

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



CONSUMO DE TABACO EN TRABAJADORES DE LA SALUD CON Y SIN
DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

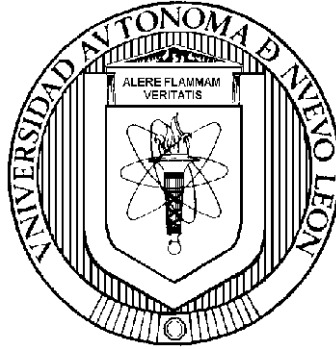
Por

LIC. MARY CRUZ ALEMÁN BOCANEGRA

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

ENERO, 2014

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



CONSUMO DE TABACO EN TRABAJADORES DE LA SALUD CON Y SIN
DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Por

LIC. MARY CRUZ ALEMÁN BOCANEGRA

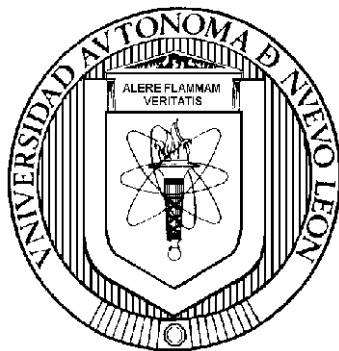
Director de Tesis

DRA. MARÍA MAGDALENA ALONSO CASTILLO

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

ENERO, 2014

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



CONSUMO DE TABACO EN TRABAJADORES DE LA SALUD CON Y SIN
DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Por

LIC. MARY CRUZ ALEMÁN BOCANEGRA

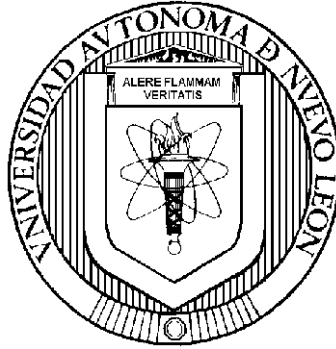
Co-Asesor de Tesis

DRA. NORA ANGÉLICA ARMENDÁRIZ GARCÍA

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

ENERO, 2014

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



CONSUMO DE TABACO EN TRABAJADORES DE LA SALUD CON Y SIN
DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Por

LIC. MARY CRUZ ALEMÁN BOCANEGRA

Asesor Estadístico

MARCO VINICIO GÓMEZ MEZA, PhD

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

ENERO, 2014

CONSUMO DE TABACO EN TRABAJADORES DE LA SALUD
CON Y SIN DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN

Aprobación de Tesis

Dra. María Magdalena Alonso Castillo

Director de Tesis

Dra. María Magdalena Alonso Castillo

Presidente

Dra. Nora Angélica Armendáriz García

Secretario

Dra. María Teresa de Jesús Alonso Castillo

Vocal

Dra. María Magdalena Alonso Castillo

Subdirector de Posgrado e Investigación

Agradecimientos

Al Hospital San José Tec de Monterrey, por brindarme el apoyo y la oportunidad para la realización de la Maestría en Ciencias de Enfermería.

A la Dra. Sofía Medina Ortiz, Directora de Enfermería de TecSalud por su apoyo, por ser un ejemplo a superación profesional, por creer en mí, muchas gracias.

A la MCE. Lic. Pilar Maqueo Velasco, Directora de Enfermería de TecSalud Hospital San José, por su apoyo incondicional en todo momento, por sus consejos, mil gracias.

A la Dra. María Magdalena Alonso Castillo Subdirectora de Posgrado e Investigación y mi director de tesis, mil gracias por sus recomendaciones, gracias por todo su apoyo y paciencia.

A la Dra. Nora Angélica Armendáriz García mil gracias por todo, por apoyarme, ayudarme, acompañarme, mil gracias por TODO.

A todos mis maestros que participaron en este proceso de aprendizaje para llegar a la meta de un objetivo con éxito.

A mis compañeros de trabajo, que estuvieron al pendiente de mi, en especial a Iris gracias por todo su apoyo y por aclarar todas mis dudas, por estar ahí.

A mis compañeras de clase, Mary, Caty, Angelita, Ma. Elena, Luis, Jessica y Claudia gracias por todo.

A cada una de las personas que colaboraron de alguna u otra manera para concluir el presente estudio.

Dedicatoria

A Dios, por estar siempre a mi lado y por permitirme vivir un nuevo día, cuidándome siempre, el ha sido mi fortaleza que me ha llevado a concluir este grado.

A mis padres René y Adalia, por darme la vida, gracias por todo su apoyo en los momentos buenos y malos, gracias por su comprensión, saben que los quiero mucho y que ellos han sido un ejemplo y un impulso en mi vida.

A mi esposo José Luis, mil gracias por todo tu apoyo, gracias por tu paciencia, gracias por comprenderme, gracias por estar conmigo en todo momento, sabes que TE AMO.

A mis hijos Ángel Mario, Derek Andrés, Danna Marycruz ellos son el motor de mi vida y mis ganas de seguir adelante, ellos saben que los amo, perdonen tantos momentos de ausencia.

A mis hermanos; Sonia, Gladys, René y Aracely mil gracias por estar ahí cuando más los necesitaba, gracias por estar pendiente de mí, durante todo el tiempo.

A mí siempre amiga Karla sabes que te quiero mucho y sé que disfrutas cada uno de mis triunfos.

TABLA DE CONTENIDO

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco de Referencia	6
Estudios Relacionados	9
Definición de Términos	15
Objetivos	19
Capítulo II	
Metodología	20
Diseño del Estudio	20
Población, Muestreo y Muestra	20
Instrumentos de Medición	21
Procedimiento de Recolección de Datos	22
Consideraciones Éticas	23
Análisis de Datos	24
Capítulo III	
Resultados	26
Consistencia Interna del Instrumento	26
Estadística Descriptiva	27
Estadística Inferencial	30
Capítulo IV	
Discusión	50
Conclusiones	56

TABLA DE CONTENIDO

Contenido	Página
Recomendaciones	58
Referencias	59
Apéndices	
A Cedula de Datos Personales y Prevalencia de Consumo de Tabaco (CDPPCTA)	65
B Prueba de Fagerström	67
C Oficio Autorización de la Institución	68
D Consentimiento Informado	69
E Procedimiento para Toma de Presión Arterial	73

LISTA DE TABLAS

Tabla	Página
1. Consistencia interna de la prueba de Fageström	26
2. Características sociodemográficas	27
3. Diagnóstico de HTA	28
4. Prevalencia de consumo de tabaco, global, lápsica, actual e instantánea	29
5. Prueba de normalidad de Kolmogorov-Sminorv (K-S) con Corrección de Lilliefors	30
6. U de Mann-Whitney de prevalencia de consumo de tabaco global, lápsica, actual e instantánea por edad	31
7. U de Mann-Whitney de prevalencia global, lápsica, actual e instantánea de consumo de tabaco por ingreso económico	32
8. Chi-cuadrada para prevalencia de consumo de tabaco global, lápsica, actual e instantánea por sexo	34
9. Chi-cuadrada para prevalencia de consumo de tabaco global por categoría laboral	35
10. Chi-cuadrada para prevalencia de consumo de tabaco lápsica por Categoría laboral	36
11. Chi-cuadrada para prevalencia de consumo de tabaco actual por categoría laboral	37
12. Chi-cuadrada para prevalencia de consumo de tabaco instantánea por categoría laboral	38
13. Chi-cuadrada para prevalencia de consumo de tabaco por diagnóstico de HTA	39
14. U de Mann-Whitney para diagnóstico de hipertensión arterial y número de cigarrillos consumidos	40

LISTA DE TABLAS

Tabla	Página
15. H de Kruskal-Wallis para tipo de dependencia al tabaco (Fageström) por edad e ingreso económico	41
16. Chi-cuadrada para dependencia al tabaco (Fageström) por sexo	42
17. Chi-cuadrada para dependencia al tabaco (Fageström) por categoría laboral	43
18. Prevalencia de diagnóstico de hipertensión arterial en fumadores y no fumadores.	43
19. U de Mann-Whitney para tipo de consumo de tabaco por ingreso económico	44
20. U de Mann-Whitney para tipo de consumo de tabaco por edad	45
21. Chi-cuadrada para tipo de consumo de tabaco por sexo	46
22. Chi-cuadrada para tipo de consumo de tabaco por categoría laboral	48
23. Frecuencias y proporciones de presión arterial brazo derecho	49
24. Frecuencias y proporciones de presión arterial brazo izquierdo	49

RESUMEN

Mary Cruz Alemán Bocanegra
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería

Fecha de Graduación: Enero 2014

Titulo del Estudio: CONSUMO DE TABACO EN TRABAJADORES DE LA
SALUD CON Y SIN DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN
ARTERIAL

Número de páginas: 75

Candidato a obtener el grado de
Maestría en Ciencias de Enfermería

LGAC: Prevención de Adicciones Drogas Lícitas e Ilícitas *Escriba aquí la ecuación.*

Propósito y Método de Estudio: Identificar la prevalencia de consumo de tabaco en trabajadores de la salud con y sin Hipertensión Arterial [HTA] de un hospital privado de tercer nivel de atención de la Ciudad de Monterrey, Nuevo León. El estudio fue descriptivo, correlacional. El muestreo fue aleatorio estratificado de acuerdo a la categoría laboral con asignación proporcional al tamaño del estrato. Se estableció un intervalo de confianza del 95%, resultando una muestra de 427 trabajadores de la salud. Se utilizó la cedula de datos personales, así como las prevalencias y el tipo de consumo de tabaco, además de la Prueba de Fagerström que obtuvo una consistencia interna de 0.90.

Contribuciones y Conclusiones: **Contribuciones y Conclusiones:** Se encontró diferencia significativa de la prevalencia de consumo de tabaco global, lápsica, actual e instantánea por edad, observándose que tienen menor edad los que consumen tabaco. La prevalencia de consumo de tabaco lápsica, actual e instantánea mostró diferencia significativa según el ingreso económico, reportaron menor ingreso económico los que consumen tabaco. Respecto a la prevalencia de consumo de tabaco se observó que el sexo masculino consume en mayor proporción que la mujer. La prevalencia lápsica, actual e instantánea fue más alta en el personal administrativo y técnico ($\chi^2=11.43, p=.003, X^2=12.40, p=.002$ y $\chi^2=16.24, p=.001$), respectivamente. Se documentó que el 22.8% de los participantes diagnosticados con HTA consumen tabaco actualmente. Existe diferencia significativa en el consumo de tabaco usuario y experimental por ingreso económico, observándose en los trabajadores que presentan este tipo de consumo menor ingreso económico en estos dos tipos de consumidores ($\bar{X}=6,628.10$ y $\bar{X}=7,046.64$) en comparación a los que no son usuarios y experimentales ($\bar{X}=8,581.28$ y $\bar{X}=8,458.42$). Se observó diferencia significativa en el tipo de consumo de tabaco por edad, en el usuario y experimental, observándose menor edad ($\bar{X}=28.70$, $\bar{X}=29.50$) en relación a los que no consumen tabaco y no son experimentadores ($\bar{X}=33.59$ y $\bar{X}=33.30$). Hubo diferencia significativa respecto a la edad de los participantes que nunca han fumado, donde estos presentaron mayor edad ($\bar{X}=34.78$). Respecto a las cifras de presión arterial se mostró una media de presión sistólica de 110 mmHg en ambos brazos y en relación a la presión arterial diastólica se observó una media de 70 mmHg en ambos brazos.

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS _____

Capítulo I

Introducción

El consumo de tabaco es un problema de salud pública que se mantiene como la primera causa de muerte prevenible a nivel mundial. Un poco más de mil millones de personas fuman tabaco en todo el mundo y su consumo provoca la muerte prematuramente a cerca de 6 millones de personas, causando pérdidas económicas de cientos de miles de millones de dólares (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2011).

De continuar la tendencia actual, en el 2030 el tabaco provocará más de 8 millones de defunciones al año; el 80% de esas muertes prematuras se registrarán en los países de ingresos bajos y medios. De no adoptar medidas urgentes, el tabaco podría ser causa de muerte a lo largo del siglo XXI a más de mil millones de personas. La globalización de la epidemia de tabaquismo obedece a una interacción compleja de factores, entre los que destacan el carácter transnacional y oligopólico de la industria del tabaco, la creciente publicidad, la promoción y patrocinio de los productos (OMS, 2011).

En México la Encuesta Nacional de Adicciones [ENA] en el año 2002 determinó que el 23.5% de la población entre 12 y 65 años, tanto urbana como rural, fumaba. Para fines de hacer comparable las prevalencias, se presenta la información obtenida en áreas urbanas (Olaiz, 2006).

La Encuesta Nacional de Salud [ENSA] en el año 2007, estimó un valor de prevalencia de tabaquismo para la ciudad de México de 21.5% para la población mayor de 20 años (33.7% en hombres y 10.1% en mujeres). En 2006, la segunda ronda de esa encuesta bajo el nombre de Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [ENSANUT] estimó la prevalencia de cualquier tipo de consumo de cigarrillos en adultos de 20 años y más en un 18.9% (30.4% hombres y 9.5% mujeres). En ese mismo año, la prevalencia

del tabaquismo diario se calculó en 13.3% de esto el 21.6% son hombres y el 6.5% para mujeres. (Olaiz, 2006).

En 2009, la Encuesta Nacional de Tabaquismo en Adultos [GATS] (Secretaría de Salud, 2009) estimó que el 15.9% de la población mayor de 15 años en México es fumadora, lo que representa 10.9 millones de mexicanos fumadores. Los hombres (24.8%) fuman más que las mujeres (7.8%). Aproximadamente 8 millones de hombres y 2.8 millones de mujeres son fumadores actuales. El porcentaje de hombres y mujeres que fuman diariamente es de 11.8 y 3.7%, respectivamente, similar al de los fumadores ocasionales (13.0 y 4.1%, respectivamente). Esto quiere decir que 5.2 millones de mexicanos fuman diariamente (3.9 millones de hombres y 1.3 millones de mujeres).

La prevalencia de consumo diario fue mayor en la población mayor de 45 años o más en comparación con los jóvenes, quienes fuman en mayor medida de manera ocasional. Las mujeres de entre 15 y 24 años fuman sólo de manera ocasional, comparadas con las mujeres mayores de 45 años quienes fuman diariamente. En el área rural hay una mayor proporción de hombres fumadores ocasionales comparada con los fumadores diarios. En general, 14.6% de los adultos son ex fumadores (21% hombres y 8.8% mujeres). Dos terceras partes de la población (69.4%) refirió que nunca había fumado tabaco (54.1% hombres y 83.4% mujeres).

El tabaco contribuye a 40% de las muertes cardiovasculares y 18% de las cerebrovasculares. Según revelan los datos del estudio hecho en Framingham, los fumadores tienen mayor mortalidad cardiovascular que los no fumadores y mayor riesgo de sufrir eventos cardiovasculares, tales como infarto al miocardio y muerte súbita, además de la incidencia de la Hipertensión Arterial (HTA). Así mismo se reconoce al consumo de cigarrillos como la principal causa de vasculopatía (Messanna, 2010).

El uso y abuso de sustancias constituye un problema de salud pública de gran complejidad debido a las consecuencias biológicas, psicológicas y sociales en las

personas. Por ello es importante integrar un plan de intervenciones de enfermería que disminuyan o eviten el consumo de tabaco en la población.

Las muertes en adultos se deben sobre todo a diabetes, enfermedades isquémicas del corazón, enfermedad cerebro-vascular, enfermedad pulmonar obstructiva crónica [EPOC], enfermedades hipertensivas y tumores. Aunque las causas de muerte son semejantes en hombres y mujeres, el riesgo de morir por enfermedades hipertensivas e isquémicas del corazón, EPOC y cirrosis es mayor en los hombres. Es probable que estas diferencias se deban a diferencias en la prevalencia de consumo de alcohol y tabaquismo, mucho más marcadas en las generaciones que hoy tienen 65 años y más (SS, 2009).

El tabaquismo continúa siendo un grave problema de salud pública, especialmente entre los adolescentes, adultos jóvenes y las mujeres con una tendencia al incremento en la frecuencia de consumo (Reynales, Valdez, Rodriguez, Lazcano & Hernandez, 2010). Las enfermedades relacionadas con el consumo directo e indirecto del tabaco, como las enfermedades cerebrovasculares, las respiratorias crónicas y el cáncer de pulmón continúan siendo en nuestro país una de las primeras diez causas de mortalidad (Secretaría de Salud [SS], 2011).

La prevalencia de tabaquismo en adultos ha disminuido en algunos países como Canadá, Francia y Estados Unidos, reducción que no se ha observado en los adolescentes, ni en las mujeres. En México, la Encuesta Nacional de Adicciones realizada en 1998 en población de 12 a 65 años residente de zonas urbanas, se informó las prevalencias de consumo de tabaco en las mujeres (16.3 %) y hombres (42.9 %). En el 2002, la prevalencia de consumo de tabaco fue muy similar en las mujeres (16.1 %) y en los hombres disminuyó ligeramente (39.1 %), sin embargo, la proporción de fumadores que iniciaron el consumo de tabaco antes de los 18 años aumentó de 52.2 % en 1988 a 61.4 % en 1998; además, el tabaquismo en los niños y adolescentes aumentó

51 % en la última década del siglo XX (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Instituto Nacional de Salud Pública, [CONADIC-SS, 2011]).

La prevalencia de fumadores activos en los adultos de 18 a 65 años es de 23.6%, lo que corresponde a 15.6 millones de adultos fumadores. Al desglosar por sexo, el 34.6% (11 millones) de los hombres y el 13.5% (4.6 millones) de las mujeres se encontraron en esta categoría. El 10.3% (6.8 millones de personas) de los adultos son fumadores diarios, 15.5% de los hombres y 5.5% de las mujeres fuman diariamente. Es importante resaltar que los adultos fumadores son principalmente ocasionales (13.3%). La prevalencia de ex fumadores es de 29.7% (19.7 millones de personas) de estos el 35.1% en los hombres y 24.7% son mujeres. El 46.7% (30.1 millones) de los adultos mexicanos nunca ha fumado. Esta proporción es significativamente mayor en el grupo de mujeres (61.7%) comparado con los hombres (30.3%). (CONADIC, 2011). No se observan cambios en la prevalencia global o por sexo de consumo activo de tabaco entre el año 2008 y 2011.

Al comparar con el año 2002 se observa una disminución estadísticamente significativa en la prevalencia global (27% (ENA, 2002), a diferencia del 2011 (23.6%). Presentando mayor prevalencia en los hombres (42.3%) tanto en el 2002 y 2011. De igual manera se observa una disminución estadísticamente significativa de los fumadores diarios (14.6% [ENA, 2002], 10.3% [ENA, 2011]), observable tanto en hombres (23.7% [ENA 2002], 15.5% [ENA 2011]) como en mujeres (7.5% [ENA, 2002], 5.5% [ENA, 2011]).

La región nororiente (Nuevo León, Tamaulipas) ocupa el segundo lugar de prevalencia de consumo de tabaco con un 27%. El consumo promedio de cigarros entre los fumadores adultos diarios se estimó en 6.6 cigarros ($IC\ 95\% = 6.1- 7.0$). Los hombres reportan consumir en promedio 6.9 cigarros ($IC\ 95\% = 6.4-7.5$), mientras que las mujeres reportan 5.7 cigarros al día ($IC\ 95\% = 5.0-6.4$). El promedio de cigarros consumidos es de 2 cigarros al día y la mediana de 5 cigarros al día. (Instituto Nacional

de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública [CONADIC-SS], 2011).

Asimismo se reportan más de 16 millones de fumadores, los hombres adultos consumen tres veces más tabaco que las mujeres, independientemente de la edad. Sin embargo, entre 2000 y 2005 se incrementó de manera importante la proporción de mujeres fumadoras. En las mujeres de 20 a 29 años la prevalencia aumentó de 8.4 a 10.7%; en mujeres de 50 a 59 años, de 9.4 a 10.1%, y en las de 70 a 79 años, de 5 a 6.3%.

La HTA constituye la más común de las condiciones que afectan la salud de los individuos y las poblaciones, atendiendo a múltiples factores de índole económica, social, cultural y ambiental. Representa por sí misma una enfermedad, como también un factor de riesgo importante para otras afecciones como cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, enfermedad cerebro vascular, insuficiencia renal y retinopatías. Así mismo causa la mortalidad precoz e invalidez en época productiva de la vida, considerada un importante problema de salud pública.

En relación con la HTA, se ha observado que el 32.2% (22.4 millones de mexicanos) de la población mayor de 20 años de edad padece de esta enfermedad de estos un 50% ignoran que la padecen. De acuerdo al sexo se mostró que el 33.3% de los hombres y 30.8% de las mujeres presentan esta enfermedad. (Instituto Nacional de Salud Pública. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición* [ENSANUT], 2012).

Existen diversos factores de riesgo asociados al incremento significativo de enfermedad cardiovascular y se dividen en no modificables como los antecedentes familiares con HTA, edad, género y modificables como la obesidad y sobrepeso, sedentarismo, consumo de alcohol, tabaquismo y estrés (Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de la Hipertensión Arterial, NOM-030-SSA2-2009). Por lo que todo paciente fumador deberá ser instruido acerca de la necesidad de iniciar la disminución de este hábito hasta su abandono (SS, 2009).

Respecto al uso o consumo de tabaco, estudios donde se monitoreó la presión arterial [MAPA] en personas que consumían tabaco y eran normo tensos durante ocho horas, se pudo observar que cuando fumaban un cigarrillo cada 30 minutos y se comparaban con períodos idénticos sin fumar había niveles de presiones persistentes más elevadas mientras los individuos fumaban (Gropelli, Giorgi, Omboni, Paratti & Mancina, 1992; Galá, Campos & Pérez, 2006). Existen escasos estudios de prevalencia de consumo de tabaco en personal de la salud que padezcan hipertensión arterial, por lo que se considera existe un vacío de conocimientos en este fenómeno de consumo de tabaco en este grupo específico.

En la experiencia personal de la autora principal del estudio, ha observado en personal de salud de una institución privada, que cada día se elevan la cifras de trabajadores de esta institución con diagnóstico de HTA, que asisten a su control, pero continúan fumando cigarrillos, aunque se les indique que dejen fumar, en otros casos el trabajador de la salud, señala que nadie le ha dicho que modifique esta conducta. El presente estudio aportará conocimiento científico sobre el consumo tabaco en personal de la salud con diagnóstico de HTA. Esta información podrá ser útil en un futuro, al profesional de enfermería para establecer intervenciones de prevención y control, que puedan ser aplicadas con el objetivo de reducir las complicaciones en personas con este problema de salud. Las enfermeras ocupan una posición única para impulsar las estrategias de prevención y abandono del uso de tabaco, en las instituciones del sector salud. Por lo anterior el propósito del presente estudio fue identificar la prevalencia de consumo de tabaco en trabajadores de la salud con y sin diagnóstico de HTA. Para la cual se realizó un estudio descriptivo.

Marco de Referencia

Los conceptos que guían el presente estudio son prevalencia de consumo de tabaco y la HTA.

El tabaco (nicotina) es tan adictivo como cualquier otra de las drogas ilícitas, ya que se trata de un producto psicoactivo que afecta los procesos químicos del cerebro y del sistema nervioso. Los fumadores, además de dañar su propia salud, perjudican a los que los rodean (González & Berger, 2002).

El tabaco es originario de América y proviene de la planta *Nicotiana Tabacum*, arbusto de hojas verdes grandes, de textura vellosa y pegajosa con sabor amargo, sus flores son de color blanco, amarillo y violeta. El principal componente químico del tabaco es la nicotina (C₁₀ H₁₄ N₂), sustancia farmacológicamente activa de doble efecto, estimulante y sedante, principal responsable de la adicción debido al estímulo placentero que produce al activar la vía dopaminérgica, receptores colinérgicos y nicotínicos del sistema nervioso central, absorbiéndose con facilidad por la piel, las mucosas y los pulmones (SS, 2009; Teixeira do Carmo, Pueyo & Álvarez, 2005).

El tabaquismo es una enfermedad crónica adictiva y es la causa más importante de morbilidad y mortalidad prematura evitable. Es un factor etiológico claramente establecido para muchas enfermedades respiratorias, cardiovasculares y neoplasias, con frecuencia causa de reagudización de las mismas, constituyendo un importante problema de salud pública. Las enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco son responsables en buena parte de las estancias hospitalarias y por tanto del consumo de muchos recursos sanitarios (Ramos, Riesco, Jiménez & Izquierdo, 2007).

Para evaluar el consumo de tabaco de acuerdo a la cantidad de cigarrillos fumados en la vida han sido clasificados como no fumadores aquellos individuos que nunca han probado un cigarrillo, ex fumadores son los individuos que fumaron durante el mes pasado más de 100 cigarrillos y actualmente ya no consumen ni un cigarrillo, los experimentadores han fumado menos de 100 cigarrillos en su vida y fuman de manera ocasional, los individuos que se consideran usuarios han fumado de 100 a más cigarrillos en su vida y fuman todos los días actualmente y los fumadores con probable dependencia fuman diario y prueban el primer cigarrillo del día aproximadamente 30

minutos después de despertar (Tapia, 2001). Esta clasificación se utilizó en el presente estudio.

En relación a la prevalencia de consumo de tabaco esta se define como el número de usuarios consumidores de tabaco en cuanto al tamaño de población total. Para el caso del consumo de drogas en este caso tabaco se clasifica como: prevalencia total o global que es el número de personas que han usado tabaco alguna vez en la vida; la prevalencia lápsica se conoce como el número de personas que consumieron tabaco en el último año; la prevalencia actual es el número de personas que han consumido en el último mes y la prevalencia instantánea que es el número de personas que han consumido en los últimos siete días, estos cuatro tipos de prevalencia se consideraron para el presente estudio (Tapia, 2001).

Una de las dificultades para dejar de fumar es la dependencia a la nicotina, en este aspecto se evaluó la dependencia de acuerdo a la prueba de Fagerström, donde se valora la dificultad en la abstinencia, la tasa de consumo y topografía del fumador y determina el grado de dependencia basado en el estado actual como fumador. Se clasifica en dependencia baja (0-3 puntos); moderada (4-7 puntos) y dependencia alta (8 a 10 puntos). El nivel de dependencia a la nicotina también es considerada en el presente estudio (Heatherton et al., 1991).

El efecto de la nicotina en el organismo aumenta los niveles de ciertas sustancias llamadas catecolaminas que provocan contracción de los vasos sanguíneos y como consecuencia, es necesaria más fuerza para que la sangre se mueva por conductos más estrechos y es así como se elevan las cifras de presión arterial. Este efecto es más pronunciado con el primer cigarrillo ya que favorece la retención de sodio, y otras sustancias como el cadmio que contribuye aun mas a incrementar las cifras de presión arterial (Galán, Campos, Amato & Pérez, 2006).

La HTA es un problema de salud multifactorial caracterizado por el aumento sostenido de la Presión arterial sistólica superior a 140 milímetros de mercurio (mmHg)

y una diastólica superior a 90 milímetros de mercurio (mmHg) o ambas (O'connell & Bare, 2005; Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de la Hipertensión Arterial NOM-030-SSA2-2009)

En relación a la clasificación se encuentra la primaria o esencial (se presenta en la mayor parte de los casos, no hay una causa orgánica identificable, solo participan mecanismos tales como la herencia, alteraciones en el sistema nervioso simpático, el volumen sanguíneo, el gasto cardíaco, las resistencias arteriolas periféricas, el sistema renina-angiotensina-aldosterona, la sensibilidad al sodio y la resistencia a la insulina) y la secundaria (ocasionada por una causa orgánica, que puede ser renal, vascular, endocrina, del sistema nervioso central, físicas, inducidas por medicamentos, tóxicos o embarazo) (Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de la Hipertensión Arterial NOM-030-SSA2-2009). En el presente estudio se considera como una persona hipertensa aquel trabajador con diagnóstico de hipertensión arterial realizada por su médico.

Estudios Relacionados

En este apartado se presentan algunos estudios de investigación que abordan o tienen relación con la HTA y el tabaquismo.

Velasco (2013), realizó un estudio con el objetivo de conocer la prevalencia y los factores de riesgo del estilo de vida inadecuado en los hábitos de alimentación, la falta de ejercicio físico y el uso de drogas legales y su relación con enfermedades crónicas, en los trabajadores del IMSS. La muestra fue de un total de 19,542 trabajadores, en donde predominó el sexo femenino con un 62.3%. La frecuencia más alta de adicción al tabaco fue en el personal masculino con una prevalencia global de 26.1%, siendo el personal de intendencia el que ocupaba el primer lugar con un 36.5% seguido por los enfermeros con 29.9%. El consumo de más de cinco cigarrillos al día afecta una cuarta parte de los fumadores. El personal técnico es el más afectado con un 9.2%. Se asoció fuertemente el tabaquismo de más de cinco cigarrillos al día con HTA con una $RM = 1.30$

(IC 95% = 1.00 - 1.69, $\chi^2 = 4.31$, $p < .05$) $p < .05$) para hombres y 1.21 RM (IC 95% = 0.84 - 1.74, $\chi^2 = 3.05$; $p < .05$) para mujeres. El consumo de tabaco de más de 5 cigarrillos por día, se asoció con la presencia de infarto cardíaco RM = 2.66 (IC 95% = 1.51 - 4.76, $\chi^2 = 3.48$ $p < .05$) en varones y en mujeres fue de RM = 3.07 (IC = 1.23 - 7.65, $\chi^2 = 2.53$, $p < .05$). De igual forma se documentó que el consumo de más de 5 cigarrillos por día se asoció significativamente con la enfermedad vascular, en varones fue de RM = 5.69 (IC = 2.72-16.25, $X^2 = 4.08$, $p < .05$) y en mujeres la probabilidad fue de RM = 4.50 (IC 95% = 1.37-14.80, $\chi^2 = 2.71$, $p < .05$). La autora concluye que la probabilidad de presentar enfermedades crónicas como hipertensión, enfermedad cardiaca y cerebro vascular se asocia significativamente con el uso de más de 5 cigarrillos de tabaco por día.

Suarez y Campos (2010), realizaron un estudio con el objetivo de determinar la prevalencia, la percepción de riesgo y las causas que inician y mantienen la adicción del tabaquismo en una población de 715 personas, donde el 52% pertenecía al género femenino, la prevalencia de tabaquismo fue de 38.2%. La proporción de fumadores resultó mayor en los grupos de edades de 40 a 49 años con un 71.4%. La proporción de fumadores y fumadores experimentados resultó ser mayor en el sexo masculino con un 25.3%, mientras la proporción de no fumadores, fumadores pasivos y ex fumadores, resultaron mayores en el sexo femenino con un 31.3%.

Al comparar la categoría de fumador y escolaridad, en el grupo de fumadores se observó una prevalencia mayor en el nivel universitario con un 64.8%. La mayoría (93.9%) de los encuestados perciben que el tabaquismo tiene un riesgo de nocividad. En cuanto a la enfermedad que se produce a consecuencia del tabaquismo un 97.9% mencionó el cáncer de pulmón, el resto comentó otros canceres (10.5%), enfisema pulmonar (3.2%) y bronquitis crónica (1.9%), mostrando un desconocimiento de las enfermedades cardiovasculares.

Fernández, Sanz, Garrido y López (2010) realizaron un estudio en Madrid España, con el propósito de evaluar el grado de riesgo cardiovascular del paciente fumador frente al no fumador, que acude a consulta de atención primaria. Donde se evaluaron 2,124 pacientes (1597 fumadores y 527 no fumadores). Predominó el género masculino con 1,223 (60.6%) de los cuales 961 (61.9%) eran fumadores, la media de edad fue de 53 años. Respecto al hábito de consumo de tabaco el 57.8% (920) iniciaban a fumar después del desayuno, mientras que 42.2% (630) fumaba al despertarse por la mañana. La media de duración del tabaquismo fue de 28.6 años ($DE = 11.7$), consumo medio diario de 20.3 ($DE = 10.0$) cigarrillos, el índice de paquetes por año fue de 29.6 paquetes ($DE = 20.5$). La frecuencia cardiaca más alta fue en fumadores en comparación con no fumadores ($p = .001$). De los fumadores el 45.4% (720) padecían HTA ($p \leq 0.005$). La presión arterial sistólica presentó una media de 130.4 (14.0%) en los no fumadores y de 131.8 (16.5%) en fumadores ($p < .0001$). La presión arterial diastólica presentó una media de 77.4 (8.9%) en no fumadores y de 79.2 (10.5%) en fumadores siendo estas diferencias significativas ($p < .05$). Además a edades más avanzadas (56-70 años) hubo mayores diferencias: el 53.1% de los no fumadores seguían con un nivel de riesgo cardiovascular bajo, mientras que la mayoría de los fumadores (64.1%) se encontraban ya en situación de alto riesgo.

Sánchez (2009), en un estudio realizado sobre motivaciones para el consumo de alcohol y tabaco en 196 trabajadores de la salud del medio naval de Campeche, reportó que el 67.9% de los trabajadores ha fumado alguna vez en la vida, un 45.4% en el último año, 33.7% en el último mes y 29.6% en los últimos 7 días. En cuanto al tipo de fumador, el 76.4% son fumadores experimentales, el 21.3% fumadores usuarios y el 2.2% fumadores dependientes.

En otro estudio de Suarez, Caraballosa y Hechavarria (2008), con el objetivo de identificar la prevalencia, percepción de riesgo del tabaquismo activo y pasivo, y factores favorecedores del tabaquismo en profesionales de la salud. Este estudio fue

realizado en 731 profesionales de la salud, se obtuvo como resultado que 343 (46.9%) eran médicos y 318 (43.5%) eran enfermeros, de ellos el 75.9% correspondió al sexo femenino. La media de edad entre los médicos era de 39 años y en los enfermeros 41 años.

El 77% de los encuestados tenían entre 30 y 49 años, se encontró una prevalencia entre los fumadores de 36.4%, el 19.8% se declaró como exfumador; por lo que el 56.2% de los profesionales de la salud refirieron fumar o haber fumado. Eran fumadores el 38.4% de los enfermeros y el 35.6% de los médicos. En relación con el tiempo en su condición de fumador, el 76.7 % practicaban el hábito desde hacía más de 10 años. Referente al tiempo que transcurre desde que el fumador se levanta hasta que fuma su primer cigarrillo, se observó que el 51.9 % no toleraron los primeros 30 min del día sin fumar.

En relación con la presencia de enfermedades asociadas al tabaquismo entre los fumadores y exfumadores se pudo constatar que 40.9 % conoce que padece enfermedades donde el tabaquismo es factor de riesgo. De los fumadores el 55.2 % desconocen si tienen enfermedades relacionadas con el tabaquismo y continúan fumado. Siendo profesionales de la salud, 8.3% de los fumadores encuestados consideró que no es riesgoso fumar, de ellos 51.9 % valoró poco riesgoso el fumar en lugares cerrados junto a otras personas y 68.8 % valoraron como poco riesgoso o no riesgoso que otros fumen en los lugares en que ellos se encuentran.

Rojas, Baena, Soto, Sillero y Palma (2007), realizaron una investigación con el objetivo de conocer la prevalencia del hábito tabáquico en trabajadores de distintas categorías profesionales del Distrito de Sevilla España, profundizando en las características del consumo de tabaco en los que mantienen un consumo activo. Fue un estudio descriptivo, transversal, se aplicó una encuesta a base de 24 preguntas en 35 centros de salud. Se obtuvieron respuestas de 21 centros de salud con 458 encuestas recibidas 39.7% de participación.

La media global fue de 44 años, 69.3% mujeres; un 36.3% eran médicos, 36% contaban con un diplomado universitario en enfermería, 20.9% administrativos y el 6.8% otros profesionales. Declararon ser fumadores actuales el 27.9%, ex fumadores el 38.9% y los nunca fumadores un 33.2%. No se encontraron diferencias significativas en la distribución de porcentajes de hombres fumadores, ex fumadores y nunca fumadores con respecto del sexo femenino. Se encontró diferencia significativa en la frecuencia de fumadores entre las categorías de médico con respecto a las demás, no así entre el personal administrativo y enfermería ($p < 0.05$).

El 64.4% de los trabajadores fumadores han intentado alguna vez dejar de fumar. Existe diferencia entre fumadores ocasionales y habituales, para la puntuación de Fagerström, en los fumadores habituales, existe una dependencia baja a la nicotina con 67.5%, dependencia moderada 11.7% y dependencia alta 20.8%. En los fumadores ocasionales se reportó una dependencia baja en el 95.8% y dependencia moderada en 4.2% del personal.

Díaz, Muñoz y Sierra (2007), realizaron un estudio con el propósito de establecer la prevalencia de reconocidos factores de riesgo biológico y comportamental para enfermedad cardiovascular (ECV) en una población de trabajadores de una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) de Colombia. En este estudio el promedio de edad fue de 41 años ($DE = 6.5$ años), la mayoría de la población estuvo conformada en el grupo de entre los 41 y 50 años (52 %).

Hubo predominio del género femenino, con una razón mujer/hombre de 2.3:1. De las 96 personas encuestadas 12.5 % reportaron ser fumadores, de los cuales 6 eran hombres y 6 mujeres; pero la proporción de fumadores fue mayor en los hombres en comparación a las mujeres, correspondiendo a 20.7 % y 9.0 %, respectivamente. La prevalencia de HTA fue de 11.5 %, correspondiente a un 24 % en hombres y un 6 % en mujeres. Aunque la prevalencia de fumadores en este estudio fue bastante baja (12.5 %), el tabaquismo estuvo asociado con el riesgo de HTA ($OR = 4.0$, $IC\ 95\% = 0.85 - 18.52$).

Ferrante y Virgolini (2007) realizaron un estudio con el propósito de describir la prevalencia de los principales factores de riesgo de pacientes cardiovasculares en Argentina y su asociación con características sociodemográficas, donde encuestaron a 41 392 personas, obteniendo como resultado que el 47.5% de los encuestados eran varones, 52.5% mujeres, en cuanto al grupo de edad el 25.9% se colocó entre 35 a 49 años, seguidos por 50 a 64 años con un 21%. La prevalencia de tabaquismo fue de 29.7% a nivel nacional, mayor en hombres que en mujeres.

La prevalencia actual entre los 18 y los 64 años fue del 33.4%. Se observó mayor prevalencia entre los 18 y 50 años. La prevalencia de HTA diagnosticada por un profesional de la salud en personas que refirieron haberse controlado la presión arterial fue del 34.4%, de estos un 10.7% solo acudió a una consulta sólo una vez y el 23.7% acudió más de una vez a consulta. Las mujeres mostraron mayor prevalencia de presión arterial elevada.

Acosta, Martínez, Armadas, Hernández, Dueñas y Díaz (2006) realizaron un estudio con el objetivo de determinar las características individuales de comportamiento relacionadas con el hábito de fumar y clasificar los factores de riesgo bajo o alto de dependencia a la nicotina según características diagnósticas, en trabajadores de una institución de salud en Cuba. El estudio fue descriptivo de corte transversal, la muestra estuvo conformada por 58 trabajadores identificados como fumadores.

La mayor proporción de fumadores fue de un 34.4%, se concentró en el personal de enfermería, el sexo que predominó fue el femenino 65%, el mayor número de fumadores se concentró en edades de 40-49 años. Cerca de la mitad de los fumadores (41.2%) tienen un grado medio de adicción física a la nicotina. Solo el 30.7% tiene factores de riesgo asociados al hábito de fumar; HTA 12%, cardiopatía isquémica 6.8%, asma bronquial 6.8% y enfermedad pulmonar 5.1%. Al clasificar el riesgo de los fumadores según sus características se pudo apreciar que el 70.6% tiene bajo riesgo, lo

que significa baja dependencia a la nicotina y ausencia de enfermedad relacionada con el consumo de tabaco.

El análisis de la relación entre el tabaquismo y los eventos cardiovasculares y no cardiovasculares previos mostró que la probabilidad de haber presentado un infarto de miocardio fue 3.13 veces mayor en los pacientes fumadores que en los no fumadores.

En síntesis en los estudios revisados el consumo de tabaco varía de 12.5% al 69.7%. Respecto al consumo de tabaco por categoría laboral y por tipo profesional, muestran que existe diferencia entre médico (14.6%) con respecto al personal administrativo (37.3%) y enfermería (27.9%). Siendo el personal administrativo y de enfermería los que ocupa la mayor proporción en cuanto al grupo de fumadores 27.9% a 34.4%.

Entre la relación del consumo de tabaco específicamente relacionado con la HTA, se encontraron que la prevalencia de fumadores fue bastante baja (12.5 %), el tabaquismo estuvo asociado con el riesgo de HTA ($OR = 4.0$, $IC\ 95\% = 0.85-18.52$).

Definición de Términos

Para este estudio se consideraron los siguientes términos

Edad son los años cumplidos, expresados por los trabajadores de la salud.

Sexo es equivalente al género, expresado en masculino o femenino.

Estado civil situación legal de los trabajadores de la salud que los distinguen en la sociedad y en la familia, se consideran los estados de soltero (a), casado (a), unión libre, divorciado (a), separado (a) y viudo (a).

Ingreso económico, total de recursos monetarios o cantidad de dinero (pesos mexicanos) que el trabajador de la salud refiere tener para atender las necesidades de la familia durante un mes.

Escolaridad, son los años de educación formal del trabajador de la salud. Además se consignó como grado escolar, primaria, secundaria, preparatoria, estudios técnicos, profesional y de estudios de posgrado.

Ocupación, puesto o actividad en el que el trabajador desempeña sus funciones, este se clasificó como profesional de las salud, personal administrativo y personal de operaciones.

Categoría laboral, corresponde a la ocupación o puesto que desempeña en el servicio de salud.

Profesional de la salud, se encuentran aquellos que laboran como Enfermeros, Químicos, Nutriólogos, Ingenieros, Contadores y Licenciado (Trabajo Social, Psicología).

Personal Administrativo y Técnico, compuesto por secretarias, asistentes, auxiliares, técnicos (radiólogos, laboratorio y centro de mezclas)

Personal de Operaciones, se encuentra el personal de mantenimiento, servicios generales (limpieza), seguridad y ayudantes de nutrición.

HTA, padecimiento multifactorial caracterizado por el aumento sostenido de la presión arterial sistólica, diastólica o ambas, mayor o igual a 140/90.

Diagnóstico de HTA, es el reporte médico donde se ha diagnosticado al trabajador de la salud la HTA.

Tiempo de diagnóstico de hipertensión, comprende el lapso o periodo de meses o años en que fue diagnosticado con hipertensión arterial el trabajador.

Cifras de HTA, se establece en todos aquellos sujetos con tensión arterial sistólica mayor o igual a 140, tensión arterial diastólica tensión arterial diastólica mayor o igual a 90 mmHg.

Consumo de tabaco, es la cantidad de cigarrillos utilizados por el trabajador de la salud consume en un día típico, serán consignados no fumadores, ex fumadores, fumadores experimentales, usuarios y probables fumadores dependientes.

No fumadores son los trabajadores de la salud que nunca han fumado un cigarrillo.

Ex fumadores son aquellos que en el pasado han fumado más de 100 cigarrillos pero que actualmente (últimos 30 días) ya no fuman.

Fumadores experimentales son quienes han fumado menos de 100 cigarrillos en su vida y actualmente fuman ocasionalmente.

Usuarios son quienes han fumado más de 100 cigarrillos en su vida y actualmente continúan fumando.

Probables fumadores dependientes son los trabajadores de la salud que fuman a diario y consumen su primer cigarrillo del día en los primeros 30 minutos después de despertar. Esta variable se medirá con Cédula de Datos Personales y de Prevalencia de Consumo de Tabaco (CDPPCTA).

Prevalencia de consumo de tabaco, es una tasa epidemiológica que mide la frecuencia de consumo de tabaco donde se consideran el número total de trabajadores de la salud que han consumido tabaco en un tiempo y lugar determinado, sobre el total de la población participante, multiplicado por un múltiplo de 10. La prevalencia se estudió en forma global, lápsica, actual e instantánea. La prevalencia de consumo de tabaco se medirá con por medio de la Cédula de Datos Personales y de Prevalencia de Consumo de Tabaco (CDPPCTA).

Prevalencia global, es el número de personas que han fumado alguna vez en la vida.

Prevalencia lápsica, número de personas que han hecho uso de tabaco en el último año entre el total de la población.

Prevalencia actual, número de personas que han hecho uso de tabaco en el último mes entre el total de la población.

Prevalencia instantánea, es el número de personas que han usado tabaco en la última semana.

Tipo de dependencia al tabaco, se estableció de manera más específica la dependencia a la nicotina y esta se clasifica como dependencia baja, moderada y alta. La cual se medirá mediante la prueba de Fagerström.

Dependencia baja, es el fumador que consume menos de 20 cigarrillos diarios, fuma el primer cigarro después de 30 minutos de levantado y no es ese el que más necesitan (Test de Fagerström 0-3 puntos).

Dependencia moderada, es el fumador que consume hasta 20 cigarrillos diarios, fuma el primer cigarrillo en los primeros 30 minutos de levantarse y es ese el que más necesita (Test Fagerström entre 4 a 7 puntos)

Dependencia alta, es el fumador que consume más de 20 cigarrillos diarios, fuma el primer cigarro del día en los primeros 5 minutos de levantarse y es ese el que más necesitan (Test de Fagerström 8 puntos o más).

Objetivos

1. Identificar la prevalencia global, lápsica, actual e instantánea de consumo de tabaco en los trabajadores de la salud, por edad, sexo, categoría laboral e ingreso económico.
2. Identificar la prevalencia de HTA por tipo de prevalencia de consumo de tabaco y la cantidad de cigarrillos consumidos.
3. Determinar el tipo de dependencia al tabaco según, edad, sexo, categoría laboral e ingreso económico.
4. Determinar la prevalencia de HTA entre fumadores y no fumadores.
5. Identificar el tipo de consumo de tabaco según edad, sexo, categoría laboral e ingresos económicos.
6. Identificar las cifras de presión arterial diastólica y sistólica.

Capítulo II

Metodología

En este capítulo se describe el diseño del estudio, población, muestreo y muestra, los instrumentos de medición que se utilizaron en el estudio, así como el procedimiento de recolección de datos, las consideraciones éticas y análisis de datos.

Diseño del Estudio

El diseño del presente estudio fue descriptivo, correlacional. Un diseño es descriptivo cuando se pretende observar, describir y documentar aspectos de una situación que ocurre de manera natural. En el estudio se identificó la prevalencia global, lápsica, actual e instantánea de consumo de tabaco y HTA en trabajadores de la salud. Se destaca que es un estudio correlacional por que se relacionan algunas variables personales por tipo de prevalencia y tipo de dependencia al tabaco.

Población, Muestreo y Muestra

La población del estudio estuvo conformada por 1,367 trabajadores de ambos sexos, incluye profesional de la salud, personal administrativo, técnico y personal de operaciones, de un hospital privado de tercer nivel. El muestreo del estudio fue aleatorio estratificado de acuerdo a la categoría laboral con asignación proporcional al tamaño del estrato.

El cálculo de la muestra se estimó a través del paquete estadístico n´Query Advisor Versión 4.0 (Elashoff, Dixon, Crede & Fotheringham, 2004). De acuerdo a los objetivos planteados se calculó la muestra a partir de un intervalo de confianza del 95%, para una prueba bilateral, con una proporción de prevalencia esperada en fumadores de .30 y de no fumadores .10, con un error de límite de estimación de 0.052, resultando una muestra de 427 trabajadores de la salud.

Instrumentos de Medición

Para el estudio se utilizó una Cédula, un Instrumento y una medición biológica: La Cédula de Datos Personales y Prevalencia de Consumo de Tabaco (CDPPCTA), el instrumento llamado prueba de Fagerström y la medición de la presión arterial.

La CDPPCTA consta de dieciocho preguntas, que corresponden a datos de identificación (edad, sexo) y datos personales que incluyen preguntas como el estado civil, escolaridad, ocupación, ingresos económicos, además de diagnóstico de HTA, tiempo con el diagnóstico de HTA y la medición de esta, posterior a esta pregunta se incluyen los reactivos que miden la prevalencia de consumo de tabaco global, lápsica, actual e instantánea y tipos de consumo de tabaco (Apéndice A).

La prueba de Fagerström se utilizó en el presente estudio, consta de seis preguntas. Esta prueba fue desarrollada para población fumadora y mide la dependencia a la nicotina. Este instrumento consta de seis reactivos que tiene de dos a cuatro patrones de respuesta: La pregunta uno y cuatro requiere una respuesta entre cero a tres puntos; la pregunta dos, tres, cinco y seis requiere una respuesta de cero a un punto. El puntaje que un individuo puede obtener oscila entre cero y diez. Heatherton, 1991 proporciona criterios para clasificar a los individuos según el grado de dependencia a la nicotina; así, cuando la persona obtiene entre cero y tres puntos se considera dependencia baja; de cuatro a siete puntos, dependencia moderada; y de ocho a diez puntos dependencia alta, el cual ha reportado un Alpha de Cronbach de 0.80 en estudios similares (Apéndice B).

La medición biológica se realizó con la medición de la presión arterial en ambos brazos utilizando baumanómetro aneroide Welch-Allyn y un estetoscopio marca Littmann con la técnica recomendada por la Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de la Hipertensión Arterial, NOM-030-SSA2-2009.

Procedimiento de Recolección de Datos

Antes de iniciar el estudio se contó con la autorización de las Comisiones de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León; además se solicitó la aprobación de los directivos de la institución donde se realizó el estudio (Apéndice C).

Para la recolección de datos se solicitó el listado del personal del hospital al departamento de Talento y Cultura de dicha institución. El cual se seleccionó de manera aleatoria. Se abordó a los participantes en su área de trabajo, en los diferentes turnos, matutino, vespertino y nocturno, considerando un horario y lugar propicio para efectuar la recolección de datos. Antes de iniciar la aplicación del instrumento, cédula y medición de la presión arterial se informó los objetivos del estudio y se hizo la lectura del consentimiento informado (Apéndice D).

Si el trabajador aceptaba participar en el estudio, se le solicitaba que firmara el consentimiento informado y si disponía de tiempo se le aplicaba al trabajador la Cédula y la prueba de Fagerström aquellos que consumían tabaco actualmente y la toma de presión arterial. Si el participante no disponía de tiempo, se programó una cita en un día y hora que el trabajador definiera. Para el llenado de los cuestionarios el autor principal del estudio entregó los cuestionarios dentro de un sobre amarillo al participante a fin de que contestara dichos cuestionarios en la oficina de entrega de turno en cada uno de los departamentos, el cual es un lugar cómodo, donde se mantuvo la privacidad y anonimato. Si el trabajador decidía no participar se agradecía su colaboración. El autor principal del estudio estaba localizado a unos metros de distancia por si el participante tenía dudas o requería de alguna aclaración. La medición de la presión arterial se realizó al término de la recolección de datos y se anotaron las cifras en la cédula de datos personales (Apéndice A). Al término de la recolección el participante guardó los cuestionarios dentro del sobre amarillo y los entregó al autor principal de estudio, el cual los cerró con cinta adhesiva y los resguardó en una caja con tapa, la cual únicamente el

autor tiene acceso a ella. Los cuestionarios serán resguardados por 12 meses, al término de este tiempo serán destruidos.

Consideraciones Éticas

El estudio se apegó a lo dispuesto en la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en los Seres Humanos (Secretaría de Salud, 1987). En la cual se establece que para el desarrollo de investigación en salud se deben considerar aspectos éticos que garanticen la dignidad y el bienestar de los participantes en la investigación.

Se consideró lo previsto por el Capítulo I, Artículo 13, donde prevaleció el criterio de trato respetuoso profesional al participante y la protección de sus derechos y bienestar, al solicitar el consentimiento informado (Apéndice D) por escrito, donde se explicó el objetivo del estudio, la información de los instrumentos y se garantizó al participante recibir respuesta a cualquier pregunta, teniendo en cualquier momento la capacidad de elegir si desea o no participar, la participación fue voluntaria, así como también la libertad de retirar su consentimiento y dejar de participar en el estudio, sin que esto perjudique su situación laboral, según el Artículo 14, Fracción V y Artículo 20, 21, Fracción VII. Así mismo el participante fue tratado durante la entrevista con respeto y consideración, vigilando en todo momento que sus derechos como persona fueran respetados.

En relación al Artículo 16 se mantuvo la seguridad de no identificar al participante y de mantener la confidencialidad de la información en virtud de que ningún instrumento de medición, ni la medición de presión arterial se identificó, además la información que proporcionó no fue dada a conocer a los directivos de la institución de salud y a ninguna persona, así mismo la información generada del estudio se dio a conocer solo de manera global y nunca de forma individual. Es importante señalar que conforme al Artículo 17, Fracción II, el estudio se consideró de riesgo mínimo en virtud de que se indagaron aspectos relacionados con la conducta del participante como el

hábito de fumar, debido a que pudo desencadenar preocupación y nerviosismo por su forma de fumar, en caso de que esto sucediera y apegándose al Artículo 18, el sujeto podía interrumpir su participación en el estudio y continuar en el momento que lo deseara, esta situación prevista no se presentó.

En relación al Artículo 21, Fracción I, VI, VII y VIII, se ofreció a los participantes una explicación clara y sencilla acerca del estudio y de los objetivos de la investigación, con la garantía de dar respuesta a cualquier pregunta y aclaración acerca de la investigación o de los instrumentos de medición. El estudio fue realizado por profesionales de la salud, en este caso por un profesional de enfermería, con conocimiento y experiencia, con el fin de cuidar la integridad del trabajador de la salud, según el Artículo 14, Fracción VI.

Análisis de Datos

Para el análisis de los datos, los datos que se obtuvieron fueron procesados en el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), Versión 17, se obtuvo estadística descriptiva e inferencial.

Para la estadística descriptiva se obtuvieron frecuencia, proporciones, medidas de tendencia central y de variabilidad (Media, Mediana, *DE*). Se determinó la consistencia interna del instrumento Fagerström a través del Coeficiente Alpha de Cronbach. Para la estadística inferencial, en primer lugar se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors de las variables continuas para determinar la normalidad de la distribución. De acuerdo a que no se presentó normalidad en la distribución de los datos se utilizó estadística no paramétrica.

En el primer objetivo que fue identificar la prevalencia global, lápsica, actual e instantánea de consumo de tabaco en los trabajadores de la salud, por edad, sexo, categoría laboral e ingreso económico, se obtuvieron frecuencias y proporciones además de la estimación puntual con intervalo de confianza al 95%. Posteriormente se

obtuvieron diferencias de la prevalencia de consumo de tabaco por sexo y por categoría laboral por lo que se utilizó la prueba de Chi cuadrada de Pearson. Para prevalencia con edad e ingreso económico se utilizó la prueba de U de Mann Whitney.

Para el segundo objetivo que plantea identificar la prevalencia de HTA por tipo de prevalencia de consumo de tabaco y la cantidad de cigarrillos consumidos, para la prevalencia de HTA por tipo de prevalencia de consumo de tabaco se empleó la prueba de Chi Cuadrada de Pearson, para identificar la prevalencia de hipertensión arterial por la cantidad de consumo de tabaco se utilizó la prueba estadística U de Mann Withney.

En el tercer objetivo, que establece determinar el tipo de dependencia al tabaco según, edad, e ingreso económico, se utilizó la prueba de a H de Kruskal-Wallis. Para determinar el tipo de dependencia al tabaco según sexo y categoría laboral se utilizó la prueba Chi Cuadrada de Person.

En relación al cuarto objetivo, para determinar la diferencia de la prevalencia de HTA entre fumadores y no fumadores se utilizaron frecuencias y proporciones.

Para el quinto objetivo que es identificar el tipo de consumo de tabaco según edad e ingreso económico se utilizó la prueba U de Mann-Whitney y para determinar la diferencia entre el tipo de consumo por sexo y categoría laboral se utilizó la prueba Chi-cuadrada de Pearson.

Finalmente para el sexto objetivo que refiere conocer las cifras de presión arterial sistólica y diastólica se utilizaron frecuencias y proporciones.

Capítulo III

Resultados

En este apartado se presentarán los resultado del estudio consumo de tabaco en trabajadores de la salud con y sin diagnostico de HTA realizado a 427 trabajadores de la salud de un hospital privado de tercer nivel de atención, de la ciudad de Monterrey, Nuevo León. Se muestra en primer término la consistencia interna del instrumento, posteriormente la estadística descriptiva y finalmente la estadística inferencial.

Consistencia Interna del Instrumento

Tabla 1

Consistencia interna de la prueba de Fagestrom

Instrumento	Ítems	No. de reactivos	Alpha de Cronbach
Prueba de Fageström	1, 2, 3, 4, 5, 6	6	.90

Nota: Prueba de Dependencia a la Nicotina

En la tabla 1 se presenta la consistencia interna de la prueba de Fagström, para conocer el tipo de dependencia a la nicotina, el cual muestra un Alpha de Cronbach aceptable de $\alpha= 0.90$ (Burns & Grove, 2004).

Estadística Descriptiva

Tabla 2
Características sociodemográficas

Variable	<i>f</i> (<i>n</i> =427)	%
Sexo		
Femenino	303	71.0
Masculino	124	29.0
Edad		
De 18 a 30 años	218	51.1
De 31 a 43 años	125	29.3
De 44 a 56 años	77	18.0
De 57 a más	7	1.6
Estado Civil		
Casado	191	44.8
Viudo	4	0.9
Soltero	186	43.6
Divorciado	12	2.8
Unión Libre	19	4.4
Separado	15	3.5
Categoría Laboral		
Profesional de la Salud	289	67.7
Personal Administrativo y técnico	85	19.9
Personal de Operaciones	53	12.4
Ocupación		
Profesional de la Salud	255	59.7
Otros Profesionales	66	15.5
Personal Administrativo	56	13.1
Personal de Mantenimiento, Limpieza, Seguridad	50	11.7

Nota: *n*= total de la muestra, CDPPTA= Cedula de Datos Personales y Prevalencia de Consumo de Tabaco.

En la tabla 2 se muestran las características sociodemográficas de los participantes del estudio, en cuanto a sexo el 71% de los participantes son femeninos, en relación a el estado civil el 44.8% son casado y el 43.6% solteros, respecto a la edad el 51.1% tiene entre 18 y 30 años de edad. En la categoría laboral el 67.7% son profesionales de la salud.

Tabla 3

Diagnóstico de HTA

Variable	<i>f</i> (<i>n</i> = 427)	%
Le han diagnosticado hipertensión arterial		
Si	35	8.2
No	392	91.8
Usted fumaba antes del diagnóstico		
Si	12	34.3
No	23	65.7
Cuando le diagnosticaron HTA usted		
Dejo de fumar	3	8.6
Disminuyó su consumo	6	17.1
Continua fumando	3	8.6
Nunca ha fumado	23	65.7

Nota: n= total de la muestra, CDPPTA= Cedula de Datos Personales y Prevalencia de Consumo de Tabaco.

En la tabla 3 se observa que el 8.2% de la población presentan actualmente diagnóstico de hipertensión arterial, de los cuales el 34.3% fumaban antes del diagnóstico, de ellos un 17.1% disminuyó su consumo, un 8.6% continua fumando y la misma proporción dejó de fumar.

En la tabla 4 se muestran los resultados de las prevalencias de consumo de tabaco de los participantes, la prevalencia de consumo de tabaco global (alguna vez en la vida), fue de 55% (*IC* 95% = 50-60), la prevalencia de consumo de tabaco lápsica (en el último año) fue de 27.4% (*IC* 95% = 23-32), la prevalencia de consumo de tabaco actual (en el último mes) reportó el 23.7% (*IC* 95% = 20-28) y la prevalencia de consumo de tabaco instantánea (en los últimos 7 días) fue de 19.9% (*IC* 95% = 16-24).

Tabla 4
Prevalencia de consumo de tabaco, global, lápsica, actual e instantánea

<i>Tipo de prevalencia</i>	<i>f</i> (<i>n</i> =427)	<i>%</i>	<i>IC 95%</i>	
			<i>Límite Inferior</i>	<i>Límite Superior</i>
Prevalencia global (alguna vez en la vida)	235	55.0	50	60
Prevalencia lápsica (en el último año)	117	27.4	23	32
Prevalencia actual (en el último mes)	101	23.7	20	28
Prevalencia instantánea (en los últimos 7 días)	85	19.9	16	24

Nota: n= total de la muestra, CDPCTA= Cedula de Datos Personales y Prevalencia de Consumo de Tabaco.

En la tabla 5 se muestra la descripción de las variables continuas así como la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov con Corrección de Lilliefors. Respecto a la edad se observó que el promedio es 33 años ($DE = 10.57$). La media de años cursados de manera formal fue de 14.8 ($DE = 3.30$), respecto al ingreso económico la media fue de 8,352 pesos ($DE = 5714$), en cuanto a tiempo de padecer HTA la media se reporto en 5 años ($DE = 4.31$). En relación a las cifras de presión arterial sistólica tanto de brazo izquierdo como derecho la media osciló entre 109.9 y 109.2 ($DE = 13.63$ y 13.75). Además se observa que la edad de inicio al consumo de tabaco fue a los 18.2 años ($DE=3.17$) y el número de cigarrillos consumidos en un día típico fue de 3.7 ($DE = 3.88$), respecto al puntaje de Fageström se documentó una media de 0.74 ($DE = 1.83$). Por último para identificar la normalidad de las variables continuas se identificó que la mayoría de las variables no presentan distribución normal, por lo cual se decidió utilizar estadística no paramétrica.

Estadística Inferencial

Tabla 5

Prueba de normalidad de Kolmogorov-Sminov (K-S) con Corrección de Lilliefors

Variable	n	\bar{X}	Mdn	DE	Valor		D^a	Valor de p
					Min.	Max.		
Edad	427	33.02	30.00	10.57	18.00	76.00	.132	.001
Años cursados de manera formal	427	14.85	15.00	3.30	2.00	26.00	.106	.001
Ingreso económico	427	8352	7000	5714	2000	55000	.197	.001
Tiempo de padecer HTA	35	5.00	4.00	4.31	1.00	20.00	.177	.001
Cifras de presión arterial brazo derecho sistólica	427	109.94	110.00	13.63	80.00	158.00	.126	.001
Cifras de presión arterial brazo derecho diastólica	427	73.78	70.00	29.24	50.00	100.00	.164	.001
Cifras de presión arterial brazo izquierdo sistólica	427	109.28	110.00	13.75	64.00	160.00	.123	.001
Cifras de presión arterial brazo izquierdo diastólica	427	72.27	70.00	9.84	50.00	100.00	.179	.001
En un día normal cuantos cigarrillos cree que fuma	85	3.73	2.00	3.88	1.00	20.00	.280	.001
En los últimos 7 días cuantos cigarrillos ha fumado	85	21.60	13.00	25.41	1.00	140	.227	.001
A qué edad empezó a fumar	235	18.24	18.00	3.17	12.00	30.00	.186	.001
Puntaje de Fageström	85	0.74	0.00	1.83	0.00	9.00	.433	.001

Nota: D^a = Estadístico de la prueba de K-S, n= total de muestra

Para responder al primer objetivo, el cual plantea identificar la prevalencia global, lápsica, actual e instantánea de consumo de tabaco en los trabajadores de la salud, por edad, sexo, ocupación e ingreso económico, se utilizó estadística descriptiva (frecuencias proporciones) y estadísticos no paramétricos (Prueba de Chi cuadrada de Pearson y prueba U de Mann-Whitney).

Tabla 6

U de Mann-Whitney de prevalencia de consumo de tabaco, global, lápsica, actual e instantánea por edad

	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>U</i>	<i>Valor de p</i>
<i>Prevalencia Global</i>					
Si consumió	235	31.58	28	18320.0	.001
No consumió	192	34.78	35		
<i>Prevalencia Lápsica</i>					
Si consumió	117	29.42	26	12890.5	.001
No consumió	310	34.38	32		
<i>Prevalencia Actual</i>					
Si consumió	101	29.48	25	11745.0	.001
No consumió	326	34.12	32		
<i>Prevalencia Instantánea</i>					
Si consumió	85	29.68	25	10547.5	.001
No consumió	342	33.85	32		

Nota: n= muestra, \bar{X} = media, Mdn= Mediana, U= Estadístico de la prueba U de Mann-Whitney

En la tabla 6 se observa que existe diferencia significativa de la prevalencia global de consumo de tabaco y la edad ($U=18320.0$, $p<.001$) observando que los participantes que consumen tienen una edad menor ($Mdn = 28.00$ años de edad), a diferencia de los que no consumieron ($Mdn = 35$ años de edad). Respecto a la prevalencia lápsica se encontró diferencia significativa ($U=12890.5$, $p<.001$), reportando en los que consumieron igualmente una menor edad en años ($Mdn = 26.00$ años de edad) en comparación con los que no consumieron ($Mdn = 32.00$ años de edad). En

relación a la prevalencia actual (en el último mes) se documentó diferencia significativa ($U=11745.0$, $p<.001$), los que consumieron reportaron una edad menor ($Mdn = 25.00$ años de edad) mientras que los que no consumieron reportan una edad superior a los 30 años de edad ($Mdn = 32.00$ años de edad). Finalmente se reporta diferencia significativa por edad en la prevalencia instantánea ($U=10547$, $p<.001$), donde la mediana de la edad de quienes consumieron tabaco en los últimos siete días fue de 25 años de edad, mientras que los que no consumieron reportaron una mediana de 32 años de edad.

Tabla 7

U de Mann-Whitney de prevalencia de consumo de tabaco, global, lápsica, actual e instantánea por ingreso económico

	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>U</i>	<i>Valor de p</i>
<i>Prevalencia Global</i>					
Si consumió	235	8537.17	7000	21675.5	.480
No consumió	192	8126.62	7000		
<i>Prevalencia Lápsica</i>					
Si consumió	117	7379.27	6000	14964.5	.005
No consumió	310	8719.91	7350		
<i>Prevalencia Actual</i>					
Si consumió	101	6984.90	6000	13213.5	.003
No consumió	326	8776.29	7350		
<i>Prevalencia Instantánea</i>					
Si consumió	85	6730.29	6000	11255.5	.001
No consumió	342	8755.77	7350		

Nota: n= muestra, \bar{X} = media, Mdn= Mediana, U= Estadístico de la prueba U de Mann-Whitney

En la tabla 7 sobre prevalencia global, lápsica, actual e instantánea de consumo de tabaco por ingreso económico, no se observaron diferencias significativas de la prevalencia global de consumo de tabaco según el ingreso económico ($p > .05$). No obstante se encuentran diferencias significativas de prevalencia lápsica y el ingreso económico ($U = 14964.5, p = .005$) encontrando que en los que consumieron tabaco reportaron un menor ingreso económico ($Mdn = 6,000$) en comparación con los que no consumieron tabaco ($Mdn = 7,350$). De igual forma se identificó que existen diferencias significativas de la prevalencia actual y el ingreso económico ($U = 13213.5, p = .003$) siendo el ingreso más bajo en quienes consumen tabaco ($Mdn = 6,000$) en comparación con quienes no consumieron en el último mes tabaco ($Mdn = 7,350$). Finalmente la prevalencia instantánea también reportó significancia por ingreso económico ($U = 11255.5, p < .001$) observándose de igual manera menor ingreso económico entre quienes consumen tabaco a diferencia de aquellos que no consumen en últimos siete días ($Mdn = 6,000$ vs $7,350$) que los que no consumen.

Tabla 8

Chi-cuadrada para prevalencia de consumo de tabaco global, lápsica, actual e instantánea por sexo

	<i>f</i>	<i>%</i>	χ^2	<i>gl</i>	<i>Valor de p</i>
<i>Prevalencia Global</i>					
Femenino ($n_1=303$)	139	45.9	35.38	1	.001
Masculino ($n_2=124$)	96	77.4			
<i>Prevalencia Lápsica</i>					
Femenino ($n_1=303$)	59	19.5	32.97	1	.001
Masculino ($n_2=124$)	58	46.8			
<i>Prevalencia Actual</i>					
Femenino ($n_1=303$)	48	15.8	35.25	1	.001
Masculino ($n_2=124$)	53	42.9			
<i>Prevalencia Instantánea</i>					
Femenino ($n_1=303$)	41	13.5	26.59	1	.001
Masculino ($n_2=124$)	44	35.5			

Nota: χ^2 = Chi-cuadrada, *gl*= Grados de Libertad, n_1 = Total de participantes femeninas, n_2 = Total de participantes masculinos

Se aplicó la prueba de Chi Cuadrada para mostrar diferencias respecto a la prevalencia global, lápsica, actual e instantánea de consumo de tabaco por sexo, donde se observaron diferencias significativas de la prevalencia global ($\chi^2 = 35.38$, $p < .001$), lápsica ($\chi^2 = 32.97$, $p < .001$), actual ($\chi^2 = 35.25$, $p < .001$) e instantánea ($\chi^2 = 26.59$, $p < .001$), observándose que los participantes del sexo masculino presentaron mayor prevalencia de consumo global (77.4%) y lápsica (46.8%) en comparación con el sexo femenino (45.9% y 19.5% respectivamente). Respecto a la prevalencia de consumo actual e instantáneo el sexo masculino presentó mayor prevalencia que el sexo femenino (42.9% y 35.5% respectivamente).

Tabla 9
Chi-cuadrada para prevalencia de consumo de tabaco global por categoría laboral

<i>n= 427</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	χ^2	<i>gl</i>	<i>Valor de p</i>
Profesional de la Salud					
Si consume	146	50.5			
No consume	143	49.5			
Personal Adm y Técnico					
Si consume	53	62.4	7.77	2	.020
No consume	32	37.6			
Personal de operaciones					
Si consume	36	67.9			
No consume	17	32.1			

Nota: χ^2 = Chi-cuadrada, *gl*= Grados de Libertad, *n*= muestra

Se realizó la prueba de Chi Cuadrada para mostrar diferencias en prevalencia global, lápsica, actual e instantánea de consumo de tabaco por categoría laboral las cuales se reportan de la tabla 9 a la 12. Se observó en la tabla 9 que existen diferencias significativas de la prevalencia global por categoría laboral ($\chi^2 = 7.77$, $p = .02$) siendo más alta en el personal de operaciones (67.9%) que en el personal administrativo y técnico (62.4%) y el profesional de la salud (50.5%).

Tabla 10

Chi-cuadrada para prevalencia de consumo de tabaco lápsica por categoría laboral

<i>n= 427</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	χ^2	<i>gl</i>	<i>Valor de p</i>
Profesional de la Salud					
Si consume	65	22.5			
No consume	224	77.5			
Personal Adm y Técnico					
Si consume	34	40.0	11.43	2	.003
No consume	51	60.0			
Personal de operaciones					
Si consume	18	34.0			
No consume	35	66.0			

Nota: χ^2 = Chi-cuadrada, gl= Grados de Libertad, n= muestra

De igual forma en la tabla 10 se muestra significancia en la prevalencia lápsica por categoría laboral ($\chi^2 = 11.43$, $p < .003$) siendo más alta en el personal administrativo y técnico (40%) que en el profesional de la salud (22.5%), y que en el personal de operaciones (34.0%).

Tabla 11

Chi-cuadrada para prevalencia de consumo de tabaco actual por categoría laboral

<i>n= 427</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	χ^2	<i>gr</i>	<i>Valor de p</i>
Profesional de la Salud					
Si consume	54	18.7			
No consume	235	81.3			
Personal Adm y Técnico					
Si consume	30	35.3	12.40	2	.002
No consume	55	64.7			
Personal de operaciones					
Si consume	17	32.1			
No consume	36	67.9			

Nota: χ^2 = Chi-cuadrada, gr= Grados de Libertad, n = muestra

En la prevalencia actual se observó diferencia significativa ($\chi^2 = 12.40$, $p < .002$), donde el personal administrativo y técnico reportó más alta prevalencia (35.3%) seguido por el personal de operaciones (32.1%) y de los profesionales de la salud (18.7%).

Tabla 12

Chi-cuadrada para prevalencia de consumo de tabaco instantánea por categoría laboral

<i>n= 427</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>x²</i>	<i>gl</i>	<i>Valor de p</i>
Profesional de la Salud					
Si consume	42	14.5			
No consume	247	85.5			
Personal Adm y Técnico					
Si consume	27	31.8	16.24	2	.001
No consume	58	68.2			
Personal de operaciones					
Si consume	16	30.2			
No consume	342	69.8			

Nota: X² = Chi-cuadrada, gl= Grados de Libertad, n = muestra

En la tabla 12 se puede observar en la prevalencia instantánea por categoría laboral que hubo diferencia significativa ($\chi^2 = 16.24, p < .001$), reportando más alta esta prevalencia en el personal administrativo y técnico (31.8%) seguido por el personal de operaciones (30.2%) y por último de los profesionales de la salud (14.5%), de esta forma se da respuesta al primer objetivo.

Para el segundo objetivo que propuso identificar la prevalencia de HTA por tipo de prevalencia de consumo de tabaco se utilizó la prueba de Chi Cuadrada de Pearson y para identificar la prevalencia de HTA por la cantidad de cigarros consumidos en un día típico se utilizó la prueba Chi cuadrada de Pearson y la prueba U de Mann Withney.

Tabla 13

Chi-cuadrada para prevalencia de consumo de tabaco por diagnóstico de HTA

<i>Prevalencias</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>X²</i>	<i>gl</i>	<i>Valor de p</i>
<i>Prevalencia Global (n₃=235)</i>					
Sin diagnóstico	220	56.1	2.28	1	.131
Con diagnóstico	15	42.9			
<i>Prevalencia Lápsica (n₄=117)</i>					
Sin diagnóstico	109	27.8	.396	1	.529
Con diagnóstico	8	22.9			
<i>Prevalencia Actual(n₅=101)</i>					
Sin diagnóstico	93	23.7	.013	1	.908
Con diagnóstico	8	22.9			
<i>Prevalencia Instantánea (n₆=85)</i>					
Sin diagnóstico	77	19.6	.208	1	.648
Con diagnóstico	8	22.9			

Nota: X² = Chi-cuadrada, gl= Grados de Libertad, n₃= muestra total de prevalencia de consumo de tabaco global, n₄= muestra total de prevalencia de consumo de tabaco lápsica, n₅= muestra total de prevalencia de consumo de tabaco actual, n₆= muestra total de prevalencia de consumo de tabaco instantánea.

En la tabla 13 se presenta la prevalencia de consumo de tabaco global, lápsica, actual e instantánea por diagnóstico de hipertensión arterial, sin embargo no se encontró diferencia significativa ($p > .05$) en virtud de lo similar de las proporciones.

Tabla 14

U de Mann-Whitney para diagnóstico de hipertensión arterial y número de cigarrillos consumidos

	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>U</i>	<i>Valor de p</i>
<i>Le han diagnosticado HTA</i>					
Si	35	5.00	4.00	234.2	.250
No	392	3.60	2.00		

Nota: n= muestra total, \bar{X} = media, Mdn= Mediana, U= Estadístico de prueba U de Mann-Whitney

En la tabla 14 se presenta la prueba de U de Mann-Whitney entre quienes presentan diagnóstico de HTA y quienes no presentan este diagnóstico, respecto a la cantidad de cigarrillos consumidos, observándose que no existen diferencias significativas ($p > .05$), probablemente porque las medias y medianas fueron muy homogéneas. Con los datos anteriores se responde al segundo objetivo.

Para dar respuesta al tercer objetivo que señala determinar el tipo de dependencia al tabaco (Fagerström) por edad e ingreso económico se utilizó la prueba estadística *H* de Kruskal-Wallis y para el tipo de dependencia según sexo y categoría laboral se utilizó la Chi cuadrada de Pearson.

Tabla 15

H de Kruskal-Wallis para tipo de dependencia al tabaco (Fagerström) por edad e ingreso económico

<i>Variable</i>	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>H</i>	<i>Valor de p</i>
<i>Edad</i>					
Dependencia baja	77	29.39	25		
Dependencia Moderada	7	30.00	23	2.3	.314
Dependencia Alta	1	50.00	50		
<i>Ingreso Económico</i>					
Dependencia baja	77	6760.71	6000		
Dependencia Moderada	7	6642.86	5400	1.1	.550
Dependencia Alta	1	5000.00	5000		

Nota: n= muestra de participantes que consumen tabaco, \bar{X} = media, *Mdn*= Mediana, H= Estadístico de prueba *H de Kruskal-Wallis*

En la tabla 15 se identificó que de acuerdo a los tipos de dependencia al tabaco (Fagerström) y la edad, no se reportaron diferencias significativas ($p > .05$) así mismo tampoco se obtuvo diferencia significativa de acuerdo al ingreso económico ($p > .05$), esto indica que las medianas de la edad e ingreso económico son muy similares en cada uno de los tipos de dependencia.

Tabla 16

Chi-cuadrada para dependencia al tabaco (Fagerström) por sexo

<i>n= 85</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	χ^2	<i>gl</i>	<i>Valor de p</i>
<i>Dependencia Baja</i>					
Femenino	37	48.05			
Masculino	40	51.90			
<i>Dependencia Moderada</i>					
Femenino	4	57.10	1.15	2	.567
Masculino	3	42.90			
<i>Dependencia Alta</i>					
Femenino	0	0.00			
Masculino	1	100.00			

Nota: χ^2 = Chi-cuadrada, gl= Grados de Libertad, n= muestra total que fuma actualmente

En la tabla 16 se observa que no existe diferencia significativa entre el tipo de dependencia al tabaco (Fagerström) y el sexo ($p>.05$), las proporciones del sexo de acuerdo a la dependencia son muy homogéneas.

En la tabla 17 se observa que no existe diferencia significativa entre el tipo de dependencia al tabaco (Fagerström) y categoría laboral ($p>.05$), la proporción del tipo de dependencia son muy similares de acuerdo a la categoría laboral. De esta forma se responde al tercer objetivo.

Tabla 17

Prueba Chi-cuadrada para dependencia al tabaco (Fageström) por categoría laboral

<i>n= 85</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>x²</i>	<i>gl</i>	<i>Valor de p</i>
<i>Dependencia Baja</i>					
Profesional de la salud	38	49.40			
Personal administrativo	25	32.50			
Personal de operaciones	14	18.10			
<i>Dependencia Moderada</i>					
Profesional de la salud	4	57.10			
Personal administrativo	2	28.60	4.52	4	.340
Personal de operaciones	1	14.30			
<i>Dependencia Alta</i>					
Profesional de la salud	0	0.00			
Personal administrativo	0	0.00			
Personal de operaciones	1	100.00			

Nota: X² = Chi-cuadrada, gl= Grados de Libertad, n= muestra total de participantes que fuma actualmente

Para dar respuesta al objetivo número 4, que menciona determinar la prevalencia de hipertensión arterial entre fumadores y no fumadores, se utilizaron frecuencias y proporciones.

Tabla 18

Prevalencia de diagnóstico de hipertensión arterial en fumadores y no fumadores

<i>Diagnóstico de hipertensión n= 35</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
<i>Si Fuman</i>	8	22.8
<i>No Fuman</i>	27	77.1

CDPPCTA= Cedula de Datos Personales y Prevalencia de Consumo de Tabaco, n= muestra total de pacientes con diagnóstico de HTA

En la tabla 18 se observa que el 22.8% de participantes diagnosticados con HTA consumen tabaco actualmente ($n = 35$) y el 77.1% no lo consumen. De esta forma se responde al cuarto objetivo.

Para responder al objetivo 5 que determinó identificar el tipo de consumo de tabaco según edad, sexo, ocupación e ingreso económico se presentan los resultados en las tablas 19 a la 22.

Tabla 19

U de Mann-Whitney para tipo de consumo de tabaco por ingreso económico

	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>U</i>	<i>Valor de p</i>
<i>Posible dependencia</i>					
Si	4	6175.00	6350	669.0	.471
No	423	8373.16	7000		
<i>Usuario</i>					
Si	50	6628.10	6000	7729.5	.038
No	377	8581.28	7000		
<i>Experimentales</i>					
Si	32	7045.64	7000		
No	395	8458.42	6000	5011.5	.051
<i>Ex fumadores</i>					
Si	149	9561.48	8000	18414.5	.059
No	278	7704.00	6500		
<i>No fumadores</i>					
Nunca han fumado	192	8126.62	7000	21375.5	.485
Si han fumado	235	8537.17	7000		

Nota: n = muestra total, \bar{X} = media, *Mdn*= Mediana, *U*= Estadístico de prueba *U de Mann-Whitney*

En la tabla 19 se observa que de acuerdo al tipo de consumo de tabaco, existe diferencia significativa de acuerdo al ingreso económico en los usuarios ($U = 7729.5, p = .03$), reportando mayor ingreso en los no fumadores ($Mdn = 8,581.28$) que en los fumadores ($Mdn = 6,628.10$). Respecto a los consumidores experimentales se observó significancia ($U = 5011.50, p = .05$) fue más alto el ingreso económico en quienes no consumen tabaco de forma experimental ($Mdn = 8,458.42$) que en los que si consumieron de manera experimental ($Mdn = 7,045.64$). Finalmente se obtuvo significancia en los ex fumadores y el ingreso económico ($U = 18414.5, p = .05$) fue más alto en los que son ex fumadores ($Mdn = 9561.48$).

Tabla 20

U de Mann-Whitney para tipo de consumo de tabaco por edad

	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>U</i>	<i>Valor de p</i>
<i>Possible dependencia</i>					
Si	4	41.50	45.0	532.0	.201
No	423	32.94	30.0		
<i>Usuario</i>					
Si	50	28.70	24.5	6428.5	.001
No	377	33.59	31.0		
<i>Experimentales</i>					
Si	32	29.52	26.0	4904.0	.035
No	395	33.30	31.0		
<i>Ex fumadores</i>					
Si	149	32.72	30.0	20569.5	.907
No	278	33.18	30.0		
<i>No fumadores</i>					
Nunca han fumado	192	34.78	28.0	18320.0	.001
Si han fumado	235	31.58	35.0		

Nota: n= muestra total, \bar{X} = media, Mdn= Mediana, U= Estadístico de la prueba U de Mann-Whitney

En la tabla 20 se observa que existe diferencia significativa en relación a tipo de consumo de tabaco por la edad en los usuarios ($U = 6428.5, p.001$), experimentales ($U = 4904.0, p = .035$), y los no fumadores ($U = 18320.0, p < .001$), donde los usuarios

que si consumen tienen menor edad ($Mdn = 24.5$) a diferencia de los que no usuarios ($Mdn = 31.0$). Así mismo el consumo experimental mostro diferencia significativa ($U = 4904.0, p < .05$), donde los que si consumen de forma experimental tienen menor edad ($Mdn = 26.0$) a diferencia de los que no consumen de manera experimental ($Mdn = 31.0$). En los no fumadores se reportó diferencia significativa ($U = 18320.0, p < .001$) en el cual los que sí han fumado tienen menor edad ($Mdn = 28.0$) que los que nunca han fumado ($Mdn = 35.0$)

Tabla 21

Chi-cuadrada para tipo de consumo de tabaco por sexo

	<i>f</i>		<i>%</i>		χ^2	Valor de <i>p</i>
	<i>Si</i>	<i>No</i>	<i>Si</i>	<i>No</i>		
<i>Possible dependencia</i>						
Femenino	2	301	.07	99.3	.861	.353
Masculino	2	122	1.6	98.4		
<i>Usuario</i>						
Femenino	21	282	6.9	93.1	23.04	.001
Masculino	29	95	23.4	76.6		
<i>Experimental</i>						
Femenino	18	285	5.9	94.1	3.63	.057
Masculino	14	110	11.3	88.7		
<i>Ex fumador</i>						
Femenino	98	205	32.3	66.7	2.99	.084
Masculino	51	73	41.4	58.9		
<i>No fumador</i>						
Femenino	164	139	54.1	45.9	35.38	.001
Masculino	28	96	22.6	77.4		

Nota: χ^2 = Chi-cuadrada, n = muestra total

En la tabla 21 se muestra que existe diferencia significativa en los consumidores usuarios ($\chi^2 = 23.04, p < .001$), observándose que los participantes del género masculino

representaron la mayor proporción (23.4%) a diferencia del género femenino (6.9%). En relación a los consumidores experimentales se observó tendencia a la similitud ($\chi^2 = 3.63, p > .057$). En cuanto a los no fumadores por sexo se reportó diferencia significativa ($\chi^2 = 35.38, p < .001$), donde la mayor proporción se presentó en el sexo femenino (54.1%) que el masculino (22.6%).

En la tabla 22 se presenta el tipo de consumo de tabaco por categoría laboral, donde se observa que no existe diferencia significativa de la posible dependencia por categoría laboral ($\chi^2 = 5.58, p = .061$). De igual forma no se reportó diferencia significativa para tipo de consumo de tabaco usuario por categoría laboral ($\chi^2 = 5.31, p = .070$). No obstante si existe diferencia significativa del tipo de consumo de tabaco ex fumador ($\chi^2 = 11.79, p = .003$) siendo mas alto el consumo ex fumador en personal de operaciones (15.1%) que en el personal administrativo (12.9%) y de los profesionales de la salud (4.5%). De igual forma se reporta diferencia significativa en no fumadores por categoría laboral ($\chi^2 = 7.77, p = .020$); se observó mayor proporción (49.5%) en los profesionales de la salud, que en personal administrativo (37.6%) y personal de operaciones (32.1%). En relación a ex fumadores por categoría laboral no se observó diferencia significativa ($\chi^2 = .953, p = 0.62$).

Tabla 22

Chi-cuadrada para tipo de consumo de tabaco por categoría laboral

	<i>f</i>	<i>%</i>	χ^2	<i>gl</i>	<i>Valor de p</i>
<i>Posible dependencia</i>					
Profesional de la salud (<i>n</i> =289)	02	.7			
Personal administrativo (<i>n</i> =85)	00	0.0	5.58	2	.061
Personal de operaciones(<i>n</i> =53)	02	3.8			
<i>Usuario</i>					
Profesional de la salud (<i>n</i> =289)	28	9.7			
Personal administrativo (<i>n</i> =85)	16	18.8	5.31	2	.070
Personal de operaciones(<i>n</i> =53)	6	11.3			
<i>Experimentales</i>					
Profesional de la salud (<i>n</i> =289)	13	4.5			
Personal administrativo (<i>n</i> =85)	11	12.9	11.79	2	.003
Personal de operaciones(<i>n</i> =53)	8	15.1			
<i>Ex fumadores</i>					
Profesional de la salud (<i>n</i> =289)	103	35.6			
Personal administrativo (<i>n</i> =85)	26	30.6	.953	2	.621
Personal de operaciones(<i>n</i> =53)	20	37.7			
<i>No fumadores</i>					
Profesional de la salud (<i>n</i> =289)	143	49.5			
Personal administrativo (<i>n</i> =85)	32	37.6	7.77	2	.020
Personal de operaciones(<i>n</i> =53)	17	32.1			

Nota: χ^2 = Chi-cuadrada, *gl*= Grados de Libertad, *n*= número total de participantes por categoría laboral

Para dar respuesta al sexto objetivo que señala determinar las cifras de presión arterial sistólica y diastólica se utilizaron frecuencias y proporciones.

Tabla 23

Frecuencias y proporciones de presión arterial brazo derecho

Presión sistólica brazo derecho	Presión diastólica brazo derecho			
	T/A normal		T/A por arriba de lo normal	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Normal	241	90.2	53	33.1
Arriba de lo normal	26	9.8	107	66.9

Nota: CDPCTA= Cedula de Datos Personales y Prevalencia de Consumo de Tabaco.

En la tabla 23 se observa que el 90.2% de los participantes obtuvieron una presión arterial normal (presión arterial sistólica >120 y diastólica >80) tanto sistólica como diastólica en brazo derecho, el 9.8% presentó la presión sistólica por arriba de lo normal, el 33.1% presentó presión diastólica derecha por arriba de lo normal y 66.9% presentaron tanto presión arterial sistólica y diastólica por arriba de lo normal.

Tabla 24

Frecuencias y proporciones de presión arterial brazo izquierdo

Presión sistólica brazo izquierdo	Presión diastólica brazo izquierdo			
	T/A normal		T/A por arriba de lo normal	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Normal	245	87.1	48	32.9
Arriba de lo normal	36	12.9	98	67.1

Nota: CDPCTA= Cedula de Datos Personales y Prevalencia de Consumo de Tabaco.

En la tabla 24 se observa que el 87.1% de los participantes obtuvieron una presión arterial normal (presión arterial sistólica >120 y diastólica >80) tanto sistólica como diastólica en brazo izquierdo, el 12.9% presentó la presión sistólica por arriba de

lo normal, el 32.9% presento presión diastólica izquierda por arriba de lo normal y 67.1% presentaron tanto presión arterial sistólica y diastólica por arriba de lo normal.

Capítulo IV

Discusión

En el presente estudio fue factible aplicar empíricamente los conceptos de las variables prevalencia de consumo de tabaco global (alguna vez en la vida), lápsica (en el último año), actual (en el último mes) e instantánea (en los últimos 7 días), así como los tipos de consumo de tabaco en 427 trabajadores de la salud con o sin diagnóstico de HTA.

De acuerdo a las características socio demográficas en los trabajadores de la salud se observó que en su mayoría fueron del sexo femenino (71%); las edades que predominaron fueron de 18 a 30 años, en su mayoría fueron casados (44.8%) seguido por solteros (43.6%). Como se puede observar existe una tendencia a trabajar en el cuidado de la salud en el sexo femenino, lo cual concuerda con Cárdenas (2005) que menciona que la enfermería está incluida en las llamadas “profesiones feministas” es decir, aquellas profesiones que forman a la mujer no solo para actuar como trabajadora si no como una expresión de la riqueza de su género (considerada como primordial) de ser madre; y unido a esto la de ser esposa, hija y hermana. Adicionalmente en México las mujeres participan, principalmente, en los servicios educativos (62%), de salud y asistencia social (57%), así como en alojamiento y preparación de alimentos (53%). Además la mujer busca independizarse más, tener oportunidades de trabajo externo, y buscar oportunidades profesionales (Díaz-Guerrero, 2005).

Se observa también que el personal en su mayoría son jóvenes y en consecuencia son solteros o casados lo anterior es concordante con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] (2010), que reporta que la mayoría son jóvenes.

Respecto al diagnóstico de HTA en el estudio se encontró solo un 8.2% reconocen tener este diagnóstico proporción menor a lo que se reporta nacionalmente por Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [ENSANUT] (SS, 2012) dado que es aproximadamente el 33% de los adultos de 20 a 59 años en el país ha sido diagnosticado con HTA. Este hallazgo de baja prevalencia de HTA reportada en el estudio puede explicarse porque la media de edad de los trabajadores de la salud fue de 33 años, es decir población más joven que la incluida en la ENSANUT o bien es un problema de subregistro. De la población diagnosticada con HTA y consume tabaco un 17.1% disminuyó su consumo y un 8.6% continúa fumando, lo que se puede explicar porque el tabaco es una droga altamente adictiva con efecto psicoactivo que estimula los procesos químicos del cerebro y del sistema nervioso generando dependencia; en razón de ello los porcentajes de abandono siguen siendo bajos. Además concuerda con los reportado Díaz, Muñoz y Sierra (2007) y Acosta (2006) 11.5% y 12% respectivamente que realizaron su estudio en trabajadores de la salud.

Los resultados muestran prevalencias de consumo de tabaco global (55%), lápsica (27.4%), actual (23.7%) e instantánea (19.9%), las que son superiores a lo reportado por ENA (2011) donde se informa de una prevalencia global de 23.6%, lápsica 29.7% e instantánea de 15.5%. No obstante en otro estudio similar a este, se reporta una prevalencia del consumo de tabaco en el último año y en el último mes en trabajadores de la salud en el medio naval de Campeche más altas (45.4% y 33.7% respectivamente). (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Instituto Nacional de Salud Pública, [CONADIC-SS, 2011]. Es probable que las diferencias señaladas anteriormente se expliquen por diferencias metodológicas y de las características de las muestras de cada estudio.

En el presente estudio la edad de inicio de consumo de tabaco fue 18.2 años, lo que coincide con el estudio de Navarro (2013) en personas con HTA del estado de Nuevo León y es muy similar a lo documentado en la ENA 2011 que informa que entre

los adultos usuarios de tabaco, la edad promedio de inicio de consumo diario de tabaco se encuentra en 20.6 años (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Instituto Nacional de Salud Pública, [CONADIC-SS, 2011]).

En relación al primer objetivo del estudio que señala identificar la prevalencia global, lápsica, actual e instantánea de consumo de tabaco por edad, sexo, categoría laboral e ingreso económico. Se observó que la prevalencia de consumo de tabaco global, lápsica, actual e instantánea los participantes que consumen tabaco tienen menor edad que los que no consumen. Este hallazgo probablemente se explique por una cuestión generacional asociada con la reproducción de hábitos de riesgo de los jóvenes y la posibilidad de abandonar el tabaco por cuestiones de salud en los participantes de mayor edad.

En cuanto a la prevalencia de consumo de tabaco por ingreso económico se observó que los participantes que consumieron tabaco en el último año, mes y siete días tienen menor ingreso económico a diferencia de los que no consumen tabaco. Este resultado probablemente se explique en función del empleo que puede estar generando en los trabajadores estrés y el cigarrillo puede ser utilizado como medio de afrontamiento no saludable.

En relación a la prevalencia de consumo de tabaco por sexo se mostró diferencia significativa y se reportó que la prevalencia de consumo de tabaco alguna vez en la vida, en el último año, en el último mes y en los últimos 7 días los participantes del sexo masculino representaron la mayor proporción de consumo de tabaco (77.4%, 46.8%, 42.9% y 35.5%). Lo anterior coincide con la ENA (2011) donde la prevalencia lápsica el sexo masculino ocupa la mayor proporción (34.6%) y el femenino el 13.5%, de igual forma la prevalencia global el sexo masculino reporta la mayor proporción (35.1%) que el sexo femenino (24.7%).

En cuanto a la prevalencia de consumo de tabaco por categoría laboral, se observa que el consumo de tabaco alguna vez en la vida en el personal de operaciones

representó la mayor proporción (67.9%), en la prevalencia de consumo de tabaco en el último año, en el último mes y en los últimos siete días el personal administrativo y técnico ocupó la mayor proporción (40%, 35.3% y 31.8%), que en el personal de operaciones y en los profesionales de la salud. Estos hallazgos probablemente se expliquen en relación al estrés de la vida que la sociedad mexicana experimenta por razones económicas y sociales, posiblemente los profesionales y el personal de operaciones estén utilizando otras formas de afrontamiento de este estrés. Por otra parte el personal administrativo probable lo utilizan como reductor de estrés, como expectativa de imagen social.

Para el segundo objetivo que determinó identificar la prevalencia de HTA por tipo de prevalencia de consumo de tabaco y la cantidad de cigarrillos consumidos se observó que no existe diferencia significativa probablemente porque las medianas fueron muy homogéneas. El consumo promedio de cigarrillos entre los fumadores adultos diarios se estimó en 6.6 cigarrillos (IC 95%: 6.1-7.0). Lo anterior coincide con el estudio de Navarro (2013) en personas con HTA de Nuevo León y de manera general con la ENA (2011) donde los hombres reportan consumir en promedio 6.9 cigarrillos (IC 95% 6.4-7.5), y las mujeres reportan 5.7 cigarrillos al día.

El tercer objetivo propuso determinar el tipo de dependencia al tabaco (Fagerström) según, edad, sexo, categoría laboral e ingreso económico en la cual no se observó diferencia significativa lo que indica que las medianas fueron muy similares en cada uno de los tipos de dependencia (baja, moderada y alta).

En el cuarto objetivo se buscó determinar la prevalencia de hipertensión arterial entre fumadores y no fumadores, donde el 22.8% de los participantes diagnosticados con HTA consumen actualmente tabaco y el 77.1% no lo consumen. Sin embargo el total de los participantes con HTA deberían haber abandonado la conducta de fumar, ya que en estudios realizados por Galán, Campos, Amato & Pérez (2006) se ha encontrado que aun y que los pacientes tomen su medicamento antihipertensivo si continúan fumando

las cifras de presión arterial siguen elevadas. Además la Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de la Hipertensión Arterial, NOM-030-SSA2-2009 (Valero & Garcia, 2009) recomienda la cesación del tabaco en personas con diagnóstico de hipertensión arterial.

En el quinto objetivo propuso identificar el tipo de consumo de tabaco según edad, sexo, categoría laboral e ingresos económicos, donde se observó que el consumidor usuario reportó un ingreso económico menor (6,628.10 vs 8,581.28), respecto al consumo experimental se observó un mayor ingreso económico en los consumidores experimentales que en los no experimentales (7,045 vs 8,458.42), de igual forma los ex fumadores tienen mayor ingreso económico (9,561.48) que los que no son ex fumadores (7,704). Este hecho se puede explicar en virtud de que al dejar de fumar, los ex fumadores tendrán más recurso económico disponible, por el ahorro de la compra de cigarrillos, además que la legislación sanitaria y hacendaria indican el cobro de un impuesto cada vez mayor en la venta de cigarrillos (OMS, 2011).

Además se observa que existe diferencia significativa entre la edad y el tipo de consumo usuario, experimentales y no fumadores, donde los usuario y experimentales tienen menor edad y los que nunca han fumado tienen mayor edad que los que han fumado. Como se indicó anteriormente este hábito cada vez es menor, en personas de mayor edad probablemente por asuntos de salud, por restricciones de la legislación sanitaria que prohíbe fumar en lugares cerrados o por el costo cada vez más alto de los cigarrillos. En relación al consumo de tabaco por sexo se observó que en los consumidores usuarios el 23.4% son masculinos y los no fumadores la mayor proporción la ocupa el sexo femenino 54.1%. Como se indicó anteriormente las conductas de riesgo tienen una connotación cultural y se asocian a los roles femeninos y masculinos donde la mujer tiene premisas socioculturales que reducen el riesgo del consumo de tabaco (Díaz-Guerrero 1994). En relación al consumo de tabaco y categoría laboral en el consumo de

tabaco experimental la mayor proporción la ocupó el personal de operaciones (15.1%), en cuanto a los no fumadores la mayor proporción la ocupó el profesional de la salud (49.5%). Es evidente que los profesionales de la salud tienen mayor conocimiento de los riesgos asociados y las consecuencias de la nicotina y por ello no se involucran con esta conducta.

Finalmente en el sexto objetivo planteó identificar las cifras de presión arterial diastólica y sistólica, donde se identificó una media de presión arterial sistólica de 110 mmHg en ambos brazos y un media de presión arterial diastólica de 70 mmHg en ambos brazos. En el estudio de Fernández (2010) la presión arterial sistólica presentó una media de 130.4 (14.0%) en los no fumadores y de 131.8 (16.5%) en fumadores ($p < .0001$). La presión arterial diastólica presentó una media de 77.4 (8.9%) en no fumadores y de 79.2 (10.5%) en fumadores siendo estas diferencias significativas ($p < .05$), esta diferencia se puede explicar ya que los participantes del estudio en su mayoría tenían edades avanzadas (56-70 años) en comparación con el presente estudio, donde la mayor proporción de los participantes tenían entre 18 y 30 años (51.1%).

Conclusiones

En relación con el primer objetivo se encontró significancia de la prevalencia de consumo de tabaco global, lápsica, actual e instantánea por edad; en todos los tipos de prevalencia los trabajadores de la salud que consumían tabaco tienen menor edad que los que no consumían tabaco.

La prevalencia de consumo de tabaco lápsica, actual e instantánea mostraron diferencia significativa según el ingreso económico que percibían los trabajadores de la salud. En los tres tipos de prevalencia todos los que consumían tabaco reportaron menor ingreso económico que los que no consumen tabaco en el último año, último mes y últimos siete días. No se reportó significancia de la prevalencia de consumo de tabaco global por edad.

En el mismo sentido los cuatro tipos de prevalencia de consumo de tabaco global, lápsica, actual e instantánea reportaron diferencia significativa por sexo. En todos los casos las proporciones fueron más altas en el sexo masculino en el sexo femenino.

Finalmente para concluir el primer objetivo las prevalencias de consumo de tabaco global, lápsica, actual e instantánea mostraron diferencia significativa por categoría laboral. La prevalencia global fue más alta en el personal de operaciones que en el personal administrativo, técnico y en profesionales de la salud. No obstante, la prevalencia lápsica, actual e instantánea fue más alta en el personal administrativo y técnico que en el personal de operaciones y en profesional de la salud.

Para el segundo objetivo que propuso identificar la prevalencia de HTA por tipo de prevalencia de consumo de tabaco y cantidad de cigarrillos consumidos no se encontró diferencia significativa ya que la mayoría de los trabajadores tenían algún tipo de dependencia.

En el tercer objetivo que determinó el tipo de dependencia al tabaco

(Fagerström) por edad, ingreso económico, género y categoría laboral, se destaca que no se encontró diferencia significativa ya que la mayoría de los trabajadores que consumen tabaco actualmente tienen algún tipo de dependencia a la nicotina.

Se determinó en el cuarto objetivo la prevalencia de HTA entre fumadores y no fumadores, se documentó que el 22.8% de los participantes diagnosticados con HTA consumen tabaco actualmente.

De acuerdo al quinto objetivo se encontró que existe diferencia significativa en el consumo de tabaco usuario y experimental por ingreso económico, observándose menor ingreso en estos dos tipos de consumo en comparación a los que no son usuarios y experimentales.

Se observó diferencia significativa acerca del tipo de consumo de tabaco por edad, en el tipo usuario y experimental, se reportaron menor edad en relación a los no usuarios y experimentales. Así mismo, hubo diferencia significativa respecto a la edad de los participantes que nunca han fumado, donde estos presentaron mayor edad que los que sí han fumado.

En cuanto al tipo de consumo de tabaco por sexo, se encontró diferencia significativa en el usuario, siendo el personal masculino el que ocupa la mayor proporción, a diferencia de los no fumadores, ya que la mayor proporción se presentó en el sexo femenino.

Respecto al tipo de consumo de tabaco por categoría laboral, se reportó diferencia significativa en los experimentales, en donde la mayor proporción fue en el personal de operaciones, personal administrativo y en menor proporción en los profesionales de la salud. De igual forma se presentó diferencia significativa en los no fumadores, donde los profesionales de la salud representaron la mayor proporción que el personal administrativo, siendo la menor proporción en el personal de operaciones.

Finalmente en el sexto objetivo planteó identificar las cifras de presión arterial diastólica y sistólica, se identificó una media de presión arterial sistólica de 110 mmHg

en ambos brazos y un media de presión arterial diastólica de 70 mmHg en ambos brazos. Además el 90% de los participantes presentaron presión arterial diastólica y sistólica norma en brazo derecho, 66.9% presentaron presión arterial sistólica y diastólica por arriba de lo normal en brazo derecho, el 9.8% presentó presión diastólica normal y presión sistólica por arriba de lo normal en brazo derecho, el 33.1% presentó presión diastólica por arriba de lo normal y sistólica normal.

La presión arterial en brazo izquierdo presentó el 87.1% presión diastólica y sistólica normal, 67.1% presión sistólica y diastólica por arriba de lo normal, 32.9% presión diastólica por arriba de lo normal y presión sistólica normal, 12.9% presión diastólica normal y sistólica por arriba de lo normal.

Recomendaciones

Replicar el estudio en trabajadores de la salud con y sin hipertensión arterial en instituciones públicas e incluir el consumo de alcohol.

En próximos estudios incluir la realización del monitoreo de la presión arterial en participantes que se les detecte las cifras elevadas (Sistólica >120 y Diastólica < 80 mm Hg) durante siete días, en el mismo horario para la confirmación del diagnóstico médico tanto en personas fumadoras y no fumadoras.

Proponer a la institución de salud un programa de cuidado de enfermería para la cesación del tabaquismo en personas con diagnóstico médico de HTA o con sospecha de HTA.

Diseñar programas de cuidado preventivo para evitar el consumo de tabaco en trabajadores de la salud.

Realizar estudios cualitativos para comprender el significado del consumo de tabaco, en personas usuarias de cigarrillos que tienen diagnóstico médico de HTA.

Continuar aplicando la prueba de Fagerström en virtud de la confiabilidad encontrada en este estudio.

Referencias

- Acosta, M., Martínez, M., Armadas, N., Hernández, E., Dueñas, A. & Díaz. M. (2006). Características diagnosticas sobre Tabaquismo en trabajadores de una institución de salud, *Revista Cubana de Enfermería*, 22 (1).
- Burns, N., & Grove, S. K. (2004). Investigación en Enfermería (3ª ed.) Barcelona, España. Elsevier España.
- Comisión Nacional Contra las Adicciones [CONADIC], Subsecretaria de Prevención y Promoción de la Salud, Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones [CENADIC], Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, Instituto Nacional de Psiquiatría de Salud Publica (2008). Encuesta Nacional de Adicciones, 2011, México, D. F.
- Díaz-Guerrero, R. (1994). Psicología del Mexicano. Descubrimiento de la etnopsicología (6ª ed.) México. Trillas
- Díaz, R. J., Muñoz, M. J., & Sierra, T. C. (2007). Factores de Riesgo para Enfermedad Cardiovascular en Trabajadores de una Institución Prestadora de Servicios de Salud, Colombia. *Revista de salud Pública*. 9(1), 54-75.
- Elashoff, D. J. Dixon, J. W., Crede, M. K. & Fotheringham N. (2000). n. Query Advisor (version 4.0) Copyright (Software estadístico para PC). Los Angeles, C: Statistical Solutions.
- Ferrante, D., & Virgolini, M. (2007). Prevalencia de factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares en Argentina. *Revista Argentina de Cardiología*, 75 (1), 20-29
- Fernández, B.J., Sanz, B.V., Garrido, M.P., & López, S.E. (2010). Riesgo Cardiovascular: evaluación del tabaquismo y revisión en atención primaria del tratamiento y orientación sanitaria. *Revista Atención Primaria*, 43 (11), 593-603

- Galán, M., Campos, M., Amato & Pérez, C. (2006). Efectos del tabaquismo sobre la presión arterial de 24 h - evaluación mediante monitoreo ambulatorio de presión arterial (MAPA). *Revista Cubana de Medicina*, 87, 456-463.
- González H.L., & Berger, V.K. (2002). Consumo de Tabaco en Adolescentes: Factores de riesgo y Factores Protectores. *Ciencia y Enfermería*, 8(2), 27-35
- Groppelli, A., Giorgi, D., Omboni, S., Paratti, G. & Mancia, G. (1992). Persistent blood pressure increase induced by heavy smoking. *Hypertension*; 10, 495-99.
- Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial, en el Primer Nivel de Atención. (2008). *México: Secretaria de Salud*.
Recuperado de: www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html
- Heatherton, F., et al. (1991) The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addiction*, 86:1119-1127.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2010). Censo de población y vivienda. Recuperado de <http://cuentame.inegi.org.mx/Economia/terciario/servicios>
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaria de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones (2011). Reporte de Drogas. Villatoro-Velázquez, J.A., Medina-Mora, M.E., Feleiz-Bautista, C., Téllez-Rojo, M.M., Mendoza-Alvarado, L. R., Romero-Martinez, M., Gutiérrez-Reyes, J.P., Castro-Tinoco, M., Hernández-Avila, M., Tena-Tamayo, C., Alvear-Sevilla, C., & Guisa-Cruz, V. México Recuperado de: www.conadic.gob.mx
- Instituto Nacional de Salud Pública (2007). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Resultados por entidad federativa, Nuevo León. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública-Secretaría de Salud, 91-116

- Messanna, L., Manresa, N., Castro, O.M. & Hernández, N.O (2010). Tabaquismo como factor de riesgo en enfermedades crónicas. *Horizontes de Enfermería*, 21 (2), 55-62.
- Navarro, S. D. (2013). Consumo de alcohol y tabaco en adultos con diagnóstico de hipertensión arterial.
- O'Connell, S. & Bare, G. (2005). Enfermería Medicoquirúrgica. *Mc Graw-Hill* 1(942).
- Secretaría de Salud [SS], (2009). Norma Oficial Mexicana, Para la Prevención, Tratamiento e Hipertensión Arterial, NOM-030-SSA2-2009, México.
<http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/publicaciones/nom030.pdf>
- Olaiz, F. G., Rivera, D.J., Shamah, L. T., Rojas, R., Villalpando, H. S., Hernández, A. M., Sepúlveda, A. J. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca, México: *Instituto Nacional de Salud Pública*. 75-82
- Organización Mundial de la Salud (2011).
- Ponce. L. C., Isaac. R. M., & Espinosa, P. O. (2012). Comportamiento de la presión arterial y factores de riesgo cardiovasculares en adultos del consultorio No. 20. *Mediciego*; 18 (2). Recuperado de: <http://bvs-sld.cu/revistas/mciego/index.html>
- Ramos, P.A., Riesco, M.J.A., Jiménez, R.C.A., & Izquierdo, P.M. (2007). Prevención y Tratamiento del Tabaquismo en el Medio Hospitalario. *Revista Prevención del Tabaquismo. Área de tabaquismo de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica*. 9(1), 22-27
- Reynales, S. L., Valdés, S. R., Rodríguez, B. R., Lazcano, P. E., & Hernández, A. M. (2010). Encuesta de Tabaquismo en Jóvenes en México. Análisis descriptivo 2003, 2005, 2006, 2008. Cuernavaca, México: *Instituto Nacional de Salud Pública*, 18-293
- Rojas, V.J., Baena, R.B., Soto, C.J & Palma, M.D (2007). Tabaquismo en los profesionales del distrito sanitario de Sevilla. *Neumosur*, 19 (4): 179-185

- Sánchez, H. F. (2009). Motivaciones para el consumo de tabaco y alcohol en trabajadores de la salud en el medio naval. (Tesis Inédita de Maestría no Publicada, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey Nuevo León México.
- Secretaria de Salud (1987). Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud. México. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
- Secretaria de Salud, (2012). Instituto Nacional de Salud Pública. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT)*. México. Recuperado de: <http://ensanut.insp.mx>
- Secretaria de Salud [SS], (2009). Norma Oficial Mexicana, Para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones, NOM-028-SSA2-2009, México.
- Secretaria de Salud. (2007). Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. Necesidades de salud, daños y riesgos. Primera edición.
- Secretaría de Salud. (2009). Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA). *Clínicas de Tabaco*. Dirección General de Epidemiología. Recuperado de: <http://www.dgepi.salud.gob.mx/infoepi/index.htm>
- Secretaria de Salud (2011). SINAIS Sistema Nacional de Información en Salud, Tabla Dinámica de Defunciones, 1979-2009. Recuperado de: <http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/index.html#dinamica>
- Suarez, L. N & Campos, P.E. (2010). Prevalencia y percepción de riesgo del tabaquismo en el área de salud del policlínico “Dr. Jorge Ruiz Ramirez”. *Revista Cubana de Salud Publica*, 36 (2) 125-131.
- Suarez, L. N., Caraballosa, H. M. & Hechavarría, N. S. (2008). El tabaquismo en los profesionales de la Salud de la Habana Vieja. *Revista cubana de Salud Pública*. 34.

- Tapia, C. R. (2001). *Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas*. (2ª edición), Ciudad de México, México: Manual Moderno, 61-113
- Teixeira do Carmo, J., Andrés Pueyo, A. & Álvarez, L.E., (2005). La evolución del concepto de tabaquismo. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(4).557-562
- Valero, R., & Garcia, S.A (2009). Normas, Consejos y Calificaciones sobre Hipertensión Arterial. *Enfermería Global*, 15. Recuperado de:
<http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid>
- Velasco, C.M. (2013). Perfil de Salud en los Trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Revista Medicina interna Instituto Mexicano del Seguro Social*. 51(1) 12-25. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2013/im131c.pdf>
- Valdespino, J.L., Olaiz. G., López-Barajas, M.P., Mendoza, L., Palma, O., Velázquez, O., & Tapia, R., & Sepúlveda J. (2001) Encuesta Nacional de Salud 2000. Tomo I. Vivienda, población y utilización de servicios de salud. Cuernavaca, Morelos, México. Instituto Nacional de Salud Pública, 2003. Recuperado de:
http://ensanut.insp.mx/informes/ENSA_tomo1.pdf

Apéndices

Apéndice A

Cedula de Datos Personales y Prevalencia de Consumo de Tabaco (CDPPCTA)

I. Datos Personales

1. Cuántos años tiene

2. Sexo: 1. Femenino 2. Masculino

3. Estado Civil:

1. Casado 2. Viudo 3. Soltero

4. Divorciado 5. Unión Libre 6. Separado

4. Escolaridad: Cuantos años ha cursado de manera formal (número de años que ha estado en formación (obtuvo diploma o certificado) _____

5. Podría señalarme su grado escolar

1. Primaria 2. Secundaria 3. Preparatoria

4. Estudios Técnicos 5. Profesional 6. Posgrado

6. Ocupación

Profesional de la Salud

1. Enfermera 2. Químicos 3. Técnicos radiólogos 4. Nutriólogo

5. Ingenieros 6. Contadores 7. Licenciados (Trabajo Social, Psicología)

Personal Administrativo y Técnico

8. Secretaria 9. Asistente 10. Cajero 11. Auxiliares

Personal de Operaciones

12. Mantenimiento 13. Limpieza 14. Seguridad 15. Cocineras

7.Cuál es su ingreso económico total en pesos mensuales (neto a pagar) _____

8. Le ha diagnosticado el médico Hipertensión arterial: Si No

9. Podría decirme cuanto tiempo tiene con el Diagnostico de Hipertensión Arterial

10. Medición de presión arterial:

Brazo derecho Brazo Izq

11. Usted fumaba antes de saber que tenia Hipertensión arterial?

Si No No estoy diagnosticado con Hipertensión Arterial

12. Cuando le diagnosticaron Hipertensión Arterial usted:

Dejo de fumar Disminuyo su consumo

Nunca ha fumado Continua fumando

II. Datos de prevalencia de consumo de tabaco

A continuación se presentan diferentes preguntas relacionadas con el consumo de tabaco, conteste lo más apegado a su realidad, la información recabada, es estrictamente confidencial, así que no necesita poner su nombre. Gracias por su colaboración.

Por favor marque con una X solo una de las respuestas de las preguntas.

Si No

11. ¿Ha fumado cigarrillos alguna vez en su vida?		
12. ¿Ha fumado en el último año?.		
13. ¿Ha fumado cigarrillos en el último mes?		
14. ¿Ha fumado en los últimos siete días?		

15. De acuerdo a su experiencia ¿Qué tanto considera que ha fumado?

He fumado más de 100 cigarrillos en mi vida, pero actualmente (últimos 30 días) ya no fumo.	
He fumado menos de 100 cigarrillos en mi vida y actualmente fumo ocasionalmente.	
He fumado más de 100 cigarrillos en mi vida y actualmente continúo fumando.	
Fumo cigarrillos todos los días y mi primer cigarro es en un tiempo inferior a 30 minutos después de haberme despertado.	

16. En un día normal ¿Cuántos cigarrillos cree que fuma?

17. ¿Durante los últimos 7 días cuantos cigarrillos fumo?

18. ¿A qué edad empezó a fumar?

Apéndice B

Prueba de Fagerström

Pregunta	Respuestas	
Podría decirme usted ¿Cuánto tiempo pasa desde que se levanta y fuma el primer cigarrillo?	Menos de cinco minutos	
	Seis a 30 Minutos	
	De 31 a 60 minutos	
	Más de 30 minuto	
	No fumo	
¿Encuentra difícil fumar en los lugares que están prohibidos?	Si	
	No	
¿Qué cigarrillo es el más difícil de omitir?	El primero de la mañana	
	Algún otro	
¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	Entre 31 o más	
	Entre 21 a 30	
	Entre 11 a 20	
	Menos de 10	
¿Fuma usted más cigarros durante la primera parte del día, que durante el resto del día?	Si	
	No	
¿Fuma usted cuando se halla enfermo e incluso en la cama?	Si	
	No	

Apéndice C

Oficio Autorización de la Institución



Monterrey, N.L. a 27 Agosto del 2013

Raquel Alicia Benavides Torres Ph.D
Secretario de Investigación
Facultad de Enfermería UANL
P r e s e n t e.-

Por medio del presente me permito saludarle y a la vez comunicarle la respuesta favorable a su oficio FAEN-M-1055/2013 donde autorizamos a la Lic. Mary Cruz Alemán Bocanegra, alumna de 4to semestre de Maestría en Ciencias de Enfermería realice la recolección de datos de su prueba final de su estudio de tesis titulado "Tabaquismo en trabajadores de la salud con o sin diagnostico de hipertensión arterial".

Sin más por el momento,



Lic. Martha Blancas Álvarez
Directora de Talento y Cultura
Tec Salud

Apéndice D

Consentimiento Informado

Título del Proyecto: Consumo de Tabaco en los Trabajadores de la Salud con y sin diagnóstico de Hipertensión Arterial.

Investigador Responsable: Lic. Mary Cruz Alemán Bocanegra.

Estamos interesados en conocer algunos aspectos del consumo de tabaco en el trabajador de la salud en relación a si presentan o no hipertensión arterial, por lo cual lo estamos invitando a participar en este estudio, si usted acepta, dará respuesta a las preguntas de los cuestionarios en el horario disponible dentro de sus actividades. Antes de decidir si desea o no participar, necesita conocer el propósito del estudio, cuáles son los riesgos y lo que debe hacer después de dar su consentimiento para participar. Este procedimiento se llama consentimiento informado, este instructivo le explicará el estudio, si usted decide participar, le pediremos que firme esta forma de consentimiento.

Propósito del Estudio: El estudio pretende identificar el consumo de tabaco y su relación con la hipertensión arterial en los trabajadores de la salud de un hospital privado de tercer nivel de atención. El presente proyecto es un requisito para la Maestría en Ciencias de Enfermería que está cursando la Lic. Mary Cruz Alemán Bocanegra.

La información que nos proporcione será utilizada en un futuro para diseñar e implementar programas educativos que nos ayuden a disminuir o evitar el consumo de tabaco en los trabajadores de la salud.

Se pretende entrevistar a: Trabajadores de la salud en un hospital privado de tercer nivel de atención.

Descripción del Estudio/ Procedimiento

Si usted acepta participar en el estudio le pediremos que lea el procedimiento y si está de acuerdo firme esta forma de consentimiento informado.

Los cuestionarios serán aplicados en la oficina de entrega de turno de cada uno de los departamentos de la institución, si usted no dispone de tiempo, se programara la cita en un día y horario que usted defina. Se le protegerá cuidando en todo momento su privacidad, no identificándole por su nombre, ni dirección, la información que usted proporcione solo la conocerá usted y el investigador.

Su participación consiste en contestar un cuestionario para lo cual se requiere un tiempo de 15 minutos, además de que al finalizar de llenar el cuestionario se le tomara la presión arterial en ambos brazos.

Además se le informa que esto no tendrá ninguna repercusión en su lugar trabajo.

Tendrá la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento que usted lo decida y en caso de que desee dejar de participar, obtendrá la plena seguridad de que no tendrá ningún perjuicio en sus actividades laborales.

Riesgos e inquietudes:

No existen riesgos serios relacionados con su participación en el estudio. Sin embargo si se siente indispuerto o no desea seguir hablando de estos temas puede retirarse en el momento que usted lo decida.

Beneficios esperados:

En este estudio no existe un beneficio personal por participar, en un futuro con los resultados de este estudio se podrán diseñar e implementar un plan de intervenciones de enfermería que disminuyan o eviten el consumo de tabaco en la población de trabajadores de la salud.

Alternativas:

La única alternativa para este estudio implica no participar en el estudio.

Costos:

No hay ningún costo por participar en el estudio.

Autorización para uso y distribución de la información para la investigación:

Las únicas personas que conocerán que usted participa en el estudio, son usted y la autora del estudio. Ninguna información sobre usted será dada a conocer, ni se distribuirá a ninguna persona. Los resultados de los cuestionarios serán publicados en una tesis o en un artículo científico pero únicamente de manera general, nunca se presentará información personalizada. Recuerde que los cuestionarios que usted conteste son anónimos y la información es confidencial.

Derecho de Retratar:

Su participación en este estudio es voluntaria, la decisión de participar o no participar no afecta su relación actual con ninguna institución de salud o educativa. Si usted decide participar está en libertad de retractarse en cualquier momento sin afectar en nada sus derechos como profesional.

Preguntas:

Si tiene alguna pregunta sobre sus derechos como participante de este estudio por favor comunicarse al comité de ética que puede localizaren la Facultad de Enfermería de la UANL, al teléfono 83 48 18 47, Dirección Avenida Gonzalitos 1500, Colonia Mitras Centro.

Consentimiento:

Yo voluntariamente acepto participar en este estudio y que se colecte información sobre mi persona. Yo he leído la información en este formato y todas mis preguntas han sido contestadas.

Aunque estoy aceptando participar en este estudio, no estoy renunciando a ningún derecho y puedo cancelar mi participación.

Firma del Participante

Firma del Investigador Principal

Firma del Testigo

Firma del Testigo

Fecha

Apéndice E

Procedimiento Para la Toma de Presión Arterial

Equipo: Estetoscopio y esfigmomanómetro aneroides.

Procedimiento:

1. Explicarle al participante el procedimiento a realizar.
2. Pedir a la persona que tome asiento frente al investigador.
3. Si el sujeto se encuentra agitado, dejarlo reposar de tres a cinco minutos
4. Colocar su brazo frente al investigador, apoyado en una superficie plana, a la altura del corazón de la persona.
5. Comprobar que el manómetro se encuentre calibrado.
6. Colocar el brazalete en el brazo del sujeto, a dos centímetros del pliegue del brazo, con las mangueras hacia la cara interna del brazo
7. Colocar el dial orientado directamente hacia el investigador y a una distancia no superior a 90 cm.
8. Localice el pulso del paciente y coloque la membrana del estetoscopio sobre el área donde se localizó el pulso y sujete la membranilla con los dedos a excepción del dedo pulgar.
9. Colóquese las olivas del estetoscopio en los oídos y comience a inflar con la perilla, hasta 180 mm.
10. Después comience a abrir la perrilla lentamente y registre la cifra en donde escuche el primer y último latido.

RESUMEN AUTOBIOGRAFICO

Candidato para obtener el grado de Maestría en Ciencias de Enfermería

Tesis: CONSUMO DE TABACO EN TRABAJADORES DE LA SALUD CON O SIN
DIAGNOSTICO DE HIPERTENSION ARTERIAL

LGAC: Prevención de Adicciones: Drogas Licitas e Ilicitas

Biografía: Mary Cruz Alemán Bocanegra, nacida en la Ciudad de Reynosa Tamaulipas, hija del Sr. René Alemán Marín y la Sra. Eva Adalia Bocanegra Cano, esposa del Sr. José Luis Castillo Rojas, hijos Ángel Mario, Derek Andrés y Danna Marycruz.

Educación: Egresada de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, con el grado de Licenciado en Enfermería, generación 1996-2000.

Experiencia Laboral: Coordinadora del la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria del Tec Salud Hospital San José, de 2013 a la fecha. Enfermera del Comité de Infecciones Intrahospitalarias del Hospital San José 2004-2012, Maestro por Horas (Instructor de Clase Clínica) en la Facultad de Enfermería de la UANL de Agosto 2002 a Julio 2003. Licenciada en Enfermería en el Hospital Universitario “José Eluterio González” 2001- 2002.

Miembro de Sigma Theta Tau International, Capítulo Tau Alpha desde 2013, Certificado de Licenciado en Enfermería por el Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería junio 2010 al 26 de junio 2015.

Publicaciones:

Ayala, G.J.J., Alemán, B.M.C., Guajardo, L.C.E & Rivera, C.N.A (2011). Selección de antimicrobianos. Aspectos a Considerar. *Revista Avances* 5(8):23-31.

Ayala, G.J.J., Alemán, B.M.C., Guajardo, L.C.E & Rivera, C.N.A (2011). Bacteremias: incidencia y resistencia antimicrobiana Tendencia a través de dos décadas de seguimiento. *Revista Avances*. 23(8): 5-11.

Ayala, G.J.J., Alemán, B.M.C., Guajardo, L.C.E & Valdovinos, C.S.B (2010). Bacteremia asociada con catéter venoso central. Revisión de cinco años de vigilancia en pacientes hospitalizados (2010). *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 48(2): 145-150.

E-mail: mary.aleman.b@tecsalud.mx

maryal77@hotmail.com