



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION NORTE, CIUDAD DE MEXICO
COORDINACIÓN CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR**

TESIS

**ACTITUDES Y CONOCIMIENTOS HACIA EL TABACO EN LOS MÉDICOS
ADSCRITOS A LA UMF No. 33 “EL ROSARIO”**

PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DRA. MERCEDES SÁNCHEZ SANTOS

Médico Residente del tercer año del curso de especialidad en Medicina Familiar
Adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No 33 “El Rosario”

DR. ANDRÉS ROCHA AGUADO.

Médico Familiar y Coordinador clínico de educación en investigación y salud
Unidad de Medicina Familiar No 33 “El Rosario”

**CIUDAD DE MÉXICO
FEBRERO 2017**



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.

ÍNDICE

1. RESUMEN	5
2. INTRODUCCIÓN	6
3. ANTECEDENTES	7
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
5. OBJETIVOS	16
6. MATERIAL Y MÉTODOS	16
7. RESULTADOS	18
8. TABLAS Y GRÁFICAS	20
9. DISCUSIÓN	30
10. CONCLUSIONES	32
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33
12. ANEXOS	34

DRA. HAYDEE ALEJANDRA MARTINI BLANQUEL
PROFESORA TÍTULAR DEL
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 33. "EL ROSARIO"

DR. ANDRÉS ROCHA AGUADO.
ENCARGADO DE LA COORDINACIÓN CLÍNICA DE
EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 33 "EL ROSARIO"
ASESOR DE TESIS

DRA. MERCEDES SÁNCHEZ SANTOS
RESIDENTE DE TERCER AÑO DEL CURSO DE
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 33 "EL ROSARIO"

AGRADECIMIENTOS

A MI FAMILIA

En especial a mi madre que es un gran ejemplo de valor, humildad, integridad dedicación, perseverancia y amor. Por haberme brindado su apoyo incondicional en todos los momentos de mi desarrollo personal y profesional, a mi padre por su apoyo a lo largo de mi vida, a mis dos hermanos Julio y David que son una luz guía en mi camino, pilares en quien encuentro comprensión, ánimo y felicidad.

A MIS SOBRINAS

Porque me ayudan cada día a ser mejor persona y me impulsan a actuar de tal forma que sea un ejemplo para ellas, lo que facilita mi crecimiento personal y profesional, ustedes son el motivo por el que muchos días sonrío y su compañía siempre me da paz y felicidad.

A MI ASESOR DE TESIS

Dra. Andrés Rocha, por su reconfortante apoyo y asesoría, lo que hizo posible desarrollar este trabajo a pesar de las dificultades que se presentaron antes de que él tomara en sus manos ser guía de esta investigación.

1. RESUMEN

Rocha AA ¹, Sánchez SM². Actitudes y Conocimientos hacia el tabaco en los médicos adscritos a la UMF No. 33 “El Rosario”. México 2016.

Introducción: El consumo de tabaco es factor de riesgo de cáncer, enfermedades crónicas, pulmonares y cardiovasculares. Las actitudes y conocimientos hacia el tabaco en los médicos, es el conjunto de conductas desarrolladas para ofrecer ayuda para dejar de fumar y promover espacios libres de humo ajeno. **Objetivo:** Conocer las características en el abordaje de pacientes fumadores en el primer nivel de atención en el personal médico adscrito a la UMF No. 33 “El Rosario”. **Material y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo simple en 77 médicos adscritos a la UMF No. 33 El Rosario, a los cuales, previo consentimiento informado, se les aplicó un instrumento de 35 reactivos tipo opción múltiple, para determinar el grado de conocimientos y actitudes hacia el tabaco, dependencia a la nicotina, motivación para dejar de fumar y variables sociodemográficas. **Resultados:** de los médicos encuestados, 4 (6%) fuman y el 58 (94%) no fuman; se observó igual frecuencia en fumadores mujeres 2 (50%) y en hombres 2 (50%); con experiencia laboral de 6 a 10 años 33 (53%), los médicos sin certificación 5 (8%) y los médicos no familiares 2 (3%), 4 (100%) tienen dependencia baja a la nicotina y 4 (100%) tienen motivación baja para dejar de fumar; el 100% aplica consejería antitabáquica. **Conclusiones:** se deben implementar estrategias para promover el adiestramiento del personal médico, a fin de favorecer actitudes positivas para que los pacientes dejen de fumar.

Palabras clave: Actitudes, conocimientos, tabaco, atención médica.

¹ Médico Familiar y Coordinador clínico de educación en investigación y salud UMF No. 33 El Rosario

² Residente de tercer año del CEMF UMF No. 33 El Rosario.

2. INTRODUCCIÓN

El tabaquismo es un gran problema de salud pública ya que la prevalencia en México es de 21.7% y 1 de cada 6 adultos son fumadores, el 17 % de los adultos que trabajan en lugares interiores estuvieron expuestos al humo de tabaco y 12.6% lo estuvieron en sus hogares.

El tabaquismo en el personal médico es un aspecto negativo en el “modelo de no fumador” del trabajador de la salud, así como la influencia que tiene el bajo grado de conocimientos para la intervención que advierta los daños a la salud y prevenga la iniciación en esta adicción.

El identificar con qué frecuencia los médicos fuman, los conocimientos y actitudes que poseen con respecto al tabaco, el grado de dependencia a la nicotina y el grado de motivación para dejar de fumar es útil para realizar acciones de adiestramiento en el primer nivel de atención a fin de que se mejore la calidad en la atención de adicciones y se corrija el problema en el personal educador, así como en los derechohabientes afectados por el tabaquismo y sus comorbilidades.

El principal aliciente para realizar este trabajo de investigación es mejorar la prevención y diagnóstico de tabaquismo por el gran impacto que causa en la salud de los pacientes, siendo factor de riesgo de las 6 principales causas de muerte en el mundo, además de dar pauta para la búsqueda de estrategias que mejoren la capacitación del personal médico en contacto con el paciente y se favorezca la cesación tabáquica.

Por lo que el objetivo del estudio está centrado principalmente en determinar la frecuencia de tabaquismo, las actitudes y conocimientos hacia el tabaco en los médicos adscritos a la UMF No. 33 “El Rosario.

3. ANTECEDENTES

El tabaquismo de acuerdo a la OMS la define como una enfermedad adictiva hacia el tabaco y es parte de los trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de tabaco (CIE 10: F17).^{1,2}

El 63% de las muertes en todo el mundo se atribuyen a enfermedades crónicas donde es el tabaquismo es uno de los principales factores de riesgo y más de 600 000 muertes ocurren entre personas no fumadoras expuestas al humo de tabaco.³

Se denominan productos del tabaco los que están hechos total o parcialmente con tabaco, sean para fumar, chupar, masticar o aspirarlo por la nariz. Todos contienen nicotina, un ingrediente psicoactivo muy adictivo.

El consumo de tabaco es uno de los principales factores de riesgo de varias enfermedades crónicas, como el cáncer y las enfermedades pulmonares y cardiovasculares. A pesar de ello, su consumo está muy extendido en todo el mundo, se calcula que de persistir el problema el número de defunciones aumentará para 2030 a ocho millones.⁴

En el humo de tabaco hay unos 4000 productos químicos conocidos, de los cuales se sabe que, como mínimo, 250 son nocivos, y más de 50 cancerígenos para el ser humano. El humo de tabaco en espacios cerrados es inhalado por todos; por lo tanto, tanto fumadores como no fumadores quedan expuestos a sus efectos nocivos.⁵

La prevalencia en México es de 21.7%, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Adicciones 2011, casi 1 de cada 6 adultos, son fumadores actuales de tabaco, de los cuales casi la cuarta parte son mujeres; 6 de cada 10 de los fumadores actuales hicieron un intento para dejar de fumar en los pasados 12 meses; 17 % de los adultos que trabajan en lugares interiores estuvieron expuestos al humo de tabaco en sus lugares de trabajo y 12.6% lo estuvieron en sus hogares. De acuerdo a la encuesta Nacional de adicciones 2011 en la Ciudad de México la segunda droga de inicio es el tabaco.⁶

El control del tabaco abarca todo un conjunto de medidas de amplio alcance destinadas a proteger a la población de los efectos del consumo de tabaco y del humo de tabaco ajeno, en el IMSS se participa en la prevención de adicciones a través de estrategias educativas en sus unidades médicas, escuelas, guarderías y centros de trabajo, dentro del módulo PREVENIMSS, trabajo social y promotores de la salud dirigida a todos los grupos de edad para reforzar los factores de protección y habilidades para la vida en coordinación con segundo nivel para atención psiquiátrica, los centros de integración juvenil A.C. y CENADIC, SSA.^{4,7}

Es importante contar con personal calificado que sepa realizar la valoración integral de tabaquismo la cual abarca componentes de prevención universal, selectiva o indicada, ser proactivo, no discriminatorio, incluir poblaciones vulnerables y de muy alto riesgo, tomando en cuenta sobre todo a la juvenil.⁸

En 2008 la OMS publicó el plan de medidas MPOWER que tiene por objeto ser el punto de partida hacia la implementación completa de todas las intervenciones eficaces para reducir la demanda de tabaco y se compone de seis estrategias:

- Monitor: vigilar el consumo de tabaco y las políticas de prevención
- Protect: proteger a las personas de la exposición al humo de tabaco ajeno
- Offer: ofrecer ayuda para dejar el consumo de tabaco
- Warn: advertir sobre los peligros del tabaco
- Enforce: hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio
- Raise: aumentar los impuestos sobre el tabaco⁹

Se considera a los médicos como la fuente más fiable de asesoramiento e información sobre cuestiones de salud, y ellos son modelos de conducta para el resto de la comunidad así también les corresponde la valoración integral que consiste en detectar si el paciente consume tabaco, lo que aumenta su posibilidad tres veces para aceptar un tratamiento para dejar de fumar considerando muy importante interrogar a todos los pacientes que acudan a la consulta sobre el consumo de tabaco y registrar esta información en la historia clínica, informar de los daños a la salud que genera el consumo, así como los derechos que tiene para vivir en espacios 100% libres de humo de tabaco, aplicar instrumentos de tamizaje e iniciar intervención breve.^{2,10}

La nicotina el componente químico principal de la hoja del tabaco y que la hace adictiva produce una sensación placentera al activar la vía dopaminérgica y los receptores colinérgicos y nicotínicos del sistema nervioso central lo que proporciona al adicto efectos placenteros.

Los principales daños a la salud son: el riesgo cardiovascular el cual es 3 a 4 veces mayor que en los no fumadores. En México es la primera causa de mortalidad; más de la mitad de estos casos corresponden a cardiopatía isquémica; los fumadores presentan más síntomas respiratorios (tos, expectoración y disnea de esfuerzo). La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una causa frecuente de morbilidad y mortalidad. La mayoría de estos cánceres están relacionados con el tabaco; el de la cavidad oral 93%, el pulmonar 85%, el cáncer laríngeo 82%, el esofágico 80%, el cáncer en cuello uterino 30% y las leucemias en 14%, también estómago, páncreas, vejiga y riñón. En el desarrollo fetal produce bajo peso al nacer, alteraciones endocrinas del recién nacido, mutaciones del DNA en diferentes tipos celulares y aumento en la frecuencia de abortos espontáneos, partos pre término, placenta previa,

hemorragias, ruptura prematura de membranas y de mortalidad perinatal en 25%, además de muerte súbita en el neonato, el aumento de infecciones respiratorias en el niño como otitis media son una causa frecuente de morbilidad. El consumo de tabaco se ha visto asociado a diferentes enfermedades psiquiátricas y anímicas como esquizofrenia, alcoholismo, trastornos de ansiedad y trastorno de déficit de atención con hiperactividad, .¹¹

Los instrumentos más utilizados a nivel mundial y en México para identificar el tabaquismo son el historial de tabaquismo, la dependencia de nicotina con el test de Fagerström el cual se evalúa utilizando una escala de 0 a 3 puntos: Dependencia baja, de 4 a 7 puntos: Dependencia moderada, 8 puntos o más puntos: Dependencia alta; y la motivación para dejar de fumar con el Test Richmond el cual se evalúa utilizando una escala de menos de 4 puntos: Motivación baja, de 5 a 6 puntos; Motivación media, Más de 7 puntos: Motivación alta; la Global Health Professions Student Survey (GHPSS) que se realizó en México en estudiantes de tercer año de medicina para medir tabaquismo, exposición al tabaco, conocimiento y actitudes en el año 2006, sin embargo se realizó una investigación la cual fue aplicada en 48 médicos mexicanos en dos clínicas de medicina familiar del ISSSTE Clínica Ignacio Chávez y Clínica Moctezuma en la ciudad de México que permite identificar la motivación para el abandono de tabaquismo, grado de dependencia a la nicotina y nivel de conocimiento sobre tabaquismo en médicos, fue validada por un comité de expertos en tabaquismo de Centros de Integración Juvenil, A.C., realizado en marzo del 2009, por el Dr. Carlos Alberto Juárez Fuentes, Dra. Rosalía Rodríguez Cuevas para concluir el Programa Académico de la Especialidad para el Tratamiento de las Adicciones.

Dicho instrumento, contiene 3 apartados: el primer apartado que consta de 6 ítems, contiene datos generales de tipo sociodemográfico y evalúa hábito tabáquico a lo que el médico deberá responder sí o no, lo que determinará que pase al apartado 2 o de lo contrario al apartado 3.

El segundo apartado es para catalogar el estatus del fumador que se contesta solo por los médicos actualmente fumadores, consta de diez ítems los cuales forman parte de cuestionarios ya validados de Fagerström que mide el grado de dependencia a la nicotina y de Richmond para evaluar la motivación para el abandono del tabaquismo.

La tercera sección es para fumadores y no fumadores y evalúa conocimientos sobre tabaquismo, consta de 16 ítems que fueron validados por un grupo de expertos para tratar de medir la actitud y los conocimientos del médico sobre el tabaquismo.^{2,12}

La investigación actual demuestra que la fácil accesibilidad a los tratamientos para dejar de fumar y reducir las barreras para el inicio de los mismos incrementa su aceptación, de lo contrario disminuye el número de pacientes que lo inician.¹³

Existen varios modelos de tratamiento. La elección del más adecuado para un determinado paciente depende de la evaluación inicial. Cualquiera sea la elección, la meta más difícil consiste en alcanzar y mantener la abstinencia. Los métodos de primera línea son: terapia de reemplazo nicotínico (TRN), utilización de bupropión y terapia breve en grupo o individual. La combinación de métodos mejora la efectividad del tratamiento. Las tasas de abstinencia aumentan cuando se introducen medicamentos al tratamiento.¹⁴

El abandono del consumo se considera un proceso que pasa por una serie de etapas definidas por Prochaska y Di Clemente. Estas fases indican también si el paciente se encuentra o no motivado para intentar la abstinencia.

- Fase de pre-contemplación: el fumador no tiene intención de dejar de fumar en los próximos seis meses.
- Fase de contemplación: la persona empieza a ser consciente de que existe un problema y participa activamente buscando información y se plantea seriamente dejar de fumar en los próximos seis meses.
- Fase de preparación: el sujeto se ha planteado abandonar el consumo de tabaco) en los próximos 30 días.
- Fase de acción: los individuos han iniciado conductas para el abandono del tabaco, llegando a lograrlo con éxito (pero llevan sin fumar menos de seis meses).
- Fase de mantenimiento: el individuo lleva sin fumar un periodo de seis meses a dos años.
- Fase de finalización: si después de la fase de mantenimiento (dos años) no se produce una recaída.² El médico deberá aplicar al menos las tres primeras “A’s” para prevenir la iniciación del tabaquismo, las 5 “A’s” son:

1. *Averiguar*: Identificar a los fumadores en cada visita.
2. *Aconsejar* de forma clara (“creo que es importante para usted que deje de fumar ahora; podemos ayudarle a conseguirlo...”),convinciente (“Como médico suyo debo informarle, que deje de fumar, es lo más importante que puede hacer para proteger su salud ahora y en el futuro”), personalizada (Relacionar el uso de tabaco con el estado de salud, enfermedades actuales y/o sus costos sociales o económicos, el nivel de motivación/disposición para dejar de fumar y/o el impacto del tabaquismo sobre los niños u otros miembros de la familia. Se sugiere entregar folletos o manuales de autoayuda).
3. *Adecuar la intervención* a cada paciente y valorar la disposición de intentarlo.

4. *Ayudar* al paciente con plan para dejar de fumar: Señalar al paciente una fecha para dejar de fumar. Idealmente la fecha debe establecerse en un plazo de dos semanas. Ofrecer tratamiento farmacológico cuando estime oportuno. Anticiparse a las dificultades de un intento planificado de dejar de fumar, particularmente en las primeras semanas. Incluir información sobre los síntomas de la abstinencia a nicotina.
5. *Organizar* el seguimiento y citar para la siguiente visita. Reforzar y prevenir las recaídas en cada visita.²

Se han realizado diversos estudios que demuestran que la implementación de “lugares de trabajo libres de humo de tabaco” se ha asociado a una disminución en la prevalencia del consumo de tabaco de cerca de 4% y favorece un lugar de trabajo sano, seguro y libre de conflictos entre los trabajadores al igual que ha sido posible saber que el 65% de los jóvenes fumadores de 14 años han intentado dejar de fumar sin conseguirlo debido a su dependencia nicotínica, por lo que ambos motivos hacen indispensable reforzar las 5 “R” para el fumador que no desea dejar de fumar:

1. **Relevancia:** debe ser relevante para el estado de salud/enfermedad del fumador, su familia o situación social.
2. **Riesgos:** se debe pedir al paciente que identifique posibles consecuencias negativas del fumar, enfatizando que fumar cigarrillos bajos en nicotina o usar el tabaco de otras formas (puros, fumar en pipa, mascar tabaco) no elimina los riesgos.
3. **Recompensas:** se debe pedir al paciente que identifique posibles beneficios de dejar de fumar como mejora de la salud, ahorro de dinero, recuperación del gusto y del olfato, mejor condición física, para los hijos y otros.
4. **Reconsiderar impedimentos y dificultades:** se debe pedir al que identifique barreras, impedimentos y dificultades para dejar de fumar, e intentar dar una solución apropiada.
5. **Repetición:** La intervención motivacional debe ser repetida cada consulta^{2,15}

Se recomienda que todo fumador que realiza un intento de dejar de fumar tenga la opción de recibir tratamiento farmacológico siete fármacos han sido aprobados por la Food and Drug Administration (FDA) como parte de la intervención, dado que el mismo duplica la oportunidad de éxito del intento. Situaciones de excepción a contemplar son: el consumo menor de diez cigarrillos al día, la presencia de contraindicación médica, el embarazo, la lactancia o la adolescencia.

Los parches, chicles y comprimidos de nicotina, spray nasal, inhalador de nicotina, bupropión y vareniclina son efectivos para la suspensión del hábito

tabáquico, en 83 estudios aleatorizados se obtuvo que duplican la abstinencia a los 6 meses con la mayoría la terapia de sustitución nicotínica no aumenta el riesgo de efectos cardiovasculares^{2,15}

Para el mantenimiento de la abstinencia hay dos estrategias básicas que se pueden utilizar:

- El apoyo social.
- Entrenar al fumador, durante el tratamiento psicológico, cuando aún fuma o cuando ya ha dejado de fumar, en estrategias de prevención de la recaída.²

Debido a que hasta ahora el tabaquismo tiene un gran impacto en la salud y requiere de personal sanitario calificado, se busca confirmar las actitudes de los médicos y el grado de conocimientos que poseen con respecto al tabaco ya que al respecto existen suficientes evidencias científicas internacionales de que el consejo médico antitabáquico para dejar de fumar y prevenir el tabaquismo es efectivo.¹⁶

En el 2015, en Makkah, Arabia Saudita, se llevó a cabo el estudio “Conocimiento, actitud y práctica en médicos de atención hacia la cesación de tabaquismo en Makkah, Arabia Saudita”, se incluyeron 262 médicos, donde la prevalencia de tabaquismo fue de 18.7%, (el 26.7% en hombre y el 1.2% en mujeres respectivamente. Sólo el 7.3% eran fumadores ocasionales. La mayoría pensó en dejar de fumar. La actitud negativa sobre tabaquismo se registró entre el 25.6% de médicos, los médicos entre los 36 y 45 años mostraron una actitud hacia el tabaco significativa negativa comparada con el grupo de 25-35 años (AOR = 5.83; 95% CI: 2.88–11.79). La mala práctica en tratamiento de cesación de tabaquismo se reportó en el 52.7% de los médicos. Los médicos con mayor antigüedad expresaron menor probabilidad de mala práctica en cesación tabáquica que los que tenían experiencia de 1 año o menos y comparado con residentes los de mayor antigüedad expresaron menor probabilidad de mala práctica en cesación tabáquica (AOR = 0.19; 95% CI: 0.05–0.69). Casi un el 25% de médicos de la asistencia médica primarios no recibió la formación suficiente en fumar actividades de cese.¹⁷

El médico tiene un rol importante en dar la información de cesación tabáquica así como ser modelo para sus pacientes y desenvolverse como no fumador y tener un adecuado entrenamiento sobre los conocimientos necesarios para prevenir, detectar y tratar el tabaquismo, en un estudio multicéntrico Torre GL et al.(2014) en 24 escuelas de salud pública durante enero y febrero del 2012 se siguieron a los alumnos desde el primer hasta el cuarto grado de preparación en total 459 doctores especialistas en Salud Pública aplicándoseles el cuestionario Global Health Professions Student Survey (GHPSS) a través de un sitio web, mediante el modelo de regresión logística se identificó que de un total de 388 cuestionarios contestados (85%) el 20.9% (81) declaró ser fumador, el 79.6% (309) se consideraron profesionales de la salud

como modelos a seguir por sus pacientes y un 96.6% (375) afirmó que los profesionales de la salud tienen un rol para dar la información acerca de cesación tabáquica. No obstante 89.7% (388) ha escuchado hablar sobre las enfermedades causadas por el tabaquismo durante los grados anteriores, solo el 17% ha recibido entrenamiento específico sobre cesación tabáquica durante la especialización (nivel de significancia $P \leq 0.05$).¹⁸

En México se realizó el Medical Students (3rd Year Students Only) Global Health Professions Student Survey (GHPSS) 2006 se realizó en 15 escuelas de medicina en México en estudiantes del tercer año, encontrándose que más de un tercio de los estudiantes fuma cigarrillos y 4.5 % actualmente usa otro producto de tabaco, casi 3 de cada 5 fumadores indicó que quiso dejar de fumar, 4 de cada 5 se expusieron al humo del tabaco en lugares públicos, 4 de cada 5 apoya la prohibición para fumar en lugares públicos, 1 de cada 5 recibió entrenamiento de cesación de tabaquismo para proveer a sus pacientes, 9 de cada 10 piensan que los profesionales de salud deberían dar técnicas específicas de cese tabáquico a sus pacientes.¹⁹

Para dar una adecuada consejería médica Juárez-Jiménez y cols. Midieron la prevalencia y factores asociados a la práctica del consejo clínico contra el consumo de drogas entre los especialistas internos residentes de Andalucía, España (2015). Identificando algunas particularidades del consumo personal del equipo de salud, como la edad de inicio del consumo de alcohol, el tipo de bebida preferida y el tabaquismo los cuales parecen influir en el asesoramiento otorgado al paciente contra el consumo.²⁰

Alba LH y cols. (2013) reportaron que la intervención del médico aumenta la abstinencia en 9.7% de los fumadores frente a la no intervención (RM= 2.2; IC95% 1,.5-3.2), y en 4.1% frente a profesionales no médicos, igualmente, el consejo médico breve incrementa la cesación en 1% a 3% frente al cuidado habitual (RM= 1.66; IC95% 1.42-1.94).²¹

En una investigación en la Facultad de medicina UNAM de Catalina MC y Vega García S sobre conocimientos sobre tabaquismo en médicos de dos clínicas de medicina familiar del ISSSTE en el año 2007 se concluye que abordar al paciente en su consulta ofreciéndole de 3 a 5 minutos de consejería antitabaco es más efectivo y productivo, debiendo tener el médico los siguientes principios: Motivación, compromiso, educación y preparación del consultorio, siguiéndolos se podría lograr que un 5-6% de los pacientes logra el abandono al tabaco al cabo de 1 año.²²

La encuesta nacional de adicciones 2011 reportó que la cifra de estudiantes fumadores que refirieron haber recibido algún tipo de ayuda profesional para dejar de fumar pasó de 70% en 2006 a 59.8% en 2011, es decir disminuyó la intervención anti tabáquica.²³

Es sabido que el tabaquismo es el factor con mayor riesgo para enfermedad pulmonar obstructiva crónica sin embargo es necesario realizar la detección de la dependencia a la nicotina para reducirlo; Abdulateef DS et al. (2016), en Iraq, reportó que el 28.7% de los profesionales de la salud sabía que la prueba de Fagerström es para la evaluación de la dependencia de nicotina, casi todos preguntaban a sus paciente si fumaban, informa sobre los peligros de fumar, recomendaba no fumar; mientras que la prescripción de medicinas recomendadas para no fumar varió del 37.7% para la terapia de reemplazo de nicotina al 4.9% para varenicline.²⁴

Arboleda AC, et al (2014) concluyen después de una revisión sistemática de guías de práctica clínica que los fármacos duplican la cesación al combinarse con consejería comparados con placebo (tasas de 25,0 % hasta 27,0 %). Los mayores incrementos en cesación se obtienen con ansiolíticos y antidepresivos (8,7% a 19,4%), y los menores con terapia de reemplazo nicotínico –TRN- (5,2 % a 12,9 %). La nortriptilina tiene eficacia similar al bupropión (aproximadamente 10,0 %). Con limitadas excepciones (parche e inhalador, tabletas y bupropión), las combinaciones de medicamentos no incrementan la abstinencia.²⁵

En el 2009, en México se publicó una investigación final realizada por Centros de Integración Juvenil A. C., la cual fue aplicada en 48 médicos mexicanos en clínicas de medicina familiar del ISSSTE (Clínica Dr. Ignacio Chávez y Clínica Moctezuma en la ciudad de México) que permite identificar mediante una cédula registro sobre tabaquismo en médicos de primer contacto, la motivación para el abandono de tabaquismo, grado de dependencia a la nicotina y nivel de conocimiento sobre tabaquismo en médicos; la información encontrada aporta que el 17% de los médicos fuman, predominando el sexo masculino, la edad de inició promedio fue de 23 años (15-46), el promedio de consumo de cigarrillos fue 4, el 71.4% de ellos se quita la bata cuando fuma, de los médicos que fuman el 28.6% obtuvieron puntuaciones que corresponde a una baja motivación para dejar de fumar, el 42.8% a una motivación media y el 28.6% con una alta motivación; de acuerdo al cuestionario de Fagerström ninguno se identifico con adicción a la nicotina. En cuanto a conocimiento el equipo de salud está escasamente capacitado y motivado para la intervención, y en algunas instituciones de salud no se cuenta con centros especializados ni con cobertura para los tratamientos farmacológicos de suspensión o abandono.¹²

En la UMF No. 33 “El Rosario” se han realizado diversos estudios sobre frecuencia de tabaquismo en el personal de salud y en los derechohabientes, destacando la investigación sobre asociación entre la presencia de ansiedad y la dependencia al tabaco en el personal adscrito a la UMF 33 encontrando en cuanto a la categoría del personal que fuma que predominó el grupo de no médicos, con un 90%.²⁶

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El consumo de tabaco provoca la muerte de 1 de cada 10 adultos, siendo un factor de riesgo de las primeras 5 causas de muerte en el mundo, como son la cardiopatía isquémica, los accidentes cerebrovasculares, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, las infecciones de vías respiratorias superiores y el cáncer de tráquea, bronquios y pulmón.

En México ocasiona más de 60 mil muertes al año, causa muerte prematura, implica pérdida de productividad laboral, impacta negativamente en la salud y economía familiar.

El médico familiar tiene la tarea de tratar al individuo y a su familia, por lo que resulta importante que cuente con información adecuada y reciente sobre tabaquismo además de saber tratarlo. El médico familiar cuenta con el perfil profesional para promover el abandono del tabaco en función de las necesidades de salud y de los recursos disponibles en la comunidad y es el más indicado ya que la mayoría de las veces es el médico de primer contacto, lo que lo hace más cercano a la gente.

En la atención médica y actividades preventivas que se realizan en la Unidad de Medicina Familiar No. 33, es posible identificar la presencia de tabaquismo en el personal de salud y en los derechohabientes. Los estudios que se han realizado a nivel mundial relatan que el 25.6% de los médicos tienen un conocimiento incorrecto y a nivel nacional sobre actitudes y conocimientos sobre el tabaco en personal de salud se encuentra que menos del 20% de los médicos reciben entrenamiento específico sobre cesación de hábito tabáquico durante su preparación.

En México la información encontrada aporta que el equipo de salud está escasamente capacitado y motivado para la intervención, y en algunas instituciones de salud no se cuenta con centros especializados ni con cobertura para los tratamientos de suspensión o abandono.

También es importante mencionar que no siempre se realiza la actividad de detección de adicciones, lo que sugiere la posibilidad de que no exista suficiente conocimiento del tabaquismo y el médico no pueda llevar a cabo su función preventiva y educadora del paciente, debiéndose también a otros factores como el propio tabaquismo del médico y a la actitud no comprometida.

En médicos se encuentra que el tabaquismo ha incrementado en.

Lo anterior se encuentra sustentado por diversos estudios, los cuales coinciden en que el consejo médico antitabáquico es efectivo para dejar de fumar y prevenir el tabaquismo, y que la capacitación al profesional de salud en cesación tabáquica tienen éxito.

Todos los profesionales de la salud, especialmente los médicos de Atención Primaria, tienen un importante papel para controlar el consumo de tabaco y para ayudar a sus pacientes a dejar de fumar, por lo que deben estar adecuadamente capacitados.

Por lo anterior, se plantea la siguiente pregunta:

¿Cuáles son las actitudes y conocimientos hacia el tabaco en los médicos adscritos a la UMF No. 33 “El Rosario”?

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar las actitudes y conocimientos hacia el tabaco de los médicos adscritos a la UMF No. 33 “El Rosario”.

5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Conocer la frecuencia de consumo de tabaco en el personal médico de la UMF No. 33 “El Rosario”.
- Conocer la frecuencia de dependencia a la nicotina a través del test de Fagerstrom en el personal médico de la UMF No. 33 “El Rosario”.
- Conocer el grado de motivación para dejar de fumar a través del test de Richmond en el personal médico de la UMF No. 33 “El Rosario”.
- Identificar los conocimientos que tienen los médicos de la UMF No. 33 “El Rosario” sobre tabaquismo.
- Conocer las características en el abordaje de paciente fumadores en el primer nivel de atención en el personal médico de la UMF No. 33 “El Rosario”.

6. MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar No. 33 “El Rosario” perteneciente a la delegación Norte del Distrito Federal del Instituto Mexicano del Seguro Social, se llevará a cabo en el servicio de consulta externa de medicina familiar, con el objetivo de determinar las Actitudes y Conocimientos hacia el tabaco en los médicos adscritos, así como los factores sociodemográficos asociados.

En el estudio participaron 62 médicos adscritos a la UMF No 33 del turno matutino y vespertino, de los cuales 58 son médicos familiares, 4 médicos generales. Los criterios de inclusión fueron médicos adscritos que desempeñen sus funciones laborales en la consulta externa, o bien, que tuvieran trato con derechohabientes y que dieron su consentimiento informado para realizar la encuesta (Anexo No.1). Se excluyeron del estudio, 11 médicos que se encontraron de incapacidad o en periodo vacacional y 4 que se eliminaron por no concluir la encuesta.

Previo consentimiento informado, a todos los que cumplieron con los criterios de inclusión, se les aplicó un cuestionario diseñado ex profeso para identificar la frecuencia de consumo de tabaco en el personal médico, la dependencia a la nicotina en el personal médico, el grado de motivación para dejar de fumar, los conocimientos que tienen los médicos de la UMF No. 33 "El Rosario" sobre las características en el abordaje de derechohabientes fumadores y no fumadores. El cuestionario incluye el instrumento llamado cédula registro sobre tabaquismo en médicos de primer contacto validado por Centros de Integración Juvenil, A.C. y aplicado en las clínicas de medicina Familiar. "Dr. Ignacio Chávez" y "Moctezuma" ambas del ISSSTE en la Ciudad de México, así como ítems relacionados con factores sociodemográficos como son la edad y el género y variables caracterizadoras como tipo de contratación, años de experiencia y certificación (Anexo No. 2).

Cabe mencionar que la cédula registró sobre tabaquismo en médicos de primer contacto constó de 3 apartados: el primer apartado que consta de 6 ítems, contiene datos generales de tipo sociodemográfico y evalúa hábito tabáquico a lo que el médico deberá responder sí o no, lo que determinará que pase al apartado 2 o de lo contrario al apartado 3.

El segundo apartado es para catalogar el estatus del fumador que será contestada solo por los médicos actualmente fumadores consta de diez ítems los cuales forman parte de cuestionarios ya validados de Fagerström que mide el grado de dependencia a la nicotina y de Richmond para evaluar la motivación para el abandono del tabaquismo. Richmond y Fagerström son instrumentos ya estandarizados y de uso común por investigadores Mexicanos. La tercera sección es para fumadores y no fumadores y evalúa conocimientos sobre tabaquismo, consta de 16 ítems que fueron validados por un grupo de expertos en tabaquismo y metodología para tratar de medir la actitud y los conocimientos del médico sobre el tabaquismo.

Se dio privacidad y tiempo necesario para su realización con un tiempo de llenado estimado de 10 min y se realizó en ese mismo momento.

Los resultados obtenidos se agruparon en una base de datos de Excel 2010, los cuales fueron analizados de acuerdo a las variables sociodemográficas y caracterizadoras. La representación gráfica de dichos resultados se realizó a través de: gráficas de barra vertical, gráficas circulares y gráficas de barras comparativas.

El presente trabajo de investigación se llevó a cabo conforme a los lineamientos y aspectos éticos que rigen la investigación a nivel internacional, nacional e institucional previo consentimiento informado de las personas que participaron en el estudio.

7. RESULTADOS

De los 62 médicos adscritos a la UMF 33, El Rosario que contestaron completamente la encuesta se obtuvo el siguiente resultado:

En el aspecto de la distribución de los 62 médicos de acuerdo a género, esta se observó de la siguiente forma: 13 (21%) eran hombres y 49 (79 %) eran mujeres. (Tabla y gráfica No. 1)

Con respecto a la edad, la distribución de los 62 médicos se observó de la siguiente forma: 24 (39%) médicos tenían entre 25 a 35 años, 28 (45 %) se encontraban en el rango de 36 a 45 años, 4 (6 %) tenían entre 46 y 50 años y 6 (10 %) eran mayores de 50 años. (Tabla y gráfica No. 2)

En cuanto a la distribución de médicos de acuerdo a experiencia laboral, se observó de la siguiente forma: 5 (8%) médicos tienen menos de 5 años de experiencia, 33 (53 %) de 6 a 10 años de experiencia, 10 (16 %) de 11 a 15 años de experiencia y 14 (23 %) más de 15 años de experiencia. (Tabla y gráfica No. 3)

En cuanto a la distribución de médicos de acuerdo a certificación, se observó de la siguiente forma: 39 (64%) médicos que contaban con certificación vigente, 17 (28%) médicos no tienen certificación vigente, y 5 (8 %) nunca se han certificado. (Tabla y gráfica No. 4)

En cuanto a la distribución de médicos de acuerdo a tipo de contrato, de los 62 médicos, se obtuvieron los siguientes resultados: 60 (97 %) fueron médicos familiares, 2 (3 %) fueron médicos no familiares y 0 (0 %) eran médicos de confianza. (Tabla y gráfica No. 5)

En cuanto a la distribución de médicos de acuerdo a si fuman, de los 62 médicos, se obtuvieron los siguientes resultados: 4 (94 %) si fuman, 58 (6 %) no fuman. (Tabla y gráfica No. 6)

En el aspecto de la edad de inicio en que los médicos que fuman comenzaron a fumar se observó lo siguiente: de los 4 (100%) médicos que fuman, 0 (0 %) iniciaron antes de los 15 años, 2 (50 %) iniciaron entre los 15 y 20 años, 2 (50 %) tienen de 15 a 25 años y 0(50 %) iniciaron a fumar a más de los 30 años. (Tabla y gráfica No. 7)

En cuanto a la distribución de médicos que fuman y se quitan la bata para fumar, de los 4 médicos, se obtuvieron los siguientes resultados: 4 (100 %) se quitan la bata para fumar. (Tabla No. 8)

Con respecto a la distribución de médicos que fuman y el grado de dependencia al tabaco, de los 4 médicos, se obtuvieron los siguientes resultados: 4 (100 %) se encuentran con una dependencia baja. (Tabla No. 9)

Con respecto a la distribución de médicos que fuman y el grado de motivación para dejar de fumar, de los 4 médicos, se obtuvieron los siguientes resultados: 4 (100 %) se encuentran con un grado de motivación baja para dejar de fumar. (Tabla No. 10)

Respecto a la distribución de los 62 médicos se observó lo siguiente de acuerdo al número de preguntas acertadas de conocimientos con respecto al tabaco:

- 10 (16%) consideran al tabaquismo como una adicción.
- 17 (27%) consideran que un 35% es el porcentaje de sujetos que se considera que permanecerán sin fumar al año si ingresan a un programa de Terapia formal (terapia Psicológica y tratamiento farmacológico) para dejar de fumar.
- 33 (46%) consideran que el tabaco es una sustancia muy adictiva y al dejar el tabaco origina en el individuo síntomas de abstinencia importantes.
- 31 (50%) consideran que los deseos muy intensos de fumar es el principal síntoma de abstinencia, 21 (34%) consideran que la vareniclina, bupropión y la terapia de reemplazo de nicotina son los tratamientos disponibles existen para tratar al tabaquismo.
- 29 (47%) consideran que la muerte súbita en el recién nacido, el déficit de atención en el niño y la otitis media en el niño son daños a la salud que ocasiona el tabaquismo pasivo.
- 42 (68%) consideran que el cáncer de pulmón es la enfermedad que más se asocia al consumo de tabaco.
- 19 (31%) consideran que entre el 20 y 30% es la prevalencia de tabaquismo en México.
- 15 (24%) consideran que en el tabaco hay más de 4000 sustancias tóxicas.
- 8 (13%) médicos consideran que la dopamina y adrenalina son los neurotransmisores involucrados en el proceso del tabaquismo.
- 22 (36%) consideran que es el cuestionario de Fagerström es la mejor forma de medir la adicción a la nicotina.
- De acuerdo a si consideran que su lugar de trabajo debe ser catalogado como espacio libre del humo de tabaco 55 (89%) tuvieron respuesta afirmativa.
- 54 (87%) médicos cuando reciben a un nuevo paciente le preguntan si fuman.
- 62 (100%) médicos acostumbran aconsejar a sus pacientes que dejen de fumar.
- 20 (32%) médicos consideran que la falta de tiempo sería el motivo principal por el cual dejarían de aconsejar a sus pacientes sobre no fumar en caso de no hacerlo.
- 19 (31%) médicos llevan un registro del tabaquismo de sus pacientes, así como un plan de manejo en la historia clínica y nota médica. (Tabla No. 13)

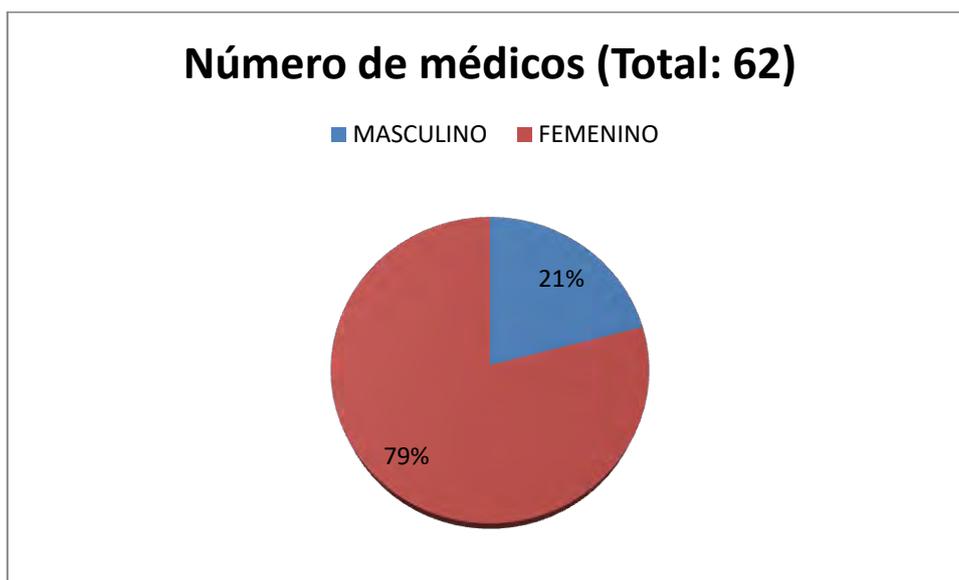
8. TABLAS Y GRÁFICAS

Tabla 1. Distribución de los médicos adscritos a la UMF No. 33 de acuerdo a género.

GÉNERO DE LOS MÉDICOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MASCULINO	13	21 %
FEMENINO	49	79 %
TOTAL	62	100 %

Fuente: encuesta de actitudes y conocimientos hacia el tabaco en los médicos adscritos a la UMF No. 33, "El Rosario".

Gráfica 1. Distribución de los médicos adscritos de la UMF No. 33 de acuerdo a género.



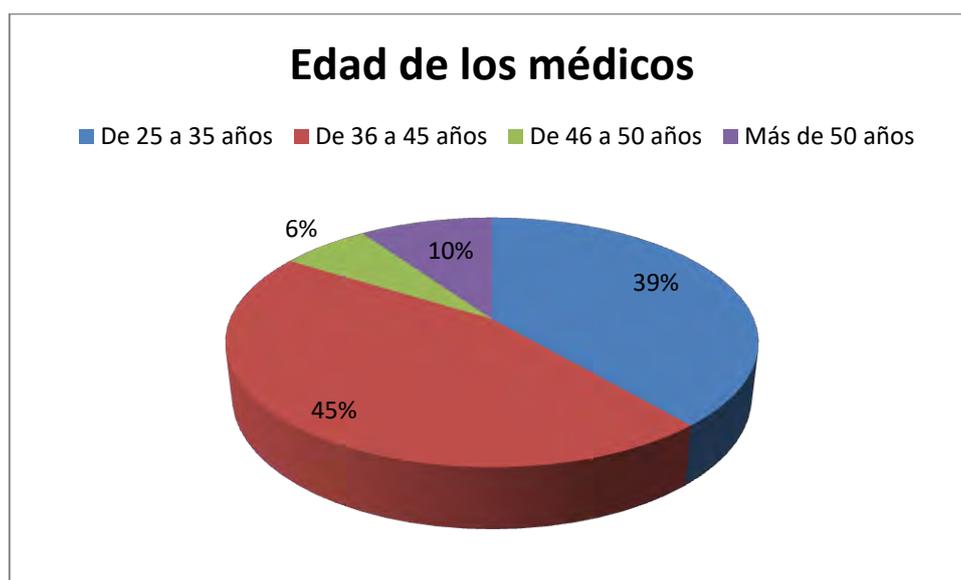
Fuente: encuesta de actitudes y conocimientos hacia el tabaco en los médicos adscritos a la UMF No. 33, "El Rosario".

Tabla 2. Distribución de los médicos adscritos a la UMF No. 33 de acuerdo a edad.

EDAD DE LOS MÉDICOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
De 25 a 35 años	24	39 %
De 36 a 45 años	28	45 %
De 46 a 50 años	4	6 %
Más de 50 años	6	10 %
TOTAL	62	100 %

Fuente: encuesta de actitudes y conocimientos hacia el tabaco en los médicos adscritos a la UMF No. 33, "El Rosario".

Gráfica 2. Distribución de los médicos adscritos de la UMF No. 33 de acuerdo a edad.



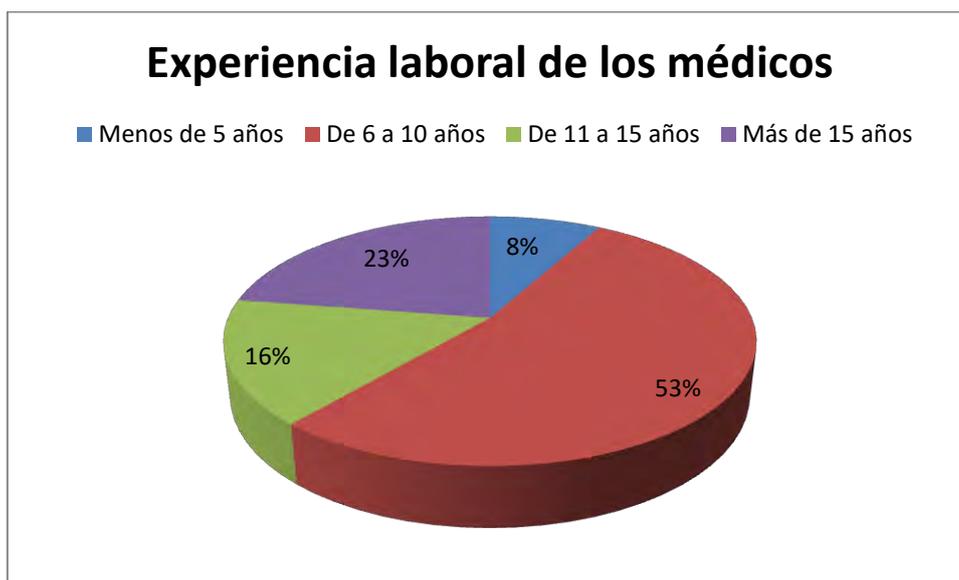
Fuente: encuesta de actitudes y conocimientos hacia el tabaco en los médicos adscritos a la UMF No. 33, "El Rosario".

Tabla 3. Distribución de los médicos adscritos a la UMF No. 33 de acuerdo a experiencia laboral.

TIEMPO DE EXPERIENCIA LABORAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Menos de 5 años	5	8 %
De 6 a 10 años	33	53 %
De 11 a 15 años	10	16 %
Más de 15 años	14	23 %
TOTAL	62	100 %

Fuente: encuesta de actitudes y conocimientos hacia el tabaco en los médicos adscritos a la UMF No. 33, "El Rosario".

Gráfica 3. Distribución de los médicos adscritos de la UMF No. 33 de acuerdo a experiencia laboral.



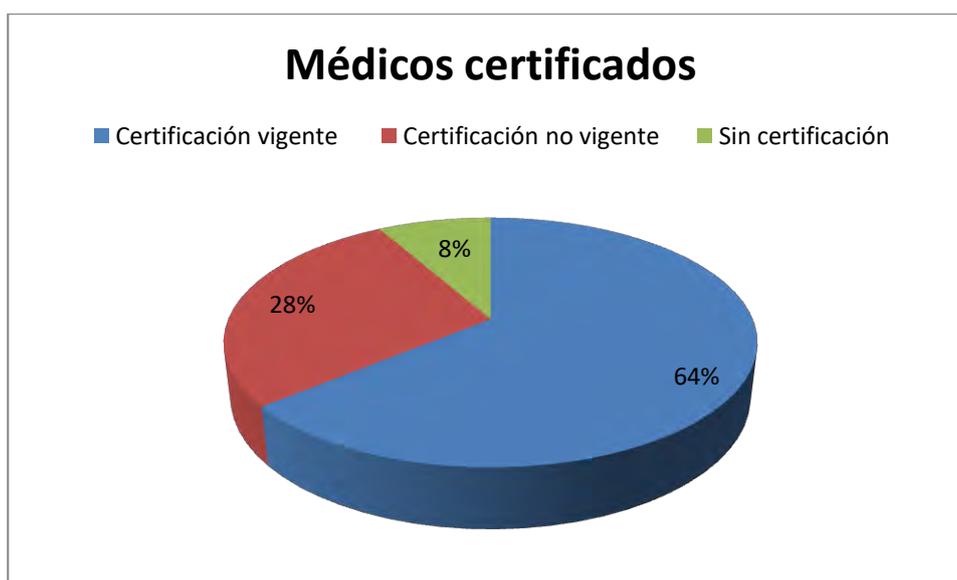
Fuente: encuesta de actitudes y conocimientos hacia el tabaco en los médicos adscritos a la UMF No. 33, "El Rosario".

Tabla 4. Distribución de los médicos adscritos a la UMF No. 33 de acuerdo a certificación.

CERTIFICACIÓN DE LOS MÉDICOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Certificación vigente	39	64 %
Certificación no vigente	17	28 %
Sin certificación	5	8 %
TOTAL	62	100 %

Fuente: encuesta de actitudes y conocimientos hacia el tabaco en los médicos adscritos a la UMF No. 33, "El Rosario".

Gráfica 4. Distribución de los médicos adscritos de la UMF No. 33 de acuerdo a certificación.



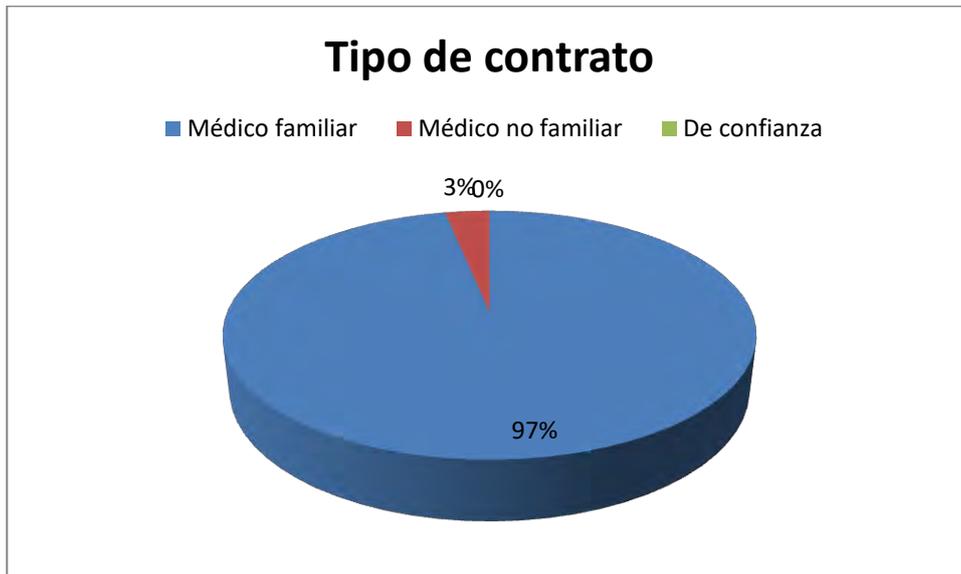
Fuente: encuesta de actitudes y conocimientos hacia el tabaco en los médicos adscritos a la UMF No. 33, "El Rosario".

Tabla 5. Distribución de los médicos adscritos a la UMF No. 33 de acuerdo a tipo de contrato.

TIPO DE CONTRATO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Médico familiar	60	97 %
Médico no familiar	2	3 %
De confianza	0	0 %
TOTAL	62	100 %

Fuente: encuesta de actitudes y conocimientos hacia el tabaco en los médicos adscritos a la UMF No. 33, "El Rosario".

Gráfica 5. Distribución de los médicos adscritos de la UMF No. 33 de acuerdo a tipo de contrato.



Fuente: encuesta de actitudes y conocimientos hacia el tabaco en los médicos adscritos a la UMF No. 33, "El Rosario".

Tabla 6. Distribución de los médicos adscritos a la UMF No. 33 que fuman.

MÉDICOS QUE FUMAN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	4	6%
NO	58	94 %
TOTAL	62	100 %

Fuente: encuesta de actitudes y conocimientos hacia el tabaco en los médicos adscritos a la UMF No. 33, "El Rosario".

Gráfica 6. Distribución de los médicos adscritos de la UMF No. 33 de acuerdo a tipo de contrato.



Fuente: encuesta de actitudes y conocimientos hacia el tabaco en los médicos adscritos a la UMF No. 33, "El Rosario".

Tabla 7. Distribución de los médicos adscritos a la UMF No. 33 que fuman de acuerdo a edad de inicio a fumar.

EDAD DE INICIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Menos de 15 años	0	0 %
De 15 a 20 años	2	50 %
De 20 a 25 años	2	50 %
Más de 30 años	0	0 %
TOTAL	4	100 %

Fuente: encuesta de actitudes y conocimientos hacia el tabaco en los médicos adscritos a la UMF No. 33, "El Rosario".

Gráfica 7. Distribución de los médicos adscritos de la UMF No. 33 que fuman de acuerdo a edad de inicio a fumar.



Fuente: encuesta de actitudes y conocimientos hacia el tabaco en los médicos adscritos a la UMF No. 33, "El Rosario".

Tabla 8. Distribución de los médicos adscritos a la UMF No. 33 que fuman y se quitan la bata para fumar.

SE QUITAN LA BATA PARA FUMAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	4	100 %
NO	0	0 %
TOTAL	4	100 %

Fuente: encuesta de actitudes y conocimientos hacia el tabaco en los médicos adscritos a la UMF No. 33, "El Rosario".

Tabla 9. Distribución de los médicos adscritos a la UMF No. 33 que fuman y grado de dependencia hacia el tabaco.

DEPENDENCIA AL TABACO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DEPENDENCIA BAJA	4	100 %
DEPENDENCIA MODERADA	0	0 %
DEPENDENCIA ALTA		
TOTAL	4	100 %

Fuente: encuesta de actitudes y conocimientos hacia el tabaco en los médicos adscritos a la UMF No. 33, "El Rosario".

Tabla 10. Distribución de los médicos adscritos a la UMF No. 33 que fuman y grado de motivación para dejar de fumar.

MOTIVACIÓN PARA DEJAR DE FUMAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MOTIVACIÓN BAJA	4	100 %
MOTIVACIÓN MEDIA	0	0 %
MOTIVACIÓN ALTA	0	0 %
TOTAL	4	100 %

Fuente: encuesta de actitudes y conocimientos hacia el tabaco en los médicos adscritos a la UMF No. 33, "El Rosario".

Tabla 13. Conocimientos y actitudes hacia el tabaco de los médicos adscritos a la UMF No 33 "El Rosario".

PREGUNTAS	RESPUESTA CORRECTA	TOTAL DE MÉDICOS QUE ACERTARON	PORCENTAJE
El tabaquismo se considera:	Una adicción	10	16 %
¿Qué porcentaje de sujetos se considera que permanecerán sin fumar al año si ingresan a un programa de terapia formal. (terapia psicológica y tratamiento farmacológico) para dejar de fumar?	Un 35%	17	27%
¿Cuál es la causa por la que un sujeto que deje de fumar, vuelve a fumar?	El tabaco es una sustancia muy adictiva y al dejar el tabaco, origina síntomas de abstinencia importantes.	33	46 %
¿Cuál es el síntoma principal de abstinencia, que desarrolla un sujeto que dejó de fumar?	Deseos muy intensos por volver a fumar.	31	50%
¿Qué tratamientos disponibles existen para tratar el tabaquismo?	Vareniclina, Bupropión y la terapia de reemplazo de nicotina	21	34%
Los siguientes son daños a la salud que ocasiona el tabaquismo pasivo:	Muerte súbita en el recién nacido, déficit de atención en el niño y otitis media.	29	47 %
De las siguientes enfermedades escoja la que se asocia más fuertemente con el consumo de tabaco.	Cáncer de pulmón	42	68 %
En mayores de 12 años ¿cuál ha sido la prevalencia de tabaquismo en México en los últimos años?	Entre 20 y 30%	19	31 %
¿Cuántas sustancias tóxicas se encuentran en el humo del tabaco?	Más de 4000.	15	24%
¿Qué neurotransmisores estan involucrados en el proceso del tabaquismo?	Dopamina y adrenalina	8	13 %
¿Cuál sería la mejor forma de medir la adicción a la nicotina?	Con el cuestionario de Fagerström	22	36 %

PREGUNTA	RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
¿Considera que su lugar de trabajo debe ser catalogado como espacio libre del humo de tabaco?	SI	55	89 %
Cuando recibe un nuevo paciente, ¿le pregunta si fuma?	SI	54	87 %
Cuando llega un fumador a su consultorio ¿acostumbra aconsejar a sus pacientes que dejen de fumar?	SI	62	100%
Si usted no acostumbrará aconsejar a sus pacientes para que dejen de fumar, ¿cuál sería la opción por la que no lo haría?	**A B C D	A: 15 B: 9 C: 20 D: 18	A:24 % B:15 % C:32 % D:29 %
¿Lleva un registro del tabaquismo de sus pacientes, así como un plan de manejo en la historia clínica o en la nota médica?	SI	19	31 %

** A) Los fumadores no hacen caso al consejo médico. B) No influye el que uno aconseje a un fumador para que éste deje de fumar. C) *No hay tiempo*. D) Todas las anteriores.

9. DISCUSIÓN

En el presente estudio se determinó la frecuencia de consumo de tabaco, la dependencia a la nicotina a través del test de Fagerstrom, la motivación para dejar de fumar a través del test de Richmond, la identificación de los conocimientos hacia el tabaco y el abordaje de paciente fumadores que realiza el personal médico adscrito de la UMF No. 33 “El Rosario” utilizando una encuesta validada para determinar ente fin.

En la UMF No. 33 “El Rosario”, un bajo porcentaje de la población encuestada, es fumador (6 %), lo que es menor con la encuesta realizada en 2015 en Arabia Saudita, en donde el 18.7 % de los médicos que participaron en el estudio fumaban, así como en la encuesta GHPSS en México en 2006 donde un tercio de los estudiantes de medicina fumaban. Cabe mencionar que el porcentaje de médicos que fuman también es menor que en la encuesta de la investigación realizada por Centros de Integración Juvenil A. C., la cual fue aplicada en 48 médicos mexicanos en clínicas de medicina familiar del ISSSTE (Clínica Dr. Ignacio Chávez y Clínica Moctezuma en la ciudad de México) donde el 17% de los médicos eran fumadores, lo que indica que la mayoría de los médicos son ejemplo de “no fumador” considerada una actitud importante para ser facilitador de cesación tabáquica en sus pacientes.

En cuanto al género, la encuesta nos indica que 2 (50 %) de los fumadores son mujeres y 2 (50 %) son hombres, que se encuentra en mayor porcentaje comparado con el estudio en clínicas de medicina familiar del ISSSTE (Clínica Dr. Ignacio Chávez y Clínica Moctezuma en la ciudad de México en clínicas de medicina familiar del ISSSTE (Clínica Dr. Ignacio Chávez y Clínica Moctezuma en la ciudad de México donde predominó el sexo masculino

Referente al rango de edad, encontramos que en la UMF 33, El Rosario, el rango de edad en el que se encuentran los médicos que fuman son 25-35 y 36-45 años lo que es similar al rango de edad donde hay mayor frecuencia de tabaquismo en el estudio en Arabia Saudita (2015).

Sin embargo, para el rubro de experiencia laboral, nuestra población encuestada, arroja un valor de 33(53 %) para médicos que laboran de 6 a 10 años de antigüedad, comparándolo con la encuesta de Arabia Saudita (2015) donde los médicos con mayor antigüedad presentaron menos probabilidad de mala práctica que los que tenían experiencia de 1 año o menos, nuestra población se encuentra en un rango medio, lo que se esperarí es una mejor práctica en cesación tabáquica, por lo que se requeriría la realización de un estudio comparativo para poder establecer esta diferencia.

En lo que respecta a si los médicos cuentan o no con certificación, nuestra población indica que, de los 4 (100 %) médicos que fuman 2 tienen certificación no vigente (50%) y 2 (50%) sin certificación, lo que sugiere que indica que influye la capacitación de los médicos para ser ejemplo de no fumador y por consiguiente su desempeño preventivo antitabaco. En cuanto al tipo de contrato, nuestros resultados indican que los médicos que aplican en mayor medida los que fuman en la UMF 33, El Rosario, son los médicos familiares con un total de 4 (100 %) con respecto a los no familiares 0 (0%) y de confianza 0 (0 %). Sin embargo en investigaciones previas, estudio en especialistas (de salud pública) Torre GL et al. (2014) un 79.6% se consideraron como modelos a seguir por sus pacientes contrastando negativamente con los resultados donde el 100% de los médicos que fuman en la UMF no. 33 son especialistas en medicina familiar.

En comparación con la investigación realizada por Centros de Integración Juvenil A. C., en clínicas de medicina familiar del ISSSTE (Clínica Dr. Ignacio Chávez y Clínica Moctezuma en la ciudad de México), donde la edad de inicio del hábito tabáquico en promedio fue de 23 años (15-46), en la UMF No. 33 el promedio fue 2 (50%) de 15-20 años y 2 (50%) de 20-25 años, por lo que se considera similar o dentro del mismo rango; así como el promedio de consumo de cigarrillos se encuentra dentro del mismo rango en los dos estudios; en la UMF 33 fue de menos de 10 el rango que reportó Centros de Integración Juvenil A. C., en clínicas de medicina familiar del ISSSTE fue de 4.

En la UMF No. 33 el 100% de los médicos que fuman se quita la bata para fumar lo que es mayor que en el estudio de unidades de medicina familiar del ISSSTE el cual reportó un 71.4%.

En la UMF No. 33 el personal médico fumador 4(100%) presentaron un grado de dependencia baja igual al obtenido por la investigación realizada por Centros de Integración Juvenil A. C., la cual fue aplicada en 48 médicos mexicanos en clínicas de medicina familiar del ISSSTE (Clínica Dr. Ignacio Chávez y Clínica Moctezuma en la ciudad de México) donde ninguno presentó dependencia.

En la UMF No. 33 el personal médico fumador 4(100%) presentó un grado de motivación baja a diferencia del obtenido por la investigación realizada por Centros de Integración Juvenil A. C., en clínicas de medicina familiar del ISSSTE (Clínica Dr. Ignacio Chávez y Clínica Moctezuma en la ciudad de México) donde el 28.6% obtuvieron puntuaciones que corresponde a una baja motivación para dejar de fumar, el 42.8% a una motivación media, lo que nos habla de una baja motivación de nuestros médicos para realizar cambios en su hábito tabáquico.

En cuanto a conocimiento el equipo de salud está escasamente capacitado y motivado para la intervención, ya que los porcentajes de respuestas acertadas

en en general menor del 50% , así como las acciones de abordaje en un paciente que fuma ya que el 87% le pregunta a sus paciente si fuma y solo el 31% registra tabaquismo y plan de manejo en nota médica y expediente clínico, lo que es similar a los resultados obtenidos en la investigación realizada por Centros de Integración Juvenil A. C., en clínicas de medicina familiar del ISSSTE ya que sus médicos reportaron un conocimiento bajo; a esto hay que añadir que en el IMSS no se cuenta con módulo especializado en cesación antitabaco en las UMF y no existe cobertura para los tratamientos farmacológicos de suspensión o abandono.

10. CONCLUSIONES:

En función con los resultados obtenidos en nuestra investigación podemos concluir que en la UMF No. 33, El Rosario no es frecuente el consumo de tabaco en los médicos adscritos a esta unidad, teniendo un universo de estudio de 62 (100%) médicos encuestados, de los cuales 4 (94 %) fuman.

Respecto al grado de dependencia a la nicotina, el grado más frecuente fue dependencia baja (100 %).

En cuanto a los factores sociodemográficos en los que se identificó que con mayor frecuencia fuman fueron: mujeres y hombres con igual frecuencia (50 %), edad de 25 a 35 años y de 36 a 45 años con igual frecuencia (50 %), médicos no certificados (100 %), así como el tipo de contratación médico familiar (100 %).

De acuerdo a los resultados obtenidos, resulta muy importante concientizar a los médicos de la unidad médica sobre la magnitud del problema y las consecuencias que trae consigo desconocer aspectos básicos sobre el tabaco y sus efectos en la salud desencadenándose un atención de mala calidad en cesación anti tabáquica, sin restar importancia a la capacitación adecuada que debe existir en el personal del primer nivel de atención de la salud por su función anticipatoria además de la ausencia de tratamiento farmacológico y psicológico ofertado en las unidades de medicina familiar del IMSS.

Una de las principales estrategias que pueden favorecer la cesación antitabaquica es la capacitación continua de los médicos, para que éste cumpla con las competencias y habilidades para desempeñar sus funciones brindando una atención en salud acorde con las exigencias de las enfermedades más impactantes en la salud de los mexicanos. Será importante la realización de la certificación, ya que garantiza un mayor grado de conocimientos, favoreciendo las acciones en salud de los programas integrados de prevención de adicciones.

El tabaquismo es un problema de salud pública que es importante abordar en todas las consultas otorgadas al derechohabiente, siendo un excusa la falta de

tiempo, ya que se tiene evidencia del impacto positivo que causa el consejo médico antitabaco en el cambio de estilos de vida de los paciente.

Por último, es importante mencionar que el tabaquismo es un problema mayor no solo a nivel mundial y en México, por lo que consideramos que este estudio puede servir como punto de partida para otras investigaciones, donde se realicen asociaciones entre los factores que se encuentran asociados a la calidad de atención antitabaco en el primer nivel de atención; serían estos resultados un motivo para propiciar la gestión para incorporar tratamiento farmacológico y psicológico pero sobre todo de intervención breve en cada consulta otorgada a fin de mejorar la atención al derechohabiente.

11. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la salud [citado 2017] [1 pantalla]. URL: <http://www.who.int/topics/tobacco>
2. Prevención, diagnóstico y tratamiento del consumo de tabaco y humo ajeno, en el primer nivel de atención, México: Secretaría de Salud; 2012.
3. Organización Mundial de la salud [citado 2017] [1 pantalla]. URL: <http://www.who.int/tobacco/es/>
4. Organización Mundial de la salud [citado 2017] [2 pantallas]. URL: <http://www.who.int/topics/tobacco/es/>
5. Organización Mundial de la salud [citado 2017] [1 pantallas]. URL: <http://www.who.int/topics/tobacco/ga/es/>
6. GAPS 2015-México [citado febrero 2016]; (4,5). URL: http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=1128:se-dan-a-conocer-resultados-de-la-encuesta-global-de-tabaquismo-en-adultos-2015-en-mexico&Itemid=499
7. Instituto Mexicano del Seguro Social [citado 2017] [1 pantalla]. URL: <http://www.imss.gob.mx/slud-en-linea/adicciones>
8. Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. Diario Oficial de la Federación México 31 de julio del 2006 (31).
9. Reynales-Shigematsu LM, Rodríguez-Bolaños R, Ortega-Ceballos P, Flores Escartín MG, Lazcano-Ponce E, Hernández-Ávila M. Encuesta de Tabaquismo en Jóvenes. México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2011.
10. Simpson, D. (2000). Los Médicos y el Tabaco El Gran Reto de la Medicina. [online] Tobacco Control Resource Centre. Available at: <https://www.cgcom.es/sites/default/files/33.pdf> [Accessed 21 Feb. 2017].
11. Rubio Monteverde, H. (2017). TABAQUISMO: GRAVE PROBLEMA DE SALUD. [online] medicina y salud. Available at: http://www.medicinaysalud.unam.mx/temas/2009/09_sep_2k9.pdf [Accessed 22 Feb. 2017].
12. Rodríguez Cuevas, R. and Juárez Fuentes, C. (2009). *Conocimientos y actitudes de Médicos Familiares y Generales sobre tabaquismo*. Especialidad para el Tratamiento de las Adicciones. Centros de Integración Juvenil, A.C.
13. Fiore MC, McCarthy DE, Jackson TC, Zehner ME, Jorenby DE, Mielke M, et al. Integrating smoking cessation treatment into primary care: an effectiveness study. *Prev Med*. 2004;38:412–20.
14. Drake I, Martich E. Tratamientos farmacológicos para la reducción de la adicción al tabaco: análisis de costo-efectividad. *Rev Argent Salud Pública*. 2016; Mar;7(26):8-13.

15. Guillem FC, González-Gallarza RD, Jiménez LC, Muñoz JLD, Polo AL, Ogué MCP. Documento de consenso para la atención clínica al tabaquismo en España. *Medicina Clinica*. 2013;140:272-e12.
16. Bonal Ruiz, R., Capdesuñer, A., Rodríguez Salcedo, I., & Revé Sigler, L. (2007). Personal de salud como agente preventivo del tabaquismo en santiago de cuba. *Personal De Salud Como Agente Preventivo Del Tabaquismo En Santiago De Cuba*.
17. Ahmad HM, Al-Turkstani, Alkail BA, Hegazy AA, Asiri SI. Knowledge, attitude, and practice among primary health-care physicians toward smoking cessation in Makkah, Saudi Arabia. *Int J Med Sci Public Health* 2016;5:714-724.
18. Torre GL, Saulle R, Unim B, et al. Knowledge, Attitudes, and Smoking Behaviours among Physicians Specializing in Public Health: A Multicentre Study. *BioMed Research International*. 2014;2014:1-8.
19. Medical Students (3rd Year Students Only) Global Health Professions Student Survey (GHPSS) 2006
20. Juárez-Jiménez, María de la Villa, Pérez-Milena A, Valverde-Bolívar FJ, Rosa-Garrido C. Prevalencia y factores asociados a la práctica del consejo clínico contra el consumo de drogas entre los especialistas internos residentes de Andalucía (España). *Atención Primaria*. 2015;47:659-668.
21. Alba LH, Murillo R, Castillo JS. Intervenciones de consejería para la cesación de la adicción al tabaco: revisión sistemática de la literatura. *Intervenciones de consejería para la cesación de la adicción al tabaco: revisión sistemática de la literatura [serial online]*. 2013.
22. Vega García S, sustentante, Catalina MC, asesor, Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Medicina, institución que otorga el grado. Conocimientos sobre tabaquismo en médicos de dos clínicas de medicina familiar del ISSSTE. ; 2007.
23. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Drogas. Villatoro-Velázquez JA, Medina-Mora ME, Fleiz-Bautista C, Téllez-Rojo MM, Mendoza-Alvarado LR, Romero-Martínez M, Gutiérrez-Reyes JP, Castro-Tinoco M, Hernández-Ávila M, Tena-Tamayo C, Alvear Sevilla C y Guisa-Cruz V. México DF, México: INPRFM; 2012. Disponible en: www.inprf.gob.mx, www.conadic.gob.mx, www.cenadic.salud.gob.mx, www.insp.mx
24. Abdulateef DS, Ali AJ, Abdulateef DS, Mohesh MIG. Smoking Knowledge, Attitude, and Practices Among Health Care Professionals from Sulaymaniyah City/Iraq. *Tobacco use insights*. 2016;9:1.
25. Arboleda AC, Alba LH, Becerra N, et al. Eficacia y seguridad del uso de medicamentos para la cesación de la adicción al tabaco: revisión de guías de práctica clínica. *Revista de Salud Publica = Journal of Public Health*. 2014;16:772

26. Enriquez NM, Martini BH. (2009). *Asociación entre la presencia de ansiedad y la dependencia al tabaco en el personal adscrito a la UMF 33*. Instituto Mexicano del Seguro Social.

12. ANEXOS

Anexo No. 1.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DELEGACION NORTE DISTRITO FEDERAL COORDINACIÓN CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 "EL ROSARIO" CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)
Nombre del estudio:	"Actitudes y conocimientos hacia el tabaco en los médicos adscritos a la UMF No 33 "El Rosario"
Lugar y fecha:	AZCAPOTZALCO, CD. DE MÉXICO, UMF No. 33 "EL ROSARIO"
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Lo estamos invitando a participar en un estudio de investigación en el cual se pretende identificar las actitudes y los conocimientos hacia el tabaco en los médicos adscritos a la UMF No 33 "El Rosario, con el fin de que se vean beneficiados los pacientes al recibir una mejor calidad en la atención antitabaco.
Procedimientos:	Si usted acepta participar, se le aplicará un cuestionario para: •Conocer la frecuencia de consumo de tabaco en el personal médico. •Conocer la frecuencia de dependencia a la nicotina en el personal médico. •Conocer el grado de motivación para dejar de fumar en el personal médico. •Identificar los conocimientos que tienen los médicos de la UMF No. 33 "El Rosario" sobre tabaquismo. •Conocer las características en el abordaje de paciente fumadores en su práctica médica diaria.
Posibles riesgos y molestias:	No se tienen riesgos, inconvenientes, ni molestias.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Al participar en esta encuesta no recibirá pago alguno, ni implicará algún gasto para usted. Tampoco recibirá algún beneficio directo. Al finalizar esta investigación, usted tendrá el beneficio de conocer los resultados obtenidos, ya que contribuirán al avance en el conocimiento respecto a la identificación de las actitudes y conocimientos sobre tabaquismo en su unidad.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Durante el transcurso de este estudio, se le proporcionará información actualizada, si la hubiera, considerando que dicha información pudiera hacerle cambiar de opinión sobre su participación en la misma.
Participación o retiro:	El investigador responsable se compromete a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación; garantizando al participante conservar el derecho de retirarse del estudio en cualquier momento, si lo considera conveniente.
Privacidad y confidencialidad:	El hecho de participar en esta investigación, nos compromete a que toda la información proporcionada para identificarlo, será manejada en forma confidencial y sin ningún riesgo de divulgación ni repercusión laboral.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a: Investigador Responsable:	Dr. Andrés Rocha Aguado. Matrícula: 98150508 Médico Familiar y Coordinador clínico de Educación e Investigación en Salud UMF No. 33 TEL: 53 82 51 10 ext. 21407 o 21435 jefatura de enseñanza de la UMF 33, El Rosario
Colaboradores:	Dra. Mercedes Sánchez Santos Matrícula: 98351821 Residente de tercer año del Curso de Especialización en Medicina Familiar TEL: 773 1065099 o jefatura de enseñanza de la UMF 33, El Rosario
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a:	Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx
_____ Nombre y firma del sujeto	_____ Dr. Andrés Rocha Aguado Matrícula:98150508 Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
_____ Testigo 1	_____ Testigo 2
_____ Nombre, dirección, relación y firma	_____ Nombre, dirección, relación y firma
Clave: 2810-009-013	

Anexo No. 2.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION NORTE DISTRITO FEDERAL
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 "EL ROSARIO"
CUESTIONARIO

"Actitudes y conocimientos hacia el tabaco en los médicos adscritos a la UMF No 33 "El Rosario"

Le solicito atentamente su participación para resolver el siguiente cuestionario. El motivo es obtener información acerca de las *"Actitudes y conocimientos hacia el tabaco en los médicos adscritos a la UMF No 33 "El Rosario"*. La información obtenida será completamente *confidencial* y utilizada para fines educativos. Usted no tiene que saber todas las respuestas, debido a esto en la mayoría encontrará la opción "No sé" Agradecemos su cooperación y el tiempo que usted preste para la realización de este cuestionario.

Instrucciones: marque con una **X** la respuesta que considere correcta y que más se parezca a su situación actual.

- 1.- ¿Cuál es su género?
a. Masculino
b. Femenino
- 2.- ¿Qué edad tiene?
a. De 25 a 35 años
b. De 36 a 45 años
c. De 46 a 50 años
d. Más de 50 años
- 3.- ¿Cuántos años de experiencia laboral tiene?
a. Menos de 5 años
b. De 6 a 10 años
c. De 11 a 15 años
d. Más de 15 años
- 4.- ¿Cuenta usted con certificación?
a. Certificación vigente
b. Certificación no vigente
c. Sin certificación
- 5.- ¿Qué tipo de contrato tiene?
a. Médico familiar
b. Médico no familiar
c. De confianza
- 6.- ¿Actualmente fuma?
a. Sí
b. No (pase a la pregunta 20)
- 7.- ¿A qué edad inicio a fumar?
a. Menos de 15 años
b. De 15 a 20 años
c. De 20 a 25 años
d. Más de 30 años
- 8.- ¿Se quita la bata para fumar?
a. Sí
b. No
- 9.- ¿Le gustaría dejar de fumar si pudiera hacerlo fácilmente?
a. Sí
b. No
- 10.- ¿Qué interés tiene en dejar de fumar?
a. Ninguno
b. Poco
c. Bastante
d. Mucho
- 11.- ¿Intentaría dejar de fumar en las dos próximas semanas?
a. Definitivamente no
- b. Quizás
c. Sí
d. Definitivamente sí
- 12.- ¿Cree en la posibilidad de continuar sin fumar en los próximos seis meses?
a. Definitivamente no
b. Quizás
c. Sí
d. Definitivamente sí
- 13.- ¿Cuántos cigarrillos fuma usted al día?
a. 31 ó más
b. 21 a 30
c. 11 a 20
d. Menos de 10
- 14.- ¿Fuma usted más cigarrillos durante la primera parte del día que durante el resto del día?
a. Sí
b. No
- 15.- ¿Cuánto tiempo transcurre desde que usted despierta hasta que fuma el primer cigarrillo?
a. Menos de 5min
b. de 6 a 30 min
c. 31 a 60 min
d. Más de 60 min
- 16.- ¿Qué cigarrillo le es más difícil dejar?
a. El 1º de la mañana
b. Cualquier otro
- 17.- ¿Le es difícil no fumar en donde se prohíbe fumar?
a. Sí
b. No
- 18.- ¿Fuma usted cuando está enfermo(a) o incluso en cama?
a. Sí
b. No
- 19.- El tabaquismo se considera:
a. Un mal hábito
b. Una adicción
c. Una dependencia
d. No sé

20.- ¿Qué porcentaje de sujetos se considera que permanecerán sin fumar al año si ingresan a un programa de Terapia formal (terapia Psicológica y tratamiento farmacológico) para dejar de fumar?

- a. Un 80%
- b. Un 35%
- c. Un 10%
- d. No sé

21.- ¿Cuál es una causa por la que un sujeto que dejó de fumar vuelve a fumar?

- a. Porque el tabaco es una sustancia muy adictiva y al dejar el tabaco origina en el individuo síntomas de abstinencia importantes
- b. Porque le ofrecen nuevamente cigarros (medio socio/ambiental negativos)
- c. Porque no llevo un adecuado tratamiento
- d. No sé

22.- ¿Cuál es el síntoma principal de abstinencia que desarrolla un sujeto que dejó de fumar?

- a. Insomnio
- b. Ganancia de peso
- c. Náuseas
- d. Deseos muy intensos de fumar
- e. No sé

23.- ¿Qué tratamientos disponibles existen para tratar al tabaquismo?

- a. Vareniclina
- b. Bupropión
- c. Reemplazo con terapia de nicotina
- d. Todas las anteriores
- e. No sé

24.- Los siguientes son daños a la salud que ocasiona el tabaquismo pasivo:

- a. Muerte súbita en el recién nacido
- b. Déficit de atención en el niño
- c. Otitis media en el niño
- d. Todas las anteriores
- e. No sé

25.- De las siguientes enfermedades escoja la que se asocia más fuertemente al consumo de tabaco:

- a. Cáncer de riñón
- b. Cáncer de pulmón
- c. Infarto agudo al miocardio
- d. Cáncer de mama
- e. No sé

26.- En mayores de 12 años ¿cuál ha sido la prevalencia de tabaquismo en México en los últimos años?

- a. Menor al 10 %
- b. Más del 30%
- c. Entre 10 y 20%
- d. Entre 20 y 30%
- e. No sé

27.- ¿Cuántas sustancias tóxicas se encuentran en el humo del tabaco?

- a. 500<
- b. Cerca de 2000
- c. 1000
- d. Más de 4000
- e. No sé

28.- ¿Qué neurotransmisores están involucrados en el proceso del tabaquismo?

- a. Dopamina y adrenalina
- b. Serotonina y Adrenalina
- c. Aproximadamente 2000
- d. Acetilcolina y serotonina
- e. No sé

29.- ¿Cuál sería la mejor forma de medir la adicción a la nicotina?

- a. Con el número de cigarros fumados
- b. Con la medición de CO espirado
- c. Con un cuestionario para ansiedad
- d. Con el cuestionario de Fagerström
- e. No sé

30.- ¿Considera usted que su lugar de trabajo debe ser catalogado como espacio libre de humo de tabaco?

- a. Sí
- b. No

31.- Cuando recibe a un nuevo paciente ¿Le pregunta si es fumador?

- a. Sí
- b. No

32.- Cuando llega un fumador a su consultorio ¿acostumbra aconsejar a su paciente para que deje de fumar?

- a. Sí
- b. No

33.- Si usted no acostumbrara aconsejar a sus pacientes que dejen de fumar, cuál sería la opción por la que no lo haría:

- a. Los fumadores no hacen caso al consejo médico
- b. No influye el que uno aconseje a un fumador para que éste deje de fumar
- c. No hay tiempo
- d. Todas las anteriores son correctas

34.- ¿Lleva un registro del tabaquismo de sus pacientes, así como un plan de manejo en la historia clínica o en la nota médica?

- a. Sí
- b. No