



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN REGIONAL EN TAMAULIPAS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR CON UMAA No. 76
NUEVO LAREDO, TAMAULIPAS

TITULO:

**NIVEL DE DEPENDENCIA DEL CONSUMO DEL TABACO EN LOS MÉDICOS
ADSCRITOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR CON UNIDAD DE
MEDICINA DE ATENCIÓN AMBULATORIA NÚMERO 76 DE NUEVO LAREDO
TAMAULIPAS.**

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. JOSÉ LUIS BANDALA SÁNCHEZ.

TUTORES:

Dra. Fabiola Elizabeth Bandala Sánchez.

Dra. Cynthia Magali Rangel Medina.



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.

Insertar hoja del SIRELCIS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **2804**.
H GRAL ZONA MF NUM 1

Registro COFEPRIS **18 CI 28 041 038**
Registro CONBIOÉTICA **CONBIOÉTICA 28 CEI 002 2018073**

FECHA **Lunes, 08 de noviembre de 2021**

Dr. JOSÉ LUIS BANDALA SANCHEZ

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Nivel de dependencia del consumo del tabaco en los médicos adscritos en la Unidad de Medicina Familiar con Unidad de Medicina de Atención Ambulatoria Número 76 de Nuevo Laredo Tamaulipas**, que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional
R-2021-2804-041

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

ATENTAMENTE


Dr. Antonio Torres Morales
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 2804

Imprimir

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

**NIVEL DE DEPENDENCIA DEL CONSUMO DEL TABACO EN LOS MÉDICOS ADSCRITOS EN
LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR CON UNIDAD DE MEDICINA DE ATENCIÓN
AMBULATORIA NÚMERO 76 DE NUEVO LAREDO TAMAULIPAS.**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA.

DR. JOSÉ LUIS BANDALA SÁNCHEZ.

AUTORIZACIONES.



DR. JAVIER SANTACRUZ VARELA.

JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES.

COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. GEOVANI ORTIZ LÓPEZ.

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

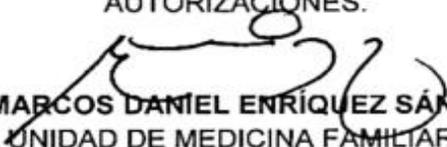
**NIVEL DE DEPENDENCIA DEL CONSUMO DEL TABACO EN LOS MÉDICOS
ADSCRITOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR CON UNIDAD DE MEDICINA
DE ATENCIÓN AMBULATORIA NÚMERO 76 DE NUEVO LAREDO TAMAULIPAS.**

**TRABAJO PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR.**

PRESENTA:

DR. JOSÉ LUIS BANDALA SÁNCHEZ.

AUTORIZACIONES.


DR. MARCOS DANIEL ENRÍQUEZ SÁNCHEZ.
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR CON UMAA No. 76


DRA. CYNTHIA MAGALI RANGEL MEDINA.
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS
UMF CON UMAA No. 76


DRA. FABIOLA ELIZABETH BANDALA SANCHEZ.
MÉDICO FAMILIAR
UMF CON UMAA No. 7
ASESOR DE TESIS


DRA. CYNTHIA MAGALI RANGEL MEDINA.
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD.

NUEVO LAREDO, TAMAULIPAS.

FEBRERO 2022

ÍNDICE

1.- Resumen	6
2.- Marco teórico	7
3.- Justificación	11
4.- Planteamiento del problema	13
5.- Objetivos	14
6.Hipótesis	15
7.- Material y Métodos	16
I) Población de estudio	16
II) Muestra	16
III) Criterios de selección	16
IV) Diseño	17
V) Variables	18
VI) Instrumento	21
VII) Procedimiento	21
VIII) Plan análisis	22
IX) Productos esperados	22
8.- Aspectos Éticos	23
9.- Recursos	26
I) Recursos Humanos	26
II) Recursos físicos	26
III) Recursos materiales.	26
IV) Financiamiento.	26
V) Factibilidad.	27
II) Desglose de gastos.	27
10.- Cronograma de Actividades.	28
11.- Resultados.	29
12.- Discusión.	36
13. Conclusión.	40
14.- Bibliografía	42
15.- Anexos	46

1. RESUMEN

NIVEL DE DEPENDENCIA DEL CONSUMO DEL TABACO EN LOS MÉDICOS ADSCRITOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR CON UNIDAD DE MEDICINA DE ATENCIÓN AMBULATORIA NÚMERO 76 DE NUEVO LAREDO TAMAULIPAS.

Autores: Bandala SJL*, Bandala SFE*, Rangel MCM*.

INTRODUCCIÓN: El tabaquismo es la principal causa prevenible de muerte prematura en el mundo. Los trabajadores de la salud son el contacto con la población, ellos tienen la gran oportunidad de incidir en el individuo y en la comunidad que los rodea. **OBJETIVO:** Identificar el nivel de dependencia al consumo del tabaco en los médicos adscritos en la Unidad de Medicina Familiar con Unidad de Medicina de Atención Ambulatoria número 76 de Nuevo Laredo Tamaulipas. **DISEÑO:** Estudio de tipo observacional, descriptivo, transversal y prospectivo. **MATERIAL Y MÉTODOS:** La población estará conformada por los médicos adscritos perteneciente a la Unidad de Medicina Familiar con Unidad de Medicina de Atención Ambulatoria número 76. **RESULTADOS:** En relación al objetivo específico se determinó el nivel de dependencia al consumo de tabaco que presenta la población de estudio: leve, media o alta. A continuación, se muestra el tipo de dependencia a la nicotina de los profesionales de la salud, considerando los criterios estipulados en la Escala de Fagerström, predomina con una dependencia alta con el 30(52.63%), 20(35.09%) presenta dependencia media y referente la dependencia leve se caracteriza por 7(12.28%). **CONCLUSIONES:** Los médicos Unidad de Medicina Familiar con Atención Ambulatoria número 76 del IMSS de Nuevo Laredo Tamaulipas, presentan un nivel alto de dependencia del consumo de tabaco, y consumen en promedio una cajetilla de cigarrillos diarios.

Por lo anterior, el nivel de dependencia alta en médicos, es crítica y alarmante, pues el porcentaje de los encuestados que con dependencia leve fue paralela a los resultados de otros estudios racionados con la temática.

PALABRAS CLAVE: Nivel de dependencia de tabaco, tabaquismo, sociodemográficos.

2. MARCO TEÓRICO

El tabaquismo es una enfermedad crónica sistémica perteneciente al grupo de las adicciones y está catalogada en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV de la *American Psychiatric Association*. Actualmente se cree la causa principal mundial de enfermedad y mortalidad evitable. Se considera una enfermedad adictiva crónica con posibilidades de tratamiento. (1)

La dependencia al consumo de tabaco (DCT), 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. (2)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el tabaco es la primera causa de enfermedad, invalidez y muerte prematura del mundo. 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. (3) (4)

La DCT, es un factor de riesgo en enfermedades respiratorias, cardiovasculares, distintos tipos de cáncer, y es especialmente perjudicial durante el embarazo. Además, no sólo perjudica a los fumadores, sino también a los que respiran el mismo aire, s el cado de los fumadores pasivos. (5)

Además, el tabaco como tal es lo que menos se fuma, pues excepto el poco tabaco natural, todo lo que se comercializa está adulterado con sustancias químicas que le aportan dudosas o preocupantes propiedades como la de ser más adictivo o mejorar su sabor, y otras que no se saben porque también tienen fórmulas secretas. (6)

Los efectos del tabaco sobre las vías respiratorias se han descrito tanto a nivel de estructuras (vías aéreas, alveolos y capilares) como en los mecanismos de defensa pulmonar. Provocando, en los fumadores, sintomatología respiratoria y deterioro de la función pulmonar. (7)

El tabaco causa hipersecreción, lo que da origen a tos y expectoración crónica en los fumadores, también enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el síndrome de apnea obstructiva durante el sueño. (8)

Existe relación entre tabaco y otras enfermedades, como la fibrosis pulmonar idiopática, bronquiolitis obliterante con neumonía organizativa granuloma eosinófilo, hemorragia pulmonar y enfermedad pulmonar metastásica. (9), (10)

Los efectos del tabaco sobre las vías respiratorias se han descrito tanto a nivel de estructuras (vías aéreas, alveolos y capilares) como en los mecanismos de defensa pulmonar. (11)

Provocando, en los fumadores, sintomatología respiratoria y deterioro de la función pulmonar, también causa hipersecreción, lo que da origen a tos y expectoración crónica en los fumadores. (12)

La dependencia física de la nicotina (adicción a la nicotina) quiere decir que el cuerpo del consumidor necesita tener un poco de nicotina para aliviar los síntomas de abstinencia, en general, se produce una habituación a los efectos locales de la nicotina y se desarrolla tolerancia a los efectos sistémicos, la tolerancia disminuye durante el sueño nocturno, por lo que los primeros cigarrillos del día producen los efectos más intensos sobre las respuestas fisiológicas y conductuales. (13), (14)

Se han utilizado diversas medidas para evaluar la DCT incluida la medición de los niveles de monóxido de carbono, nicotina (un metabolito de la nicotina), un test escrito diseñado para medir la dependencia física de la nicotina de un fumador es el Cuestionario de Tolerancia de Fagerström. (15)

Este cuestionario suprime la necesidad de procedimientos clínicos complejos y permite evaluar el nivel de dependencia de un fumador, mismo que se utilizará en este estudio. (16)

Una de las propiedades más importantes de la nicotina en el tabaquismo es su naturaleza adictiva, existen dos tipos principales de dependencia asociada al tabaquismo: dependencia farmacológica o física y dependencia conductual o

psicológica, la dependencia psicológica quiere decir que el consumidor tiene una gran necesidad emocional de la droga nicotina, siente que necesita nicotina para funcionar normalmente. (17)

Los síntomas del síndrome de abstinencia al tabaco suelen ser experimentados por muchos fumadores o fumadoras al dejar de fumar, aunque no por todos ellos, la mayoría de síntomas suelen desaparecer en unas 2 o 4 semanas, las ganas de fumar suelen prolongarse algo más, pero con la peculiaridad que cuanto más tiempo se pase sin fumar, con menor frecuencia e intensidad aparecen dichas ganas de fumar. (18), (19)

El estudio de la DCT en personal médico constituyó un inicio de un nuevo paradigma en la investigación epidemiológica, al inicio de la década de los 50, establecieron una relación causa-efecto entre el consumo del tabaco y el cáncer pulmonar; mediante un estudio de cohorte en médicos ingleses: (20)

Ante este problema de salud pública, la OMS, recomendó a los profesionales de la salud (PS); a que participen con mayor énfasis en la lucha contra el tabaco y en la reducción de los problemas que producen la dependencia, consumo y exposición al humo del tabaco. (21)

Sin embargo, a pesar de que los médicos conocen acerca de los daños que ocasiona el tabaquismo, algunos estudios muestran altas prevalencias de DCT en personal que labora en instituciones de salud, incluso en ocasiones las prevalencias de consumo son superiores a lo reportado en población general. (22)

En los últimos años ha aumentado considerablemente el consumo de cigarrillos por habitante. La DCT no solo es elevada en la población general, sino que es de destacar especialmente la DCT en los médicos. (23)

Dentro de las áreas hospitalarias ocurren situaciones en las cuales se presenta altos niveles de estrés, siendo así muy frecuentemente que el tabaco sea un hábito usado para disminuir la ansiedad, por lo que se convierte en un problema muy frecuente ya que gran parte de los médicos encuentran en este hábito, un desahogo. (24)

En función del ámbito laboral, se ha observado que la DCT es más elevado médicos, en comparación otros trabajadores de la salud y sobre todo en médicos residentes. Asimismo, son las profesionales medicina que más consideran la importancia de que la influencia que tiene sobre los pacientes el hecho de que también sean fumadores. (25)

Por lo tanto, la coexistencia y tolerancia de estos factores por parte de los médicos, se pudiera igualmente clasificar como factor externo favorecedor de persistencia del hábito de fumar en el resto de la población, debido a que estos PS; sirven como modelo en todo lo que atañe a la salud y en eso se incluye a las conductas saludables. (26)

En la actualidad, se estima que existen 4,9 millones de muertes anuales relacionadas con el consumo de tabaco, pese a existir una probada relación entre tabaco y salud, esto no impide que el tabaco sea uno de los productos de consumo legal que puede matar al consumidor asiduo, el tabaquismo es la principal causa de mortalidad a principios del siglo XXI. (27)

Se considera al tabaquismo como la segunda causa principal mundial de enfermedad y mortalidad evitables; se estima que existen más de mil millones de fumadores en el mundo, causa una de cada diez defunciones en adultos, el tabaco, mata a una persona cada 6 segundos y se estima más de 10 millones de muertes atribuibles al consumo del tabaco en los próximos 20 años. (28)

Se estima que el tabaquismo representa el 87% de las defunciones por cáncer de pulmón, 82% de las causadas por enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, 21% de las ocasionadas por cardiopatía coronaria y 18% de las causadas por apoplejías. (29)

3. JUSTIFICACIÓN.

La DCT se ha convertido en uno de los problemas de salud más importantes de salud pública en todo el mundo y México de forma exponencial, con consecuencias graves de salud, económicas y familiares, un problema que es potencialmente prevenible una vez identificando.

La DCT en el personal médico, constituye en el centro hospitalario un elemento negativo para el desarrollo de sus funciones dentro de la institución. La consideración social de estos PS, como expertos de la salud, les convierte en principales agentes de desarrollo de programas de prevención asociados al consumo de tabaco.

Los comportamientos, hábitos y actitudes de los médicos, prescriben opinión y por tanto, pueden actuar como vehículos de transmisión de estilos de vida saludables. Este PS constituye importantes fuentes de influencia para lograr cambios positivos de los niveles de tabaquismo en el espacio laboral.

El comportamiento de los individuos va a depender, en primera instancia, de la percepción de riesgo que tenga cada sujeto, esto es, del reconocimiento de acontecimientos peligrosos, objetivos, externos, no realizados, que aparecen como respuesta a estímulos de los órganos de los sentidos, aunque se aprecia también la influencia de factores educativos, económicos, éticos, entre otros (Verona, et al. 2012).

Lo anterior permite afirmar que los médicos constituyen el colectivo social con mayor capacidad para incidir positiva o negativamente sobre la DCT en los pacientes, a partir del fortalecimiento, mediante acciones de promoción de la salud, de la percepción de riesgo, siendo un obstáculo aquellos que fuman dada la encubierta percepción de riesgo de tabaquismo que muestran.

Otro aspecto a considerar en la DCT y su aceptación social, son los factores favorecedores, es decir, todas aquellas circunstancias o elementos que facilitan, posibilitan, permiten y lo aceptan, ya sea intrínsecos o propios del individuo como ser social o factores externos de tolerancia, permisibilidad y no cumplimiento de legislaciones de regulación y control.

La realización de este estudio brindara información valiosa sobre la DCT en médicos familiares, así hacer énfasis en su atención, para prevenir cualquier tipo de problema de salud asociado al tabaquismo, y realizar un programa para prevenir el tabaquismo los médico con esta adicción, establecer una unidad de medicina libre de humo es sin duda una prioridad de las políticas de una institución de salud, como lograrlo es tema de debate y requiere mediciones objetivas de abordaje a la situación presente al momento en la Unidad de Medicina Familiar con Unidad de Medicina de Atención Ambulatoria número 76 de Nuevo Laredo Tamaulipas.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En México 147 personas mueren al día a causa de enfermedades relacionadas con el consumo tabaco, lo que representa para el gobierno un gasto de 29 millones de pesos anuales en atención de enfermedades asociadas al consumo del tabaco. Además de generar pérdidas económicas al reducir la fuerza laboral por padecimientos y ausentismo en el trabajo, debido a que al fumar, una persona reduce en promedio de 20 a 25 años de vida productiva por incapacidad o muerte prematura.

La Encuesta Nacional de Adicciones, reportó una prevalencia global de 30.2% de la población 18 a 65 años; esta cifra aumentó a 44.2% para el año 2016 Igualmente se reportó que el 20.6% de la población afirmó consumir tabaco al momento de la encuesta, 31.3% masculino y 10.9% femenino. En ese mismo año, en Tamaulipas se reportó que un 23.7% de la población consumía tabaco al momento de la encuesta, en promedio los consumidores fumaban 7 cigarrillos en un día, el 12.4% aseguraron fumar el primer cigarrillo treinta minutos después de levantarse, por estos datos nuestro estado ocupa el noveno lugar a nivel nacional en el consumo de esta sustancia.

Esta problemática sobre la DCT; no queda ajena en los médicos familiares a pesar de contar con un amplio conocimiento en promoción de estilos de vida saludables y en prevención de las enfermedades, parecen que no los interiorizan en su diario vivir, al igual que todos los derechohabientes, los médicos presentan cierto grado de DCT.

En base a lo anterior se desprende la siguiente pregunta:

¿Cuál es el nivel de dependencia al consumo del tabaco en los médicos adscritos en la Unidad de Medicina Familiar con Unidad de Medicina de Atención Ambulatoria número 76 de Nuevo Laredo Tamaulipas?

5. OBJETIVOS

Objetivo general:

Identificar el nivel de dependencia al consumo del tabaco en los adscritos en la Unidad de Medicina Familiar con Unidad de Medicina de Atención Ambulatoria número 76 de Nuevo Laredo Tamaulipas.

Objetivos específicos:

1. Describir el tipo de consumo del tabaco que presentan los médicos adscritos en la Unidad de Medicina Familiar con Unidad de Medicina de Atención Ambulatoria número 76 de Nuevo Laredo Tamaulipas.
2. Determinar el nivel de dependencia al consumo de tabaco que presenta la población de estudio: leve, media o alta.
3. Conocer el perfil sociodemográfico de la población de estudio.

6. HIPÓTESIS

En base a las características de un estudio de tipo observacional y descriptivo no es necesaria la hipótesis, se presenta la siguiente hipótesis de trabajo:

El 50% de los médicos adscritos en la Unidad de Medicina Familiar con Unidad de Medicina de Atención Ambulatoria número 76 de Nuevo Laredo Tamaulipas, presentan dependencia al consumo de tabaco.

7. MATERIAL Y MÉTODOS

I) POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población estará compuesta por los médicos adscritos a la Unidad de Medicina Familiar con Unidad de Medicina de Atención Ambulatoria número 76. Que acepten participar en el estudio y que cumplan con los criterios de selección.

II) MUESTRA.

Se realizará mediante muestreo de tipo no probabilístico o por conveniencia.

III) CRITERIOS DE SELECCIÓN.

Criterios de inclusión

- Médicos adscritos en la Unidad de Medicina Familiar con Unidad de Medicina de Atención Ambulatoria número 76 de Nuevo Laredo Tamaulipas (personal contractual a encuestar: Médico Familiar, Médico No Familiar, Médico General, Residentes de Medicina Familiar).
- Que se encuentren laborando actualmente.
- Que sean fumadores.
- Que acepten participar en el estudio.

Criterios de exclusión

- Que no acepten participar en el estudio, se encuentren de permiso, licencia o vacaciones, durante el período de estudio.
- Que no sean médicos adscritos en la Unidad de Medicina Familiar con Unidad de Medicina de Atención Ambulatoria número 76 de Nuevo Laredo Tamaulipas.

Criterios de eliminación

- Cédulas mal contestadas.

IV) DISEÑO.

Se realizará un estudio de tipo observacional, descriptivo, transversal y prospectivo.

CALCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

Para el cálculo de tamaño de la muestra se utilizará la fórmula para estimar proporciones para población finita, la cual se describe a continuación:

$$n = \frac{N z^2 P Q}{d^2 (N - 1) + z^2 P Q}$$

$$n = \frac{67 * 1.96^2 * 0.50 (1 - 0.50)}{0.05^2 (67-1) + 1.96^2 * 0.50 (1-0.50)}$$

$$n = 57$$

$$n = 57$$

$$Z = 95\% (1.96)$$

$$P = 50\%.$$

Q = Proporción de la población de referencia que no presenta el fenómeno en estudio (1-p)

d = Precisión absoluta (0.05).

V) VARIABLES.

NOMBRE DE VARIABLE: **EDAD.**

- TIPO DE VARIABLE: Sociodemográfica.
- DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Tiempo transcurrido a partir del nacimiento.
- DEFINICIÓN OPERACIONAL: Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento hasta la fecha del estudio.
- ESCALA DE MEDICIÓN: Cuantitativa discreta en años.
- FUENTE DE INFORMACIÓN: Cédula de recolección.

NOMBRE DE VARIABLE: **ESTADO CIVIL.**

- TIPO DE VARIABLE: Sociodemográfica.
- DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles.
- DEFINICIÓN OPERACIONAL: Casado, Viudo, divorciado, soltera.
- ESCALA DE MEDICIÓN: Cuantitativa nominal.
- FUENTE DE INFORMACIÓN: Cédula de recolección.

NOMBRE DE VARIABLE: **TURNO DE TRABAJO.**

- TIPO DE VARIABLE: Sociodemográfica.
- DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Es la distribución de la jornada ordinaria, legal o pactada, en el día de los tiempos concretos de trabajo y descanso, con indicación de los momentos de entrada y salida del trabajo.
- DEFINICIÓN OPERACIONAL: Matutino, vespertino, nocturno y 4º turno.
- ESCALA DE MEDICIÓN: Cuantitativa nominal.
- FUENTE DE INFORMACIÓN: Cédula de recolección.

NOMBRE DE VARIABLE: **AÑOS DE TRABAJAR.**

- TIPO DE VARIABLE: Independiente.
- DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Es el tiempo total que tiene un trabajador prestando sus servicios para una empresa, patrón o unidad económica determinada, independientemente de que el trabajador durante dicho tiempo haya cambiado sus funciones, su puesto o que fuere reubicado en una nueva área.
- DEFINICIÓN OPERACIONAL: Cualquier número.
- ESCALA DE MEDICIÓN: Cuantitativa nominal.
- FUENTE DE INFORMACIÓN: Cédula de recolección.

NOMBRE DE VARIABLE: **DEPENDENCIA AL CONSUMO DE TABACO.**

- TIPO DE VARIABLE: Dependiente.
- DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Se refiere a un grupo de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos, que hacen al individuo continuar consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas sociales o de salud.
- DEFINICIÓN OPERACIONAL:
 - Puntuación entre 0 y 4: Dependencia Leve.
 - Puntuación de 5 y 6: Dependencia media.
 - Puntuación entre 7 y 10: Dependiente alta.
- ESCALA DE MEDICIÓN: Cuantitativa nominal.
- FUENTE DE INFORMACIÓN: Test Dependencia a la Nicotina Fagerström.

VI) INSTRUMENTO.

Se emplea la Escala de Dependencia a la Nicotina Fagerström, se contemplan 6 interrogantes que miden la dependencia a la nicotina. La primera pregunta indaga el tiempo que transcurre habitualmente desde que se levanta hasta que fuma su primer cigarrillo, esta pregunta tiene un puntaje de uno a cinco donde 1= 5 min, y 5= Más de 60 min. El segundo reactivo indaga si es difícil para la persona no fumar en lugares donde está prohibido, con respuesta dicotómica 1= si, 2= no.

El tercer reactivo pregunta sobre el cigarro que es más difícil de omitir, con puntaje de 1 “al primero de la mañana” y un valor de 0 a “otro”. En el cuarto reactivo se valora la cantidad de cigarros que fuma al día con un puntaje que va desde 0= Menos de 10, a 3= 31 o más. Se pregunta si la persona fuma más cigarros durante la primera parte del día que durante el resto, con repuesta dicotómica 0= no y 1= si, finalmente se indaga si fuma cuando está enfermo y/o en cama, con un valor de 1 a si y un valor de 0 a la respuesta no. Para valorar globalmente los resultados las puntuaciones inferiores o iguales a 4 indican una dependencia leve o baja, si la puntuación es de 5 y 6 la adicción es moderada o media y si el resultado es superior a 7 puntos la dependencia es alta o elevada. (ver apéndice A).

VII) Procedimiento.

1. Concepción de la idea original, escritura del protocolo y evaluación por el comité local de investigación en salud.
2. Iniciar estudio y efectuar reuniones periódicas con el grupo de investigación.
3. Revisión bibliográfica.
4. Entrevistarse con el asesor del proyecto en forma regular.
5. Creación de una base de datos para concentrar la información una vez revisada.
6. Vaciado de los datos en la hoja electrónica.
7. Revisión de los resultados en la base de datos.
8. Análisis parcial de los resultados.

9. Análisis estadístico de los datos, aplicando estadística descriptiva.
10. Presentación de los resultados
11. Elaboración del manuscrito como tesis de grado.

VIII) Plan de análisis.

Los datos serán capturados y analizados en el programa Excel 2017 de Microsoft. Se utilizará estadística descriptiva, para variables categóricas a través de proporción; para variables no categóricas a través de media, moda y mediana. Se presentarán los resultados en porcentajes, tablas, cuadros y figuras. Se calculará la frecuencia.

IX) PRODUCTOS ESPERADOS.

- Tesis de especialidad en medicina familiar.

8. ASPECTOS ÉTICOS.

1. Los aspectos éticos en la declaración de Helsinki, en su última modificación por la 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013. Apegándose a lo señalado en: los principios generales; los riesgos, costos y beneficios; los requisitos científicos y protocolos de investigación; los comités de investigación; la privacidad y confidencialidad; así como en el consentimiento informado.
2. Los principios éticos básicos señalados en el Informe Belmont (1979) que sustentan toda la investigación con sujetos humanos: respeto por las personas, beneficencia y justicia.
3. Los aspectos señalados en la Ley General de Salud (7 de febrero de 1984, última reforma DOF 12-07-2018) en su Título quinto, Investigación para la salud, Capítulo único: desarrollo de acciones que comprende a la investigación para la salud (artículo 96); bases conforme a las cuales se debe desarrollar la investigación en seres humanos (artículo 100); y sanciones correspondientes que se hará acreedor quien realice investigación en seres humanos contraviniendo lo dispuesto en dicha Ley (artículo 101).
4. El Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud (6 de enero de 1987, última reforma DOF 02-04-2014):

Título segundo, de los aspectos éticos de investigación en seres humanos:

Capítulo I

- a) Del respeto a la dignidad y la protección de los derechos y bienestar de los seres humanos sujetos de estudio (Artículo 13); de las bases conforme a las cuales deberá desarrollarse la investigación realizada en seres humanos (artículo 14); y de la protección de la privacidad del individuo en las investigaciones en seres humanos (artículo 16).

b) En lo que respecta al **riesgo de la investigación** (artículo 17, de acuerdo al reglamento de la ley General de Salud en Materia de Investigación), el presente estudio se clasifica en la siguiente categoría:

2	Riesgo mínimo **
---	------------------

X

**	Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 Ml. en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, entre otros,
----	--

Título sexto. De la Ejecución de la Investigación en las Instituciones de atención a la salud.

Capítulo único

La conducción de la investigación estará a cargo de un investigador principal (artículo 113), que desarrollará la investigación de conformidad con un protocolo (artículo 115), estando encargado de la dirección técnica del estudio y con las atribuciones señaladas (artículo 116), siendo él quién seleccione a los investigadores asociados (artículo 117), así como al personal técnico y de apoyo (artículo 118), teniendo la responsabilidad, al término de la ejecución de la investigación, de presentar al comité de investigación de la institución de atención a la salud, un **Informe técnico (artículo 119)**, pudiendo publicar informes parciales y finales del estudio (artículo 120).

5. El presente protocolo se enviará a **revisión al CLIS 2804 y CEI 28048** para su dictaminación y no requiere carta de no inconveniente por parte del director, ya que se realizará en la misma unidad de adscripción del investigador responsable. La información de los derechohabientes contenida en los anexos 1 y 2 será manejada con confidencialidad y resguardada (físicamente y en formato electrónico) en el área que los comités consideren, con la finalidad de cumplir en las potenciales supervisiones de COFEPRIS y CONBIOETICA.

Consentimiento informado: Es indispensable el consentimiento informado por escrito para cada paciente. (Ver anexo 2).

9. RECURSOS.

I) Recursos Humanos.

Tesista e investigador responsable; Tiempo destinado al estudio: lunes a viernes de 07:00 a 13:00 del 1 de enero del 2021 al 31 de diciembre del 2021.

II) Recursos físicos.

Las instalaciones y materiales de la Unidad de Medicina Familiar con UMAA No. 76 del IMSS en Nuevo Laredo, Tamaulipas, donde se llevó la aplicación de cuestionarios y obtención de los datos.

III) Recursos materiales

- a. 500 hojas blancas
- b. 1000 copias
- c. 1 paquete de tarjetas rayadas para ficha bibliográfica
- d. 1000 impresiones
- e. 1 caja de lápices
- f. 1 caja de bolígrafos
- g. 1 computadora
- h. 1 impresora
- i. 1 calculadora
- j. 3 tintas para impresora
- k. Internet
- l. 2 gomas para borrar
- m. 2 tablas de madera

IV) Financiamiento.

El financiamiento será a cargo del investigador.

V) Factibilidad.

Es factible ya que se cuenta con los recursos para llevar a cabo la investigación.

VI) Desglose de los Gastos Materiales

1.	Equipo de cómputo e impresora	\$16,000.00
2.	Insumos de impresión	2,500.00
3.	1 millares de hojas blancas bond	150,00
4.	50 plumas	300.00
5.	Reproducción de la Escala de Dependencia a la Nicotina Fagerström	850,00 250.00
6.	Gastos imprevistos	3,5000.00
	Total	\$23,500.00

10. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

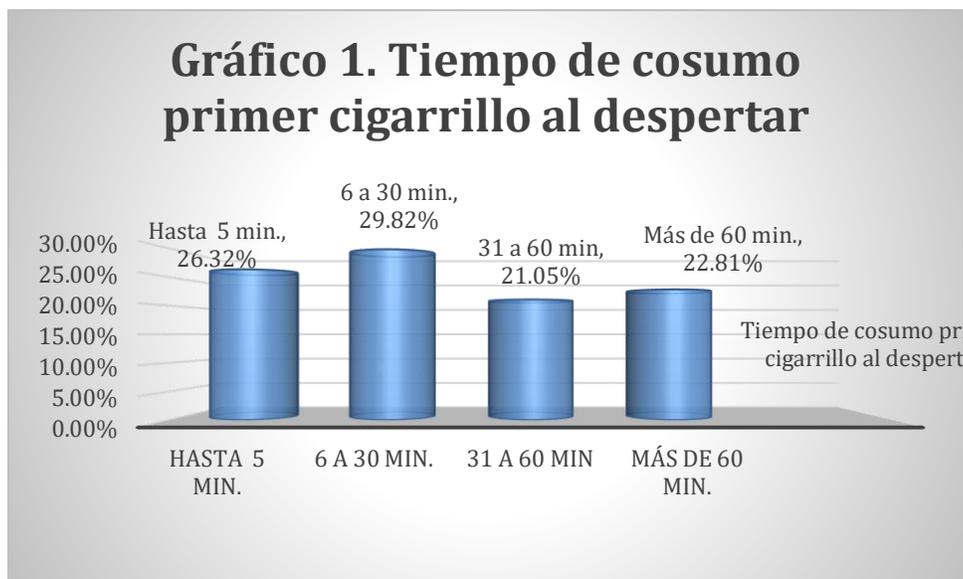
ACTIVIDAD	2021												2022								
	E N E R O	F E B R E R O	M A R Z O	A B R I L	M A Y O	J U N I O	J U L I O	A G O S T O	S E P T I E M B R E	O C T U B R E	N O V I E M B R E	D I C I E M B R E	E N E R O	F E B R E R O	M A R Z O	A B R I L	M A Y O	JU N I O	JU L I O	A G O S T O	
Búsqueda bibliográfica	X	X	X																		
Redacción de protocolo				X	X	X	X	X													
Envío al CLIS-CEI para su dictaminación								X	X	X											
Aplicación de instrumento de medición										X											
Realización de base de datos										X	X										
Captura de la información										X	X										
Análisis estadístico										X	X										
Redacción de resultados y conclusión											X										
Redacción de discusión											X										
Realización de 1er informe de seguimiento técnico en SIRELCIS																X					
Redacción final del trabajo											X										
Presentación de la tesis												X									
Presentación de la tesis en un foro													X								
Realización de 2do informe de seguimiento técnico en SIRELCIS																					X

11. RESULTADOS

En el presente capítulo se describen los resultados del estudio; se identificó el nivel de dependencia al consumo del tabaco en los 57 médicos adscritos en la Unidad de Medicina Familiar con Unidad de Medicina de Atención Ambulatoria número 76 de Nuevo Laredo Tamaulipas. Para dar repuesta a cada uno de los objetivos de la presente investigación de la presente tesina.

Con relación al primer objetivo específico se describió el tipo de consumo del tabaco que presentan los médicos adscritos en la Unidad de Medicina Familiar con Unidad de Medicina de Atención Ambulatoria número 76 de Nuevo Laredo Tamaulipas.

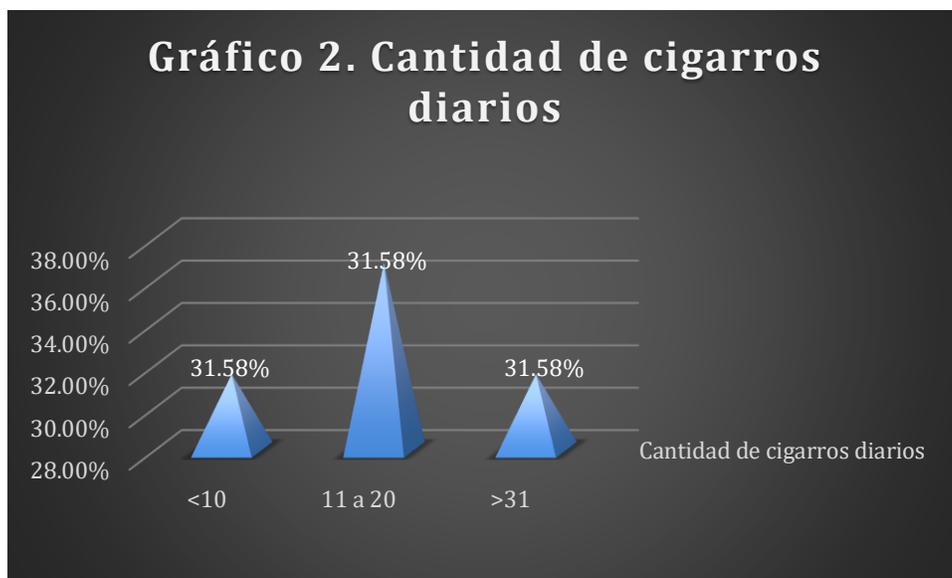
En primer sitio son 17(29.82%) hasta los 6 a 30 minutos, continúan los médicos cuyo tiempo es hasta 5 minutos 15(26.32%), en tercer lugar, más de 60 minutos 13(22.81%) y por último 12(21.05%) de 31 a 60 minutos. (Gráfico 1)



Fuente: Cédula de recolección

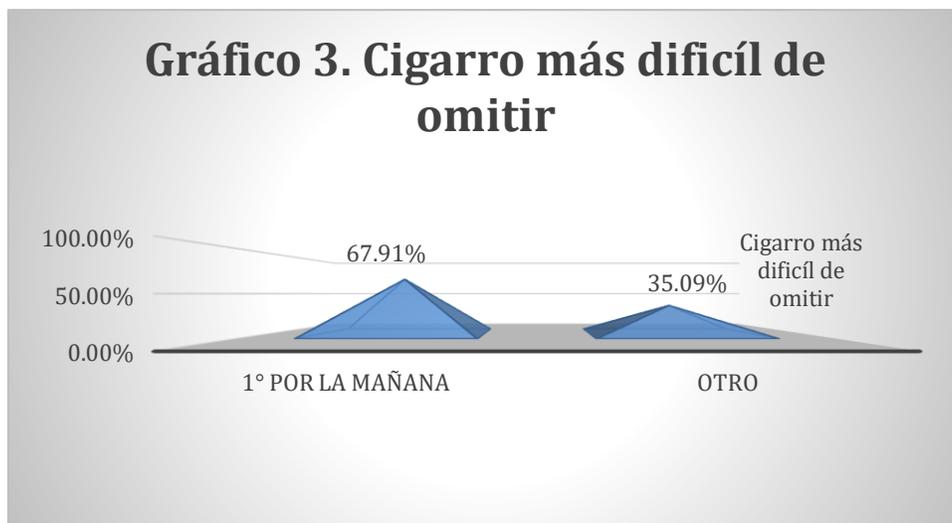
La cantidad más representativa de cigarrillos que fuman los médicos encuestados durante el día es de 11 a 20, equivalente a 21(36.84%), con datos idénticos en

segundo lugar están los consumidores de menos 10 y de 31 o más con 18(31.58%) respectivamente (Gráfico 2).



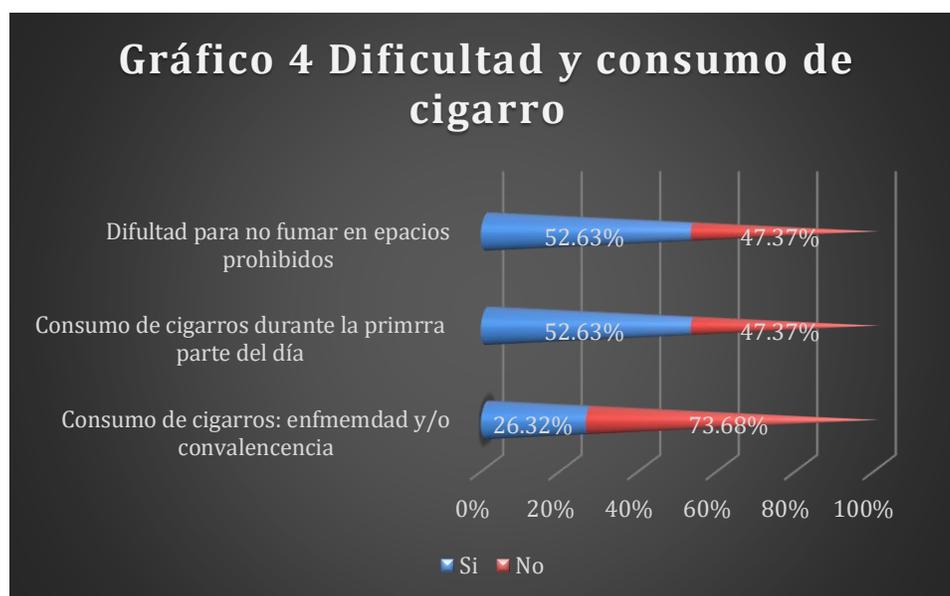
Fuente: Cédula de recolección

Referente al consumo de cigarro más difícil de omitir de los 57 médicos fumadores encuestados 37(64.91%) indican que es el primero por la mañana y otro 20(35.09%). (Gráfico 3)



Fuente: Cédula de recolección

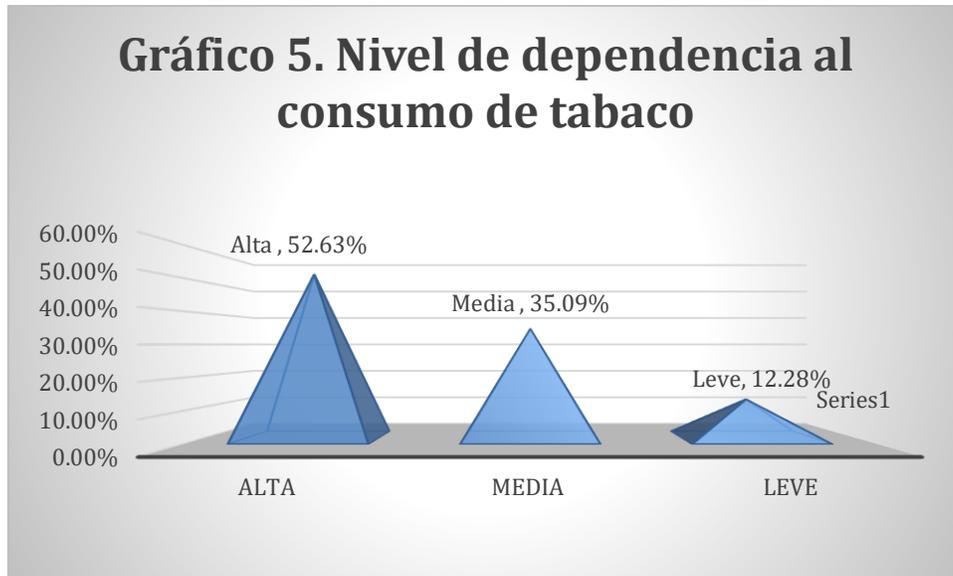
La dificultad y consumo de cigarro que presentan en los 57 médicos encuestados, referente si presentan dificultad para no fumar en espacios prohibidos, 30(52.63%) lo afirmaron y 27(47.37%) lo niegan. Consumen cigarros durante la primera parte del día que durante el resto 30(52.63%) si lo hacen 27(47.32%) no lo hacen. Y por último 42(73.68%) negaron fumar cuando se halla enfermo y/o en cama, y 15(26.32%) lo aceptaron. (Gráfico 4)



Fuente: Cédula de recolección

En relación al segundo objetivo específico se determinó el nivel de dependencia al consumo de tabaco que presenta la población de estudio: leve, media o alta. A continuación, se muestra el tipo de dependencia a la nicotina de los profesionales de la salud, considerando los criterios estipulados en la Escala de Fagerstrom, predomina con una dependencia alta con el 30(52.63%), 20(35.09%) presenta dependencia media y referente la dependencia leve se caracteriza por 7(12.28%) (Gráfico 5).

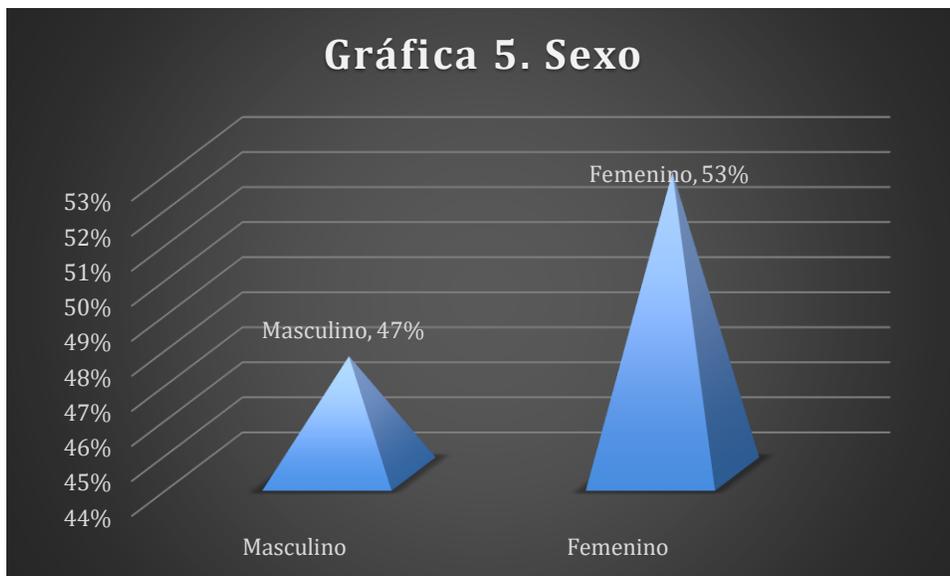
Gráfico 5. Nivel de dependencia al consumo de tabaco



Fuente: Cédula de recolección

En respuesta al tercer objetivo específico se conoció el perfil sociodemográfico (sexo, edad, estado civil, turno, y años). En los médicos los médicos adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 76 del IMSS de Nuevo Laredo Tamaulipas. El grupo más representativo 30(53%) de mujeres y 27(47%) son hombres. (Gráfica 6).

Gráfica 5. Sexo



Fuente: Cédula de recolección

Referente a los grupos etarios de médicos participantes, el más destacado es de los 31 a 35 años 18(32%), el segundo de los 41 a 45 años 14(25%), 36 a 40 años con 13(23.0%), continúan de 51 a 55 años 8(14.0%) y el rango menos representativo es 45 a 50 años 4(7%). (Gráfica 6).



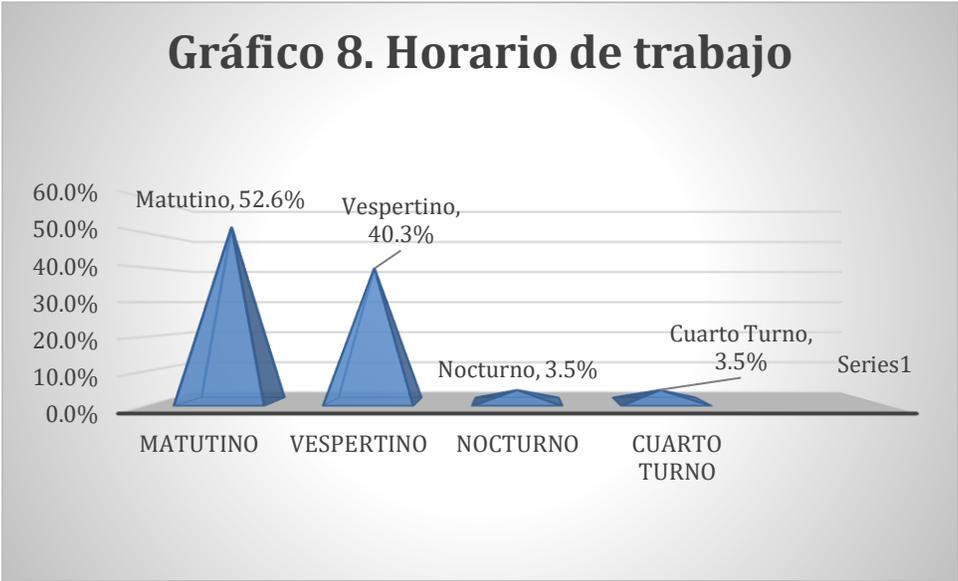
Fuente: Cédula de recolección

En relación con la variable sociodemográfica de estado civil del grupo del personal que participó en la presente investigación, con estatus de casado 19(33.3%) es el más representativo, continua los divorciados 17(29.8%), en el tercer lugar destacan los solteros 15(26.3%), los profesionales de la medicina en unión libre y viudez tuvieron los mismos resultados estadísticos 3(5.2%) cada situación civil. (Gráfico 7).



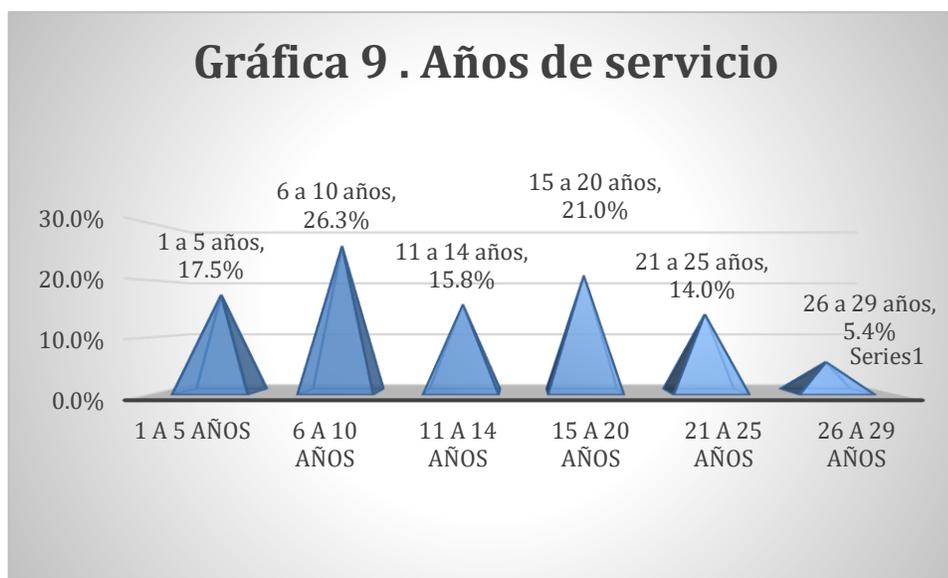
Fuente: Cédula de recolección

Respecto al indicador del horario trabajo de los encuestados, la jornada más representativa es la matutina 30(52.6%), en segunda posición está el turno vespertino 23(40.3%), horario nocturno y del cuarto turno, los resultados son idénticos 2(3.5%) para cada uno. (Gráfico 8).



Fuente: Cédula de recolección

La variable de años de servicio en el IMSS, dentro los médicos participantes, el más destacables es de 6 a 10 años 15(26.3%), en segundo lugar, están los de 15 a 20 años 12(21%), en tercer lugar, están los de 1 a 5 años 10(17.5%), continúan los de 14 a 14 años 9(15.8%), de 21 a 25 años 8(14%) y por último de 26 a 30 años 3(5.4%). (Gráfico 9).



Fuente: Cédula de recolección

12. DISCUSIÓN.

La nicotina se considera una droga psicoactiva que ejerce una actividad estimulante sobre el sistema nervioso central. La dependencia de la nicotina significa fumar o consumir compulsivamente, no poder dejar de fumar o continuar fumando antes de dejar de fumar, o tener dificultad para dejar de fumar debido a los síntomas de abstinencia y/o ansiedad. Tanto la dependencia al trabajo como su síndrome de abstinencia se clasifican en clases con criterios definidos

La escala de dependencia a la nicotina de Fagerström, originalmente consistía en preguntas cortas, que luego se redujeron a seis veces, con una revisión y expansión de las categorías de contagio para las preguntas 1 y 4, sugiriendo cambiar su nombre al antes mencionado. Se basa en seis hipótesis superiores de cómo esto estaría relacionado con la dependencia de la nicotina y que sería un fiel reflejo del comportamiento del tabaquismo, independientemente de las interpretaciones personales.

Con el presente estudio se identificó el nivel de dependencia al consumo del tabaco en los adscritos en la Unidad de Medicina Familiar con Atención Ambulatoria número 76 de Nuevo Laredo Tamaulipas. La más representativa fue el nivel alto con un 52.63%, es decir más de la mitad son dependientes severos por la nicotina. Estos resultados tienen similitud a los reportados por Medina, Bracconi, Domínguez y Ereu en su estudio realizado en Venezuela en 2019, asimismo aplicaron la de Escala de Dependencia a la Nicotina Fagerström, en un profesionales de la salud, encontraron una dependencia alta en el 53%, también hallaron, que durante las largas jornadas de trabajo hospitalario aumenta su consumo por el tabaco, para disminuir su niveles de estrés laboral, caso similar con la población participante en el presente estudio, donde los encuestados refieren las mismas condiciones.

Asimismo, se describió el tipo de consumo del tabaco que presentan los médicos adscritos a la unidad médica del IMSS referida. El tiempo de consumo del primer cigarrillo al despertar la más característica fuente entre los 6 a los 30 minutos en el

29.82% de los médicos, deduciendo que los fumadores consumen nicotina en ayuno en ayuno. Estas derivaciones, también se asemejan a las obtenidas del estudio por Cervantes, Zayas, en México durante el 2016; detectaron que el 30% consumen su primer cigarrillo casi manera inmediata al despertarse y en ayuno, esto indica un factor crítico en la dependencia de la nicotina.

Lo anterior tiene relación a lo expuesto por Rodríguez y Ávalos en 2014, en Lima donde estudiaron la prevalencia del hábito de fumar en de una clínica de primer nivel de atención, evaluaron la actitud hacia el personal médico fumadores, encontraron que, solo 6 de cada 10 aceptaron que si fumaban, desaprovechando la oportunidad de iniciar una atención de salud, sin dejar de mencionar que el profesional de salud de primer contacto tiene un lugar privilegiado para llevar a cabo acciones sana con sus colegas quienes aún no ha tenido contacto con el tabaco, a pesar que son fumadores pero aún no presenta daño en sus salud, felicitando la prevención de salud para el abandono de esta adicción, además de poder hacer detecciones de daños ocasionados por el tabaquismo, es importante estipular que Unidad de Medicina Familiar con Atención Ambulatoria número 76 de Nuevo Laredo Tamaulipas, es relativamente mediana, razón de ello que la convivencia fuera del de sus jornadas se vuelve en ocasiones amigable, y la imagen que el médico proyecte dentro y fuera del de la institución es vital para el fomento de la salud de sus pacientes.

Referente a la cantidad de cigarros diarios, el 36.84% consumen entre 11 a 20, equivalente a una cajetilla diaria. Los autores Román, Gutiérrez, Borges en Cuba en 2017 y Tamayo, Alejo, Chambi en Bolivia en 2015; difundieron resultados estadísticos parecidos, referente al consumo diario de cigarrillos, los autores indicaron que el 38% consumía la misma cantidad diaria. Con relación al cigarro más difícil de omitir el 67.91% de los médicos participantes en esta investigación indicaron es el primero por la mañana. Es datos estadísticos se identifican a los reportados por Becerra y García en su estudio realizado en Colombia en 2018; los especialistas señalaron que 70% de su población reportaron dificultad de consumo de nicotina matutina. Según el indicador sobre la dificultad y consumo de cigarro en

espacios prohibidos, por ejemplo, como lo señala la Ley vigente de Protección para los no Fumadores del Estado de Tamaulipas; el 52.63% de los médicos afirmaron tenerla, conllevándolas a estados de ansiedad. Reyes, et al, 2013 en España, también observaron que el 54% de los médicos indicaron tener dificultad para abstinencia en lugares libres de tabaco. Concerniente al consumo de cigarros durante la primera parte del día el 52.63% de los médicos participantes lo realizan. Estos resultados se vinculan a los obtenidos por Romero et al, en 2019 en Cuba, indicaron que el 53.6% consumen su cigarrillo por la mañana y este hábito lo desarrollaron desde su formación universitaria y se agrava más por su trabajo hospitalario. En relación con el indicador sobre el consumo de cigarros durante una enfermedad y/o convalecencia el 73.68% negaron esta acción. Dichos resultados se asemejan a los obtenidos por los autores Juárez, Valverde, Pérez, Moreno, en 2015 en España, identificaron que el 75.6% de los médicos dejan de fumar durante un padecimiento de salud.

Por último, en respuesta al tercer objetivo específico, se conoció el perfil sociodemográfico de la población. Los resultados más representativos en los participantes del estudio son: el 54.0% pertenecieron al sexo femenino, la edad más sobresaliente es entre 31-35 años en el 32%. El 33% manifestó mantener una relación marital de casado. El 52.6% de los participantes indicaron laboral en la jornada matutina. Dentro la población de abordaje el 26.3% tiene de 6 a 10 años de servicio institucional. Los datos sociodemográficos de sexo y edad se asemejan a los reportados por Sandí y Sandí en 2016 en su estudio realizado en Costa Rica, reportaron que el 55% son mujeres, el grupo etario más destacado fue de los 30-35 años con el 34%. De Granda, et al., en 2019 difundieron los resultados de sus estudios sobre la existencia de asociación entre el grado de dependencia por la nicotina y la motivación para dejar de fumar, su población estudiada fue de 34% del personal médico casados. El 54% laboraron en turno matutino. Y el 28% tenían una antigüedad laboral de 5 a 10 años.

Con base a los resultados, es importante reconocer que los médicos encuestados son adictos al tabaco y, dependerá el abordaje y el tratamiento que la profesional

salud pueda ofrecer a sus colegas, así como la prevención al fomentar estilos de vida que cita anteriormente una dependencia alta al consumo del tabaco y reconocen al tabaquismo como una adicción. Corvalán, et al., en 2017 en su estudio realizado en Chile, reportó una dependencia alta por el tabaco, y se agrava más en su trabajo hospitalario, por las jornadas extremas y el grado de estrés que provoca su actividad médica, principalmente en el primer nivel de atención.

Es oportuno mencionar los resultados emitidos por Ayar, et al., en 2014, presenta datos sobre motivación, el 60.7% tenían baja motivación, el 29.2% moderada y solo el 10.1% con alta motivación. Esta fue una limitante que presentó el presente estudio por no indagar sobre la motivación para dejar de fumar en los médicos de la Unidad de Medicina Familiar con Atención Ambulatoria número 76 del IMSS de Nuevo Laredo, Tamaulipas.

Es fundamental el papel del profesional médico de primer nivel de atención como modelo para el paciente fumador, de ahí la importancia que tiene que el profesional médico para que no fume de manera pública, como lo refieren Tapia en 2014., siendo el tabaquismo en los médicos un obstáculo para abordar el adecuado manejo del paciente fumador, principalmente dando consejo clínico que no práctica.

De acuerdo a la información obtenida en el presente trabajo se encontró que una parte mínima no le resulta difícil no fumar en lugares libres de tabaco, lo cual podría reflejar en la falta de información con respecto a los daños que ocasiona el tabaquismo pasivo a sus pacientes a pesar de que está prohibido hacerlo en una institución de salud.

13. CONCLUSIÓN.

Los médicos Unidad de Medicina Familiar con Atención Ambulatoria número 76 del IMSS de Nuevo Laredo Tamaulipas, presentan un nivel alto de dependencia del consumo de tabaco, y consumen en promedio una cajetilla de cigarros diarios.

Por lo anterior, el nivel de dependencia alta en médicos, es crítica y alarmante, pues y el porcentaje de los encuestados que con dependencia leve fue parralera a los resultados de otros estudios racionados con la temática.

Es de suma importancia que los médicos fumadores de la Unidad de Medicina Familiar con Atención Ambulatoria número 76 del IMSS de Nuevo Laredo Tamaulipas, actualicen sus conocimientos referentes al tema de tabaquismo, y ponga en el practica la autopromoción a su salud, por medio de sesiones generales, talleres o educación continua, esto, valdría la pena considerar el abordaje del tema a mayor profundidad dentro de las medidas preventivas de salud.

Es urgente adecuada promoción a la salud hacia la percepción de la adicción al tabaco y así prevenir patología severa y/o mortal, lo cual podría modificar la visión de la problemática desde las cusas personales y profesionales, para el ejercicio de la salud ya que supone una modificación en la actitud del individuo en este caso el profesional de la medicina familiar.

En el presente estudio concluye en los médicos a pesar que poseen los conocimientos adecuados sobre los efectos letales en tabaquismo en sus organismos y la promoción de la salud, no se le han dado la importancia al tabaquismo como un problema de salud pública, dificultando su adecuado manejo e incumplimiento de las normas referentes a su diagnóstico y la relevancia para iniciar estrategias contra el tabaquismo y retrasmittirlas a sus pacientes.

La aplicación de un adecuado programa de fomento a la salud y la modificación conductual deseable por parte de los médicos sería al menos un cambio de actitud

sobre este importante problema de salud, la información que se proporcione a los al personal médico debe lograr matarlos. Esto favorecerá una disminución en los daños a la salud provocados por el tabaquismo

Por lo anterior es recomendable, reforzar los programas preventivos del uso y abuso del tabaco en los médicos Unidad de Medicina Familiar con Atención Ambulatoria número 76 del IMSS de Nuevo Laredo Tamaulipas. Debido que la mayoría de los encuestados que participaron en el estudio presentaron la dependencia alta por la nicotina, es evidente la necesidad de desarrollar acciones encaminadas a la prevención del consumo de tabaco y evitar de desarrollo de patologías complicadas e inexorables.

Desarrollar programas de promoción a la salud para los médicos, con la intención de establecer estrategias de afrontamiento que aminoren las motivaciones personales, laborales y emocionales de consumo de tabaco y realizar intervenciones encaminadas al abandono de esta práctica nociva de salud.

Involucrar a la Unidad de Medicina Familiar con Atención Ambulatoria número 76 del IMSS de Nuevo Laredo Tamaulipas con otras instituciones de salud para desarrollar programas de concientización sobre el uso del tabaco y continuar desarrollando más investigaciones sobre el tema a fin de evaluar el incremento o disminución de la dependencia por la nicotina en el personal médico del primer nivel atención en salud.

14. BIBLIOGRAFÍA.

1. Ayar HC, et al. Tabaquismo activo en personal del tercer nivel de atención del Servicio de Sanidad Militar. *Revista de Sanidad Militar*. 2017; 58(6):428-433. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=74596>.
2. Juárez JM, Valverde BF, Pérez MA, Moreno CA. (2015). características del consumo de tabaco, dependencia y motivación para el cambio de los especialistas internos residentes de Andalucía, España. *SEMERGEN-Medicina de Familia*. 2015; 41(6):296-304. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1138359314003165>.
3. Tapia JR. Tabaquismo. *Salud Pública de México*. 2014; 22(6): 601-615. <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/823>.
4. Sandí BS, Sandí EL. Dependencia a tabaco y su tratamiento. *Revista Clínica de la Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica*. 2016; 6(1):121-128. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=63861>.
5. Español PT, et al. Análisis de la historia de fumador en la dependencia nicotínica. *Atalaya Médica Turolense*. 2019; (14):5-14. <http://atalayamedica.comteruel.org/index.php/revista/article/view/206>.
6. Medina AP, Bracconi GR, Domínguez L, Ereu M. Nivel de dependencia a la nicotina en personal de Centros Asistenciales de Salud del Municipio Naguanagua, Estado Carabobo. *Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud*. 2019; 17(1):32-38. <http://revistascientificas.una.py/index.php/RIIC/article/view/1353>.
7. Romero MA, et al. Dependencia nicotínica en profesionales sanitarios de atención primaria de salud. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*. 2019; 20(3):35-39. <http://revsaludtrabajo.sld.cu/index.php/revsytr/article/view/82>.
8. Peña CM, et al. Consejo médico ante el problema del tabaquismo en México. *Revista de Sanidad Militar*. 2017; 57(3):162-166. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=75229>.

9. Cervantes GK, Zayas BJ, Galicia AL. Tabaquismo entre estudiantes de medicina. *Médica Sur*. 2016; 22(4):200-202. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=67609>.
10. Lisanti R. et al. Tabaquismo: su relación con personalidad y variables sociales. *Revista americana de medicina respiratoria*. 2016; 16(4):332-340. <https://www.redalyc.org/pdf/3821/382148648007.pdf>.
11. Román CA, Gutiérrez FC, Borges BV. Adicción al tabaco en estudiantes de enfermería técnica. *Revista Cubana de Enfermería*. 2017; 33(4):45-53. <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1211>.
12. Flores SG. El antecedente personal patológico en la anamnesis. *Rev Costarr Salud Pública*. 2014; 24(1): 49 – 53 14. <https://repositorio.binasss.sa.cr/xmlui/bitstream/handle/20.500.11764/59/art06v24n1.pdf?sequence=1>.
13. Arias GW, Huamani CJ, Choque VR. Análisis psicométrico del test de Fagerström de dependencia a la nicotina en una muestra de estudiantes universitarios de Arequipa, Perú. *Acta Médica Peruana*. 2018; 35(3):174-179. <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1728-59172>
14. Vitoria JC, Bilbao JR. Novedades en enfermedad celíaca. *AnPediatr*. 2013; 78(1):1-5. <https://osieec.osakidetza.eus/extranet/doc/adjuntos/Editorial%20ECeliaca.pdf>.
15. Labbe JM. Manejo del tabaquismo crónico. *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas*. 2017; 20(2):83-86. <https://arsmedica.cl/index.php/MED/article/download/554/453>.
16. Zonana NA, Ocho MS. Nivel de dependencia al tabaco en enfermeras y médicos de un hospital general regional. *Revista iberoamericana de educación e investigación en enfermería*. 2012; 4(1):45-51. <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=29304&indexSearch=ID>.
17. Tamayo CC, Alejo PJ, Chambi HI. Relación entre estrés y hábito de fumar en personal de salud, ciudad de La Paz Bolivia, 2014. *Cuadernos Hospital de Clínicas*. 2015; 56(6):27-35.

- http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S1652-67762015000100004&script=sci_arttext&tling=es.
18. Fagerström, et al. Nicotine dependence versus smoking prevalence: comparisons among countries and categories of smokers. *Tabaco Control*. 1996;(5):52-56. <https://tobaccocontrol.bmj.com/content/5/1/52.short>.
 19. Seijas BD. Adicciones y depresión en la salud del hombre. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2014; 25(1):79-98. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864014700148>.
 20. Becerra N, García PP. Nicotinic Replacement Therapy Associated with Gradual Reduction as a Strategy of Smoking Cessation. Case report. *Universitas Médica*. 2018; 59(1):69-74. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-08392018000100069.
 21. Corvalán B, et al. Guías de Práctica Clínica para el Tratamiento del Tabaquismo, Chile 2017. *Revista chilena de enfermedades respiratorias*. 2017; 33(3):167-175. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-73482017000300167&script=sci_arttext.
 22. Varona PPTabaquismo y sus características en trabajadores de la salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2012; 16(3):221-226. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252000000300001.
 23. de Granda O, et al. ¿Existe asociación entre el grado de dependencia por la nicotina y la motivación para dejar de fumar? *Archivos de Bronconeumología*, 2019; 55(3):139-145. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0300289618303211>.
 24. Rodríguez TR, Ávalos AP. Prevalencia del hábito de fumar en trabajadores del Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. *Revista Finlay*. 2014; 4(1):17-28. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=48423>.
 25. Yago BS, et al. Hábito tabáquico entre los profesionales de los centros de salud del sector Teruel. *Atalaya Médica Turolense*. 2016; (6):12-17. <http://atalayamedica.comteruel.org/index.php/revista/article/view/73>.

26. Garzona NA, et al. Review about Drug-dependence: Tobacco Addiction. Revista Costarricense de Salud Pública. 2014; 23(2):129-136. http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-14292014000200006&script=sci_arttext.
27. Bolívar FJ, Milena A P, Corredor AM. Consumo de drogas entre los Especialistas Internos Residentes de Jaén (España) y su relación con el consejo clínico. Adicciones. 2013; 25(3):243-252. <https://www.redalyc.org/pdf/2891/289128256007.pdf>.
28. Reyes UJ, et al. Evolución del consumo de tabaco en trabajadores de un hospital de Cataluña. Revista Española de Salud Pública, 2013; 87(4):407-417. http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v87n4/10_original_8.pdf.
29. Velasco M. Perfil de salud de los trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social. Revista Médica del IMSS. 2013; 1(1):12-25. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=41849>.

15. ANEXOS.

APÉNDICE A: CEDULA DE RECOLECCIÓN.

***PARA SER APLICADA POR EL ENCUESTADOR.**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR CON UNIDAD DE MEDICINA DE
ATENCIÓN AMBULATORIA NO.76 DE NUEVO LAREDO TAMAULIPAS

NIVEL DE DEPENDENCIA DEL CONSUMO DEL TABACO EN LOS MÉDICOS ADSCRITOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR CON UNIDAD DE MEDICINA DE ATENCIÓN AMBULATORIA NÚMERO 76 DE NUEVO LAREDO TAMAULIPAS.

Objetivo general: Describir la dependencia del consumo del tabaco en los médicos adscritos en la Unidad de Medicina Familiar con Unidad de Medicina de Atención Ambulatoria Numero 76 de Nuevo Laredo Tamaulipas.

INVESTIGADORES: Dr. Bandala Sánchez José Luis y Dra. Fabiola Elizabeth Bandala Sánchez, Dra. Cynthia Magali Rangel Medina.

ESCALA DE DEPENDENCIA A LA NICOTINA FAGERSTROM

Sexo: m () f (); Edad: _____ años; Estados civil _____

Turno de servicio: matutino () vespertino () nocturno () 4º. Turno ()

Años de servicio _____

INSTRUCCIONES: Favor de señalar una respuesta conforme a tu realidad respecto al uso de tabaco.

1. ¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y se fuma su primer cigarrillo?

1. Hasta 5 minutos
2. De 6 a 30 minutos
3. De 31 a 60 minutos
4. Más de 60 minutos

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

1. Sí
2. No

3. ¿Qué cigarrillo le desagrada más dejar de fumar?

1. El primero de la mañana
2. Cualquier otro

4. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?

1. Menos de 10 cigarrillos/día
2. Entre 11 y 20 cigarrillos/día
3. Entre 21 y 30 cigarrillos/día
4. 31 o más cigarrillos

5. ¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de levantarse que durante el resto del día?

1. Sí
2. No

6. ¿Fuma, aunque esté tan enfermo que tenga que guardar cama la mayor parte del día?

1. Sí
2. No

¡GRACIAS, POR PARTICIPAR!

APÉNDICE B: Carta de consentimiento informado



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

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	NIVEL DE DEPENDENCIA DEL CONSUMO DEL TABACO EN LOS MÉDICOS ADSCRITOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR CON UNIDAD DE MEDICINA DE ATENCIÓN AMBULATORIA NÚMERO 76 DE NUEVO LAREDO TAMAULIPAS.
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Nuevo Laredo, Tamaulipas;
Número de registro:	En trámite.
Justificación y objetivo del estudio:	Con este estudio se busca establecer un panorama amplio, referente a la dependencia del consumo del tabaco que presentan los médicos adscritos en la Unidad de Medicina Familiar con Unidad de Medicina de Atención Ambulatoria número 76 de Nuevo Laredo Tamaulipas. Lo cual permita desarrollar estrategias de salud para afrontar este problema de salud pública.
Procedimientos:	Aplicación de encuestas
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Describir la dependencia al consumo del tabaco que se presenta en los médicos adscritos en la Unidad de Medicina Familiar con Unidad de Medicina de Atención Ambulatoria número 76 de Nuevo Laredo Tamaulipas.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	La información que proporcione será manejada bajo absoluta confidencialidad y se informará el estado dependencia al consumo del tabaco que presenta los médicos adscritos en la Unidad de Medicina Familiar con Unidad de Medicina de Atención Ambulatoria número 76 de Nuevo Laredo Tamaulipas.
Participación o retiro:	Puede retirarse al momento que usted lo crea conveniente.
Privacidad y confidencialidad:	Los datos personales de los participantes no serán publicados.

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

No autoriza que se tome la muestra.

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

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

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

Beneficios al término dl estudio: Diagnóstico situacional para la institución Unidad de Medicina Familiar con Unidad de Medicina de Atención Ambulatoria No.76 de Nuevo Laredo Tamaulipas.

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

Investigador Responsable: Dr. Bandala Sánchez José Luis

Colaboradores: Dra. Bandala Sánchez Fabiola Elizabeth / Dra. Cynthia Magali Rangel Medina

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Investigación en Salud (CLIS 2804) y el Comité de Ética en Investigación (CEI 28048) de la HGZ No.1, ubicada en Centro Médico Educativo y Cultural "Adolfo López Mateos" S/N, Col. Pedro Sosa, Cd. Victoria Tamaulipas, CP 87120, TEL. (834) 312- 44-13 EXT.41157. Correo electrónico: comité. etica.hgzmf1@gmail.com.

 Nombre y firma del encuestado.
 Testigo 1 _____

Nombre, dirección, relación y firma

 Dr. Bandala Sánchez José Luis
 Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
 Testigo 2 _____

Nombre, dirección, relación y firma