



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE CIUDAD JUÁREZ

INSTITUTO DE CIENCIAS BIOMEDICAS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 46



**"Factores asociados a tabaquismo en trabajadores de
UMF No. 46 del IMSS en Ciudad Juárez, Chihuahua"**

T E S I S

Para obtener el grado de:

Especialista en Medicina Familiar

PRESENTA:

Dr. Luis Shuji Caso Nagano

ASESORES CLINICOS:

Dra. María Guadalupe Esparza Ramos

Dra. Isela Pérez Acosta

ASESOR METODOLOGICO:

Dra. Martha Alejandra Maldonado Burgos

Cd Juárez. Chihuahua

Febrero 2023



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **805**.
U MED FAMILIAR NUM 33

Registro COFEPRIS **17 CI 08 019 026**

Registro CONBIOÉTICA **CONBIOETICA 08 CEI 003 2018072**

FECHA **Miércoles, 15 de diciembre de 2021**

Dra. MARIA GUADALUPE ESPARZA RAMOS

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título Factores asociados a tabaquismo en trabajadores de UMF No 46 del IMSS en Ciudad Juárez, Chihuahua 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-2021-805-071**

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. Jorge Alberto Granados Chávez

Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 805ATENTAMENTE

"Factores asociados a tabaquismo en trabajadores de UMF No. 46 del IMSS en Ciudad Juárez, Chihuahua"

Dr. Luis Shuji Caso Nagano

Dra. Martha Alejandra Maldonado Burgos
Coordinadora de Planeación y Enlace Institucional
Coordinadora Auxiliar Médica de Investigación en Salud
Delegación Chihuahua

Vo.Bo.

Dra. Lidia Isela Ordoñez Trujillo
Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud
Unidad de Medicina Familiar No. 46

Vo.Bo.

Dra. Adriana Patricia Montaña Delgado
Profesor titular del curso de Medicina Familiar
Unidad de Medicina Familiar No. 46

Vo.Bo.

"Factores asociados a tabaquismo en trabajadores de UMF No. 46 del IMSS en Ciudad Juárez, Chihuahua"

Dr. Luis Shuji Caso Nagano

ASESORES

Dra. María Guadalupe Esparza Ramos

Médico especialista en Medicina Familiar UMF No. 46

Vo.Bo.

Dra. Isela Pérez Acosta

Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud

Médico especialista en Medicina Familiar UMF No. 48

Vo.Bo.

Dra. Martha Alejandra Maldonado Burgos

Coordinadora Auxiliar Médica de Investigación en Salud

Delegación Chihuahua

Vo.Bo.

"Factores asociados a tabaquismo en trabajadores de UMF No. 46 del IMSS en Ciudad Juárez, Chihuahua"

Dr. Luis Shuji Caso Nagano

Dr. Jorge Ignacio Camargo Nassar

Jefe del Departamento de Ciencias de la Salud
Universidad Autónoma de Ciudad Juárez

Vo.Bo.

C.D. Salvador David Nava Martínez

Director de Instituto de Ciencias Biomédicas
Universidad Autónoma de Ciudad Juárez

Vo.Bo.

Agradecimientos

Al Instituto Mexicano Del Seguro Social

Por ser mi gran escuela. A los médicos, que siempre tuvieron disposición para enseñar, por aconsejarme e instruirme, apoyo, orientación y experiencia. Al personal de UMF No. 46 por haberme brindado los recursos materiales y humanos para poder llevar a cabo esta investigación.

A la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez

Quien permitió mi formación.

Pero en especial

A mis Asesores de Tesis, Dra. María Guadalupe Esparza Ramos, Dra. Isela Pérez Acosta, Dra. Martha Alejandra Maldonado Burgos, así también a la Dra. Edna Licerio Pérez, jefatura de enseñanza de UMF No. 67, y particularmente Dr. Gabriel Cisneros y Dra. Daniela Armada, que con su apoyo esto no sería posible.

Dedicatorias

A mi familia: Gracias por el apoyo y amor incondicional. Todo lo que soy es por ustedes, cada logro es para ustedes.

Los amo.

Índice

Resumen	8
Marco teórico	10
Planteamiento del problema.....	20
Justificación	21
Objetivos.....	23
Hipótesis	24
Metodología	25
Criterios de selección de la muestra	26
Operacionalización de las variables	27
Tamaño de la muestra.....	34
Análisis estadístico.....	34
Consideraciones éticas.	35
Metodología operacional.	38
Resultados	39
Discusión.....	42
Conclusiones	44
Recomendaciones.....	45
Referencias bibliográficas.....	46
Anexos	51

Resumen

Factores asociados a tabaquismo en trabajadores de UMF No. 46 del IMSS en Ciudad Juárez, Chihuahua

Caso Nagano L.S.; Esparza Ramos M.G.; Pérez Acosta I.; Maldonado Burgos M.A.

Introducción: En México se han implementado diversos programas e intervenciones con el objetivo de reducir la prevalencia del tabaquismo, También es muy importante la relación que tiene el personal de salud ya que estos son ejemplo en cuanto la difusión y realización de las políticas de salud pública. Se ha observado que los trabajadores de la salud presentan una prevalencia mayor en comparación con población general, por lo que actúa de forma desfavorable, incongruente y perjudicial a la percepción del cuidado, riesgo, educación y promoción para la salud por los propios profesionales y a la población general.

Objetivo: Identificar los factores de asociados a tabaquismo en trabajadores de la UMF No. 46 Ciudad Juárez.

Metodología: Se realizó un estudio observacional, analítico, transversal y prospectivo en la totalidad trabajadores adscritos en la UMF No. 46 previo consentimiento informado, se aplicó la Encuesta Epidemiológica y calidad de Vida de los trabajadores IMSS, test de estrés laboral, test de Fagerström, Escala de Hamilton y Escala de Beck. Para el análisis estadístico se realizó con prueba de Pearson, χ^2 donde el valor de p es menos 0.05 para ser significativo y prueba exacta de Fisher. También se manejó Tablas de frecuencias y porcentajes, Variables de tendencia, Variables cuantitativa y cualitativas y su procesamiento según los requerimientos necesarios de los datos obtenidos y en conjunción con el programa para estadística IBM SPSS statistics 25®, y suite de Ofimática Microsoft Excel ®.

Resultados: Se observó que el 28.6% de los trabajadores encuestados tiene tabaquismo, de los cuales 54.3% son Hombres y 45.7% son mujeres, la edad predominante oscila entre 31 a 40 años de edad con el 54.3%. En la categoría laboral 58.7% pertenecen a la atención directa. El personal con antecedente familiar de tabaquismo fue positivo en el 76% de los fumadores. Los factores de edad, antecedente familiar de tabaquismo antigüedad laboral, antecedente familiar de tabaquismo, escolaridad y depresión están asociados al hábito tabáquico al tener una $p < 0.05$

Conclusiones: Esta unidad, tiene una prevalencia de tabaquismo menor comparado con otros estudios. Tener una edad de 20 a 30 años, tener una antigüedad menor de 15 años laborales, y mayor escolaridad (licenciatura y posgrado) aumenta la prevalencia de tabaquismo. El factor de antecedente familiar de tabaquismo es estadísticamente significativo por lo que se sugiere realizar nuevas investigaciones con esta variable.

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

Factors Associated with Smoking on Staff from UMF No. 46 IMSS of Ciudad Juarez, Chihuahua

Caso Nagano L.S.; Esparza Ramos M.G.; Pérez Acosta I.; Maldonado Burgos M.A.

Introduction: In Mexico, various programs and interventions have been implemented with the aim of reducing the prevalence of smoking. The relationship that health personnel have is also very important role on the dissemination and realization of public health policies. It has been observed that health workers present a higher prevalence compared to the general population. This is why it acts in an unfavorable way to the perception of care health risk, education and health promotion by the professionals themselves and general population.

Objective: To identify the factors of smoking associates in workers of UMF No. 46 Ciudad Juarez.

Methodology: A transversal, observational, descriptive and prospective study in all workers enrolled in UMF No. 46 with informed consent, the IMSS Workers' Epidemiological and Quality of Life Survey, labor stress test, Fagerström Test, Hamilton Scale and Beck Scale were applied. The statistical analysis was performed with Pearson test, χ^2 where the p-value is minus 0.05 to be significant and Fisher's exact test. it was used Frequency and Percentage Tables, Trend Variables, Quantitative and Qualitative Variables and their processing according to the necessary requirements of the data obtained and in conjunction with the IBM SPSS statistics 25® statistics program, and Microsoft Excel Office suite ®.

Results: It was observed that 28.6% of the workers surveyed smoke, of which 54.3% are men and 45.7% are women, the predominant smoking age ranges from 31 to 40 years old with 54.3%. In the employment category, 58.7% of the smokers belong to direct care. Staff with a family history of smoking were positive in 76% of smokers. The factors of age, family history of smoking, seniority at work, family history of smoking, schooling and depression are associated with smoking by having a $p < 0.05$

Conclusions: This unit, has a lower prevalence of smoking compared to other studies. Being between the ages of 20 and 30, having worked for less than 15 years, and more education (undergraduate and postgraduate) increases the prevalence of smoking. The factor of family history of smoking is statistically significant, so it is suggested that new research be carried out with this variable.

Keywords:

Smoking, associated factors, health workers, workers at Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

Marco teórico

El tabaco es una planta originaria del continente americano el cual ha sido usada con fines recreativos por medio de inhalación de los humos de la combustión de esta a través de diversos métodos y a partir del siglo XVI se inició su expansión de esta actividad por el resto del mundo ⁽¹⁾. No fue hasta el siglo XX que se presenta su forma de consumo más predominante por los cigarrillos y con ello el inicio de una epidemia, el tabaquismo. A partir de la década de los años 50 se inicia una gran cantidad de estudios referentes a los efectos negativos del hábito tabáquico en la salud ⁽²⁾ También hay evidencia de la combustión del tabaco genera tóxicos que han sido revelados por la ciencia al tiempo que se ha demostrado su asociación con procesos morbosos específicos.

El humo del tabaco o partículas que contienen agua, nicotina, otros alcaloides, alquitrán, benzopireno, hidrocarburos policíclicos. Muchas de estas sustancias son toxicas. Aproximadamente el 95% del peso total de humo está presente en fase gaseoso, el 85% del peso del humo está compuesto de nitrógeno, oxígeno y dióxido de carbono. Los gases restantes y partículas de materias son las sustancias de importancia médica. Se han reconocido cerca de 5000 compuestos químicos algunas farmacológicamente activas, antigénicas, citotóxicas, mûgatenos y carcinogénicas. ⁽³⁾

La acroleína, los fenoles, el peróxido de N ácido cianhídrico y el 3 4 benzopireno tienen una relación directa con la carcinogénesis de asiento en el pulmón como localización más frecuente. El consumo de tabaco tiene una doble acción al actuar como factor predisponente o causa. ⁽⁴⁾ El consumo de tabaco es la principal causa de morbilidad en los países desarrollados según la Organización Mundial de la Salud ⁽⁵⁾. El tabaco mata hasta a la mitad de las personas que lo consumen, cada año más de 8 millones de personas en el mundo fallecen a causa del tabaco, más de 7 millones de estas defunciones se deben al consumo directo de tabaco al alrededor de 1.2 millones son consecuencias de las exposición de no

fumadores al humo ajeno. Más del 80% de los 1300 millones de consumidores de tabaco que hay en el mundo viven en países de ingresos medianos o bajos. ⁽⁶⁾

Según Bardach en 2016 un bajo nivel de ingresos se asoció con una mayor prevalencia de tabaquismo activo por odds ratio de 1.62 e intervalo de confianza 95% en comparación con el nivel de alto, y en el caso del nivel medio de ingresos con 1.23 de odds ratio e intervalo de confianza de 95% ⁽⁷⁾ Los efectos perjudiciales que produce el tabaco en la salud no solo afectan a los fumadores sino también a aquellos que están expuestos al humo de forma ambiental también llamado como fumadores pasivos. ⁽⁸⁾

Se sabe de qué el hábito tabáquico está relacionado con incremento en las enfermedades cardiovasculares hay 2 moléculas relacionadas que son el monóxido de carbono (CO) y la nicotina. ⁽⁹⁾ ⁽¹⁰⁾ El CO es toxico cuando se une a la hemoglobina en sangre formando carboxihemoglobina llegando a ser cercana en el fumados entre 5 y 15% en comparación con los no fumadores que es de 0.5 a 2% esta molécula reduce el oxígeno transportado provocando hipoxemia dañando los sistemas enzimáticos de la respiración celular, reducir el umbral para fibrilación ventricular, tener efecto inotrópico negativo y favorecer el desarrollo de aterosclerosis por lesión endotelial. La nicotina es una amina terciaria que se absorbe rápidamente cuando alcanza los alveolos, con una vida media de 1 a 4 horas en la circulación sistémica, estimula los receptores nicotínicos de cerebro en 20 segundos y en el aparato cardiovascular actúa induciendo un estado de hipercoagulación, vasoconstricción de arterias coronarias, liberación de catecolaminas, alteración de metabolismo de lípidos, y alteraciones de la función endotelial. ⁽¹¹⁾ La probabilidad de desarrollar eventos coronarios agudos es directamente proporcional al número de cigarrillos consumidos diariamente. El infarto puede aparecer con 10 años antes en relación con los no fumadores, si el consumo es mayor de 20 cigarrillos por día este eventos se anticipa en 20 años. ⁽¹²⁾

En cuanto a las enfermedades respiratorias por excelencia se refiere a la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) que es la cuarta causa de muerte a nivel global por 3 millones de muertes correspondiendo al 5.7% de todas las fatalidades en 2017. ⁽¹³⁾ Se estima que para el 2030 alcance 4.5 millones de

muerres a nivel mundial. Agregado a esto desde el 2010 se considera para el EPOC una prevalencia de 11.7% ⁽¹⁴⁾. En el caso de México se reportan 29,000 fatalidades correspondientes a 4.07% del total de muertes. ⁽¹⁵⁾

En 2018 se estimaron cerca de dos millones de nuevos casos de cáncer (CA) de pulmón y 1.7 millones de muertes a nivel mundial, lo que representan 14% de los nuevos casos y 20% de la muertes por cáncer. ⁽¹⁶⁾ Al tabaquismo se le atribuyen 19 tipos de canceres ⁽¹⁷⁾ dentro de los cuales se refiere asociación en 70% de los CA de pulmón, bronquios y tráquea; del 42% de los CA orales, orofaríngeos y esofágicos; del 28% de los CA de vejiga y tracto urinario; del 22% de los CA de páncreas, del 14% de los CA de hígado; del 13% de los CA de estómago; del 9% de las Leucemias y del 2% de los CA cervicales ⁽¹⁸⁾

Soto en 2017 menciona que hay evidencia de pacientes con diabetes y tabaquismo presentan niveles significativamente mayores de hemoglobina glucosilada y un perfil lipídico con mayor nivel de nivel de triglicéridos y colesterol LDL, además de agregar que los exfumadores persistían con mayor riesgo de mortalidad total comparados con los que nunca fumaron. El tabaquismo incluso en los fumadores pasivos, aumenta la incidencia de Diabetes tipo 2 con riesgo relativo combinado de 1.37% en comparación con los no fumadores. Se estima que el 11.7% de los varones y el 2.4% de las mujeres con diabetes son atribuibles al tabaquismo. ⁽¹⁹⁾

Al final uno de los problemas más serios para el control de la pandemia de tabaquismo es que esta es una adicción según el DSM V catalogándola en trastornos relacionados con sustancias y Trastornos adictivos ⁽²⁰⁾ se ha considerado que la nicotina está dentro de las más adictivas que existen siendo comparadas con la cocaína y la heroína según American Addiction Centers. ⁽²¹⁾

Como previamente mencionado la nicotina puede llegar en menos de 20 segundos al cerebro ⁽¹¹⁾, donde se encuentran varios sistemas de neurotransmisión del sistema nervioso central. El principal es el efecto agonista sobre receptores $\alpha 4\beta 2$ de acetilcolina por tener mucha sensibilidad a nicotina, estos receptores tienen 3 estados de conformación, los sensibles cuyo canal iónico está en el centro permitiendo la unión de nicotina; los estimulados donde se

altera la carga eléctrica de la neurona mediante la entrada del ion calcio y liberación de acetilcolina; y los desensibilizados, en los que la nicotina posee una larga vida media que mantiene largo tiempo sus recetores y no pueden unirse a nuevas moléculas de nicotina. ⁽²²⁾

Las como estructura general de los receptores de acetilcolinergicos están formados por dos cadenas $\alpha 4$ y tres $\beta 2$, estas últimas son muy importantes en el proceso de dependencia. Durante el estado insensible del receptor, se trata de recuperar la actividad eléctrica de ahí que se infiere la larga vida de la nicotina, mientras esto sucede se incrementa la producción de estos receptores esto se le conoce como regulación a la alza, imprescindible en el síndrome de abstinencia por presentar eventualmente un gran número de receptores hambrientos a nicotina y la tolerancia donde los receptores son más ávidos por lo que el fumador requiere fumar más para satisfacer la demanda. ^{(23) (24)} La nicotina actúa sobre los receptores presinápticos en el sistema mesolímbico aumenta la secreción de dopamina en el área tegmental ventral de núcleo accumbens y los postsinápticos del locus ceruleus resultando en efectos estimulantes y psicomotores, por consiguiente refuerza positivamente el uso de la droga, mejormente descrito como circuito recompensa. ^{(25) (26)}

Con base a lo anterior, la epidemia de tabaquismo así como las implicaciones que trae a la salud por su fuerte asociación a diversas comorbilidades se requiere esfuerzos de estudio y control ⁽⁵⁾ Aunque la asociación con tabaco ya había sido reportada en 1939 por Müller en Alemania ^{(27) (28)}, no fue hasta la segunda mitad del siglo XX cuando se le dio relevancia con Doll y Hill, pioneros en estas investigaciones iniciado en los años 50, donde se menciona la relación entre el cáncer de pulmón y tabaquismo, abrieron un nuevo paradigma en la epidemiología y eventualmente en el campo de la salud pública mediante el establecimiento de causa y efecto mediante estudios de cohortes en médicos ingleses. ⁽²⁹⁾ Actualmente la Organización mundial de la salud tiene prioridad en el personal de salud para que ellos dejen de fumar porque son los que desempeñan de forma importante la función de educación y promoción de la salud para comportamientos saludables en la población general. Diversos reportes que

muestran que el profesional de la salud que tiene el hábito de fumar, no ofrecerá el consejo médico a los pacientes sobre los riesgos del tabaquismo, ⁽³⁰⁾ ⁽³¹⁾ ni se perciben como ejemplo. ⁽³²⁾

Múltiples investigaciones han demostrado que los profesionales de salud sobre todo en médicos en etapa de formación adquieren o incluso aumentan su hábito tabáquico. En etapas avanzadas de su formación y ya siendo como profesionales existe una mayor dependencia del hábito. ⁽³³⁾ La prevalencia de hábito tabáquico en profesionales de la salud en países desarrollados es menor que la observada en la población general. En Estados Unidos de América cuenta con una prevalencia de tabaquismo entre médicos es seis veces menor que la observada en la población general. ⁽³⁴⁾ Aunque los países en desarrollo y sobre todo en los que no tienen legislación para regular el tabaquismo se encuentra prevalencia igual o mayor a la población general. ⁽³⁵⁾ ⁽³⁶⁾

En México el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) es una institución de seguridad social para trabajadores y sus familias creado en 1943 cuenta con cerca de 431,000 empleados y atiende a 75 millones de derechohabientes, es considerada la institución de seguridad social más grande de Latinoamérica además de que forma parte del sistema mexicano de salud operando bajo la Secretaria de Salud. ⁽³⁷⁾ Se han reportado que el tabaquismo ocasiona pérdidas en términos de subsidios y productividad en casi 144 millones de pesos en 2009 al IMSS solo en subsidiar incapacidades ⁽³⁸⁾

Según Salmerón y colaboradores en 2002 se inicia uno de los estudios más importantes de salud pública en México para obtener la prevalencia de tabaquismo en personal del IMSS en el estado de Morelos donde se menciona que hay una prevalencia menor de consumo de tabaco entre profesionales de la salud con respecto a población general, con resultados de 53.4% de los hombres y 27.4% de las mujeres contaba con historia de tabaquismo en algún momento de la vida y la prevalencia de tabaquismo activo fue de 28.3% en hombres y 14.4% en mujeres ⁽³⁹⁾ situación que también se repite en otros países como es el caso de Japón ⁽⁴⁰⁾ (mujeres 6.8%, hombres 27.1%), China ⁽⁴¹⁾ (mujeres 12.2%, hombres 61.3%), Francia ⁽⁴²⁾ (mujeres 24%, hombres 33%), Italia ⁽⁴³⁾ (mujeres 29%, hombres 34%),

Holanda ⁽⁴⁴⁾ (mujeres 24%, hombres 41%). Cabe mencionar que se ha dado una liberalización de las normas concernientes a los comportamientos de la mujer, que contribuye a una progresiva aceptación social del consumo de tabaco por parte de ellas. De acuerdo con algunos estudios de tendencias internacionales, se espera un aumento en el consumo de tabaco, en el grupo de mujeres como ya se evidencia en ciertos países ⁽⁴⁵⁾.

Los médicos presentan una prevalencia de tabaquismo activo menor 20.9% que la observada entre trabajadores de otras áreas: personal administrativo 33.0% y personal técnico de distintas categorías 26.6%. Las mujeres muestran en general una prevalencia menor que los hombres en todas las categorías, y las enfermeras presentan una prevalencia discretamente menor 12.5% que las médicas 16.0% ⁽³⁹⁾

Otro estudio por López Nieto en 2015 en la ciudad de México en IMSS UMF No. 20 El tabaquismo en se presentó en 39.11%. ⁽⁴⁶⁾ En general en México se observa que el tabaquismo en profesionales de salud es mayor que en la población general con variaciones reportadas que varían en 14% a 31% dependiendo de la población estudiada, institución o área geográfica. ⁽⁴⁷⁾ En la población general en México la prevalencia de tabaquismo es de 16.3% que es baja comparado con otros países pero esta prevalencia se traduce en 14.3 millones de fumadores y la población en riesgo son 30 millones de habitantes conformados por adolescentes y adultos jóvenes. ⁽⁴⁸⁾

Las instituciones de salud no están diseñadas ni estructuradas para promover e impulsar el autocuidado de quienes ahí labora, esto se dificulta más por la estructura organizativa además de que se refiere que en segundo nivel la problemática aumenta. ⁽⁴⁹⁾ Una de las medidas tomadas para enfrentar el tabaquismo en trabajadores de la salud en México fue mediante la legislación de la Ley general para el control del tabaco en 2008 y la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. Con el propósito de la protección contra la exposición al humo del tabaco, donde con el objetivo de reducir la probabilidad de que la población en riesgo se inicie en

el tabaquismo y apoyo a los fumadores para abandonar a través de las diferentes opciones terapéuticas existentes.

Logrando esto por medio de la participación ciudadana y organizaciones de la sociedad civil promoviendo con acciones de espacios libres de humo de tabaco y denuncia de establecimientos donde permitan fumar, promoción de la salud comunitaria, educación e información para la protección de la salud, Investigación para la salud y generación de la evidencia científica y operativa en materia del control del tabaco, Difusión de las disposiciones legales en materia del control de los productos del tabaco; El fomento del cumplimiento de las disposiciones relativas a la prohibición de fumar en espacios 100% libres de humo, la venta de productos de tabaco a menores de edad o cigarrillos sueltos por unidad, el empaquetado y etiquetado de productos de tabaco, la publicidad, promoción o patrocinio de productos de tabaco, el contrabando y comercio ilícito de productos de tabaco y otras irregularidades que se identifiquen y denuncien ante la autoridad correspondiente, y Coordinación con los consejos nacional y estatal contra las adicciones, y las acciones de auxilio de aplicación de esta Ley como la denuncia ciudadana. ⁽⁵⁰⁾ ⁽⁵¹⁾

En el caso del Instituto Mexicano del Seguro Social para poder implementar estrategias de cesación del hábito tabáquico así como detección de áreas de oportunidad para mejora en la calidad de sus servicios a los derechohabientes, se brinda atención a sus trabajadores mediante el programa Servicios de Prevención y Promoción de la Salud para Trabajadores IMSS (SPPSTIMSS) el cual tiene como objetivo la promoción, prevención, vigilancia de la salud y del ambiente de trabajo, gestión médica, social y administrativa en caso de riesgo o daños a la salud y en incapacidad temporal para el trabajo y actividades asistenciales, así como la aptitud médico laboral de los aspirantes a ingresar al IMSS y residencias médicas. El método para realizar cumplir con estos objetivos se encuentra en documento Procedimiento para las actividades de los Servicios de Prevención y Promoción de la Salud para Trabajadores IMSS y Exámenes de Aptitud Médico-Laboral en Aspirantes a Ingresar al Instituto Mexicano del Seguro Social ⁽⁵²⁾. Donde se especifica el uso de un instrumento API/EPICAVT (Acción Preventiva

Integrada/Encuesta Epidemiológica y Calidad de vida de los Trabajadores) Que realiza una serie de preguntas así como un compendio de instrumentos para detección oportuna de diversas patologías. Los instrumentos e inventarios que se incluyen en tabaquismo son el Fagerström⁽⁵³⁾

El cuestionario de Fagerström es usado para detectar y cuantificar el nivel de dependencia del tabaco durante el tabaquismo. Incluye algunas preguntas sobre los hábitos de consumo de alcohol del fumador. Es posible utilizar esta prueba para adaptar el manejo del abandono del hábito de fumar. La prueba de Fagerström se describió por primera vez en 1978 por Karl Olov Fagerström bajo el nombre de cuestionario de tolerancia y consistió en ocho preguntas⁽⁵⁴⁾. Más tarde fue modificado (eliminación de dos preguntas y modificaciones de otras dos) y renombrado a pruebas de adicción a la nicotina en 1991 por Heatherton.⁽⁵⁵⁾ En 2012, fue renombrado a pruebas de adicción al cigarrillo por Fagerström sin que se cambiara el cuestionario.⁽⁵⁶⁾ Las preguntas son: 1.- ¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y se fuma su primer cigarrillo? 2.- ¿Encuentra difícil no fumar en lugares donde está prohibido (hospital, cine, biblioteca)? 3.- ¿Qué cigarrillo le desagrada más dejar de fumar? 4.- ¿Cuántos cigarrillos fuma al día? 5.- ¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de levantarse que durante el resto del día? 6.- ¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que guardar cama la mayor parte del día? de 6 ítems que valora la dependencia de las personas a la nicotina. Los puntos de corte son 4 y 7, donde menos de 4 es una dependencia baja, entre 4 y 7 es una dependencia moderada y más de 7 es una dependencia alta.⁽⁵⁷⁾⁽⁵⁵⁾

El servicio de SPPSTIMSS agrega a su inventario de API/EPICAVT los instrumentos de Ansiedad de Hamilton y Beck para depresión. El cuestionario de Hamilton, también conocido como Escala de Hamilton para Ansiedad (HARS) diseñada en 1959, es un instrumento heteroaplicada de 14 preguntas que evalúa la intensidad de la ansiedad, 13 referentes a signos y síntomas ansiosos y el último que valora el comportamiento del paciente durante la entrevista con 5 opciones de puntuación según intensidad Debe

completarse por el terapeuta tras una entrevista, que no debe durar más allá de 30 minutos. No existen puntos de corte para distinguir población con y sin trastornos de ansiedad, dado que su calificación es de 0 a 56 puntos, el resultado debe interpretarse cualitativamente en términos de intensidad y de ser posible diferenciar entre la ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y la ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Una puntuación mayor o igual a 15 corresponde a ansiedad moderada/grave (amerita tratamiento). Una puntuación de 6 a 14 corresponde a ansiedad leve. Una puntuación de 0 a 5 corresponde a ausencia o remisión del trastorno. Este instrumento se encuentra utilizado en la guías de práctica clínicas mexicanas para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad en el adulto. ⁽⁵⁸⁾ ⁽⁵⁹⁾

El segundo instrumento, Inventario de depresión de Beck (BDI) consiste en un autoinforme de 21 artículos o preguntas que mide las actitudes características y los síntomas de depresión ⁽⁶⁰⁾, este ha sido desarrollado en diferentes formas como una versión abreviada de 13 preguntas ⁽⁶¹⁾ y su más reciente revisión en 1996 (BDI-II) el cual es usado ampliamente como indicador de severidad de la depresión, aunque ya no como herramienta de diagnóstico según criterios de DSMIV, se sigue usando en numerosos estudios los cuales proveen de evidencia para su validación y fiabilidad en diferentes poblaciones y culturas así como en individuos expuestos a trauma, ⁽⁶²⁾ este cuestionario toma cerca de 10 minutos en realizarse aunque los participantes requieren al menos haber cursado el quinto o sexto grado de educación básica ⁽⁶¹⁾. Cada ítem o pregunta se responde en una escala de 4 puntos, de 0 a 3, excepto los ítems 16 (cambios en el patrón de sueño) y 18 (cambios en el apetito) que contienen 7 categorías. Si una persona ha elegido varias categorías de respuesta en un ítem, se toma la categoría a la que corresponde la puntuación más alta. Las puntuaciones mínima y máxima en el test son 0 y 63. Se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave. ⁽⁶³⁾

El test de Estrés Laboral adaptado del cuestionario de problemas psicosomáticos (CPP) es un cuestionario se realiza en 1988 por Hock para síndrome de burnout profesional entre maestros de escuelas públicas ⁽⁶⁴⁾ y posteriormente fue adaptado al castellano por Garcia-Izquierdo en 1993. ⁽⁶⁵⁾ Esta encuesta permite conocer en qué grado el trabajador padece de síntomas asociados al estrés, entendiendo esté como un proceso por el cual las personas responden a eventos que perciben como amenazantes o generadores de conflicto, elaborando patrones de respuesta como reacción adaptativa ante las demandas del medio ambiente. Consiste en un total de doce preguntas en los que se describen los síntomas más habituales asociados al estrés y en los que el trabajador debe señalar la frecuencia con que se han manifestado durante los últimos 3 meses con 6 respuestas disponibles. La suma de los valores de todas las respuestas puede tener el valor de 12 que se interpreta como: No existe síntoma alguno de estrés, hasta 72 que se considera como nivel de estrés máximo. Si la puntuación es alrededor de 13 a 24 se considera como fase de alarma, de 25 a 36 se categoriza como estrés leve, la puntuación de 37 a 48 como estrés medio o moderado, 49 a 60 considerado como estrés alto que corresponde a fase de agotamiento de recursos fisiológicos con desgaste físico y mental, mayor de 60 puntos se considera como grave y requiere de intervención profesional. ⁽⁶⁶⁾ No obstante, dicha valoración es demasiado simplista, siendo conveniente prestar atención a cualquier valoración de un ítem entre 4 y 6, especialmente si se da en 2 o más ítems de un mismo trabajador, lo que podría ser un claro indicativo de situaciones de estrés graves. ⁽⁶⁷⁾

Planteamiento del problema

El tabaquismo es un problema de salud pública a nivel mundial y es uno de los factores asociados que produce mayor número de mortalidad y morbilidad en países desarrollados y causa alrededor de 8 millones de muertes al año en el mundo. Existe la relación causal entre el hábito tabáquico y diversas enfermedades agudas y crónicas, principalmente neoplasias como CA de pulmón, bronquio, tráquea, orales, orofaríngeos, esofágicos, vejiga, tracto urinario, páncreas, hígado, estómago, leucemias y cervicales. Es también un factor de riesgo alto para enfermedad pulmonar obstructiva crónica, así como para enfermedades cardiovasculares junto con la hipertensión arterial y la hipercolesterolemia.

Se han realizado diversos programas para la cesación y prevención de hábito tabáquico así como legislaciones y políticas públicas cada vez más estrictas. También es muy importante la relación que tiene el personal de salud ya que estos son ejemplo del sistema nacional de salud en cuanto la difusión y realización de las políticas de salud pública. Pero en el caso de México se observa que estos trabajadores presentan una prevalencia mayor en comparación con población general, por lo que actúa de forma contraproducente, incongruente y negativamente la percepción de riesgo, promoción, cuidado y educación para la salud por los propios profesionales y la población general. Reciente mente se han realizado estudios para buscar factores relacionados con el tabaquismo sin embargo son muy pocos los estudios en el país acerca del tema además de México presenta amplia diversidad en las características de población y región geográficas por lo que los estudios realizados pueden tener variaciones importantes. En esta ocasión se desconoce los factores que asocian a tabaquismo en esta población de estudio por lo que surge la interrogativa

Pregunta de investigación

¿Qué factores están asociados a tabaquismo en trabajadores de la UMF No. 46 Ciudad Juárez?

Justificación

El personal de salud debe ser ejemplo a seguir para la población general con respecto al preservar y garantizar la salud, sin embargo hay trabajadores que padecen del problema de tabaquismo, está demostrado que este tipo de situaciones demeritan el trabajo y minimizan los riesgos asociados al tabaquismo desde la perspectiva de la población general. Se requiere conocer los factores de riesgo asociados al tabaquismo y de ser posible si hay un incremento de hábito tabáquico con el fin de tener una base estadística para justificar y normar las conductas y políticas de salud pública contra tabaquismo en un futuro cercano, al mismo tiempo en el país se han realizado pocos estudios con respecto al tabaquismo en poblaciones que son trabajadoras del sistema de salud en todas sus categorías laborales, sobre todo las identificadas en el IMSS: Médico Familiar, Médico General, MNF, Salud en trabajo, Enfermería, Jefe de departamento, Asistente médico, Trabajo social, AUO, Nutrición, OMRA, Químico, Laboratorista, Asistente Farmacia, Estomatología, Bibliotecario, Servicios Básicos, Conservación; Además de identificar factores asociados como: edad, sexo, escolaridad, estado civil, categoría, antigüedad laboral, turno laboral, tipo de contrato, percepción de la carga laboral, estilos de vida, ansiedad, depresión que influyen en la prevalencia de tabaquismo en UMF No. 46 en Ciudad Juárez, Chihuahua.

¿Qué se va a lograr al responder la pregunta de investigación?

Identificar los factores asociados a tabaquismo en personal del IMSS UMF No. 46

¿Quiénes se benefician de la tesis?

Todo aquel que requiera realizar políticas en el área de medicina preventiva y promoción de la salud.

Se agrega nuevos datos que son de utilidad para comparación con otros estudios en el país así como para procurar y enfocar nuevas políticas y programas de salud pública relacionados a la prevención de hábito tabáquico en trabajadores del sistema mexicano de salud y eventualmente en población general.

¿Se justifica con estadísticas?

En la mayor parte de México se considera el personal trabajador en instituciones de salud tiene mayor prevalencia de tabaquismo que es de hasta 31% con respecto a población general que es de 16.3%. Sin embargo hay regiones del país donde se observa prevalencia de 14% de tabaquismo en personal trabajador de instituciones de salud. Por lo que se desconoce el valor real de la prevalencia en la población que se estudió.

El tabaquismo es una de las pandemias que ocasiona graves daños a la economía familiar y laboral además de generar pérdidas importantes al país por medio de subsidios de incapacidades en enfermedades con alta morbilidad y mortalidad pero prevenibles o al menos con posibilidad de reducir el riesgo de padecer estas de forma significativa.

Objetivos

General:

Identificar los factores asociados a tabaquismo en trabajadores de la UMF No. 46 Ciudad Juárez.

Específicos:

- Determinar la edad prevalente de tabaquismo
- Conocer el perfil demográfico del trabajadores que más frecuentemente consume tabaco (sexo, escolaridad, estado civil)
- Identificación de las características laborales que tienen mayor índice de tabaquismo (categoría, antigüedad, turno y percepción de carga laboral)
- Identificar la prevalencia de tabaquismo en trabajadores
- Identificar la frecuencia de consumo y grado de dependencia de tabaco en trabajadores

Hipótesis

Hipótesis Alterna

Los factores (edad, sexo, escolaridad, estado civil, categoría, antigüedad laboral, turno laboral, percepción de la carga laboral, ansiedad, depresión, grado de dependencia de tabaco, antecedente familiar de tabaquismo. Conocimiento de efectos adversos de tabaquismo.) Están asociados al tabaquismo en trabajadores de la UMF No 46 Ciudad Juárez.

Hipótesis Nula

Los factores (edad, sexo, escolaridad, estado civil, categoría, antigüedad laboral, turno laboral, percepción de la carga laboral, ansiedad, depresión, grado de dependencia de tabaco, antecedente familiar de tabaquismo, Conocimiento de efectos adversos de tabaquismo.) no están asociados al tabaquismo en trabajadores de la UMF No 46 Ciudad Juárez.

Metodología

Diseño y tipo de estudio:

- Tipo de estudio: observacional, analítico, transversal y prospectivo
- Diseño: transversal
 - a) Por el control de la maniobra experimenta por el investigador:
Observacional
 - b) Por captación de la información: Prospectivo
 - c) Por medición del fenómeno en el tiempo: Transversal
 - d) Por presencia de un grupo control: Analítico
 - e) Por la dirección del análisis: Transversal
 - f) Por la ceguedad en la aplicación y evaluación de las maniobras:
Abierta

Tiempo

Marzo 2020 a Agosto 2021

Lugar

El estudio se realizó en Ciudad Juárez, Chihuahua, (México) en la Unidad de Medicina Familiar No. 46, ubicada en Henry Dunant 610, Zona PRONAF, Juárez, Chihuahua. Con tutoría de del personal de la UMF No. 46 la cual cuenta con 23 consultorios que brindan consulta externa de Medicina Familiar, 2 Consultorios de Medicina del trabajo, Departamento Fomento y promoción a la salud, Departamento de estomatología, Servicio de nutrición, Modulo de Diabetimss, Departamento Informática y Archivo, Prestaciones económicas Laboratorio, Rayos X, Farmacia, Curaciones, Servicio de Medicina preventiva, Servicio de Atención Medica Continua. Con horario laboral de Lunes a Viernes en turnos matutino y vespertino con horarios de 08:00 a 14:00h y 14:00 a 20:00h.

Grupo de estudio

Plantilla laboral de UMF No. 46 que cuenta con 320 trabajadores de ambos sexos y diferentes categorías en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Criterios de selección de la muestra

Criterios de inclusión:

- Trabajador que labora UMF No. 46
- Personal Fumador Activo
- Ambos sexos
- Mayor de edad (18 años)
- Personal en turnos matutino y vespertino

Criterios de exclusión:

- Trabajadores que se encuentre ausente durante el periodo de recolección de datos.
- Personal fumador pasivo
- Trabajador que no acepte participar en el estudio.

Criterios de eliminación:

- Encuestas contestadas de forma Incompleta.

Operacionalización de las variables

Variable dependiente

Tabaquismo

Definición conceptual: Consumo de aquellos individuos que al ser entrevistados refirieron fumar actualmente y además tener el antecedente de haber fumado 100 cigarrillos o más en toda su vida.

Definición operacional: Contestar encuesta API/EPICAVT sección “B, estilos de vida” pregunta 3.

Escala de medición: Cualitativa, Nominal.

Indicador (unidad de medida): Si (Pasivo, Activo), No (Negado)

Variable independiente

Ansiedad

Definición conceptual: Condición de una persona que experimenta una conmoción, intranquilidad, nerviosismo o preocupación, Estado de incertidumbre que se genera en el organismo cuando cree que no puede cumplir con la tarea asignada

Definición operacional: Contestar escala de ansiedad de Hamilton

Escala de medición: Cualitativa

Indicador (unidad de medida): Ordinal: Puntuación de 0 a 4 por cada ítem, Puntuación 0 a 5 puntos (No ansiedad), 6 a 14 (Ansiedad menor), 15 o más (Ansiedad mayor)

Depresión

Definición conceptual: Estado que se caracteriza por la presencia de tristeza, perdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o apetito, sensación de fatiga, y falta de concentración, Estado de tristeza provocado por el desinterés en la actividad laboral que le provoca bajo rendimiento

Definición operacional: Contestar escala de depresión de Beck

Escala de medición: Cualitativa

Indicador (unidad de medida): Ordinal: Puntuación, De los 21 reactivos cada uno se con escala de 0 a 3. Puntuación: 0 a 10 = normal, 11 a 16 = leve, 17 a 20 = intermitente, 21 a 30 = moderado, 31 a 39 = grave, > 40 = extrema.

Grado de dependencia a tabaco

Definición conceptual: Alteraciones neurofisiológicas, estructurales y funcionales, que provocan la continua búsqueda de la droga (Nicotina).

Definición operacional: Contestar cuestionario de Fagerström modificado.

Escala de medición: Cualitativa.

Indicador (unidad de medida): Ordinal: Puntuación para dependencia de nicotina; < 4 = Baja, 5 a 7 = Moderada, > 7 = Alta.

Antecedente familiar de tabaquismo

Definición conceptual: Información perteneciente a familiares cercanos sobre alguna condición médica que influye en el sujeto de estudio, particularmente tabaquismo.

Definición operacional: Registro en encuesta cuestionario de Fagerström modificado pregunta 8 si padre o madre tiene hábito tabáquico.

Escala de medición: Cualitativa nominal, Dicotómica.

Indicador (unidad de medida): Si, No.

Conocimiento de efectos adversos de tabaquismo

Definición conceptual: El sujeto de estudio conoce los riesgos asociados del tabaquismo a diversas patologías.

Definición operacional: Registro en encuesta cuestionario de Fagerström modificado pregunta 7 si padre o madre tiene hábito tabáquico.

Escala de medición: Cualitativa nominal, Dicotómica

Indicador (unidad de medida): Si, No.

Percepción de carga laboral

Definición conceptual: Impresión del conjunto de requerimientos físicos y psicológicos a los que se ve sometido el trabajador a lo largo de su jornada laboral

Definición operacional: Registro en encuesta mediante escala visual analógica (test de estrés laboral).

Escala de medición: Cualitativa.

Indicador (unidad de medida): Ordinal, Puntuación 1 a 6 por cada ítem (12 Ítems)

Puntuación: 0 - 35 = Sin estrés, 36 - 47 = Estrés leve, 48 - 59 = Estrés medio, 60 - 72 = Estrés alto.

Categoría

Definición conceptual: Clase establecida por profesión dentro del centro de trabajo.

Definición operacional: Encuesta API/EPICAVT sección "A, datos generales" categoría Pregunta 9 contestando alguna de las siguientes opciones: Médico Familiar, Médico General, MNF Salud en trabajo, Enfermería, Jefe de departamento, Asistente médico, Trabajo social, AUO, Nutrición, OMRA, Químico, Laboratorista, Asistente Farmacia, Estomatología, Bibliotecario, Servicios Básicos Conservación. Escala de medición: Cualitativa, Nominal, Policotómica.

Indicador (unidad de medida): Según opción elegida se agruparan en las siguientes categorías: 0 = atención con paciente directo (0,1,2,3,5,6,8, 13), 1 = Jefaturas y administrativos (4, 7, 9, 14) y 2 = Otros operativos (10,11,12,15)

Edad

Definición conceptual: Cada uno de los periodos en la que se considera dividida la vida humana.

Definición operacional: Encuesta API/EPICAVT sección "A, datos generales" edad Pregunta 8.

Escala de medición: Cuantitativa, Continúa.

Indicador (unidad de medida): 18 - 20, 21- 30, 31- 40, 41- 50, 51-60, Mayor de 61

Sexo

Definición conceptual: Condición orgánica masculina o femenina, de las plantas y animales.

Definición operacional: Encuesta API/EPICAVT sección “A, datos generales” sexo Pregunta 10.

Escala de medición: Cualitativa, Nominal, Dicotómica.

Indicador (unidad de medida): Femenino, Masculino.

Terceras variables

Escolaridad

Definición conceptual: Título que se alcanza al superar cada uno de los niveles de estudio en relación de menor a mayor.

Definición operacional: Encuesta API/EPICAVT sección “A, datos generales” Escolaridad Pregunta 13.

Escala de medición: Cualitativa, Ordinaria, Nominal, Policotómica.

Indicador (unidad de medida): Primaria, Secundaria, Bachillerato, Técnico, Licenciatura, Posgrado.

Estado civil

Definición conceptual: Condición de una persona en relación con su filiación o matrimonio, que se hacen constar en el registro civil y que delimitan el ámbito propio de poder y responsabilidad que el derecho reconoce a las personas naturales

Definición operacional: Encuesta API/EPICAVT sección “A, datos generales” estado civil Pregunta 17.

Escala de medición: Cualitativa, Nominal, Policotómica

Indicador (unidad de medida): Soltero, Casado, Unión Libre, Viudo, Divorciado.

Antigüedad laboral

Definición conceptual: Periodo continuado durante el cual una persona ha realizado su trabajo o actividad.

Definición operacional: Registro en encuesta API/EPICAVT sección “A, Datos generales”.

Escala de medición: Cuantitativa, Continúa.

Indicador (unidad de medida): Menos de 5, 6 – 10, 11-15, 16 – 20, 21 – 25, 26 – 30, Mayor de 30.

Turno laboral

Definición conceptual: Conjunto de trabajadores que desempeñan su actividad al mismo tiempo, según un orden establecido previamente.

Definición operacional: Encuesta API/EPICAVT sección “A, datos generales” turno de trabajo, Pregunta 14.

Escala de medición: Cualitativa, Nominal.

Indicador (unidad de medida): Matutino, Vespertino, Nocturno, Jornada Acumulada

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Tipo de variable	Indicador (unidad de medida)
Tabaquismo (consumo de tabaco)	Consumo de aquellos individuos que al ser entrevistados refirieron fumar actualmente y además tener el antecedente de haber fumado 100 cigarrillos o más en toda su vida	Encuesta API/EPICAVT sección “B, estilos de vida” pregunta 3	Cualitativa Nominal	Dependiente	Dicotómica Si (Pasivo, Activo) No (Negado)
Ansiedad	Condición de una persona que experimenta una conmoción, intranquilidad, nerviosismo o preocupación Estado de incertidumbre que se genera en el organismo cuando cree que no puede cumplir con la tarea asignada	Contestar escala de ansiedad de Hamilton Puntuación de 0 a 4 por cada ítem, Puntuación 0 a 5 puntos (No ansiedad), 6 a 14 (Ansiedad menor), 15 o más (Ansiedad mayor)	Cualitativa	Independiente	Numérico Puntuación total de la encuesta
Depresión	Estado que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de	Contestar escala de depresión de Beck Puntuación Delos 21 reactivos cada uno se con escala de 0 a 3.	Cualitativa	Independiente	Numérico Puntuación total de la encuesta

	culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o apetito, sensación de fatiga, y falta de concentración Estado de tristeza provocado por el desinterés en la actividad laboral que le provoca bajo rendimiento	Puntuación: 0 a 10 = normal 11 a 16 = leve 17 a 20= intermitente 21 a 30= moderado 31 a 39 = grave > 40 = extrema			
Grado de dependencia a tabaco	Alteraciones neurofisiológicas, estructurales y funcionales, que provocan la continua búsqueda de la droga (Nicotina)	Contestar cuestionario de Fagerström modificado Puntuación para dependencia de nicotina < 4 = Baja, 5 a 7 = Moderada > 7 = Alta	Cualitativa	Independiente	Numérico Puntuación total de la encuesta
Antecedente familiar de tabaquismo	Información perteneciente a familiares cercanos sobre alguna condición médica que influye en el sujeto de estudio, particularmente tabaquismo.	Registro en encuesta cuestionario de Fagerström modificado pregunta 8 si padre o madre tiene hábito tabáquico	Cualitativa nominal Dicotómica	Independiente	Si No
Conocimiento de efectos adversos de tabaquismo	El sujeto de estudio conoce los riesgos asociados del tabaquismo a diversas patologías	Registro en encuesta cuestionario de Fagerström modificado pregunta 7 si padre o madre tiene hábito tabáquico	Cualitativa nominal Dicotómica	Independiente	Si No
Percepción de carga laboral	Impresión del conjunto de requerimientos físicos y psicológicos a los que se ve sometido el trabajador a lo largo de su jornada laboral	Registro en encuesta mediante escala visual analógica (test de estrés laboral) Puntuación 1 a 6 por cada ítem (12 ítems) Puntuación: 0 - 35 = Sin estrés 36 - 47 = Estrés leve 48 - 59 = Estrés medio 60 - 72 = Estrés alto	Cualitativa	Independiente	Numérico Puntuación total de la encuesta
Edad	Cada uno de los periodos en la que se considera dividida la vida humana.	Encuesta API/EPICAVT sección "A, datos generales" edad Pregunta 8	Cuantitativa Continua	Independiente	Edad en años
Sexo	Condición orgánica masculina o femenina, de las plantas y animales.	Encuesta API/EPICAVT sección "A, datos generales" sexo Pregunta 10	Cualitativa Nominal Dicotómica	Independiente	Femenino Masculino
Escolaridad	Título que se alcanza al superar cada uno de los niveles de estudio en relación de menor a mayor	Encuesta API/EPICAVT sección "A, datos generales" Escolaridad Pregunta 13	Cualitativa Ordinaria Nominal Policotómica	Tercera	Primaria Secundaria Bachillerato Técnico Licenciatura Posgrado
Estado civil	Condición de una persona en relación con su filiación o matrimonio, que se hacen constar en	Encuesta API/EPICAVT sección "A, datos generales" estado civil Pregunta 17	Cualitativa Nominal Policotómica	Tercera	Soltero Casado Unión Libre Viudo Divorciado

	el registro civil y que delimitan el ámbito propio de poder y responsabilidad que el derecho reconoce a las personas naturales				
Categoría	Clase establecida por profesión dentro del centro de trabajo.	Encuesta API/EPICAVT sección "A, datos generales" categoría Pregunta 9 contestando alguna de las siguientes opciones: 0 = Médico Familiar 1 = Médico General o Residente 2 = MNF Salud en trabajo 3 = Enfermería 4 = Jefe de departamento 5 = Asistente médico 6 = Trabajo social 7 = AUO u otros 8 = Nutrición 9 = OMRA 10 = Químico 11 = Laboratorista 12 = Asistente Farmacia 13 = Estomatología 14 = Bibliotecario 15 = Servicios Básicos Conservación.	Cualitativa Nominal Policotómica	Independiente	Nominal Según opción elegida se agruparan en las siguientes categorías: 0 = atención con paciente directo (0,1,2,3,5,6,8, 13) 1 = Jefaturas y administrativos (4, 7, 9, 14) 2 = Otros operativos (10,11,12,15)
Antigüedad Laboral	Periodo continuado durante el cual una persona ha realizado su trabajo o actividad.	Registro en encuesta API/EPICAVT sección "A, Datos generales"	Cuantitativa Continua	Tercera	En años trabajados
Turno Laboral	Conjunto de trabajadores que desempeñan su actividad al mismo tiempo, según un orden establecido previamente.	Encuesta API/EPICAVT sección "A, datos generales" turno de trabajo Pregunta 14	Cualitativa Nominal	Tercera	Matutino Vespertino Nocturno Jornada Acumulada

Tamaño de la muestra

Tipo de muestreo: Muestreo no probabilístico por conveniencia

Tamaño de muestra para poblaciones finitas:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot P \cdot Q}{[d^2(N-1)] + [Z^2 \cdot P \cdot Q]}$$

n	182	Número de sujetos necesarios
N	320	Tamaño de la población del marco muestral
$Z\alpha^2$	1.96	Valor de Z correspondiente al riesgo alfa fijado
P	0.3911	Valor de la proporción que se supone existe en la población
Q	0.7	Complemento de la proporción
d^2	0.05	Precisión con que se desea estimar el parámetro

Análisis estadístico.

Para el análisis estadístico se realizó con prueba de Pearson, χ^2 donde el valor de p es menos 0.05 para ser significativo y prueba exacta de Fisher. También se manejara tablas de frecuencias y porcentajes, variables de tendencia, variables cuantitativa y cualitativas y su procesamiento según los requerimientos necesarios de los datos obtenidos y en conjunción con el programa para estadística IBM SPSS statistics 25®, y suite de ofimática Microsoft Office Excel ®.

Consideraciones éticas.

Los procedimientos realizados están de acuerdo con las normas éticas y reglamentos institucionales, con el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación en seres humanos y con la declaración de Helsinki de 1975 y enmiendas posteriores.

De acuerdo con el artículo quinto de la Ley General de Salud en su última reforma del 02 de abril del 2014, esta investigación contribuye al conocimiento de los procesos biológicos y tecnológicos en los seres humanos, al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social; a la prevención y control de problemas de salud que se consideran prioritarios para la población. Fue sometido a una comisión de ética, ya que, aunque no se interviene directamente en seres humanos, se interviene aspectos de su atención médica.

Esta investigación se desarrolló conforme a las siguientes bases:

- I. Se adapta a los principios básicos de la investigación y la ética que justifica la investigación médica con una posible contribución a la solución del problema a investigar.
- II. Es el método más idóneo para la investigación en este tema.
- III. Existe la seguridad de que no se expuso a riesgos ni daños a los pacientes de la institución en la cual se llevó a cabo este protocolo.
- IV. Se cuenta con la aprobación del comité de ética local antes de interferir en el entorno hospitalario.
- V. Cuenta con el consentimiento informado del sujeto en quien se realizó la investigación, o de su representante legal, en caso de incapacidad legal de aquél, en términos de lo dispuesto por este Reglamento y demás disposiciones jurídicas aplicables.

- VI. La investigación se realizará por profesionales de la salud en una institución médica que actúan bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes.
- VII. Cuenta con el dictamen favorable de los Comités de Investigación, de Ética en Investigación y de Bioseguridad, en los casos que corresponde a cada uno de ellos, de conformidad con lo dispuesto en el presente Reglamento y demás disposiciones jurídicas aplicables.
- VIII. Debería de haber sido suspendida la investigación de inmediato por el investigador principal, en el caso de sobrevenir el riesgo de lesiones graves, discapacidad o muerte del sujeto en quien se realice la investigación, así como cuando éste lo solicite.
- IX. Es responsabilidad de la institución de atención a la salud en la que se realizó la investigación proporcionar atención médica al sujeto de investigación que sufra algún daño, si estuviere relacionado directamente con la investigación, sin perjuicio de la indemnización que legalmente corresponda.

Se protegerá la información obtenida, utilizando para la identificación de los sujetos únicamente las iniciales de su nombre y apellidos; todos los resultados fueron utilizados cuando se requirieron y cuando fue autorizado. Esta investigación se clasificó como **mínimo**, debido a que emplean técnicas y métodos de investigación documental prospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta. El estudio se apega a lo indicado en la Declaración de Helsinki de la AMM principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, de la 64a Asamblea Fortaleza, Brasil, octubre 2013; solicitándose carta de consentimiento informado a los participantes, que fue obtenido por el investigador, al seleccionar de manera consecutiva los casos en la UMF No. 46 en Ciudad Juárez.

Debido a la naturaleza de este estudio, no existen riesgos, ni beneficios económicos o de tratamiento para su participación, antes o después del estudio. Los resultados de este estudio ayudaran a obtener información para determinar la asociación entre diversos factores y el tabaquismo en trabajadores del IMSS de la UMF No. 46 en Ciudad Juárez, Chihuahua, por lo que ofreció el conocimiento y se dio el enfoque para realizar intervenciones que permitan idear estrategias para este padecimiento. Se solicitó a los participantes en el estudio carta de consentimiento informado.

Metodología operacional.

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal, prospectivo. Trabajadores de UMF No. 46 en Ciudad Juárez Chihuahua, periodo marzo 2020 a agosto 2021, después se realizó un muestreo probabilístico aleatorio simple.

La información para la realización de esta investigación fue conseguida, Primero con el permiso de la Dirección Médica de la UMF No 46 de Ciudad Juárez Chihuahua, Segundo se trabajó coordinadamente con el personal encargada del Departamento de Fomento a la Salud de la UMF No. 46 de Cd. Juárez Chihuahua, quien proporciono los datos obtenidos durante el periodo 2020 a 2021 a través de la selección de expedientes con presencia de tabaquismo en la encuesta EPICAVT; Tercero, para complementar la información se realizó la revisión de expediente del personal con dependencia a tabaco y se completó la información con los siguientes instrumentos: encuesta de Fagerström, escala de ansiedad de Hamilton, escala de depresión de Beck y test de estrés laboral; Cuarto, al concluir la obtención de datos estos se almacenaron mediante la suite de ofimática Microsoft Office Excel 2010® y se comenzó el posterior análisis de estos por medio del programa de computadora IBM SPSS Statistics 25®

Resultados

Se realizó en la UMF No. 46 de Ciudad Juárez, Chihuahua un estudio observacional, transversal y analítico, con una población de 320 empleados registrados en todas las categorías, de los cuales solo 161 aceptaron contestar la encuesta y buscando intencionadamente los trabajadores que son fumadores activos se encontró una población de 46 trabajadores (28.6%) con tabaquismo activo y 115 (71.4%) sin hábito tabáquico (Tabla 1, Gráfica 1).

Se observó de 120 (74.5%) de los encuestados es personal de sexo femenino de los cuales 21 son fumadoras que representa 45.7% del total de los fumadores (TDF) y 41 (25.5%) del sexo masculino, dentro de ellos 25 (54.3% TDF) tienen tabaquismo. (Tabla 1)

La edad de los encuestados se oscila entre los 23 a los 60 años con una media de 40.58 y desviación estándar de 7.43, Por grupo de edad, de los 20 a 30 años hay 16 (9.9%) trabajadores donde 8 (17.4% TDF) son fumadores, del grupo de 31 a 40 años son 62 (38.5%) con 25 fumadores (54.3% TDF). El grupo de 41 a 50 años tiene 69 (42.9%) y 12 (26.1% TDF) y del grupo de 51 a 60 años hay 14 (8.7%) y 1 fumador (2.2% TDF).

La escolaridad del personal predomina posgrado con 67 (41.6%) trabajadores y 31 (67% TDF) son fumadores, seguido del grupo con licenciatura que tiene 40 (24.8%) empleados y 7 (15.2% TDF) con tabaquismo, después se encuentran el personal técnico con 23 (14.3%) de los trabajadores encuestados y 4 (8.7% TDF) fumadores. Del grupo de bachillerato y secundaria hay 19 (11.8%) y 11 (6.8%) respectivamente, ambos grupos tienen cada uno 2 (4.3%) trabajadores. El grupo de primaria cuenta con 1(0.6%) trabajador pero no hay fumadores.

El estado civil en su mayoría son casados con 80 (49.7%) de los integrantes 19 (41.3% TDF), son fumadores, le siguen solteros con 37 (23%) y 12 (26.1% TDF) con tabaquismo. Le sigue el grupo de unión libre con 22 (13.7%) y 9 (19.6%TDF) fumadores. El grupo con estado civil divorciado y el grupo de viudo cuenta con 18 (11.2%) y 4 (2.5%) integrantes respectivamente. Ambos grupos tienen cada uno 3 (6.5% TDF).

El antecedente familiar de tabaquismo, el grupo negativo fue de 95 (59%), 11 (23.9% TDF) de ellos tienen tabaquismo, mientras que el sí tenerlo al antecedente familiar hay 66 (41%) encuestados de los cuales 35 (76.1% TDF) de estos son fumadores. (Tabla 1, Gráfica 2)

La antigüedad laboral en años ronda de 0 hasta 28 años con una media de 11.57 y desviación estándar de 7.12. Al dividirla por grupos se observó que de los que tiene menos de 5 años laborando cuentan con 42 (26.1%) Miembros de los cuales 18 (39.1 TDF) son fumadores. De los 6 a 10 años de antigüedad laboral (AAL) hay 18 (11.2%) y 6 (13% TDF) son fumadores. El intervalo de 11 a 15 AAL tiene 57 (35.4) trabajadores y 17 (37% TDF) con tabaquismo, el siguiente grupo de 16 a 20 AAL son 27 (16.8%) y 4 fumadores (8.7% TDF). El intervalo 21 a 25 AAL cuenta con 13(8.1%) trabajadores solo 1 (2.2% TDF) es fumado y el intervalo de 26 a 30 AAL tiene 4 empleados (2.5%) pero no se encontraron personal con tabaquismo en este grupo.

El turno laboral con mayor frecuencia de encuestados fue el matutino con 121 (75.2%) de los cuales 33 (71.7%) son fumadores seguidos por el turno vespertino con 40 (24.8%) con 13 (28.3% TDF).

Dentro de las categorías laborales estudiadas se encontró 105 (65.2%) pertenecen a la atención directa y se detectaron 27 (58.7% TDF) fumadores. Las jefaturas y administrativos cuenta con 32 (19.9%) miembros de los cuales 11 (23.9%) tienen tabaquismo y otros operativos con 24 (14.9%) y 8 (17.4 TDF) son fumadores. (Tabla 1)

Se observó en el grado de ansiedad solo cumplen con categorías no ansiedad 120 (74.5%) y 31 (67.4% TDF) son fumadores, Ansiedad menor se detectó 15 (9.3%) y 6 (13% TDF) son fumadores y Ansiedad Mayor 26 (16.1%) de los cuales 9 (19.6% TDF) con tabaquismo. El puntaje mayor registrado no supera 30 puntos de la escala de Hamilton. (Tabla 1 y 3, Gráfica 3 y 6)

El grado de depresión se observó en el rubro de normal con 138 (85.7%) y 34 (73.9% TDF) con hábito de tabáquico, depresión leve 2 (1.2%) y 2 (4.3% TDF) son fumadores. Depresión intermitente tiene 11 (6.8%) registros de los cuales 5 (10.9% TDF) y Depresión moderada 10 (6.2%) y 5 (10.9% TDF). Fumadores. El

puntaje máximo registrado en toda la muestra no supera más de 30 puntos de la escala de Beck para depresión. (Tabla 1 y 2, Gráfica 4 y 7)

La percepción de estrés laboral, el puntaje máximo registrado fue de 70 puntos del test de estrés laboral el cual presenta media de 9.66 y desviación estándar de 18.57, siendo categorizados en sin estrés con 139 (86.3%) de los encuestados, de estos 40 (87% TDF) son fumadores, el grupo de estrés leve se detectó 10 (6.2%) y 1 (2.2%) fumador. En la categoría de estrés medio hay 6 (3.7%) al igual que en estrés alto con 6 (3.7%) pero con 3 (6.5% TDF) y 2 (4.3% TDF) fumadores respectivamente. (Tabla 1 y 2, Gráfica 5 y 8)

El Grado de dependencia a nicotina solo participaron los encuestados con tabaquismo activo donde se observa dependencia leve en 35 (76.1% TDF) y Moderado en 11 (23.9) de los empleados.

Se observa al realizar el análisis de bivariado de tabaquismo donde el la antigüedad laboral tiene razón de verosimilitud o razón de prevalencia (RP) de 13.193 y valor de p de 0.045. En la edad del trabajador asociado a tabaquismo se observa la RP de 15.883 y p de 0.002. La percepción de estrés tiene RP de 3.346 y p 0.375. El grado de depresión tiene RP de 13.193 y p de 0.02. Grado de ansiedad se observó RP de 1.797 y p de 0.393. Turno laboral presenta RP 0.396 y p de 0.526. Edad Presenta RP de 15.883 y p de 0.002. Estado Civil con RP de 7.821 y p de 0.081. Escolaridad con RP de 18.565 y p de 0.003. Sexo tiene RP de 26.502 y p de 0.000 Categoría Laboral RP de 1.197 y p 0.545. Antecedente familiar de Tabaquismo con RP 33.284 y p 0.000. (Tabla 3)

Discusión

Con los datos obtenidos se observa que el personal trabajador del Instituto Mexicano del Seguro Social en la Unidad de Medicina Familiar 46 a los que voluntariamente se les realizó la encuesta API/EPICAVT (Encuesta Epidemiológica y Calidad de Vida de Los Trabajadores IMSS), se observa en 2021 que el 28.6% de esta población prevalencia a tabaquismo. Esto es relativamente menor en comparación con otros estudios donde se describe que la prevalencia es de alrededor de 30% ⁽³⁹⁾ y 39.11%. ⁽⁴⁶⁾ Consideramos que esto se debe a que la unidad está certificada como edificio libre de humo de tabaco, el cual prohíbe de forma estricta el fumar el área física perteneciente a esta unidad por tanto desanima el hábito tabáquico. En la bibliografía consultada, la investigación fue realizada las unidades del IMSS que no cuentan con la certificación antes mencionada.

La prevalencia de tabaquismo activo, Es superior en hombres con relación a las mujeres siendo estadísticamente significativo por $p = 0.00$. Similares resultados han mostrado investigaciones realizadas en diversos países. ^{(40) - (44)}.

Con el grupo de trabajadores por edad encontramos que es estadísticamente significativo al tener $p < 0.05$ la asociación a tabaquismos donde a menor edad, hay mayor asociación a fumar tabaco observándose en el grupo de 20 a 30 años con la mitad de los encuestados son fumadores y más de la mitad del total de fumadores son del grupo de 31 a 40 años fuma. Estos datos coinciden con la bibliografía estudiada para unidades de primer nivel de atención. ⁽⁴⁶⁾

La escolaridad como variable asociada a tabaquismo arrojó en esta población estudiada que a mayor escolaridad mayor prevalencia de tabaquismo con una $p = 0.003$. Estos datos son contrarios a comparación de otros estudios donde a mayor escolaridad hay menos asociación al hábito tabáquico. ⁽⁴⁶⁾ Consideramos que se debe a la proporción del personal con alto grado de escolaridad en general al predominar los en los trabajadores encuestados presentan los grados de Posgrado, Licenciatura y Técnico en este orden.

El estado civil ha descrito en bibliografía consultada como factor asociado al tabaquismo sin embargo, nosotros en nuestros resultados no fue posible realizar esa asociación al tener $p > 0.05$, probablemente por el número de muestra en este estudio. ⁽³⁹⁾

La antigüedad laboral se observa que es estadísticamente significativo al presentar $p < 0.05$ por lo que se considera que al tener menor tiempo de antigüedad laboral hay mayor asociación a tener tabaquismo al observar mayor prevalencia en 3 grupos que abarcan de 0 a 15 años de antigüedad laboral.

El tener algún grado de depresión, sí tiene relación al ser significativo por su p que es < 0.05 para asociarse a tabaquismo, no así para ansiedad o la percepción de estrés laboral ya que su p excede 0.05 y en estas 2 últimas variables no es posible establecer una asociación con el tabaquismo. Otras variables que no fue posible corroborar su asociación son la categoría y el turno laboral ya que no tienen asociación al tener p mayores de 0.05. La información correspondiente a estas variables asociadas a tabaquismo según la bibliografía encontrada, muestran lo contrario. ⁽⁴⁶⁾ Se infiere que estos resultados con poca significancia estadística para ansiedad y estrés laboral son justificados por la poca prevalencia de estas mismas situaciones dentro de la muestra estudiada. Las otras variables como categoría y turno laborales, consideramos que están más relacionadas al tamaño de la muestra.

Es de resaltar que en la bibliografía revisada en diversas plataformas para esta investigación, no se refiere la variable de antecedentes familiar de tabaquismo. Nosotros encontramos que es significativo por p que es de < 0.05 y el trabajador que tiene esta de forma positiva este factor, si es posible asociarlo a una mayor incidencia en tabaquismo.

Conclusiones

El estudio realizado en la UMF No. 46 de Ciudad Juárez, Chihuahua, perteneciente al Instituto Mexicano del Seguro Social la prevalencia de consumo de tabaco en trabajadores de esta unidad de primer nivel de atención con certificación como edificio libre de humo de tabaco es de 28.6%

Los factores asociados al hábito tabáquico con significancia estadística de $p < 0.05$ son: Edad, antigüedad laboral, escolaridad, sexo, grado de depresión y antecedentes familiar de tabaquismo.

A menor edad encontramos más prevalencia con hábito tabáquico siendo totalidad de los encuestados de 20 a 30 años, lo mismo sucede con la antigüedad laboral en sus categorías desde los 0 hasta los menores de 15 años de labores. El sexo masculino tiene mayor prevalencia en hábito tabáquico con respecto al sexo femenino. También se observa que al tener mayor escolaridad se puede asociar con mayor prevalencia de tabaquismo.

El personal encuestado de esta unidad de salud en primer nivel de atención aun al tener algún grado de ansiedad o de estrés laboral no es asociado a tabaquismo. De igual manera el turno laboral y el estado civil.

El tabaquismo en personal de salud constituye un problema de alto impacto en sociedad ya que se es este mismo tipo de trabajadores son los pilares esenciales para la erradicación de este hábito.

La certificación de edificio libre de humo de tabaco y políticas públicas que prohíben el hábito tabáquico, tiene efectividad relativa en reducir la prevalencia al desanimar el hábito tabáquico al no tener espacio físico para realizar tales actividades en unidades del primer nivel de atención en personal del IMSS.

Recomendaciones

El programa de certificación de “Edificio libre de humo de tabaco” así como las leyes y políticas públicas que prohíben el hábito tabáquico tiene efectividad por lo que se requiere reforzar y aplicar en unidades que no tengan esta certificación. Las unidades que ya cuenta con ello, deben de continuar estas políticas y ejercer leyes correspondientes.

Se recomienda atender a los trabajadores con algún grado de depresión en forma prioritaria y agregar a su tratamiento terapéutica que también combata el tabaquismo o evite el mismo.

Canalizar a los trabajadores fumadores de forma voluntaria a los diversos programas y servicios de cesación de hábito tabáquico que tiene acceso el IMSS o instituciones que tengan convenio o subrogación de servicio según sea el caso, como el Centro de integración juvenil mediante SPPSTIMSS o el Servicio de Fomento a la salud de la propia unidad, el cual debe de hacer promoción a la salud y canalizar al trabajador de forma voluntaria a los servicios de psicología y trabajo social en forma integral u otras áreas médicas para la cesación de hábito tabáquico.

Se observó que el factor de antecedente familiar de tabaquismo tiene asociación con el hábito tabáquico, por lo que se requiere nuevas investigaciones haciendo enfoque al entorno familiar de los trabajadores relacionados con el área de la salud y de ser necesario realizar intervenciones competentes en la familia del trabajador para evitar el hábito tabáquico o la cesación de del mismo.

Referencias bibliográficas

1. Rivero León a, Martínez Levia A, Gómez Hernández F. Tabaquismo. Una realidad no desconocida. MEDICIEGO. 2012; 18(5).
2. Plá García A, Elizalde Gálvez G, Cárdenas Frieria E, Solares Carreño C, Nieves Sardiñas N. Tabaquismo: Valores e integridad. Revista Médica Electrónica. 2016 Mayo-Junio; 38(3): p. 460-469.
3. Reguerio Suárez DDIÁ, Morales Espinosa N, Hernández Leiva AM, González Soto YM. Tabaquismo. MEDICIEGO. 2012; 18(5).
4. Casado Méndez PR, Arró Martínez Y, Arias Hernández D. Repercusión del tabaquismo pasivo en el síndrome climatérico. Revista Cubana de Higiene y Epidemiología. 2012 Enero; 50(1): p. 104-117.
5. World Health Organization. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2017. Geneva; 2017. Report No.: ISBN 978-92-4-151282-4.
6. Organización Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2019 [cited 2020 06 30. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>.
7. Bardach A, García Perdomo HA, Ruano Gándara RA, Ciapponi A. Niveles de ingreso y prevalencia de tabaquismo en América Latina: revisión sistemática y metaanálisis. Revista Panamericana de Salud Pública. 2016; 40(4): p. 263-271.
8. Bello S, Michalland S, Soto M, Contreras C, Salinas J. Efectos de la exposición al humo de tabaco ambiental en no fumadores. Revista chilena de enfermedades respiratorias. 2005; 21(3): p. 179-192.
9. Fernández González EM, Figueroa Oliva DA. Tabaquismo y su relación con las enfermedades cardiovasculares. Revista Habanera de Ciencias Médicas. 2018; 17(2): p. 225-235.
10. Lanás F, Serón P. Rol del tabaquismo en el riesgo cardiovascular global. Revista Médica Clínica Las Condes. 2012 noviembre; 23(6): p. 699-705.
11. Benowitz N, Gourlay S. Cardiovascular Toxicity of Nicotine: Implications for Nicotine Replacement Therapy. Journal of the American College of Cardiology. 1997; 29(7): p. 1422-1431.
12. Feldager Hansen , Tingsted Andersen L, Edler Von Eyben F. Cigarette smoking and age at first acute myocardial infarction, and influence of gender and extent of smoking. The American Journal of Cardiology. 1993 junio; 71(16): p. 1439-1442.
13. Institute for Health Metrics and Evaluation. <http://ghdx.healthdata.org/>. [Online].; 2017 [cited 2020 Julio 20. Available from: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-2017/code>.
14. The Global Strategy for Diagnosis, Managment and Prevention of COPD. 2020 GLOBAL STRATEGY FOR PREVENTION, DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF COPD. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, GOLD Science Committee Members (2019-2020); 2020.

15. Vázquez García JC, et. al. Guía de Práctica Clínica Mexicana para el diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica 2020. Neumología y Cirugía de Tórax. 2019; 78.
16. Miranda-Filho A, Piñeros Marion BF. The descriptive epidemiology of lung cancer and tobacco control: a global overview 2018. Salud Pública de México. 2019 Mayo-Junio; 61(3): p. 219-229.
17. Schottenfeld D, Beebe-Dimmer J, Buffler P, Omenn G. Current Perspective on the Global and United States Cancer Burden Attributable to Lifestyle and Environmental Risk Factors. Annual Review of Public Health. 2013 Marzo; 34(1): p. 97-117.
18. Erazo Bahamondes M, Nes K. Cigarette smoking: Health effects and challenges for tobacco control. Primera ed.: NOVA; 2017.
19. Soto N. Tabaquismo y Diabetes. Revista chilena de enfermedades respiratorias. 2017; 33(3): p. 222-224.
20. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®). Quinta ed. Arlington: Asociación Americana de Psiquiatría; 2014.
21. American Addiction Centers. 5 Most Addictive Drugs. [Online].; 2020 [cited 2020 Agosto 25. Available from: <https://americanaddictioncenters.org/adult-addiction-treatment-programs/most-addictive>.
22. Eriksen M, Mackay J, Ross H. The Tobacco Atlas. Cuarta ed. Atlanta: World Lung Foundation; 2012.
23. Wang F, Nelson M, Kuryatov A, Olale F, John C, Keyser K, et al. Chronic Nicotine Treatment Up-regulates Human $\alpha 3\beta 2$ but Not $\alpha 3\beta 4$ Acetylcholine Receptors Stably Transfected in Human Embryonic Kidney Cells. The Journal of Biological Chemistry. 1998 Octubre; 273(44): p. 28721-28732.
24. Olale , Gerzanich V, Kuryatov A, Wang F, Lindstrom J. Chronic Nicotine Exposure Differentially Affects the Function of Human $\alpha 3$, $\alpha 4$, and $\alpha 7$ Neuronal Nicotinic Receptor Subtypes. Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics November. 1997 Noviembre; 283(2): p. 675-683.
25. Brody A, Olmstead R, London E, Farahi J, et. al. Smoking-Induced Ventral Striatum Dopamine Release. American Journal of Psychiatry. 2004 Julio; 161(7): p. 1211-1218.
26. Ruiz Doblado , Díez Piña J. Bases neurobiológicas de la adicción a la nicotina. Anales de psiquiatría. 2001; 17(4): p. 165-169.
27. Morabia A. Quality, originality, and significance of the 1939 “Tobacco consumption and lung carcinoma” article by Mueller, including translation of a section of the paper. Preventive Medicine. 2012 Septiembre; 55(3): p. 117-177.
28. Muller FH. Tabakmissbrauch und Lungencarcinom. Zeitschrift fur Krebsforschung. 1939; 49: p. 47-85.
29. Doll R, Hill B. Smoking and carcinoma of the lung preliminary report. British Medical Journal. 1950 Septiembre; 2: p. 739-748.
30. Bener A, Gomes J, Anderson J, Abdullah S. Smoking among health professionals.

- Medical Education. 1994 Marzo; 28(2): p. 151-157.
31. Ohida T, Sakurai H, Mochizuki Y. Smoking Prevalence and Attitudes Toward Smoking Among Japanese Physicians. JAMA. 2001 Mayo; 285(20): p. 2643–2648.
 32. Olive K, Ballard J. Attitudes of Patients Toward Smoking by Health Professionals. Public health reports. 1992; 107: p. 335-339.
 33. Rodríguez Machain AC, Martínez Vélez NA, Juárez García F, López Lugo EK, Carreño García S, Medina-Mora ME. Relación entre el consumo de tabaco, salud mental y malestares físicos en hombres trabajadores de una empresa textil mexicana. Salud mental. 2008 Agosto; 31(4): p. 291-297.
 34. Nelson D, Giovino G, Emont S, et al. Trends in Cigarette Smoking Among US Physicians and Nurses. JAMA. 1994 Abril; 271(16): p. 1273-1275.
 35. Perula de Torres M, Redondo L, Roldán J, et al. Evolution in consumption of and attitude towards tobacco towards physicians at the regional hospital "Reina Sofía", Córdoba. Gaceta Sanitaria. 1995 Diciembre; 10(52): p. 18-24.
 36. Montenegro Moreno DA. Factores de riesgo asociados al consumo de alcohol y tabaco en los estudiantes de Medicina de la UNAN-Managua durante 2018. 2019. Tesis (Maestría).
 37. Instituto Mexicano del Seguro Social. El seguro de México. Los primeros 75 años, 2017. primera ed. Ciudad de México: Editorial Otras Inquisiciones, s.a. de c.v; 2017.
 38. Guerrero-López CM, Reynales-Shigematsu LM, Jiménez-Ruiz JA, Karam-Araujo R, Maldonado-Cruz CA, Camacho-Solís R. Costos por ausentismo laboral atribuibles al consumo de tabaco en el Instituto Mexicano del Seguro Social y en México, 2006-2009. Salud Pública de México. 2012 Mayo-Junio; 54(3): p. 233-241.
 39. Salmerón-Castro J, Arillo-Santillán E, Campuzano-Rincón JC, López-Antuñano F, Lazcano-Ponce E. Tabaquismo y profesionales de la salud del Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelos. Salud Pública de México. 2002 Enero; 44(1): p. 67-75.
 40. Kawane H. Smoking Among Japanese Physicians. JAMA. 2001 Aug; 286(917).
 41. Han Z L, Fish D, Zhou X. Increase in cigarette smoking and decline of anti-smoking counselling among Chinese physicians: 1987–1996. Health Promotion International. 1999 June; 2.
 42. Tessier , Rene , Nejjar , Belougne. Attitudes and opinions of French general practitioners towards tobacco. Tob Control. 1993 Feb; 3.
 43. Zanetti , Gambi , Bergamaschi A. Smoking habits, exposure to passive smoking and attitudes to a non-smoking policy among hospital staff. Public Health. 1998 Jan; 112.
 44. Dekker H, Looman C, Adriaanse H, van der Maas P. Prevalence of smoking in physicians and medical students, and the generation effect in The Netherlands. Soc Sci Med. 1993 Mar; 36(6).
 45. Waldron I. Patterns and causes of gender differences in smoking. Social Science & Medicine. 1991; 32(9).
 46. López Nieto JM, Aguirre García MdC, Durán Fernández YC. Frecuencia de factores

- asociados a tabaquismo en trabajadores IMSS en la UMF No. 20. 2015. Tesis para obtener título de especialista en medicina familiar.
47. Velasco-Contreras ME. Perfil de salud de los trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 2013; 51(1): p. 12-25.
 48. Reynales-Shigematsu, LM, Wipfli H, Samet J, Regalado-Pineda J, Hernández-Ávila M. Tobacco control in Mexico: a decade of progress and challenges. *Salud Pública de México*. 2019 Junio; 61(3): p. 292-302.
 49. Arenas-Monreal L, Hernández-Tezoquipa I, Valdez-Santiago R, Bonilla-Fernández P. Las instituciones de salud y el autocuidado de los médicos. *Salud Pública de México*. 2004 Julio-Agosto; 46(4): p. 326-332.
 50. Cámara de Diputados del H. congreso de la Unión. Ley General para el Control del Tabaco. 2018 Junio. Publicado en el Diario Oficial de la Federación con última reforma en 2018.
 51. Secretaría de Salud. NORMA Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. 1999..
 52. Instituto Mexicano del Seguro Social. Clave 2330-003-008. 2012 Octubre 25..
 53. Instituto Mexicano del Seguro Social. 2330-006-002. 2010 Junio 22..
 54. Fagerström K. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addict Behav*. 1978 Marzo; 3(3-4): p. 235-241.
 55. Heatherton TF, KLfRfK. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Br J Addict*. 1991 Septiembre; 86(9): p. 1119-1127.
 56. Fagerström K. Determinants of Tobacco Use and Renaming the FTND to the Fagerström Test for Cigarette Dependence. *Nicotine & Tobacco Research*. 2012 ENero; 14(1): p. 75–78.
 57. Carrasco TLMVJ. Validez del Fagerstrom Tolerance Questionnaire como medida de dependencia física de la nicotina: una revisión. *Rev Esp Drogodependencias*. 1994; 19(1): p. 3-14.
 58. Beck A, Steer R. Relationship between the beck anxiety inventory and the Hamilton anxiety rating scale with anxious outpatients. *Journal of Anxiety Disorders*. 1991; 5(3): p. 213-223.
 59. Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto edad en el Adulto. 2010..
 60. Beck A, Ward C, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961 Junio; 4(6): p. 561-571.
 61. G. GM. The handbook of psychological assessment. Segunda ed. New York: John Wiley & Sons.; 1990.

62. Beck AT, SRA, BG. Manual for the Beck Depression Inventory-II. segunda ed. Brace H, editor. San Antonio: Psychological Corp; 1996.
63. Muñiz J, Fernández-Hermida JR. La opinión de los psicólogos españoles sobre el uso de los test. Papeles del Psicólogo. 2010; 31: p. 108-121.
64. Hock R. Professional Burnout among Public School Teachers. Public Personnel Management. 1988; 17(2): p. 167-189.
65. Garcia M, Castellon M, Albadejo B, et al.. Relaciones entre Burnout, ambigüedad de rol y satisfacción laboral en el personal de Banca. Revista de psicología y de las organizaciones. 1993; 9(24): p. 17-26.
66. Instituto Mexicano del Seguro Social. 1er Jornada del IMSS Sobre Factores Psicociales de Estrés y Salud Mental en el Trabajo. 2018 Agosto. Congreso.
67. Ayma C, Hanco A. Causas y efectos del estrés laboral en el área de atención al cliente en SEDEPAR S.A. de Arequipa primer semestre del 2017. 2018. Tesis.

Anexos

Anexo 1 Tablas

Tabla 1: Características de trabajadores de UMF No. 46		
Todos los trabajadores, Recuento: (N = 161)		Frecuencia n, (%)
Tabaquismo	No	115 (71.4)
	Si	46 (28.6)
Sexo	Femenino	120 (74.5)
	Masculino	41 (25.5)
Edad	20 a 30 Años	16 (9.9)
	31 a 40 Años	62 (38.5)
	41 a 50 Años	69 (42.9)
	51 a 60 Años	14 (8.7)
Escolaridad	Primaria	1 (0.6)
	Secundaria	11 (6.8)
	Bachillerato	19 (11.8)
	Técnico	23 (14.3)
	Licenciatura	40 (24.8)
	Posgrado	67 (41.6)
Estado Civil	Soltero	37 (23)
	Casado	80 (49.7)
	Unión libre	22 (13.7)
	Viudo	4 (2.5)
	Divorciado	18 (11.2)
Antigüedad Laboral	Menos de 5 Años	42 (26.1)
	6 a 10 Años	18 (11.2)
	11 a 15 Años	57 (35.4)
	16 a 20 Años	27 (16.8)
	21 a 25 Años	13 (8.1)
	26 a 30 Años	4 (2.5)
Turno Laboral	Matutino	121 (75.2)
	Vespertino	40 (24.8)
Categoría Laboral	Atención directa	105 (65.2)

	Jefaturas y administrativos	32 (19.9)
	Otros operativos	24 (14.9)
Antecedente Familiar de Tabaquismo	No	95 (59)
	Si	66 (41)
Grado de Ansiedad	No Ansiedad	120 (74.5)
	Ansiedad Menor	15 (9.3)
	Ansiedad Mayor	26 (16.1)
Grado de depresión	Normal	138 (85.7)
	Depresión leve	2 (1.2)
	Depresión intermitente	11 (6.8)
	Depresión moderada	10 (6.2)
Percepción de Estrés Laboral	Sin Estrés	139 (86.3)
	Estrés leve	10 (6.2)
	Estrés medio	6 (3.7)
	Estrés alto	6 (3.7)

Fuente: Encuesta propia

Tabla 2: Características de Trabajadores de UMF No. 46

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar
Edad	23*	60*	40.58	7.432
Ansiedad	0	30**	4.58	7.708
Depresión	0	30**	4.28	7.976
Dependencia a Tabaco	0	7**	0.48	1.347
Carga laboral	0	70**	9.66	18.578
Antigüedad laboral	0	28*	11.57	7.125

*Años. ** Puntaje de encuesta

Fuente: Encuesta propia

Tabla 3: Análisis de variables asociadas a tabaquismo					
Variable		Tabaquismo		RP	P
		No n, (%)	Si n, (%)		
Sexo	Femenino	99 (86.1)	21 (45.7)	26.502	0*
	Masculino	16 (13.9)	25 (54.3)		
Edad	20 a 30 Años	8 (7)	8 (17.4)	15.883	0.002*
	31 a 40 Años	37 (32.2)	25 (54.3)		
	41 a 50 Años	57 (49.6)	12 (26.1)		
	51 a 60 Años	13 (11.3)	1 (2.2)		
Escolaridad	Primaria	1 (0.9)	0 (0)	18.565	0.003*
	Secundaria	9 (7.8)	2 (4.3)		
	Bachillerato	17 (14.8)	2 (4.3)		
	Técnico	19 (16.5)	4 (8.7)		
	Licenciatura	33 (28.7)	7 (15.2)		
	Posgrado	36 (31.3)	31 (67.4)		
Estado Civil	Soltero	25 (21.7)	12 (26.1)	7.821	0.081
	Casado	61(53)	19 (41.3)		
	Unión libre	13 (11.3)	9 (19.6)		
	Viudo	1 (0.9)	3 (6.5)		
	Divorciado	15 (13)	3 (6.5)		
Antecedente familiar	No	84 (73)	11 (23.9)	33.284	0*
	Si	31 (27)	35 (76.1)		
Antigüedad Laboral	Menos de 5 Años	24 (20.9)	18 (39.1)	13.193	0.045*
	6 a 10 Años	12 (10.4)	6 (13)		
	11 a 15 Años	40 (34.8)	17 (37)		
	16 a 20 Años	23 (20)	4 (8.7)		
	21 a 25 Años	12 (10.4)	1 (2.2)		
	26 a 30 Años	4 (3.5)	0 (0)		
Turno laboral	Matutino	88 (76.5)	33 (71.7)	0.396	0.526
	Vespertino	27 (23.5)	13 (28.3)		
Categoría laboral	Atención directa	78 (67.8)	27 (58.7)	1.197	0.545
	Jefaturas y administrativos	21 (18.3)	11 (23.9)		
	Otros operativos	16 (13.9)	8 (17.4)		
Grado de Ansiedad	No Ansiedad	89 (77.4)	31 (67.4)	1.797	0.393
	Ansiedad Menor	9 (7.8)	6 (13)		
	Ansiedad Mayor	17 (14.8)	9 (19.6)		

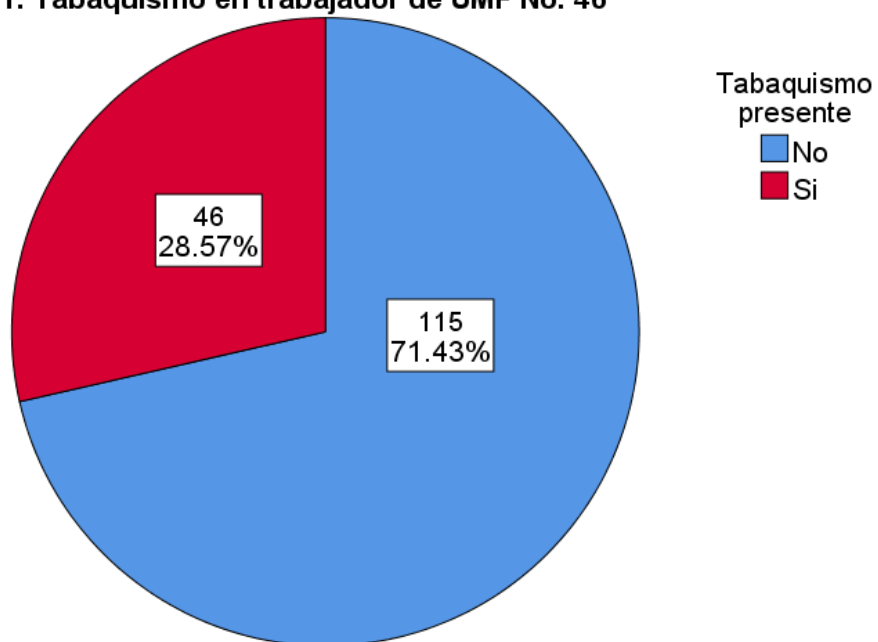
Grado de Depresión	Normal	104 (90.4)	34 (73.9)	13.193	0.02*
	Depresión leve	0 (0)	2 (4.3)		
	Depresión intermitente	6 (5.2)	5 (10.9)		
	Depresión moderada	5 (4.3)	5 (10.9)		
Percepción de Estrés Laboral	Sin Estrés	99 (86.1)	40 (87)	3.346	0.375
	Estrés leve	9 (7.8)	1 (2.2)		
	Estrés medio	3 (2.6)	3 (6.5)		
	Estrés alto	4 (3.5)	2 (4.3)		

* Valor de $p = < 0.05$

Fuente: Encuesta propia

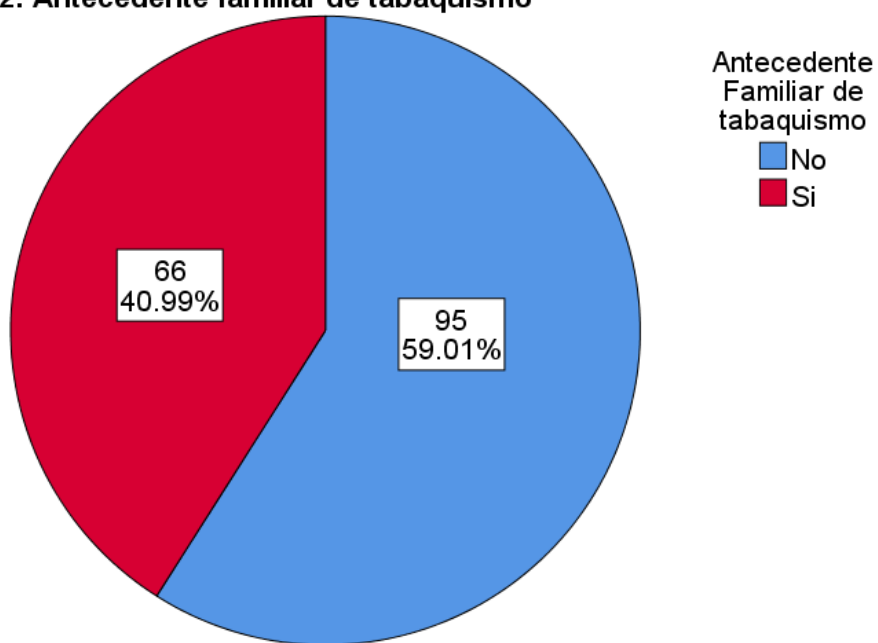
Anexo 2 Gráficas

Gráfica 1: Tabaquismo en trabajador de UMF No. 46



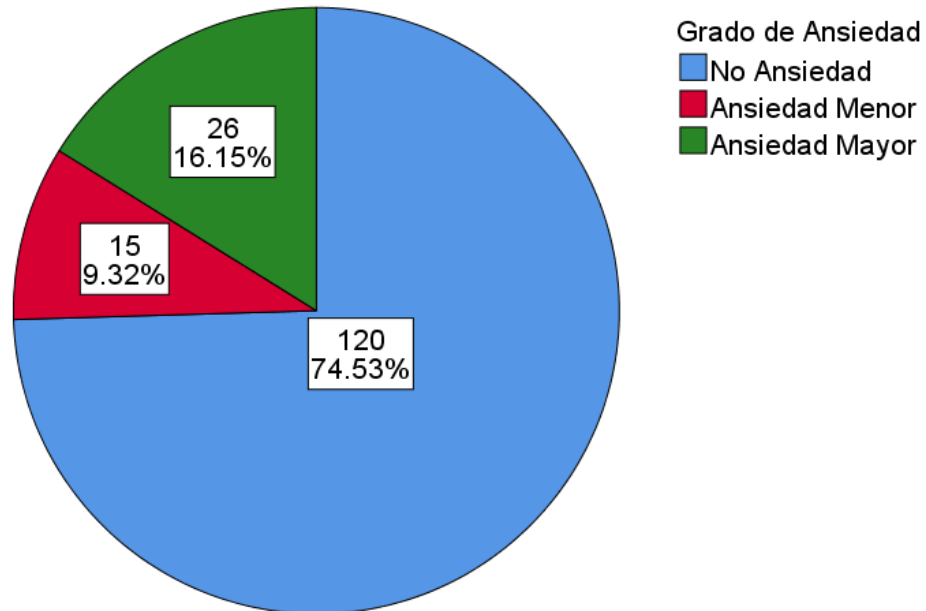
Fuente: Encuesta propia

Gráfica 2: Antecedente familiar de tabaquismo



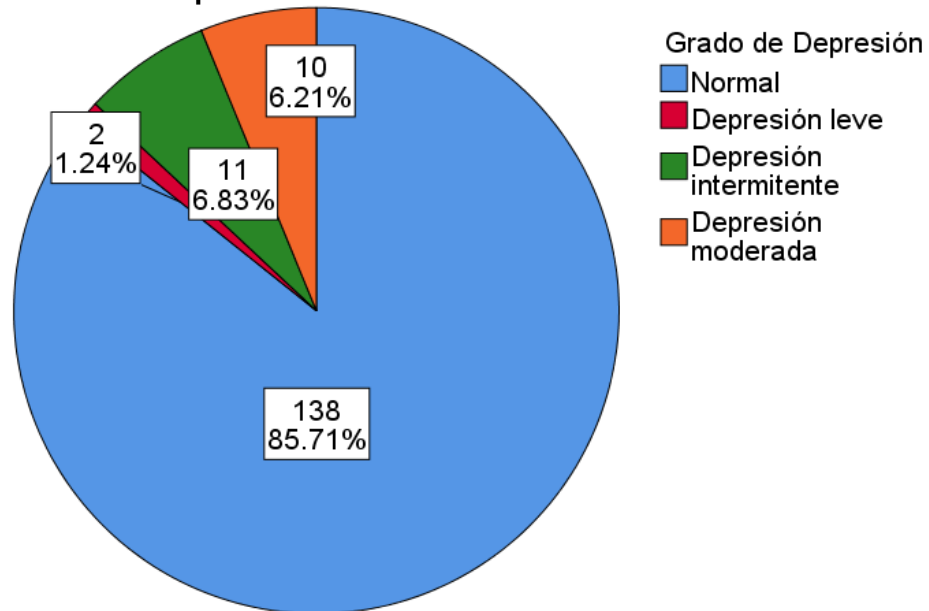
Fuente: Encuesta propia

Gráfica 3: Grado de Ansiedad



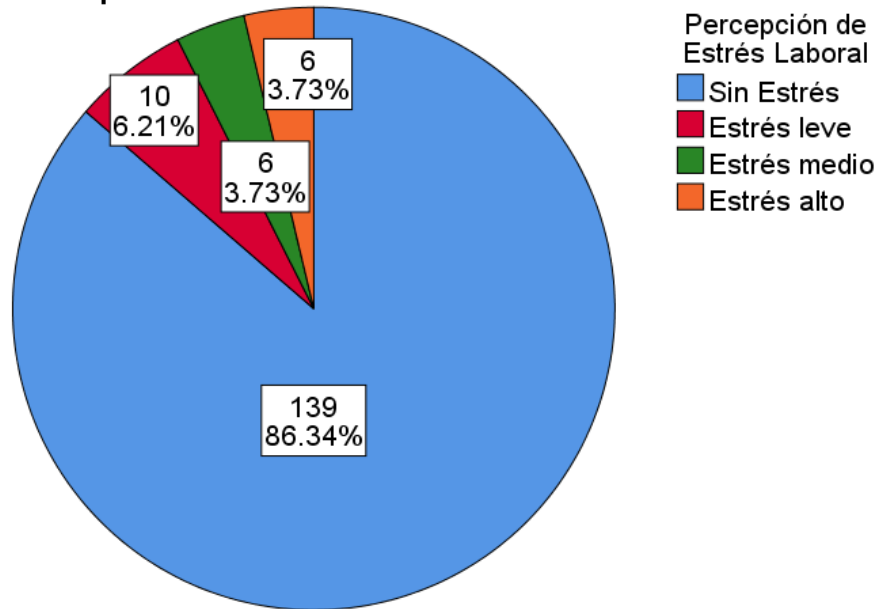
Fuente: Encuesta propia

Gráfica 4: Grado de Depresión



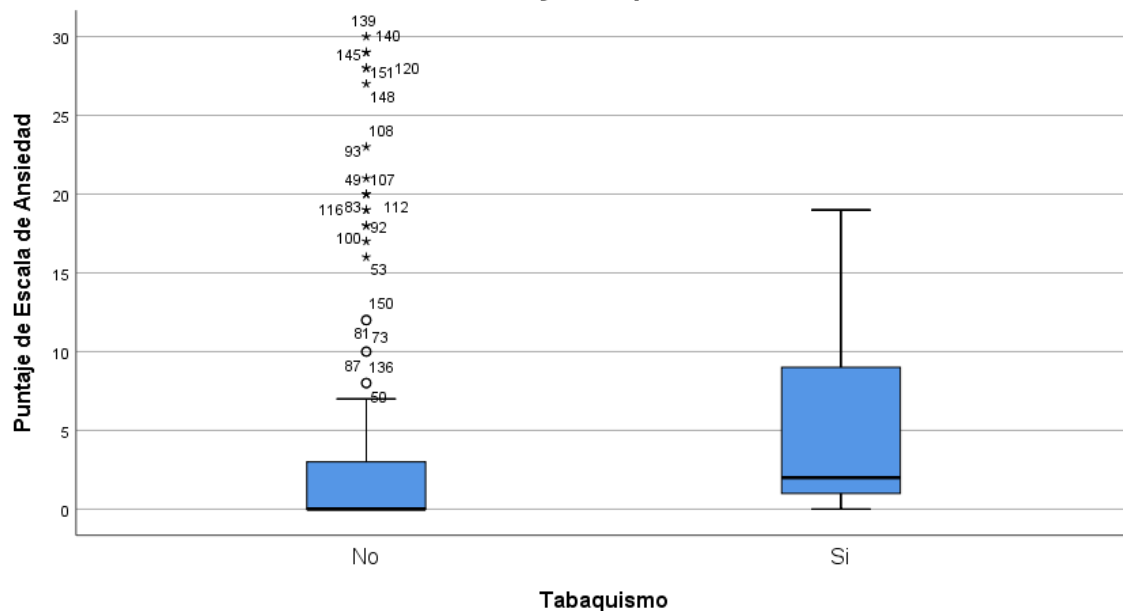
Fuente: Encuesta propia

Gráfica 5: Percepción de Estrés Laboral

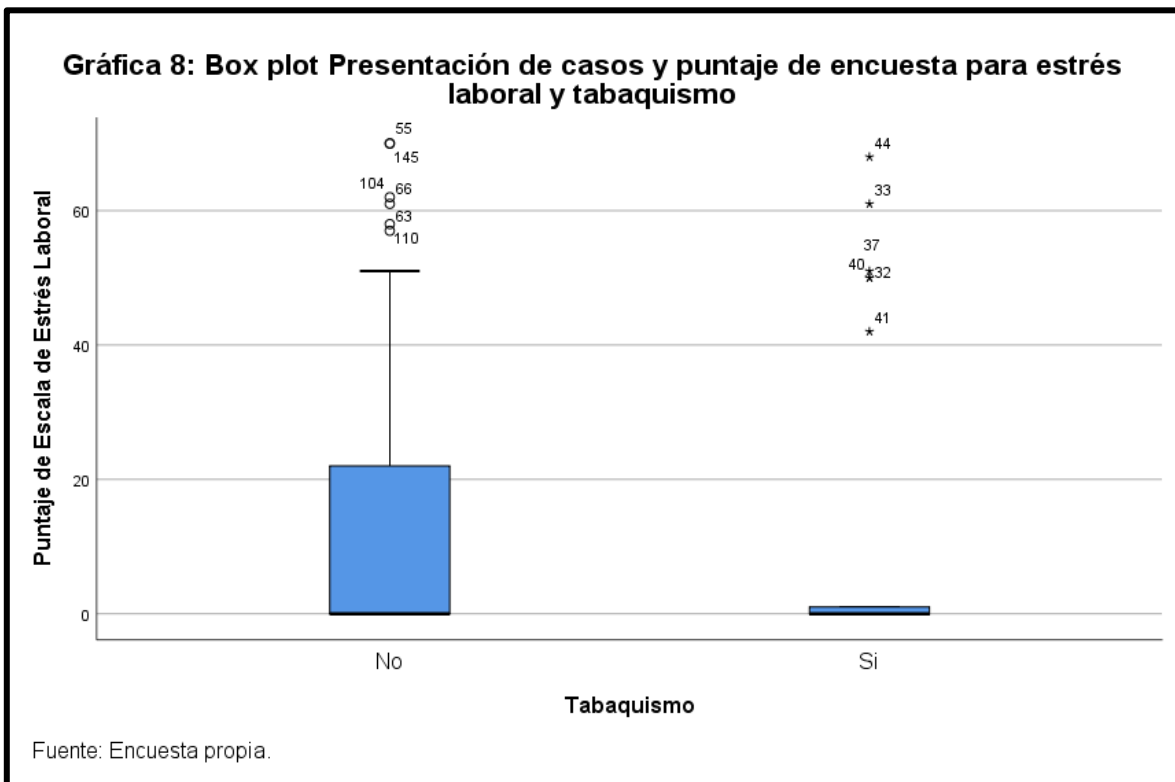
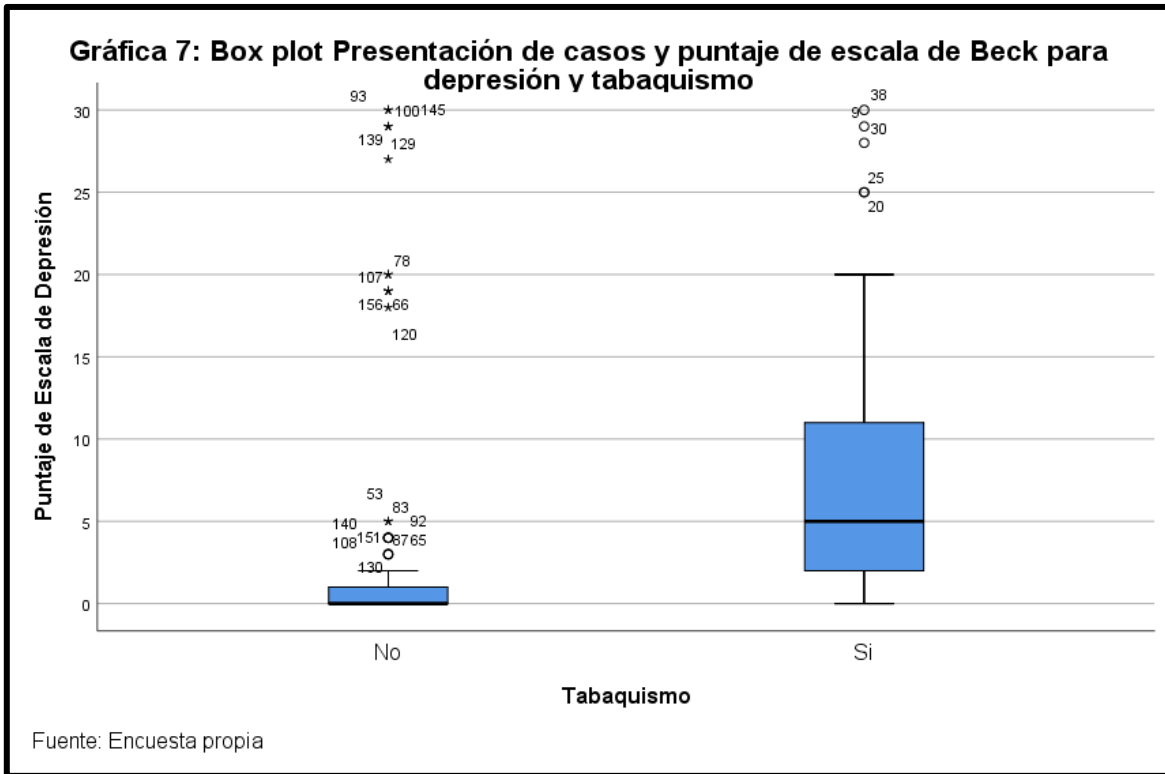


Fuente: Encuesta propia

Gráfica 6: Box plot Presentación de casos y puntaje de escala de Hamilton para ansiedad y tabaquismo



Fuente: Encuesta propia



Anexo 3

Carta de consentimiento informado

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACION, INVESTIGACION Y POLITICAS DE SALUD COORDINACION DE INVESTIGACION EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN
Nombre del estudio:	Factores asociados a tabaquismo en trabajadores de UMF No. 46 del IMSS en Ciudad Juárez, Chihuahua
Patrocinador externo:	No aplica
Lugar y fecha:	Ciudad Juárez Chihuahua, Fecha: 09 febrero de 2021
Número de registro:	2021-805-071
Justificación y objetivo del estudio:	El personal de salud debe ser ejemplo a seguir para la población general con respecto al preservar y garantizar la salud, sin embargo hay trabajadores que padecen del problema de tabaquismo, está demostrado que este tipo de situaciones demeritan el trabajo y minimizan los riesgos asociados al tabaquismo desde la perspectiva de la población general. Se requiere conocer los factores asociados al tabaquismo en personal adscrito a la UMF No. 46 y de ser posible identificar si hay incremento de hábito tabáquico con el fin de tener una base estadística para justificar y normar las conductas y políticas de salud pública contra tabaquismo. Objetivo: Identificar los factores de asociados a tabaquismo en trabajadores de la UMF No. 46 Ciudad Juárez.
Procedimientos:	Aplicación de encuesta API/EPICAVT modificado, Test de estrés laboral, Beck, Hamilton y Fagerström (82 preguntas en total con tiempo estimado de llenado en 40 minutos) así como revisión de expedientes correspondientes a los encuestados
Posibles riesgos y molestias:	Riesgo físico: ninguno, riesgo psicológico: mínimo riesgo social ninguno. Según el artículo 17 de la Ley General en Materia de Salud
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Este estudio ayudará tener un mejor entendimiento de los factores asociados que están involucrados con estas enfermedades. En su turno esta información puede ser usada para respaldar la toma de decisiones tanto al nivel individual como al nivel del sistema de salud.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se informará al individuo objeto de estudio si de forma voluntaria aceptaría aplicar a los programas de cesación de hábito tabáquico
Participación o retiro:	La participación en este proyecto es voluntaria y puede terminar en el momento en que yo así lo decida y lo exprese a los investigadores responsables, sin que ello afecte la atención médica que recibe en el instituto.

Privacidad y confidencialidad:	Se garantiza que la información solo será utilizada para los fines del presente estudio, salvaguardando la confidencialidad y privacidad de la misma. Autorizó a los investigadores y a quienes ellos indiquen a realizar el cuestionario que conforma el proyecto y hacer uso de la información con fines científicos, docentes y estadísticos, siempre y cuando se haga en el marco de la ética profesional y se guarde la confidencialidad de los mismos.	
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.	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:		
Investigador Responsable:	Dr. Luis Shuji Caso Nagano, Residente de especialidad en medicina familiar, matrícula 97085123. Correo electrónico: shuji.caso.2l@gmail.com	
Colaboradores:	Dra. Maria Guadalupe Esparza Ramos, Dra. Isela Perez acosta y Dra. Martha Alejandra Maldonado Burgos	
En caso de dudas o aclaraciones podrá dirigirse a: Comisión Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330, 4to piso Bloque "B" de la Unidad de Congressos, Colonia Doctores. México, D.F. CP 06720 Tel. (55) 56 27 69 00 Extensión 21230. Correo electrónico: comiteeticainv.imss@gmail.com		
 Nombre y firma de ambos padres o tutores o representante legal		 Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1 Nombre, dirección, relación y firma		Testigo 2 Nombre, dirección, relación y firma

Anexo 4

Formatos de encuesta

ENCUESTA EPIDEMIOLOGICA Y CALIDAD DE VIDA DE LOS TRABAJADORES IMSS (EPICAVT)										
		INSTRUCCIONES:		ANOTE LOS DATOS O NÚMERO QUE SE SOLICITA O MARQUE CON UNA CRUZ, EL CUADRO QUE CONTESTA LA PREGUNTA						
A. DATOS GENERALES (FICHA DE IDENTIFICACION)										
FECHA:	CENTRO LABORAL									
NOMBRE DEL TRABAJADOR:										
MATRÍCULA:			NÚMERO DE AFILIACIÓN AL IMSS:							
DEPARTAMENTO DONDE TRABAJA ACTUALMENTE										
EDAD:					AÑOS		QUINCENAS		DÍAS	
CATEGORÍA:			ANTIGÜEDAD:							
SEXO:	☐ MASCULINO ☐ FEMENINO		FECHA DE NACIMIENTO:		DÍA		MES		AÑO	
ESCOLARIDAD:	☐ PRIMARIA ☐ SECUNDARIA ☐ BACHILLERATO ☐ TÉCNICO ☐ LICENCIATURA ☐ POSGRADO									
TURNO EN EL QUE TRABAJA:	☐ MATUTINO ☐ VESPERTINO ☐ NOCTURNO ☐ J. ACUMULADA									
CONTRATO:	☐ EVENTUAL ☐ BASE		TIPO DE CONTRATACIÓN:		☐ CONFIANZA ☐ SINDICALIZADO					
ESTADO CIVIL ACTUAL:	☐ SOLTERO ☐ CASADO ☐ UNIÓN LIBRE ☐ VIUDO ☐ DIVORCIADO									
B. ESTILOS DE VIDA										
1.- ¿CON QUE FRECUENCIA PRACTICA ALGÚN DEPORTE, O HACE EJERCICIO?										
DIARIO		2 ó 3 VECES POR SEMANA				OCASIONALMENTE O NUNCA				
2.- ¿CONSUME O UTILIZA ACTUALMENTE ALGÚN TIPO DE DROGA (MARIHUANA, COCAÍNA, TACHAS, ETC)?										
NUNCA		OCASIONALMENTE				FRECUENTEMENTE				
3.- ¿USTED FUMA?										
NO, NUNCA HE FUMADO		SI, EN FORMA OCASIONAL				SI, FUMO A DIARIO				
SI SU RESPUESTA FUE AFIRMATIVA FAVOR DE CONTESTAR EL SIGUIENTE CUESTIONARIO										
4.- ¿CUANTOS AÑOS DE SU VIDA HA FUMADO Ó FUMÓ?										
MENOS DE UN AÑO		DE UNO A CINCO AÑOS				MAS DE CINCO AÑOS				
5.- ¿CONSUME USTED ALCOHOL?										
NO, NUNCA BEBO		SI, EN FORMA OCASIONAL				SI, CON FRECUENCIA, AL MENOS UNA VEZ POR MES				
6.- ¿COMO CONSIDERA USTED SUS HABITOS ALIMENTICIOS (EN BALANCE ENERGETICO Y HORARIO)?										
BUENO		REGULARES				MALOS				
7.- ¿HA SIDO VICTIMA DE AGRESIÓN, POR PARTE DE SU FAMILIA?										
NUNCA		SOLO AGRESIÓN VERBAL				AGRESIÓN FÍSICA				
8.- ¿COMO CONSIDERA USTED SU HIGIENE BUCAL?										
ADECUADA		REGULAR				MALA				
9.- ¿LA ACTIVIDAD FÍSICA DURANTE EL DÍA TANTO EN EL TRABAJO COMO ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA ES?										
SEDENTARIA		LIGERA		MODERADA		INTENSA		EXTREMADAMENTE INTENSA		
10.- IDENTIFIQUE EN LA SIGUIENTE ESCALA QUE GRADO DE CARGA LABORAL PERCIBE										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Instituto Mexicano del Seguro Social
Delegacion Chihuahua
Unidad de Medicina Familiar No. 46
UMF 46 Edificio libre de Humo de tabaco

Autoevaluacion del grado de dependencia al tabaco (Cuestionario de Fagerström Modificado)

Instrucciones: Marque con una X la respuesta que mas se apegue a su situacion:

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

Hasta 5 minutos () de 6 a 30 min. () de 31 a 60 min. () Mas de 60 min. ()

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

Sí () No ()

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

El primero de la mañana () Cualquier otro ()

4. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?

Menos de 10() Entre 11 y 20 () Entre 21 y 30 () Mas de 31 ()

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

Sí () No ()

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

Sí () No ()

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

Sí () No ()

8. ¿Usted tiene familiares cercanos que fumen?

Sí () No ()

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

Sí () No ()

Puntuacion: ()

Test de Estrés Laboral

Instrucciones:

De los siguientes síntomas, selecciona el grado experimentado durante los últimos 3 meses de acuerdo al semáforo presentado.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Algunas veces	Relativamente frecuente	Muy frecuente

Imposibilidad de conciliar el sueño.	1	2	3	4	5	6
Jaquecas y dolores de cabeza.	1	2	3	4	5	6
Indigestiones o molestias gastrointestinales.	1	2	3	4	5	6
Sensación de cansancio extremo o agotamiento.	1	2	3	4	5	6
Tendencia de comer, beber o fumar más de lo habitual.	1	2	3	4	5	6
Disminución del interés sexual.	1	2	3	4	5	6
Respiración entrecortada o sensación de ahogo.	1	2	3	4	5	6
Disminución del apetito.	1	2	3	4	5	6
Temblores musculares (por ejemplo tics nerviosos o parpadeos).	1	2	3	4	5	6
Pinchazos o sensaciones dolorosas en distintas partes del cuerpo.	1	2	3	4	5	6
Tentaciones fuertes de no levantarse por la mañana.	1	2	3	4	5	6
Tendencias a sudar o palpitaciones.	1	2	3	4	5	6

Adaptado del cuestionario de problemas psicosomaticos (CPP)

Escala de Ansiedad de Hamilton

Instrucciones: indique con una X la intensidad con la que se cumplen o no, durante el último mes, los síntomas que se describen en cada uno de los 14 enunciados:

Ausente (0)	Intensidad Ligera (1)	Intensidad Moderada (2)	Intensidad elevada (3)	Intensidad Máximo (4)
-------------	-----------------------	-------------------------	------------------------	-----------------------

N o.	Enunciado:	0	1	2	3	4
1	Inquietud, expectativas de catástrofe, Aprensión (anticipación con terror). Irritabilidad					
2	Sensaciones de tensión, fatiga, imposibilidad de estar quieto. Reacciones de sobresalto. Llanto fácil. Temblores. Sensaciones de Incapacidad para esperar.					
3	A la oscuridad. A los desconocidos. A quedarse solo. A los animales. A la circulación. A la muchedumbre.					
4	Dificultades de conciliación. Sueño interrumpido. Sueño no satisfactorio, con cansancio al despertar, Sueños penosos. Pesadillas. Terrores nocturnos					
5	Dificultad de concentración. Falta de memoria					
6	Perdida de interés. No disfruta del tiempo libre. Depresión. Insomnio de madrugada. Variaciones del ánimo a lo largo del día.					
7	Dolores musculares. Rigidez muscular. Sacudidas musculares clónicas. Rechinar dientes. Voz quebrada.					
8	Zumbido de oídos. Visión borrosa. Oleadas de calor o frío. Sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos u hormigueos).					
9	Taquicardia. Palpitaciones. Dolor torácico. Sensación pulsátil en vasos. Sensaciones de "baja presión" o desmayos. Extrasístoles (arritmias cardíacas benignas).					
10	Opresión pretorácica. Constricción precordial. Sensación de ahogo o falta de aire. Suspiros. Disnea (dificultad para respirar)					
11	Dificultades evacuatorias. Gases. Dispepsia: dolores antes o después de comer, ardor, hinchazón, abdominal, náuseas, vómitos, constricción epigástrica. Cólicos (espasmos) abdominales. Diarrea. Pérdida de peso. Estreñimiento					
12	Micciones frecuentes. Micción imperiosa. Amenorrea (falte de periodo menstrual). Metrorragia (hemorragia genital). Frigidez. Eyaculación precoz. Impotencia. Ausencia de erección					
13	Boca seca. Accesos de enrojecimiento. Palidez. Tendencia a la sudoración. Vértigos. Cefalea (dolor de cabeza) de tensión.					
14	Tendencia al abatimiento. Agitación: manos inquietas, juega con dedos, cierra los puños, tics, aprieta el pañuelo en las manos. Inquietud: va y viene. Temblor en las manos. Rostro preocupado. Aumento del tono muscular o contracturas musculares. Respiración entrecortada. Palidez facial. Traga saliva. Eructos. Taquicardia o palpitaciones. Ritmo respiratorio acelerado. Sudoración. Pestaño.					

Puntuación ____

Escala de depresión de Beck

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

No.	Enunciado	Resp.
1	0.- No me siento triste 1.- Me siento triste 2.- Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo 3.- Me siento tan triste o desgraciado que no puedo soportarlo	
2	0.- No estoy desalentado (desanimado) respecto de mi futuro. 1.- Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo. 2.- No espero que las cosas funcionen para mí. 3.- Siento que no hay esperanza para mi futuro y que solo puede empeorar.	
3	0.- No me siento como un fracasado. 1.- He fracasado más de lo hubiera debido. 2.- Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos. 3.- Siento que como persona soy un fracaso total	
4	0.- Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto. 1.- No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo. 2.- Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar. 3.- No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar	
5	0.- No me siento particularmente culpable. 1.- Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho. 2.- Me siento culpable la mayor parte del tiempo. 3.- Me siento culpable todo el tiempo.	
6	0.- No siento que este siendo castigado. 1.- Siento que tal vez pueda ser castigado. 2.- Espero ser castigado. 3.- Siento que estoy siendo castigado.	
7	0.- Siento acerca de mí lo mismo que siempre. 1.- He perdido la confianza en mí mismo. 2.- Estoy decepcionado conmigo mismo. 3.- No me gusto a mí mismo.	
8	0.- No me considero peor que cualquier otro 1.- Me autocritico por mi debilidad o por mis errores 2.- Continuamente me culpo por mis faltas 3.- Me culpo por todo lo malo que sucede	
9	0.- No tengo ningún pensamiento de matarme. 1.- He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría. 2.- Querría matarme. 3.- Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.	
10	0.- No lloro más de lo normal 1.- Ahora lloro más que antes 2.- Lloro continuamente 3.- No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga	
11	0.- No estoy más inquieto o tenso que lo habitual. 1.- Me siento más inquieto o tenso que lo habitual. 2.- Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto. 3.- Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo	
12	0.- No he perdido el interés en otras actividades o personas. 1.- Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas. 2.- He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas. 3.- Me es difícil interesarme por algo	

13	0.- Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre. 1.- Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones. 2.- Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones. 3.- Tengo problemas para tomar cualquier decisión	
14	0.- No creo tener peor aspecto que antes 1.- Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo. 2.- Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo 3.- Creo que tengo un aspecto horrible	
15	0.- Trabajo igual que antes (Puedo concentrarme tan bien como siempre) 1.- Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo (No puedo concentrarme tan bien como habitualmente) 2.- Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo (Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo) 3.- Soy incapaz de llevar a cabo alguna tarea (Encuentro que no puedo concentrarme en nada)	
16	0.- No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño. 1a.- Duermo un poco más que lo habitual. 1b.- Duermo un poco menos que lo habitual. 2a.- Duermo mucho más que lo habitual. 2b.- Duermo mucho menos que lo habitual. 3a.- Duermo la mayor parte del día. 3b.- Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.	
17	0.- No estoy más cansado o fatigado que lo habitual. 1.- Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual. 2.- Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer. 3.- Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía	
18	0.- No he experimentado ningún cambio en mi apetito. 1a.- Mi apetito es un poco menor que lo habitual. 1b.- Mi apetito es un poco mayor que lo habitual. 2a.- Mi apetito es mucho menor que antes. 2b.- Mi apetito es mucho mayor que lo habitual. 3a.- No tengo apetito en absoluto. 3b.- Quiero comer todo el día.	
19	0.- No he perdido peso últimamente 1.- He perdido más de 2 kilos 2.- He perdido más de 4 Kilos 3.- He perdido más de 7 Kilos	
20	0.- No estoy preocupado por mi salud 1.- Me preocupan los problemas físicos como dolores, malestar de estómago, catarros, etc. 2.- Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas 3.- Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas	
21	0.- No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo. 1.- Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo. 2.- Estoy mucho menos interesado en el sexo. 3.- He perdido completamente el interés en el sexo	

Puntuación ____

Cédula de recolección de información							
Folio		Sexo	Femenino	Categoría	Médico Familiar		
			Masculino		Médico General		
Tabaquismo	Si	Estado civil	Soltero		MNF Salud en trabajo		
	No		Casado		Enfermería		
Edad	18 - 20		Unión Libre		Jefe de departamento		
	21- 30		Viudo		Asistente medico		
	31- 40		Divorciado		Trabajo social		
	41- 50	Años de antigüedad	Menos de 5		AUO		
	51-60		6 – 10		Nutrición		
Mayor de 61	nov-15		OMRA				
Escolaridad	Primaria		16 – 20	Químico			
	Secundaria		21 – 25	Laboratorista			
	Bachillerato	26 – 30	Asistente Farmacia				
	Técnico	Mayor de 30	Estomatología				
	Licenciatura	Ansiedad	0 a 5 (no ansiedad)	Bibliotecario			
	Posgrado		6 a 14 (Ansiedad menor)				
			15 ó más (Ansiedad mayor)	Servicios Básicos Conservación			
Antecedente familiar de tabaquismo	Si	Conocimiento de efectos adversos de tabaquismo	Si	Turno laboral	Matutino		
	No		No		Vespertino		
Depresión	0 a 10 = normal	Dependencia a nicotina	0-3= Leve		Nocturno	Jornada Acumulada	
	11 a 16 = leve		4-7= Moderado			0 - 35 = Sin estrés	
	17 a 20= intermitente		8 o más = Alto			36 - 47 = Estrés leve	
	21 a 30= moderado			48 - 59 = Estrés medio			
	31 a 40 = grave			60 - 72 = Estrés alto			
		> 40 = extrema					