 22% y la de los no médicos es de 27.7%. La relevancia de este dato se encuentra en el hecho de que se ha señalado que los médicos que fuman llevan a cabo menos intervenciones sobre tabaco en sus pacientes, en comparación con los médicos no fumadores. Otros estudios indican una elevada prevalencia en enfermeras y promotores de la salud. Sin embargo, es necesario continuar con programas para desalentar el consumo del tabaco entre profesionales de la salud, y tratar de hacerlos conscientes acerca de la influencia positiva que pueden y deben ejercer en la sociedad para impulsar programas integrados contra el consumo del tabaco y la adicción a la nicotina.

Los profesionales de la salud pueden ejercer una enorme influencia en cuanto al tabaquismo de la población general, debido a que pueden desalentar el consumo de diversas maneras. Pueden servir como ejemplo o modelo, promoviendo estilos de vida saludables, fomentando el ejercicio de la legislación sobre la prohibición del consumo de tabaco en las unidades médicas, y sensibilizando a la sociedad sobre los problemas derivados del tabaquismo.

En México son escasos los estudios que determinan la prevalencia de consumo de tabaco por categoría laboral, utilizando como unidad de observación los profesionales de la salud; por lo que se ha decidido realizar éste trabajo de investigación ya que es necesario y de utilidad al Instituto Mexicano del Seguro Social como principal fuente de atención médica y seguridad social del país conocer cuáles son los factores más frecuentes de asociación al hábito del consumo de tabaco en sus trabajadores así como es importante para la salud

pública la educación a los profesionales de la salud los efectos perjudiciales del tabaquismo y continuar con programas para desalentar el consumo del tabaco y tratar de hacerlos conscientes acerca de la influencia positiva que pueden y deben ejercer en la sociedad para impulsar programas integrados contra el consumo del tabaco y la adicción a la nicotina.

## V. HIPÓTESIS

### **Alterna**

Los factores asociados al consumo de tabaco como son: la edad, el sexo, la escolaridad, la categoría laboral, presencia de ansiedad, depresión entre otros en los trabajadores IMSS mayor será su grado de adicción y consumo de tabaco.

### **Hipótesis Nula**

No existen factores asociados al consumo de tabaco en trabajadores IMSS.

## VI. SUJETO, MATERIAL Y METODOS

### 1. Lugar del Estudio

El presente estudio se realizó en la zona Norte de la Ciudad de México, en la Unidad de Medicina familiar No. 20 (primer nivel de atención), ubicada en Calzada Vallejo Número 675, Delegación Gustavo A. Madero, con tutoría del personal de la Unidad de Medicina familiar No. 20. La cual cuenta con 30 consultorios que brindan servicios de consulta externa de Medicina Familiar, así como otros servicios: Odontología, Medicina preventiva, Planificación familiar, Medicina del trabajo, Laboratorio, Rayos X, Farmacia, Curaciones. La clínica labora de lunes a viernes en turnos matutino y vespertino con horarios de 08:00 a 14:00 hr y 14:00 a 20:00 hr.

### 2. Diseño del estudio: Transversal analítico

✓ Tipo de estudio:

- a) Por el control de la maniobra experimental por el investigador: Observacional
- b) Por la captación de la información: Prolectivo
- c) Por la medición del fenómeno en el tiempo: Transversal
- d) Por la presencia de un grupo control: Estudio descriptivo
- e) Por la dirección del análisis: Estudio transversal
- f) Por la ceguedad en la aplicación y evaluación de las maniobras: Abierta

✓ Grupo de estudio:

\*Características del grupo de estudio

El estudio de investigación se realizó en trabajadores adscritos a la plantilla laboral 2014 de la Unidad de Medicina Familiar No. 20 Vallejo, la cual cuenta con un total de 366 trabajadores ambos sexos y de las diferentes categorías del Instituto Mexicano del Seguro Social.

\*Criterios de Inclusión

- Trabajador IMSS de la UMF No. 20

\*Criterios de exclusión

- Trabajador que se encontró ausente debido a vacaciones o por incapacidad laboral

\*Criterios de eliminación

- Encuestas contestadas de forma incompleta

✓ Tamaño de muestra:

Muestreo estratificado por categorías. De acuerdo a la fórmula de Odds Ratio el tamaño muestral será de 144 trabajadores IMSS de un total de 366 trabajadores de la plantilla laboral.

$$OR = W = \frac{p_1 (1-p_2)}{p_2 (1-p_1)}$$

$$p_1 = \frac{wp_2}{(1-p_2)+wp_2}$$

$$wp_2 (1-p_1) = p_1 (1-p_2)$$

$$p_1 = \frac{4(0.20)}{(1-0.20)+4(0.20)}$$

$$p_1 (1 - p_2 + wp_2) = wp_2$$

$$p_1 = \frac{0.80}{0.80+0.80}$$

$$n = \left( \frac{z_{1-\alpha/2} \sqrt{2p(1-p)} + z_{1-\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)}}{p_1 - p_2} \right)^2$$

$$n = \left( \frac{1.96 \sqrt{2(0.35)(1-0.35)} + 0.84 \sqrt{0.5(1-0.5) + 0.20(1-0.20)}}{0.5 - 0.20} \right)^2$$

$$n = \left( \frac{1.96 \sqrt{2(0.35)(0.65)} + 0.84 \sqrt{0.5(0.50) + 0.20(0.80)}}{0.30} \right)^2$$

$$n = \left( \frac{1.96(0.6745) + 0.84(0.6403)}{0.30} \right)^2$$



$$n = \left( \frac{1.32 + 0.5378}{0.30} \right)^2$$
$$n = \left( \frac{1.8578}{0.30} \right)^2 = 38.33 \approx 40$$

El tamaño de muestra final será de 144 trabajadores IMSS más el 20% de las perdidas lo que da una n=173.

DEFINICION DE LAS VARIABLES DEL ESTUDIO:

<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICION CONCEPTUAL</b>	<b>DEFINICION OPERACIONAL</b>	<b>ESCALA DE MEDICION</b>	<b>TIPO DE VARIABLE</b>
<b>Tabaquismo (consumo de tabaco)</b>	Es la adicción al tabaco provocada, principalmente, por uno de sus componentes activos, la nicotina; la acción de dicha sustancia acaba condicionando el abuso de su consumo.	Registro en la encuesta: -si -no	Cualitativa nominal -Negado -Pasivo -Activo	Dependiente
<b>Factores asociados</b>	Elementos que pueden condicionar una situación, volviéndose los causantes de la evolución o transformación de los hechos. Los cuales se enlistan a continuación.			Independiente
<b>Edad</b>	Cada uno de los periodos en que se considera dividida la vida humana.	Registro en la encuesta: Edad en años.	Cuantitativa	Independiente
<b>Sexo</b>	Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y plantas.	Registro en la encuesta: -Femenino (mujeres) -Masculino (hombres)	Cualitativa	Independiente
<b>Escolaridad</b>	Tiempo durante el que un alumno asiste a la escuela o a cualquier centro de enseñanza	Grado de escolaridad registrado en la encuesta: - Primaria - Secundaria - Bachillerato - Técnico - Licenciatura - Posgrado	Cualitativa: Ordinaria	Independiente
<b>Estado Civil</b>	Es la situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra, con quien se crean lazos	Registro en la encuesta: - Soltero - Casado - Unión libre	Cualitativa	Independiente

	jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente, constituyendo con ella una institución familiar, y adquiriendo derechos y deberes al respecto.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Viudo</li> <li>- Divorciado</li> </ul>		
<b>Categoría</b>	Actividad a la que se dedica una persona para ganarse la vida	Registro en la encuesta de la labor que desempeña en la UMF: Medico, Enfermera, Trabajadora Social, Asistente médica, técnicos, intendencia, etc.	Cualitativa: Policotómica	Independiente
<b>Años de antigüedad</b>	Periodo continuado durante el cual una persona ha realizado un trabajo o actividad.	Registro en la encuesta: - Años - Quincenas - Días	Cuantitativa	Independiente
<b>Turno laboral</b>	Orden según el cual se alternan varias personas o grupos en la realización de una actividad o un servicio.	Registro en la encuesta: -Matutino -Vespertino - Nocturno - J. acumulada	Cualitativa	Independiente
<b>Tipo contractual</b>	Modelo de contrato o relativo a él que reúne los caracteres esenciales de responsabilidad de acuerdo a la actividad.	Registro en la encuesta: - Eventual - Base - Confianza - Sindicalizado	Cualitativa: Policotómica	Independiente

<b>Percepción de carga laboral</b>	Impresión del conjunto de requerimientos físicos y psicológicos a los que se ve sometido el trabajador a lo largo de su jornada laboral.	Registro en la encuesta de una escala visual analógica del 1 al 10.	Cuantitativa	Independiente
<b>Estilos de vida</b>	Conjunto de pautas y hábitos de comportamiento cotidianos de una persona. O bien, el conjunto de patrones de conducta que caracterizan la manera general de vivir de un individuo o grupo.	Registro en la encuesta del grado en que se practica cada uno: - Deporte - Drogas - Tabaquismo - Alcoholismo - Hábitos alimenticios - Higiene bucal - Actividad física	Cualitativa	Independiente
<b>Ansiedad</b>	Condición de una persona que experimenta una conmoción, intranquilidad, nerviosismo o preocupación	Estado de incertidumbre que se genera en el organismo cuando cree que no puede cumplir con la tarea asignada.	Cualitativa	Dependiente
<b>Depresión</b>	Estado que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.	Estado de tristeza provocado por el desinterés en la actividad laboral que le provoca bajo rendimiento.	Cualitativa	Dependiente

## DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO

Este estudio se realizó en la UMF No. 20, que se encuentra en Avenida Vallejo 675, Delegación Norte, D.F. por la residente de segundo año en Medicina Familiar Juana María López Nieto bajo la asesoría de la Dra. María del Carmen Aguirre García y la Dra. Yubia Coral Durán Fernández. Se invitó a los trabajadores que laboran en esta unidad bajo consentimiento informado a realizar una encuesta para identificar a los trabajadores con hábito de consumo de tabaco así como los factores asociados a éste. Todo esto con la colaboración de los Jefes de Departamento Clínico y Jefes de las diversas áreas de nuestro Instituto encargados de la autorización y supervisión de los trabajadores IMSS. Posteriormente se realizó el registro y captura de los datos generales de los trabajadores: edad, sexo, categoría, hábito tabáquico, así como el tiempo de consumo de éste, etc. Una vez finalizada esta etapa se llevó a cabo el análisis de datos arrojados por la encuestas para establecer la frecuencia de los factores asociados a tabaquismo en los trabajadores IMSS en esta unidad.

A continuación se describen los instrumentos de evaluación que se utilizaron en dicha investigación:

- **Encuesta Epidemiológica y Calidad de vida de los trabajadores IMSS (EPICAVT):** se encarga de la evaluación y el seguimiento de la salud de los trabajadores, para determinar el perfil salud enfermedad y determinar algunos de sus predictores. Consiste en 7 apartados en el siguiente orden: Datos generales del trabajador IMSS (ficha de identificación), Estilos de vida, Salud Sexual y Reproductiva, Antecedentes familiares y personales patológicos, Exposiciones laborales, incapacidades e indicadores antropométricos y fisiológicos. De las cuales en éste estudio solo se utilizaran las dos primeras secciones.
- **Test de Fagerström:** Este test sirve para evaluar el grado de dependencia de la nicotina. Está formado por 8 ítems con dos o cuatro alternativas de respuesta. La puntuación oscila entre 0 y 10. Puntuaciones altas en el test de Fagerström (6 o más) indican un alto grado de dependencia; por el contrario puntuaciones bajas no necesariamente indican un bajo grado de dependencia.
- **Escala de Ansiedad de Hamilton:** Se trata de una escala heteroadministrada por un clínico tras una entrevista. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Una mayor puntuación (18 puntos) indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento.

- **Escala de Depresión de Beck:** es una escala para medir el estado de ánimo. Con esta se detecta la presencia de depresión y se mide exactamente su gravedad. Consiste en 21 reactivos los cuales se contestan en una escala de 0 a 3. Puntuación total: 1-10= normal, 11-16= leve perturbación del estado de ánimo, 17-20= estado de depresión intermitentes, 21-30= depresión moderada, 31-40= depresión grave, >40= depresión extrema.

La información de las encuestas capturadas se codificaron en dos programas estadísticos: Excel y SPSS; para realizar las tablas de salida, la descripción de los resultados, discusión de los mismos así como la redacción del escrito final.

## ANÁLISIS DE DATOS

La información obtenida se capturó en computadora en una base de datos de Excel, utilizando paquetería office 2010, Windows 8; posteriormente se analizaron con el programa estadístico SPSS; el análisis estadístico fue descriptivo con medidas de tendencia central, frecuencias y porcentajes y por último hacer presentación de datos en tablas y gráficos. E inferencial para búsqueda de factores asociado con  $\chi^2$  RM y OR al 95%. Considerando significancia estadística cuando  $p \leq 0.05$  y OR mayor de 1.

## VII. RESULTADOS

Se realizaron 202 encuestas en trabajadores IMSS de la UMF No. 20 obteniendo los siguientes resultados del perfil sociodemográfico: Media de edad de 38.77  $\pm$  9.41 (rango 21-64); sexo femenino en el 63.4% (128); intervalo de edad 31-40 años en el 34.7% (70); estado civil casados en el 47% (95); escolaridad licenciatura en el 35.1% (71). Cuadro 1.

**CUADRO 1. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LOS TRABAJADORES IMSS EN LA UMF No. 20**

VARIABLE	n=202	%
<b><u>SEXO</u></b>		
Femenino	128	63.4
Masculino	74	36.6
<b><u>EDAD</u></b>		
21-30 años	49	24.3
31-40 años	70	34.7
41-50 años	55	27.2
51-60 años	27	13.4
> 60 años	1	.5
<b><u>ESTADO CIVIL</u></b>		
Soltero (a) sin pareja	26	12.9
Soltero (a) con pareja	42	20.8
Unión libre	31	15.3
Casado (a)	95	47.0
Divorciado (a)	7	3.5
Viudo (a)	1	.5
<b><u>ESCOLARIDAD</u></b>		
Secundaria	11	5.4
Bachillerato	30	14.9
Técnico	50	24.8
Licenciatura	71	35.1
Posgrado	40	19.8

Fuente: Encuesta a trabajadores IMSS de la UMF No. 20

Las características laborales que predominaron fueron categoría Auxiliar universal de oficina en el 20.8% (42); media de años de antigüedad  $9.99 \pm 7.9$  (rango 1-32); intervalo de años de antigüedad 1-10 años en el 59.4% (120); turno laboral matutino en el 64.9% (131); contrato de base 93.1% (188); tipo de contrato sindicalizado en el 98.0% (198), percepción laboral en el puntaje 8 en el 20.3% (41). Cuadro 2.

**CUADRO 2. CARACTERÍSTICAS LABORALES DE LOS TRABAJADORES  
IMSS EN LA UMF No. 20**

VARIABLE	n=202	%
<b><u>CATEGORÍA</u></b>		
Médico Familiar	29	14.4
Médico General	9	4.5
MNF Salud Trabajo	3	1.5
Enfermería	41	20.3
Jefe Departamento	3	1.5
Asistente Medico	21	10.4
Trabajo Social	4	2.0
AUO	42	20.8
Nutrición	1	0.5
OMRA	2	1.0
Químico	2	1.0
Laboratorista	8	4.0
Asistente Farmacia	4	2.0
Estomatología	2	1.0
Bibliotecario	2	1.0
Básicos	26	12.9
Conservación	3	1.5
<b><u>AÑOS DE ANTIGÜEDAD</u></b>		
1-10 años	120	59.4
11-20 años	52	25.7
21-30 años	29	14.4
>30	1	.5
<b><u>TURNO LABORAL</u></b>		
Matutino	131	64.9
Vespertino	71	35.1



<b><u>CONTRATO</u></b>		
Eventual	14	6.9
Base	188	93.1
<b><u>TIPO DE CONTRATO</u></b>		
Confianza	4	2.0
Sindicalizado	198	98.0
<b><u>PERCEPCION DE CARGA LABORAL</u></b>		
1	7	3.5
2	3	1.5
3	16	7.9
4	9	4.5
5	29	14.4
6	22	10.9
7	38	18.8
8	41	20.3
9	21	10.4
10	16	7.9

Fuente: Encuesta a trabajadores IMSS de la UMF No. 20

\*AUO: Auxiliar universal de oficina, OMRA: Operador de maquinaria de revelado automático.

El estilo de vida referido fue practica nula de deporte en el 49.5% (100); actividad física moderada en el 47.0% (95); hábitos alimenticios regulares en el 63.4% (128); hábitos de higiene bucal adecuados en el 63.9% (129); alcoholismo regular en el 48.5% (98); no uso de drogas en el 97.0% (196); no habito de tabaco en el 61.4% (124). Cuadro 3.

**CUADRO 3. CARACTERISTICAS DE ESTILO DE VIDA DE LOS TRABAJADORES  
IMSS EN LA UMF No. 20**

<b>VARIABLE</b>	<b>n=202</b>	<b>%</b>
<b><u>DEPORTE</u></b>		
Diario	15	7.4
2-3 veces por semana	87	43.1
Nunca	100	49.5
<b><u>ACTIVIDAD FÍSICA</u></b>		
Sedentario	26	12.9
Ligero	55	27.2
Moderado	95	47.0
Intenso	24	11.9
Extremadamente intenso	2	1.0
<b><u>ALIMENTACIÓN</u></b>		
Adecuada	43	21.3
Regular	128	63.4
Mala	31	15.3
<b><u>HIGIENE BUCAL</u></b>		
Adecuada	129	63.9
Regular	68	33.7
Mala	5	2.5
<b><u>ALCOHOLISMO</u></b>		
No	93	46.0
Si, regularmente	98	48.5
Si, frecuentemente	11	5.4

<b><u>DROGAS</u></b>		
Nunca	196	97.0
Ocasionalmente	6	3.0
Frecuentemente	0	0.0

Fuente: Encuesta a trabajadores IMSS de la UMF No. 20

El tabaquismo estuvo presente en el 38.6% (78) y ausente en el 61.4% (124) en los trabajadores IMSS de la unidad. Cuadro 4.

#### **CUADRO 4. TABAQUISMO EN TRABAJADORES IMSS EN LA UMF No. 20**

<b>VARIABLE</b>	<b>n=202</b>	<b>%</b>
<b>NO</b>	124	61.4
<b>SI</b>	78	38.6

Fuente: Encuesta a trabajadores IMSS de la UMF No. 20

El Test de Fagerström que se utilizó para evaluar el grado de dependencia en la población fumadora n=78 mostró los siguientes resultados; presentando grado de dependencia baja el 39.1% (79). Cuadro 5.

#### **CUADRO 5. TEST DE FAGERSTRÖM**

<b>VARIABLE</b>	<b>n=202</b>	<b>%</b>
<b>BAJA DEPENDENCIA</b>	78	38.6

Fuente: Encuesta a trabajadores IMSS de la UMF No. 20

Los resultados obtenidos en la Escala de Ansiedad de Hamilton son los siguientes: sin presencia de ansiedad en el 80.2% (162); ansiedad menor en 16.8% (34) y en el 3.0% (6) correspondiente a ansiedad menor. Cuadro 6.

**CUADRO 6. ESCALA DE HAMILTON**

<b>VARIABLE</b>	<b>n=202</b>	<b>%</b>
<b>SIN ANSIEDAD</b>	162	80.2
<b>ANSIEDAD MENOR</b>	34	16.8
<b>ANSIEDAD MAYOR</b>	6	3.0

Fuente: Encuesta a trabajadores IMSS de la UMF No. 20

En la escala de Depresión de Beck obtuvimos los siguientes resultados: los trabajadores adscritos a la UMF No. 20 presentaron ausencia de depresión en el 94.1% (190). Cuadro 7.

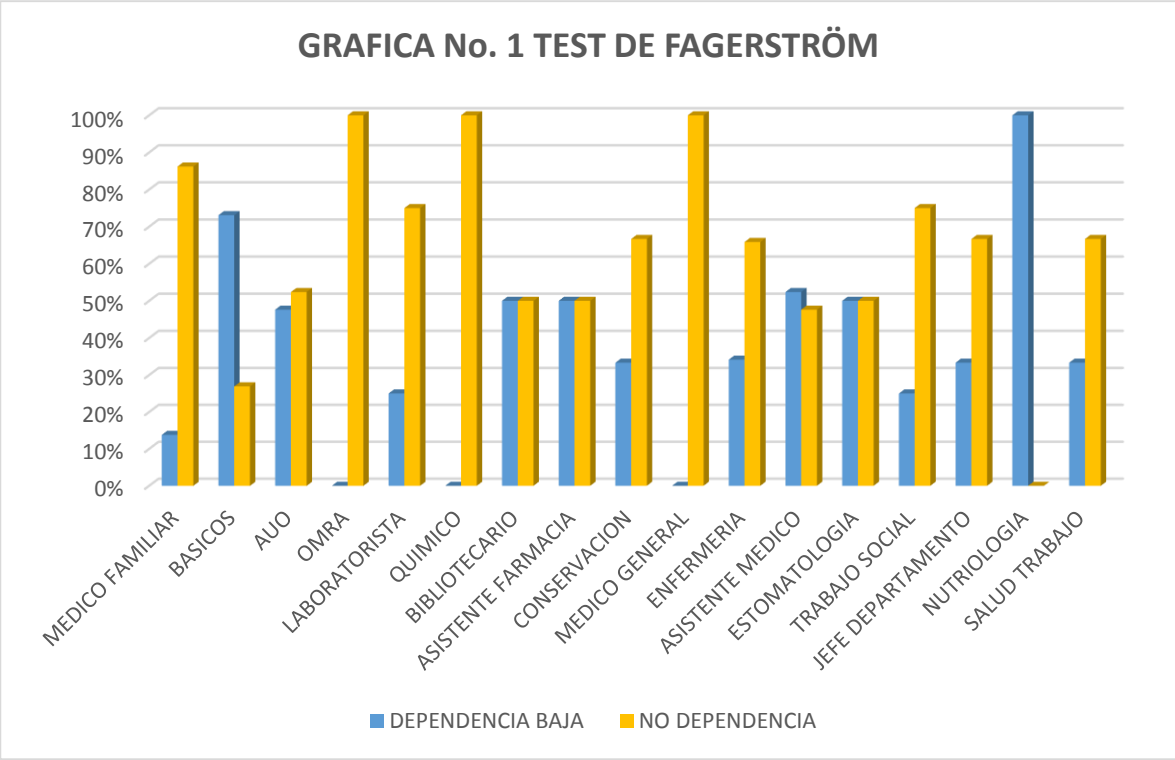
**CUADRO 7. ESCALA DE BECK**

<b>VARIABLE</b>	<b>n=202</b>	<b>%</b>
<b>AUSENCIA DE DEPRESION</b>	190	94.1
<b>DEPRESION LEVE</b>	11	5.4
<b>DEPRESION INTERMITENTE</b>	1	0.5

Fuente: Encuesta a trabajadores IMSS de la UMF No. 20

A continuación se describen las evaluaciones realizadas en los trabajadores IMSS en relación con la categoría laboral.

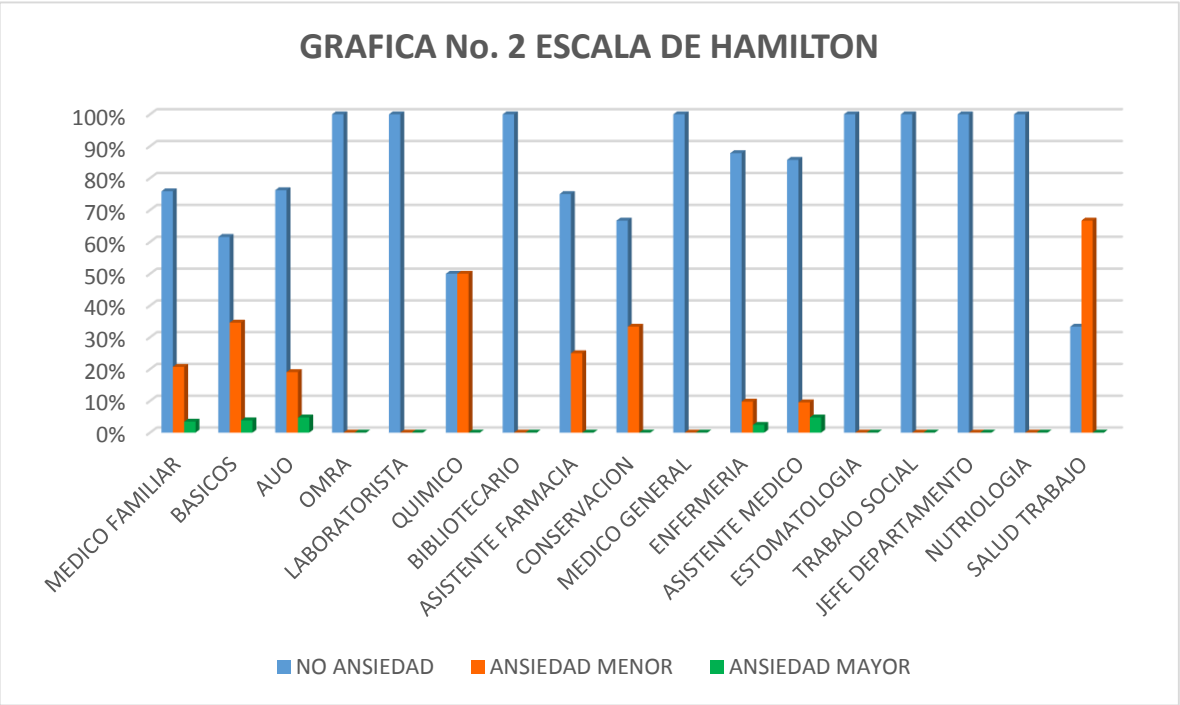
Observando que en el Test de Fagerström la categoría que presentó dependencia baja fue Básicos representada con el 73.08% (19). Grafica No. 1



Fuente: Encuesta a trabajadores IMSS de la UMF No. 20

\*AUO: Auxiliar universal de oficina, OMRA: Operador de maquinaria de revelado automático.

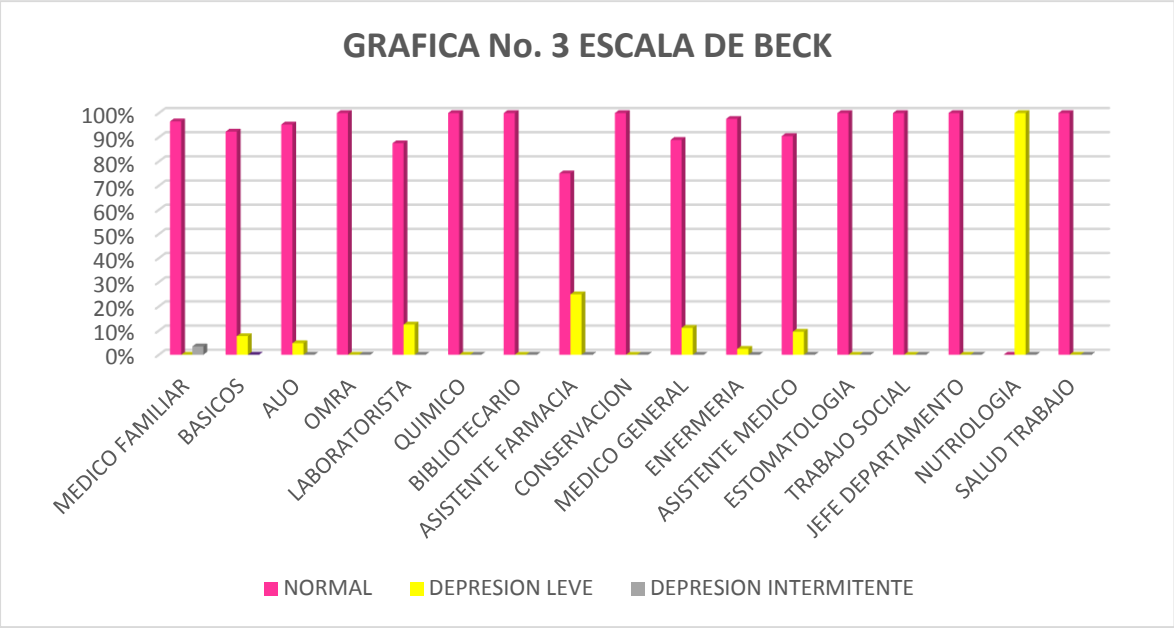
La categoría representada con ansiedad menor es Salud en el Trabajo con 66.7% (2) seguida de Químicos en el 4.8% (2). Las categorías que presentaron ansiedad mayor fueron Auxiliar Universal de Oficina en el 4.8% (2) y Asistente Medico en el 4.8% (1). Grafica 2.



Fuente: Encuesta a trabajadores IMSS de la UMF No. 20

\*AUO: Auxiliar universal de oficina, OMRA: Operador de maquinaria de revelado automático.

En relación a la medición del estado de ánimo depresivo con la escala de Beck los resultados son los siguientes: los trabajadores IMSS se encontraron dentro de parámetros normales en el 94.06% (190), Depresión leve en el 5.45% (11) y Depresión de intensidad intermitente en el 0.50% (1). La categoría en la cual se reportó con más frecuencia Depresión leve fue Nutriología con el 100% (1) y Depresión intermitente la categoría de Médico familiar en el 3.4% (1). Grafica 3.



Fuente: Encuesta a trabajadores IMSS de la UMF No. 20

\*AUO: Auxiliar universal de oficina, OMRA: Operador de maquinaria de revelado automático.

En el siguiente cuadro se puede observar la relación en cuanto a tabaquismo positivo y sexo se apreció que en el grupo de fumadores predomina las mujeres en 52.6% (41) y en el grupo de no fumadores los hombre 29.8% (37). Con una p significativa de .009. Cuadro 8.

**Cuadro 8. Tabaquismo en relación al sexo de los trabajadores IMSS en la UMF No. 20**

		TABAQUISMO		p	
		NO	SI		
SEXO	FEMENINO	N	87	41	.009
		%	70.2	52.6	
	MASCULINO	N	37	37	
		%	29.8	47.4	

Fuente: Encuesta a trabajadores IMSS de la UMF No. 20

Se encontró en la relación en cuanto a tabaquismo positivo y escolaridad, donde predominaron los grados de secundaria en 10.3% (8) con una p de .020; licenciatura 43.6% (34) con una p de .033 y posgrado 9.0% (7) con una p de .001. Cuadro 9.

**Cuadro 9. Tabaquismo en relación a la escolaridad de los trabajadores IMSS en la UMF No. 20**

			TABAQUISMO		p
			NO	SI	
ESCOLARIDAD	SECUNDARIA	N	3	8	.020
		%	2.4	10.3	
	BACHILLERATO	N	15	15	.088
		%	12.1	19.2	
	TECNICO	N	36	14	.052
		%	29.0	17.9	
	LICENCIATURA	N	37	34	.033
		%	29.8	43.6	
	POSGRADO	N	33	7	.001
		%	26.6	9.0	

Fuente: Encuesta a trabajadores IMSS de la UMF No. 20



De acuerdo a la relación en cuanto a tabaquismo positivo y estado civil se observó que en el grupo de fumadores predomina los casados (a) en un 42.3% (33) con respecto al resto de los grupos estudiados. Cuadro 10.

**Cuadro 10. Tabaquismo en relación al estado civil de los trabajadores IMSS en al UMF No. 20**

		TABAQUISMO		p	
		NO	SI		
EDO.CIVIL	SOLTERO SIN PAREJA	n	18	8	.256
		%	14.5	10.3	
	SOLTERO CON PAREJA	n	21	21	.065
		%	16.9	26.9	
	UNION LIBRE	n	15	16	.080
		%	12.1	20.5	
	CASADO	n	62	33	.178
		%	50.0	42.3	
	DIVORCIADO	n	7	0	.031
		%	5.6	0.0	
	VIUDO	n	1	0	.614
		%	0.8	0.0	

Fuente: Encuesta a trabajadores IMSS de la UMF No. 20

En base a la relación observada con tabaquismo positivo y categoría laboral se encontró que a la categoría de Médico familiar en 5.1% (4) con una p de .002 y básicos en el 23.1% (18) con una p de .001 y en el grupo de no fumadores a Enfermería con 21.8% (27). Cuadro 11.

**Cuadro 11. Tabaquismo en relación a la categoría de los trabajadores IMSS en la UMF No. 20**

CATEGORIA		TABAQUISMO		p
		NO	SI	
MEDICO FAMILIAR	n	25	4	.002
	%	20.2	5.1	
BASICOS	n	8	18	.001
	%	6.5	23.1	
AUO	n	22	20	.122
	%	17.7	25.6	
OMRA	n	2	0	.376
	%	1.6	0.0	
LABORATORISTA	n	6	2	.341
	%	4.8	2.6	
QUIMICO	n	2	0	.376
	%	1.6	0.0	
BIBLIOTECARIO	n	1	1	.624
	%	0.8	1.3	
ASISTENTE FARMACIA	n	2	2	.501
	%	1.6	2.6	
CONSERVACION	n	2	1	.669
	%	1.6	1.3	
MEDICO GENERAL	n	9	0	.011
	%	7.3	0.0	
ENFERMERIA	n	27	14	.319
	%	21.8	17.9	
ASISTENTE	n	10	11	.129
	%	8.1	14.1	
ESTOMATOLOGIA	n	1	1	.624
	%	0.8	1.3	
TRABAJO SOCIAL	n	3	1	.499
	%	2.4	1.3	

JEFE DE DEPARTAMENTO	n	2	1	.669
	%	1.6	1.3	
NUTRIOLOGIA	n	0	1	.386
	%	0.0	1.3	
MNF SALUD TRABAJO	n	2	1	.669
	%	1.6	1.3	

Fuente: Encuesta a trabajadores IMSS de la UMF No. 20

\*AUO: Auxiliar universal de oficina, OMRA: Operador de maquinaria de revelado automático.

En cuanto a la relación de tabaquismo positivo y turno laboral no se apreció predominio por el horario laboral ya que se encontraron el mismo porcentaje en ambos 50% (39) con una p de .000. Cuadro 12.

**Cuadro 12. Tabaquismo en relación al Turno Laboral de los trabajadores IMSS en la UMF No. 20**

		TABAQUISMO		Total	
		NO	SI		
TURNOLABORAL	MATUTINO	n	92	39	.000
		%	74.2	50.0	
	VESPERTINO	n	32	39	
		%	25.8	50.0	

Fuente: Encuesta a trabajadores IMSS de la UMF No. 20

La relación en cuanto a tabaquismo positivo y contrato se mostró que en el grupo de fumadores predominaron los trabajadores con Base en 94.9% (74) con una p de .309 y en el grupo de no fumadores los contratados eventualmente en un 5.1% (4). Cuadro 13.

**Cuadro 13. Tabaquismo en relación al Contrato de los trabajadores IMSS en la UMF No. 20**

			TABAQUISMO		Total
			NO	SI	
CONTRATO	EVENTUAL	n	10	4	.309
		%	8.1	5.1	
	BASE	n	114	74	
		%	91.9	94.9	

Fuente: Encuesta a trabajadores IMSS de la UMF No. 20

La relación de acuerdo al tabaquismo positivo y tipo de contrato se encontró que en el grupo de fumadores predominaron los trabajadores sindicalizados en el 98.7% (77) y en el grupo de no fumadores los trabajadores de confianza 1.3% (1). Cuadro 14.

**Cuadro 14. Tabaquismo en relación al tipo de contrato de los trabajadores IMSS en la UMF No. 20**

			TABAQUISMO		p
			NO	SI	
TIPOCONTRATO	CONFIANZA	n	3	1	.499
		%	2.4	1.3	
	SINDICALIZADO	n	121	77	
		%	97.6	98.7	

Fuente: Encuesta a trabajadores IMSS de la UMF No. 20

Se encontró relación en cuanto a tabaquismo positivo y la práctica de Deporte apreciándose en el grupo de Practica de 2 a 3 veces por semana en el 50% (39) y en el grupo de no fumadores el grupo de practica nula en el 54.8% (68) con una p de .038. Cuadro 15.

**Cuadro 15. Tabaquismo en relación a la práctica de Deporte de los trabajadores IMSS en la UMF No.**

		20		Total
		TABAQUISMO		
		NO	SI	
DIARIO	n	8	7	.343
	%	6.5	9.0	
E.V.DEPORTE 2-3 VECES SEMANA	n	48	39	.076
	%	38.7	50.0	
NUNCA	n	68	32	.038
	%	54.8	41.0	

Fuente: Encuesta a trabajadores IMSS de la UMF No. 20

La relación en cuanto a tabaquismo positivo y nivel de actividad física se mostró que en el grupo de fumadores predomina la actividad moderada en un 56.4% (44) con un p de .024 y en el grupo de no fumadores la actividad ligera en el 26.6% (33). Cuadro 16.

**Cuadro 16. Tabaquismo en relación a la Actividad física de los trabajadores IMSS en la UMF No. 20**

		TABAQUISMO		Total
		NO	SI	
SEDENTARIO	n	19	7	.136
	%	15.3	9.0	
LIGERO	n	33	22	.464
	%	26.6	28.2	
E.V.A.FISICA MODERADO	n	51	44	.024
	%	41.1	56.4	
INTENSO	n	19	5	.043
	%	15.3	6.4	
EXTREMADAMENTE INTENSO	n	2	0	.376
	%	1.6	0.0	

Fuente: Encuesta a trabajadores IMSS de la UMF No. 20

La relación en cuanto a tabaquismo positivo y alimentación se observó que en el grupo de fumadores predomina la alimentación regular en el 64.1% (50) al igual que en el grupo de no fumadores en un 62.9% (78). Cuadro 17.

**Cuadro 17. Tabaquismo en relación a los hábitos alimenticios de los trabajadores IMSS en la UMF**

**No.20**

			TABAQUISMO		Total
			NO	SI	
E.V.ALIMENTCION	ADECUADA	n	29	14	.230
		%	23.4	17.9	
	REGULAR	n	78	50	.492
		%	62.9	64.1	
	MALA	n	17	14	.268
		%	13.7	17.9	

Fuente: Encuesta a trabajadores IMSS de la UMF No. 20

En relación de acuerdo al tabaquismo positivo en los habito de higiene bucal se encontró que tanto en el grupo de fumadores en el 60.3% (47) como en el no fumadores en el 66.1% (82), predomina la higiene adecuada. Cuadro 18.

**Cuadro 18. Tabaquismo en relación a la higiene bucal de los trabajadores IMSS en la UMF No. 20**

			TABAQUISMO		Total
			NO	SI	
E.V.HIGIENE BUCAL	ADECUADA	n	82	47	.208
		%	66.1	60.3	
	REGULAR	n	39	29	.210
		%	31.5	37.2	
	MALA	n	3	2	.641
		%	2.4	2.6	

Fuente: Encuesta a trabajadores IMSS de la UMF No. 20

La relación en cuanto a tabaquismo positivo y Alcoholismo se apreció que en el grupo de fumadores predomina el alcoholismo positivo regular 60.3% (47) con una p de .006 y en el grupo de no fumadores el alcoholismo negativo en el 56.5% (70) con una p de .000. Cuadro 19.

**Cuadro 19. Tabaquismo en relación al Alcoholismo de los trabajadores IMSS en la UMF No. 20**

			TABAQUISMO		Total
			NO	SI	
NO	n		70	23	.000
	%		56.5	29.5	
ALCOHOLISMO SI, REGULAR	n		51	47	.006
	%		41.1	60.3	
SI, FRECUENTEMENTE	n		3	8	.020
	%		2.4	10.3	

Fuente: Encuesta a trabajadores IMSS de la UMF No. 20

La relación en cuanto a tabaquismo positivo y uso de Drogas arrojó que en el grupo de fumadores predomina la ausencia de drogas en el 94.9% (74) al igual que en el grupo de no fumadores en el 98.4% (122). Cuadro 20.

**Cuadro 20. Tabaquismo en relación al uso de Drogas de los trabajadores IMSS en la UMF No. 20**

			TABAQUISMO		Total
			NO	SI	
DROGAS	n		122	74	.157
	%		98.4	94.9	
OCASIONALMENTE	n		2	4	
	%		1.6	5.1	

Fuente: Encuesta a trabajadores IMSS de la UMF No. 20

La relación de acuerdo a tabaquismo positivo y grado de Ansiedad demostró que en el grupo de fumadores predomina la no presencia de ansiedad en el 71.8% (56) con una p de .015 y la ansiedad menor en el 24.4% (19) con una p de .020 y en el grupo de no fumadores la no presencia de ansiedad en el 85.5% (106) con una p de .015. Cuadro 21.

**Cuadro 21. Tabaquismo en relación al Grado de Ansiedad de los trabajadores IMSS en la UMF No.**

			20		Total
			TABAQUISMO		
			NO	SI	
E.HAMILTON	NO ANSIEDAD	n	106	56	.015
		%	85.5	71.8	
	ANSIEDAD MENOR	n	15	19	.020
		%	12.1	24.4	
	ANSIEDAD MAYOR	n	3	3	.427
		%	2.4	3.8	

Fuente: Encuesta a trabajadores IMSS de la UMF No. 20

La relación en cuanto a tabaquismo positivo y nivel de Depresión se encontró que en el grupo de fumadores predomina la normalidad en el 91.0% (71) de igual manera en el grupo de no fumadores en el 96.0% (119). Cuadro 22.

**Cuadro 22. Tabaquismo en relación al nivel de Depresión de los trabajadores IMSS en la UMF No. 20**

			TABAQUISMO		Total
			NO	SI	
E.BECK	NORMAL	n	119	71	.128
		%	96.0	91.0	
	LEVE	n	4	7	.077
		%	3.2	9.0	
	INTERMITENTE	n	1	0	
		%	0.8	0.0	

Fuente: Encuesta a trabajadores IMSS de la UMF No. 20



De acuerdo a la asociación del tabaquismo con las diferentes variables se observó una relación estadísticamente significativa: en relación al sexo el grupo de fumadores predominó en las mujeres con una p de .009 y OR 2.12. La asociación de tabaquismo con los diferentes grados escolares se relacionó con escolaridad secundaria con una p de .020 y OR 4.61, licenciatura con una p de .033 y OR 1.81 así como posgrado con una p de .001 y OR 0.27. Se apreció relación significativa con el turno laboral vespertino con una p de .000 y OR 2.87. En relación a la asociación del tabaquismo con las diferentes categorías se obtuvo significancia con Médico familiar con una p de .001 y OR 0.21 así como Básicos con una p de .001 y OR 4.35. El estilo de vida que mostró mayor relación al tabaquismo fue actividad física de tipo moderada con una p de .024 y OR 1.85. La nula ingesta con una p de .000 y OR 0.32, la ingesta de manera regular con una p de .006 y OR 2.17 e ingesta frecuente con una p de .020 y OR 4.61 de alcoholismo se relaciona significativamente con el hábito tabáquico. En relación a la ansiedad el grupo que no presentó ansiedad con una p de .015 y OR 0.43 predominó el tabaquismo así como en el de ansiedad menor con una p de .020 y OR 2.34.

**Cuadro 23. Asociación entre tabaquismo y variables de estudio**

<b>Variable</b>	<b>OR</b>	<b>IC 95%</b>	<b>p</b>
<b>Sexo</b>			
Femenino	2.12.	1.17 – 3.82	.009
<b>Escolaridad</b>			
Secundaria	4.61	1.18 – 17.94	.020
Licenciatura	1.81	1.00 – 3.27	.033
Posgrado	0.27	0.11 – 0.65	.001
<b>Turno laboral</b>			
Vespertino	2.87	1.57 – 5.23	.000
<b>Categorías</b>			
Médico familiar	0.21	0.07 – 0.64	.002
Básicos	4.32	1.78 – 10.58	.001
<b>Actividad física</b>			
moderada	1.85	1.04 – 3.28	.024
<b>Alcoholismo</b>			
No	0.32	0.17 – 0.58	.000
Si, regularmente	2.17	1.21 – 3.86	.006
Si, frecuentemente	4.61	1.18 – 17.94	.020
<b>Test de Hamilton</b>			
No ansiedad	0.43	0.21 – 0.87	.015
Ansiedad menor9	2.34	1.10 – 4.94	.020

## VIII. DISCUSIÓN

La participación fue del 55% de la planilla del personal que labora en la unidad, obtuvimos una n=202 superior a la mayoría de los estudios similares que se han realizado en relación a este tema. Mediante la presente investigación se encontró una frecuencia de tabaquismo de 38.6% siendo asociado al sexo femenino, categoría de servicios básicos, escolaridad secundaria, presencia de ansiedad leve, ingesta de alcohol. Cabe mencionar que como factor protector se encontró el ejercicio intenso.

Existen factores que condicionan la exposición inicial al tabaco, que lleva luego al tabaquismo; dichos factores son inherentes al individuo, a su entorno familiar, escolar, contexto social y laboral.<sup>(4)</sup> En el presente estudio de investigación citamos como factores asociados, el perfil sociodemográfico (edad, sexo, escolaridad, estado civil); características laborales (categoría, turno laboral, tipo de contrato, percepción de carga laboral) y estilo de vida (deporte, actividad física, hábitos alimenticios, higiene bucal, alcoholismo, uso de drogas y tabaquismo).

Actualmente se ha incrementado la tendencia de consumo en profesionales de la salud, tanto en hombres como en mujeres, y tiende a igualarse cuando hace años era mayor en hombres debido a la mayor tolerancia social y al estrés laboral, que ha aumentado en la mujer debido a su “doble jornada laboral” (trabajo y hogar). Sin embargo, la médica o profesional de la salud tiende a disminuir el consumo después de la quinta década de la vida, probablemente por mayor conciencia en el autocuidado de la salud.<sup>(26)</sup> En ésta investigación obtuvimos que la variable de tabaquismo positivo corresponde en su mayoría al sexo femenino en un 52.6% en comparación al sexo masculino en un 47.4%, teniendo como resultado que el sexo femenino está más propenso a desarrollar el hábito de tabaquismo hasta dos veces más que el sexo opuesto. Lo cual supera a lo reportado en la Encuesta Nacional de Adicciones 2011 (ENA) donde se mencionó una prevalencia de fumadores activos en los adultos de 18 a 65 años de 23.6%, lo que corresponde a 15.6 millones de adultos fumadores. El 31.4% de los hombres y el 12.6% de las mujeres son fumadores activos (12 millones de hombres y 5.2 millones de mujeres).

En la gran mayoría de la literatura revisada para esta investigación dentro de las plataformas PubMed, Ovid, Medlatina, Redalyc, Scielo, Nature, etc., no se reconoce el nivel de escolaridad en relación con el hábito de fumar por lo que encontramos en las diferentes observaciones hechas, que el menor grado de escolaridad en este caso Secundaria aumenta dos veces más el riesgo de tabaquismo y en menor grado a nivel de licenciatura; teniendo como factor protector un mayor grado de escolaridad como el Posgrado de acuerdo a nuestra población estudiada. Esto puede deberse a que a mayor escolaridad cuenta con mayores recursos de manejo de estresores y autocuidado de la salud.

La problemática de esta adicción en los trabajadores de la salud, ha sido objeto de análisis por la OMS en especial en médicos y enfermeras, por constituir importantes fuentes de información e influencia, para lograr cambios favorables en los niveles de tabaquismo de la población.<sup>(27)</sup> De acuerdo a la literatura en el área de la salud, a nivel Latinoamericano

existen pocas investigaciones que nos proporcionen datos de prevalencia de tabaquismo; en una de estas realizada en La Habana, Cuba, en la cual la prevalencia de fumadores reportó un 32% en médicos y de 46% en enfermeras, contrastando esta información respecto a lo encontrado en México, en esta área se encontró que la prevalencia en los Institutos Nacionales de Salud entre médicos, enfermeras, administrativos e investigadores fue del 28%.<sup>(25)</sup>

En profesionales de la salud, el tabaquismo es menor que en la población general. En México, las cifras varían entre el 14 y el 13% dependiendo de la Institución, área geográfica o población estudiada.<sup>(24)</sup>

De acuerdo estudios previos el patrón del consumo de tabaco observado en profesionales de la salud del IMSS muestra una prevalencia e incidencia menor a la observada en población general. La prevalencia entre los médicos de los diferentes institutos nacionales fue de 22% y la de los no médicos es de 27.7%.

En un estudio realizado dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en el Estado de Morelos, la prevalencia de fumadores se observó en un 20,9% en médicos, 12,5% en enfermeras y un 33% en el personal administrativo.<sup>(25)</sup> En éste estudio realizado en la UMF No. 20 Vallejo del Distrito Federal obtuvimos que el 39.11% (79) de los trabajadores adscritos a la plantilla laboral tienen dependencia al tabaco y de éstos la categoría con mayor puntuación de tabaquismo positivo fueron: Básicos en el 73.08%, en quienes observamos incremento hasta de 4 veces más riesgo de consumir tabaco al encontrarse en esta categoría así como el turno laboral vespertino.

Se ha encontrado que el fumar se asocia a otros componentes desfavorables del estilo de vida como el consumo de alcohol, el cual es mayor en quienes presentan alto consumo de éste; por lo que la prevalencia de tabaquismo es más alta en los bebedores, comparados con las personas que tiene un bajo o nulo consumo, en coincidencia con la literatura médica.<sup>(26)</sup>

Lo anterior también se asocia a una menor dedicación a la práctica deportiva de manera habitual o nula actividad física y el menor nivel de estudios alcanzado fueron los factores que se asociaron de forma independiente al consumo de tabaco. De acuerdo a éste estudio observamos que la presencia de alcoholismo positivo favorece 2 veces más el riesgo de propiciar el tabaquismo y demostró a su vez que el ejercicio de tipo intenso proporciona un factor protector ( $OR=0.37$ ) ante el consumo de cigarro en la población estudiada.

Cuevas y Hernández-Pozo 2009 refiere que la nicotina, incrementa la liberación de la dopamina, lo que potencia las propiedades reforzadoras de la droga. Junto a estas propiedades reforzadoras primarias, la acción de la nicotina ejerce un mayor efecto en situaciones estresantes, lo que explicaría su mayor potencial adictivo en personas que se encuentran sometidas a altos niveles de estrés y que se sienten ansiosas. En éste estudio se ha concentrado que la sensibilidad a la ansiedad es una variable significativa en la predicción del consumo de tabaco

encontrándose ansiedad menor en el 16.82% de los trabajadores del área de la salud en ésta investigación y sugiriendo dos veces mayor posibilidad de adquirir este hábito.

Tales variables presentadas en los instrumentos de éste estudio de investigación, representan los factores más frecuentes con mayor asociación. Estos factores poseen características que sustentan la viabilidad del estudio. Deben de reconocerse como parte de un complejo de interacciones potencialmente abordables de una manera sencilla, proporcionando su modificación o reforzamiento para repercutir de manera positiva y practica en otros estudios de investigación en el área de la salud.

En conclusión mediante este trabajo se encontró asociación de tabaquismo al sexo femenino, baja escolaridad, la categoría, la presencia de ansiedad y consumo de alcohol, no obstante faltaría indagar otras variables como la actividad desempeñada por categoría, horas laborables, otros estresores tanto del ambiente laboral como familiar entre otras.

## IX. CONCLUSIONES

- Este estudio fue realizado en la UMF No. 20 en las diferentes áreas y turnos laborales, con la participación del personal adscrito en cada una de las categorías.
- La prevalencia de consumo de tabaco encontrada en el trabajadores IMSS en la UMF No. 20 Vallejo fue de 38.6%, el 52.6% del sexo femenino y el 47.4% del sexo masculino.
- El comportamiento del tabaquismo en el personal de la salud se observa principalmente en personal del sexo femenino en el 52.6%, con baja dependencia a la nicotina en el 51.9% y perteneciente a la categoría de intendencia (básicos) en el 50.0%.
- De acuerdo a las variables integradas en la sección de estilo de vida como la realización de actividad física y la ingesta de alcohol fueron de significancia estadística; no así la práctica de algún deporte, hábitos alimenticios, higiene bucal, y uso de drogas en la cuales no se identificaron significancias estadísticas.
- En cuanto a la relación de nivel de consumo de tabaco con síntomas reforzadores como el grado de ansiedad, se observaron diferencias estadísticamente significativas.
- El entorno tabáquico laboral es un factor de riesgo para el consumo de tabaco tanto para el personal del área de la salud como en la población general derechohabiente.
- La mayoría de los factores asociados citados en estudio de investigación incrementan la posibilidad de consumo de tabaco sobre todo cuando están presentes de manera conjunta.
- El consumo de tabaco constituye un problema presente de alto impacto en la sociedad sobre todo en personal del área de la salud quienes conformar los pilares principales para la erradicación de éste hábito.

## X. RECOMENDACIONES

- Realizar proyectos de investigación que continúen con el estudio de cada uno de los aspectos relacionados al problema del tabaquismo, elaborando programas de intervención oportuna en base a resultados obtenidos y su adecuada aplicación.
- Los programas a desarrollar y difundir deben dirigirse tanto a derechohabientes como a personal del área de salud de manera uniforme para concientizar sobre la magnitud del consumo de tabaco, sus repercusiones, el fortalecimiento y mejoramiento del entorno familiar, laboral y social.
- Hacer partícipe de los programas a desarrollar y a evaluar a los profesionales de la salud, evidenciando el papel que cada uno desempeña y la influencia que tiene sobre la población en general.
- Es relevante observar el incremento gradual de la dependencia a la nicótica sobre todo en el área de la salud, por lo que evidencia el reducido impacto de las campañas contra esta adicción; por lo que se debe lograr una estrategia de alto potencial de impacto a corto o mediano plazo.
- Por lo que se recomienda que se garantice la asesoría adecuada y necesaria de la acción educativa y preventiva en cada una de las áreas laborales de la UMF No. 20 para su posterior fomento fuera y dentro de la Institución.

## XI. BIBLIOGRAFIA

- 1) Alberto RL, Aurora ML, Félix GH. Tabaquismo. Una realidad no desconocida. Rev Cuba 2012; 18 (1): 1-4.
- 2) Martínez A, Rivero A, Ledea R. El imperio del humo enferma millones de vidas. Rev Esp 2012; 18 (1): 1-5.
- 3) Regueiro DA, Morales N, Hernández AM, González YM. Tabaquismo. Rev Esp 2012; 18 (1): 1-6.
- 4) Alba LH. Factores de riesgo para iniciar el consumo de tabaco. Rev Cerom Cacerol 2010, 11 (4): 250-257.
- 5) Jaimes LM, Acero KY. Tabaquismo, complicaciones relacionadas y perspectivas de tratamiento. Rev Medicas UIS 2011; 19 (2): 181-190.
- 6) Castro AM, Pérez G, López ER, Pila YN. La influencia del tabaquismo en la enfermedad periodontal. RevMed 2012 18 (1): 1-9.
- 7) Lugones M, Ramírez M, Pichs LA, Miyar E. Enfoque actual. Las consecuencias del tabaquismo. Rev Cubana hig epidemiol 2010; 44 (3): 1-10.
- 8) Ballén MA, Jagua A, Álvarez DL, Rincón A. El cigarrillo: implicaciones para la salud. RevMed 2012; 17 (1):1-15.
- 9) Accinelli R, López L, Salinas VB, Bravo YA. Necesidad de la prohibición del consumo de tabaco en ambientes públicas para la protección de la salud de los no fumadores. Act Med Per 2012; 29 (2): 113-120.
- 10) Guerrero CM, Muños JA, Sáenz B, Reynales LM. Consumo de tabaco, mortalidad y política fiscal en México. Rev Salud Publica Mex 2013; 55(2): 276-281.
- 11) González JA, González JM. Factores de riesgo para la ocurrencia de infarto agudo de miocardio en pacientes fumadores. Rev Cubana salud publica 2013; 29 (4): 679-681.
- 12) Díaz Y, Domínguez EM, Torres M. Tabaquismo y aterosclerosis. Rev Esp 2012; 18 (1): 1-5.
- 13) Area D, Borrego LM, González KS. Relación entre el hábito de fumar y cáncer de pulmón. RevMed 2010; 15 (4): 1-8.

- 14) García RG, García RM, Hernandez M, Varona P, Bonet ME, Chang M; et al. Calidad de vida relacionada con la salud de los expuestos activamente al Tabaco. Rev Cubana de hig y epidemiol 2011; 45 (2): 1-12.
- 15) Mae C, Irvarrizaga I, Cano A. Ansiedad y tabaco. Interv Psicolog 2009; 18 (3): 213-231.
- 16) Rangel JN, Jurado SN, Jiménez SE. Efecto de una intervención cognitivo conductual para reducir la sensibilidad a la ansiedad y la conducta de fumar. RevPsiq 2013; 22 (6): 173-179.
- 17) Villalobos L, Marín R, Templos L, Rosendo AR. Nicotine craving questionnaire (CCN): psycometric properties on Mexican population. Rev Salud Mental 2012; 35 (2): 273-277.
- 18) Nuño BL, Álvarez J, Velázquez AR, Tapia AL. Comparación del ambiente familiar y el tipo de consumo de tabaco en adolescentes mexicanos del nivel medio superior. Rev salud Mental 2010; 31 (1): 361-369.
- 19) Villena A. Morena S, Parraga I, González MD, Soriano EH, López J, et al; Factores asociados al consumo de tabaco en adolescentes. Rev Clin Med Fam 2010; 2 (7): 320-325.
- 20) Rodríguez AC, Martínez NA, Juárez F, López EK, Carreño S, Medina ME, et al; Relación entre el consumo de tabaco, salud mental y malestares físicos en hombres trabajadores de una empresa textil mexicana. Rev Salud Mental 2010; 31 (1): 291-297.
- 21) Guerrero CM, Reynales LM, Giménez JA, Karam R, Maldonado CA, Camacho R, et al; Costos por ausentismo laboral atribuible al consumo de tabaco en el Instituto Mexicano del Seguro Social 2006-2009. Rev Seg Soc 2010; 5 (1): 1-9.
- 22) Calleros AL, Arias NP, Arenas JA, Sánchez JC. Tabaquismo en estudiantes de medicina: prevalencia y conocimiento de sus consecuencias. Rev Med MD 2013; 4 (3): 171-173.
- 23) Hernandez Nohemí, Yáñez A, Mirón CD. Análisis cualitativo del hábito de fumar en estudiantes del área de la salud. Rev horiz enferm 2012; 23 (1): 41-50.
- 24) Velasco ME. Perfil de salud de los trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social. Rev Inst Mex Seguro Soc 2013; 51 (1): 12-25.



- 25) Muñoz JJ, Pasillas DE, Rivas J, Reveles G, Moreno A. Tabaquismo en la población de área de la salud de la Universidad Autónoma de Zacatecas, México. Acta Med Per 2013; 26 (2): 78-82.
- 26) Mondragón JM. Tabaquismo en trabajadores de la salud. Rev Seg Soc 2011; 75 (4): 239-240.
- 27) Acosta MO, Martínez M, Armas NE, Hernandez E, Dueñas A, Díaz M; et al. Características diagnósticas sobre tabaquismo en trabajadores de una institución de salud. Rev Cubana Enferm 2010; 22 (1): 1-7.
- 28) Becerra NA, Alba LH, Castillo JS, Murillo R, Cañas AR. Terapias alternativas para la cesación de la adicción al tabaco. Rev Gaceta Medica 2012; 148 (1): 457-466.
- 29) Leal BM, Ocampo MA, Cicero R. Niveles de asertividad, perfil sociodemográfico, dependencia a la nicotina y motivos para fumar en una población de fumadores que acude a un tratamiento para dejar de fumar. Rev Salud Mental 2010; 33 (2): 489-497.
- 30) Arena LB, Hernandez IC, Valdez MR, Bonilla P. Las instituciones de salud y el autocuidado en los médicos. Rev Salud Pub 2012; 46 (4): 326-332.
- 31) Guindon E, Boisclair D. Tendencias pasadas, presentes y futuras del consumo de tabaco. Rev Sanid Milit Mex 2010; 60 (3):132-147.
- 32) LEY GENERAL DE SALUD. Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984. TEXTO VIGENTE Última reforma publicada DOF 16-11-2011.
- 33) Código de bioética para el personal de salud 2002 Código de bioética para el personal de salud 2002. Comisión Nacional de bioética. Frenk MJ. Presidente. Disponible en: [http://www.conamed.gob.mx/prof\\_salud/pdf/codigo\\_bioetica.pdf](http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/codigo_bioetica.pdf).

# **ANEXOS**



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

(autoridades)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	<i>"Frecuencia de factores asociados a tabaquismo en trabajadores IMSS en la UMF No. 20"</i>	
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica	
33666Lugar y fecha:	México D.F Del. 1 Norte IMSS UMF 20 Vallejo	
Número de registro:		
Justificación y objetivo del estudio:	✓ Se ha decidido realizar éste trabajo de investigación porque es necesario y de utilidad al Instituto Mexicano del Seguro Social como principal fuente de atención médica y seguridad social del país conocer cuáles son los factores más frecuentes de asociación al hábito del consumo de tabaco en sus trabajadores así como es importante para la salud pública la enseñanza a los trabajadores de la salud los efectos perjudiciales del tabaquismo y de la implementación de programas de entrenamiento a los profesionales en los métodos para dejar de fumar, ya que existe una elevada proporción de fumadores en el área de la salud. Objetivo: Determinar la frecuencia de factores asociados a tabaquismo en trabajadores IMSS en la UMF No. 20.	
Procedimientos:	Captura y análisis de encuestas	
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno	
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Nuevos conocimientos acerca la frecuencia de factores asociado al consumo de tabaco.	
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se darán a conocer los resultados al Instituto para que en base a estos se adopten medidas de capacitación y tratamiento de los trabajadores IMSS con hábito de tabaquismo.	
Participación o retiro:	Se excluirán del estudio encuestas que no cumplan con criterios de inclusión.	
Privacidad y confidencialidad:	Solamente se utilizarán los datos para fines de docencia y educación, sin dar a conocer nombres de pacientes ni de los médicos.	
En caso de colección de material biológico (si aplica):	No aplica	
	<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.
	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	No aplica	
	De acuerdo a resultados se podrán adoptar medidas de capacitación y tratamiento de los trabajadores IMSS con hábito de tabaquismo.	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:		
Investigador Responsable:	Dra. María del Carmen Aguirre García Prof. Titular de la especialidad de medicina familiar UMF No. 20 matrícula 10859357 Dra. Yubia Coral Durán Fernández, Investigador asociado, matrícula 99315895	
Colaboradores:	Dra. Juana María López Nieto, Residente de medicina familiar, matrícula 98350559	
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: <a href="mailto:comision.etica@imss.gob.mx">comision.etica@imss.gob.mx</a>		

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013



## ENCUESTA EPIDEMIOLOGICA Y CALIDAD DE VIDA DE LOS TRABAJADORES IMSS (EPICAVT)

INSTRUCCIONES:

ANOTE LOS DATOS O NÚMERO QUE SE SOLICITA O MARQUE  
CON UNA CRUZ, EL CUADRO QUE CONTESTA LA PREGUNTA

### A. DATOS GENERALES (FICHA DE IDENTIFICACION)

FECHA :	CENTRO LABORAL				
NOMBRE DEL TRABAJADOR:					
MATRICULA:		NUMERO DE AFILIACION AL IMSS:			
DEPARTAMENTO DONDE TRABAJA ACTUALMENTE					
EDAD:					
CATEGORIA:		ANTIGÜEDAD:			
SEXO:		FECHA DE NACIMIENTO:			
ESCOLARIDAD:					
TURNO EN EL QUE TRABAJA:					
CONTRATO:			TIPO DE CONTRATACIÓN :		
ESTADO CIVIL ACTUAL:					

### B. ESTILOS DE VIDA

1.- ¿CON QUE FRECUENCIA PRACTICA ALGÚN DEPORTE, O HACE EJERCICIO?										
DIARIO			2 ó 3 VECES POR SEMANA				OCASIONALMENTE O NUNCA			
2.- ¿CONSUME O UTILIZA ACTUALMENTE ALGUN TIPO DE DROGA (MARIHUANA, COCAÍNA, TACHAS, ETC)?										
NUNCA			OCASIONALMENTE				FRECUENTEMENTE			
3.- ¿USTED FUMA?										
NO, NUNCA HE FUMADO			SI, EN FORMA OCASIONAL				SI, FUMO A DIARIO			
<b>SI, SU RESPUESTA FUE AFIRMATIVA FAVOR DE CONTESTAR EL SIGUIENTE CUESTIONARIO</b>										
4.- ¿CUANTOS AÑOS DE SU VIDA HA FUMADO Ó FUMÓ?										
MENOS DE UN AÑO			DE UNO A CINCO AÑOS				MAS DE CINCO AÑOS			
5.- ¿CONSUME USTED ALCOHOL?										
NO, NUNCA BEBO			SI, EN FORMA OCASIONAL				SI, CON FRECUENCIA, AL MENOS UNA VEZ POR MES			
6.- ¿COMO CONSIDERA USTED SUS HABITOS ALIMENTICIOS (EN BALANCE ENERGETICO Y HORARIO)?										
BUENO			REGULARES				MALOS			
7.- ¿HA SIDO VICTIMA DE AGRESIÓN, POR PARTE DE SU FAMILIA?										
NUNCA			SOLO AGRESIÓN VERBAL				AGRESION FÍSICA			
8.- ¿COMO CONSIDERA USTED SU HIGIENE BUCAL?										
ADECUADA			REGULAR				MALA			
9.- ¿LA ACTIVIDAD FISICA DURANTE EL DIA TANTO EN EL TRABAJO COMO ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA ES?										
SEDENTARIA			LIGERA		MODERADA		INTENSA		EXTREMADAMENTE INTENSA	
10.- IDENTIFIQUE EN LA SIGUIENTE ESCALA QUE GRADO DE CARGA LABORAL PERCIBE										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN NORTE DEL DISTRITO FEDERAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20

UMF 20 EDIFICIO LIBRE DE HUMO DE TABACO  
AUTOEVALUACIÓN DEL GRADO DE DEPENDENCIA AL TABACO (TEST DE FAGERSTRÖM)

Marqué con una X la respuesta que más se apague a su situación:

1.- ¿Cuánto tiempo pasa desde que despierta hasta que fuma su primer cigarro?

Inmediatamente ( ) 15-30 Minutos ( ) 30-45 Minutos ( ) 45 a 60 Min ( ) + 60 min ( )

2.- ¿Le he es difícil dejar de fumar en Lugares donde está prohibida dicha actividad de No Fumar?

Si ( ) No ( )

3.- ¿Cuál es el cigarro que le cuesta trabajo evitar?

Mañana ( ) Tarde ( ) Noche ( ) Fiestas ( )

4.- ¿Cuántos cigarros fuma en el día?

Menos de 10 ( ) 11- 20 ( ) + 20 ( )

5.- ¿Fuma usted más durante la primera parte del día que durante el resto?

Si ( ) No ( )

6.- ¿Fuma Usted cuando se encuentra enfermo y/o en cama?

Si ( ) No ( )

7.- ¿Sabe usted de las consecuencias que trae consigo el tabaquismo?

Si ( ) No ( )

8.- ¿Estaría dispuesto (a) a entrar a un grupo de ayuda para dejar de fumar ya sea a nivel institucional o privado?

Si ( ) No ( )

**PUNTUACION:** \_\_\_\_\_

## ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

**Instrucciones:** Indique con una X la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen en cada uno de los 14 ítems:

		Ausente	Intensidad ligera	Intensidad moderada	Intensidad elevada	Intensidad máxima
<b>1</b>	Inquietud. Expectativas de catástrofe. Aprensión (anticipación con terror). Irritabilidad.					
<b>2</b>	Sensaciones de tensión. Fatiga. Imposibilidad de estar quieto. Reacciones de sobresalto. Llanto fácil. Temblores. Sensaciones de incapacidad para esperar.					
<b>3</b>	A la oscuridad. A los desconocidos. A quedarse solo. A los animales. A la circulación. A la muchedumbre.					
<b>4</b>	Dificultades de conciliación. Sueño interrumpido. Sueño no satisfactorio, con cansancio al despertar. Sueños penosos. Pesadillas. Terrores nocturnos.					
<b>5</b>	Dificultad de concentración. Falta de memoria.					
<b>6</b>	Pérdida de interés. No disfruta del tiempo libre. Depresión. Insomnio de madrugada. Variaciones anímicas a lo largo del día.					
<b>7</b>	Dolores musculares. Rigidez muscular. Sacudidas musculares. Sacudidas clónicas. Rechinar de dientes. Voz quebrada.					
<b>8</b>	Zumbido de oídos. Visión borrosa. Oleadas de calor o frío. Sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos u hormigueos).					
<b>9</b>	Taquicardia. Palpitaciones. Dolor torácico. Sensación pulsátil en vasos. Sensaciones de "baja presión" o desmayos. Extrasístoles (arritmias cardíacas benignas).					

1 0	Opresión pretorácica. Constricción precordial. Sensación de ahogo o falta de aire. Suspiros. Disnea (dificultad para respirar).					
1 1	Dificultades evacuatorias. Gases. Dispepsia: dolores antes o después de comer, ardor, hinchazón abdominal, náuseas, vómitos, constricción epigástrica. Cólicos (espasmos) abdominales. Diarrea. Pérdida de peso. Estreñimiento.					
1 2	Micciones frecuentes. Micción imperiosa. Amenorrea (falta del período menstrual). Metrorragia (hemorragia genital). Frigidez. Eyaculación precoz. Impotencia. Ausencia de erección.					
1 3	Boca seca. Accesos de enrojecimiento. Palidez. Tendencia a la sudoración. Vértigos. Cefalea (dolor de cabeza) de tensión.					
1 4	Tendencia al abatimiento. Agitación: manos inquietas, juega con los dedos, cierra los puños, tics, aprieta el pañuelo en las manos. Inquietud: va y viene. Temblor en las manos. Rostro preocupado. Aumento del tono muscular o contracturas musculares. Respiración entrecortada. Palidez facial. Traga saliva. Eructos. Taquicardia o palpitaciones. Ritmo respiratorio acelerado. Sudoración. Pestaño.					

**PUNTUACIÓN:** \_\_\_\_\_

## ESCALA DE DEPRESION DE BECK

**Instrucciones:** lea cada punto con atención y coloque el número en el recuadro con la respuesta que mejor se adapte a lo que ha estado sintiendo en los últimos 6 meses.

		puntuación
<b>1</b>	0. No me siento triste. 1. Me siento triste. 2. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo. 3. Me siento tan triste o desgraciado que no puedo soportarlo.	
<b>2</b>	0. No me siento especialmente desanimado de cara al futuro. 1. Me siento desanimado de cara al futuro. 2. siento que no hay nada por lo que luchar. 3. El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.	
<b>3</b>	0. No me siento fracasado. 1. he fracasado más que la mayoría de las personas. 2. Cuando miro hacia atrás lo único que veo es un fracaso tras otro. 3. Soy un fracaso total como persona.	
<b>4</b>	0. Las cosas me satisfacen tanto como antes. 1. No disfruto de las cosas tanto como antes. 2. Ya no obtengo ninguna satisfacción de las cosas. 3. Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo.	
<b>5</b>	0. No me siento especialmente culpable. 1. Me siento culpable en bastantes ocasiones. 2. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones. 3. Me siento culpable constantemente	
<b>6</b>	0. No creo que esté siendo castigado. 1. siento que quizás esté siendo castigado. 2. Espero ser castigado. 3. Siento que estoy siendo castigado.	
<b>7</b>	0. No estoy descontento de mí mismo. 1. Estoy descontento de mí mismo. 2. Estoy a disgusto conmigo mismo. 3. Me detesto.	
<b>8</b>	0. No me considero peor que cualquier otro. 1. me autocrítico por mi debilidad o por mis errores. 2. Continualmente me culpo por mis faltas. 3. Me culpo por todo lo malo que sucede.	
<b>9</b>	0. No tengo ningún pensamiento de suicidio. 1. A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.	



	<p>2. Desearía poner fin a mi vida.</p> <p>3. me suicidaría si tuviese oportunidad.</p>	
<b>10</b>	<p>0. No lloro más de lo normal.</p> <p>1. ahora lloro más que antes.</p> <p>2. Lloro continuamente.</p> <p>3. No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.</p>	
<b>11</b>	<p>0. No estoy especialmente irritado.</p> <p>1. me molesto o irrito más fácilmente que antes.</p> <p>2. me siento irritado continuamente.</p> <p>3. Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.</p>	
<b>12</b>	<p>0. No he perdido el interés por los demás.</p> <p>1. Estoy menos interesado en los demás que antes.</p> <p>2. He perdido gran parte del interés por los demás.</p> <p>3. he perdido todo interés por los demás.</p>	
<b>13</b>	<p>0. tomo mis propias decisiones igual que antes.</p> <p>1. Evito tomar decisiones más que antes.</p> <p>2. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.</p> <p>3. Me es imposible tomar decisiones.</p>	
<b>14</b>	<p>0. No creo tener peor aspecto que antes</p> <p>1. Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo.</p> <p>2. Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo.</p> <p>3. Creo que tengo un aspecto horrible.</p>	
<b>15</b>	<p>0. Trabajo igual que antes.</p> <p>1. Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.</p> <p>2. Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo.</p> <p>3. Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.</p>	
<b>16</b>	<p>0. Duermo tan bien como siempre.</p> <p>1. No duermo tan bien como antes.</p> <p>2. Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.</p> <p>3. Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.</p>	
<b>17</b>	<p>0. No me siento más cansado de lo normal.</p> <p>1. Me canso más que antes.</p> <p>2. Me canso en cuanto hago cualquier cosa.</p> <p>3. Estoy demasiado cansado para hacer nada.</p>	
<b>18</b>	<p>0. Mi apetito no ha disminuido.</p> <p>1. No tengo tan buen apetito como antes.</p>	

	<p>2. Ahora tengo mucho menos apetito.</p> <p>3. he perdido completamente el apetito.</p>	
<b>19</b>	<p>0. No he perdido peso últimamente.</p> <p>1. He perdido más de 2 kilos.</p> <p>2. He perdido más de 4 kilos.</p> <p>3. He perdido más de 7 kilos.</p>	
<b>20</b>	<p>0. No estoy preocupado por mi salud</p> <p>1. Me preocupan los problemas físicos como dolores, malestar de estómago, catarras, etc.</p> <p>2. Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.</p> <p>3. Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.</p>	
<b>21</b>	<p>0. No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.</p> <p>1. La relación sexual me atrae menos que antes.</p> <p>2. Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes.</p> <p>3. He perdido totalmente el interés sexual.</p>	

PUNTUACION: \_\_\_\_\_