



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



**DIRECCION DE PRESTACIONES MÉDICAS
DELEGACIÓN VERACRUZ NORTE
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 66
XALAPA, VERACRUZ.**



**“PERFIL DEL PERSONAL CON TABAQUISMO POSITIVO EN LA UMF 66
XALAPA, VERACRUZ”**

TESIS:

PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. DORIS YANÍN HERNÁNDEZ PLATAS

**ASESOR METODOLÓGICO:
DRA. NIDIA HERNÁNDEZ TRUJILLO**

**ASESOR ESTADÍSTICO
LIC. EN ESTADISTICA MANUEL CERDÁN GALÁN**

Xalapa, Veracruz a Agosto del 2013

DEDICATORIA:

A mi madre Elda por su apoyo incondicional, a mi padre Hugo por todas sus enseñanzas, a mis hermanos Elda y Hugo Iván por todo su cariño, a mi novio Agamén por ser siempre mi fiel compañero, a mis perros por hacerme feliz día a día, a mi amigo Erasmo por su sincera amistad durante estos tres años, a todos y cada uno de mis maestros durante mi preparación como médico residente.

ÍNDICE	Págs.
Resumen	4
Introducción	5
Justificación.....	10
Objetivos	11
Objetivo general	11
Objetivos específicos	11
Metodología	12
Criterios de selección	12
Criterios de inclusión	12
Criterios de exclusión	12
Programa de trabajo.....	12
Definición, operacionalización y escala de medición de variables	13
Resultados	17
Discusión	30
Conclusión	32
Anexos	33
Referencias bibliográficas	38

RESUMEN

PERFIL DEL PERSONAL CON TABAQUISMO POSITIVO EN LA UMF 66 XALAPA, VERACRUZ

Introducción: El tabaquismo es un importante problema de salud pública y factor importante para ausentismo, incapacidad laboral, incremento, prolongación y gravedad de diversas enfermedades.

Objetivo: Determinar el perfil del personal con tabaquismo positivo de la UMF 66 Xalapa en el periodo comprendido entre enero y febrero del 2012.

Diseño: Encuesta prospectiva descriptiva.

Métodos: estudio descriptivo transversal que incluyó 52 de 346 trabajadores de todas las categorías en la UMF 66 Xalapa con tabaquismo activo a los que se realizó un cuestionario autoaplicado para determinar características sociodemográficas y del hábito tabáquico.

Resultados: predominó género femenino (54%), de 20 a 30 años (54%), solteros (63%), xalapeños (63%), personal de salud (58%), principalmente becarios (25%), basificados (58%), antigüedad laboral mayor de 5 años (81%), horario vespertino (40%), inicio del hábito a la mayoría de edad (58%), 11 años o más de consumo (54%), fumando 1 a 3 cigarros diarios (69%), principalmente en fiestas y reuniones (31%), inicio por curiosidad (27%), conoce al menos una consecuencia negativa para la salud (98%), dependencia baja a la nicotina según Fagerstrom (92%), motivación alta para abandonar el hábito según Richmond (48%) estadísticamente significativo con consumo bajo de cigarros ($p < 0.005$) y que pertenecen a una familia integrada (54%), urbana (100%), moderna (62%), profesional (63%) y sin evidencia de pobreza familiar (85%).

Conclusiones: el hábito tabáquico en el personal predomina en mujeres, trabajadores de la salud, principalmente becarios, con 11 años o más de consumo que conocen al menos una consecuencia negativa para la salud secundaria al consumo, con dependencia baja a la nicotina pero con motivación alta para el abandono del mismo. Identificar estas características permitirá realizar acciones y programas de información, así como estrategias de apoyo para el abandono del mismo en el personal implicado.

Palabras clave: tabaquismo, personal de salud, unidad de medicina familiar

INTRODUCCION

Por los problemas de salud que ocasiona, el tabaquismo es considerado como un importante problema de salud pública. Desde los años cincuenta, los países desarrollados abrieron líneas de investigación para medir y precisar los daños provocados por el consumo de tabaco, abarcando tanto al consumidor de cigarrillos como a las personas que se exponen involuntariamente al humo de tabaco. La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha señalado que el tabaquismo es la causa directa o indirecta de por lo menos cuatro millones de fallecimientos al año, cifra que previsiblemente irá en aumento y alcanzará los diez millones para el año 2030 si se mantiene la tendencia actual del consumo de tabaco. ¹

En México el problema del consumo de tabaco y sus consecuencias tiene una evolución característica y afecta de distintas maneras y en diferentes grados de intensidad a la población. Varían la proporción de habitantes que sufre daño, las normas y controles sociales que propician o inhiben el consumo, los problemas que éste ocasiona en el individuo, la familia y la sociedad, la percepción social frente al problema y las alternativas para su manejo. En general y con justa razón, la sociedad está preocupada por el tabaquismo y su impacto en la salud de fumadores y de no fumadores expuestos. Situación que ha cobrado relevancia en años recientes, pero que con frecuencia es tolerada, a pesar de que por su elevada prevalencia afecta a un número importante de familias. La evidencia epidemiológica en el ámbito mundial, es ilustrativa de lo que está ocurriendo con esta pandemia. Datos de la OMS señalan que del total de la población mundial, 30% de los adultos son fumadores y de éstos, 4 millones fallecen al año, lo que equivale a la muerte de casi 11 mil personas diarias por causas relacionadas con este producto. En México, más de 53 mil personas fumadoras mueren al año por enfermedades asociadas al tabaquismo, lo que significa al menos 147 defunciones diarias, una cada 10 minutos ².

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Adicciones 2002, en México se encontró que más de 16 millones de personas (23.5%), son fumadoras, 17.4% exfumadoras y más de la mitad (59.1%) manifestaron ser no fumadoras. Al comparar estos resultados con los de la encuesta anterior (ENA-98), se observa que la proporción de fumadores disminuyó de 27.7% a 26.4% (zonas urbanas), y que los porcentajes de exfumadores y no fumadores aumentaron. Con relación al sexo, se observa que en los grupos que registran o han registrado consumo de tabaco (fumadores y exfumadores), el sexo masculino representa más del 60% en cada una, presentando una relación hombre-mujer de 2.2 a 1 y de 1.5 a 1 respectivamente, mientras que en el grupo de no fumadores, casi el 70% son mujeres².

Existe un amplio consenso en definir al tabaquismo como la principal causa de muerte prevenible en nuestro país, en México una de cada dos personas de 18 a 65 años fuma, y la cifra total es equivalente a una cuarta parte de la población, que alcanza los 110 millones de habitantes. Es a su vez un factor muy importante para que se incrementen, prolonguen y agraven diversas enfermedades, por lo que aumentan el ausentismo laboral, las incapacidades y discapacidades, no sólo

en las personas que fuman, sino además en quienes se ven obligadas a inhalar, contra su voluntad, el humo del tabaco en los espacios que comparten con los fumadores. Según datos del Consejo Mexicano Contra el Tabaquismo, cada año en el país mueren 60,000 personas por causas atribuibles al tabaco, lo que representa 165 muertes al día. Son cuatro las enfermedades asociadas de manera directa al consumo de tabaco: infarto al corazón, embolia cerebral, cáncer de pulmón y Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, sin embargo, también se relacionan la diabetes, osteoporosis, otros tipos de cáncer como el de próstata, cérvico uterino y de mama 15. Según reportes de la Organización Mundial de la Salud se calcula que en el mundo hay mil 300 millones de fumadores, de los cuales cada día mueren un promedio de 15 mil².

De acuerdo con cálculos basados en informes del INEGI, en México los fumadores, incluidos los menores de 18 años, consumen al día una cantidad de cigarrillos equivalente a un promedio de cinco tabacos por cada mexicano, es decir, se fuman 550 millones de cigarrillos diariamente; al costar en promedio dos pesos cada cigarrillo, los fumadores mexicanos gastan en mes y medio lo que a Salud le cuesta dar tratamiento a las personas que padecen enfermedades relacionadas con el tabaquismo. Ese costo de salud representa 44 mil millones de pesos, 21 mil millones de pesos más de lo que el Estado logra recaudar mediante el impuesto por tabaco, que las tabacaleras cubren con 40 por ciento y el consumidor con el resto. La Secretaría de Salud informa que se destinan al año unos 30,000 millones de pesos, el 0.3 % del Producto Interno Bruto, en la atención y tratamiento de pacientes que presentan enfermedades relacionadas al tabaco¹⁵

En pruebas de laboratorio se han aislado más de 4 000 sustancias químicas contenidas en el humo del tabaco, resaltando por su nocividad la nicotina, el alquitrán y cerca de 47 sustancias carcinogénicas³.

Las manifestaciones clínicas consecuentes a esta adicción incluyen, entre otras, las siguientes: Cáncer pulmonar (presente en más de 90% de los fumadores). • Cáncer de lengua, laringe, esófago, páncreas y vejiga. • Oclusión carotídea (tres y media veces más frecuente en la población fumadora). • Aneurisma de la aorta (ocho veces más frecuente entre los fumadores). • Infarto al miocardio (dos veces más frecuente entre los fumadores). Claudicación intermitente. • Trombosis. • Embolia cerebral. • Psoriasis. • Mastitis y cáncer de glándula mamaria³.

Respecto a las enfermedades relacionadas con el tabaquismo, éstas se presentan después de fumar en promedio 10 cigarros al día por más de 10 años. En los fumadores, el riesgo relativo para cáncer pulmonar aumenta 23.2 veces con la edad, en comparación con los no fumadores; en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica se incrementa 11.7 veces; en la enfermedad coronaria y cerebrovascular se duplica. La fracción atribuible al tabaquismo para el cáncer pulmonar es de 83 %; en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, de 79 %; y en la enfermedad cardiovascular, de 83 %⁴.

En todos los Estados de la Federación, a través de las Jurisdicciones Sanitarias, se fomenta la aplicación del consejo en salud para favorecer la abstinencia total y sostenida de la dependencia a la nicotina, para lo cual se ha incorporado a la Norma Oficial Mexicana para el Expediente Clínico la obligatoriedad de interrogar sobre el consumo de tabaco en cualquier acción

realizada por el médico. Así también en la Actualización de la Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones, se obliga a odontólogos, psicólogos y a cualquier otro profesional del ramo de la salud, a interrogar al respecto. Por ello se ha pactado con la Asociación Mexicana de Médicos Generales para que más de 100 mil de sus agremiados tengan acceso al entrenamiento sobre esta técnica del consejo contra tabaquismo².

Ante este problema de salud pública, la Organización Mundial de la Salud ha recomendado que los profesionales de la salud participen con mayor énfasis en el control de la epidemia. Paradójicamente, en los países en desarrollo se ha registrado que este sector fuma más que la población general para el año 2004, en Rusia los médicos tenían la misma prevalencia (63 %) que la población general; en el 2001, en España 43 % de los médicos fumaba mientras que en la población se informó 35 %; en Chile la prevalencia reportada fue de 40.2 %. En comparación con otros países como el Reino Unido, donde sólo fuma 10 % de los médicos⁴.

En nuestro país, el Instituto Mexicano del Seguro Social realizó en 1994 un estudio y reportó una prevalencia de tabaquismo de 25.3 %;¹¹ en otro estudio en el 2004 la prevalencia fue de 29 %; en 1997, en los Institutos Nacionales de Salud fue de 22 %¹² (en población general era de 26.4 %). En 1998, la Universidad de Guanajuato, el Instituto Nacional de Salud Pública y el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, informaron una prevalencia de 43.1 % en médicos y de 29.3 % en enfermeras (en población general era de 27.7 %). El Instituto Nacional de Salud Pública en el año 2000 registró 16 % de prevalencia en médicos y 12.5 % en enfermeras del Instituto Mexicano del Seguro Social en Cuernavaca, Morelos⁴.

En 1998, la Encuesta en Aspirantes a Residencias Médicas, encontró que 20% de los médicos eran fumadores, 34% ex-fumadores y 46% no fumaba. De este grupo de población, 41% resultó ser fumador leve (consumían de uno a cinco cigarros por día); 19% presentó un problema moderado (al consumir entre seis y quince) y 5% registró una actividad severa al fumar más de 16 cigarros diarios. En 1998, otro estudio sobre tabaquismo en médicos mexicanos, incluyendo diferentes institutos nacionales de salud, encontró que la prevalencia de médicos fumadores fue significativamente menor que la que se presenta entre fumadores que no son médicos, pero mucho mayor que la reportada en médicos de otros países como Canadá y E.U.A. La prevalencia entre los médicos de los diferentes institutos nacionales fue de 22%, la de los no médicos es de 27.7%. La relevancia de este dato se encuentra en el hecho de que se ha señalado que los médicos que fuman llevan a cabo menos intervenciones sobre tabaco en sus pacientes, en comparación con los médicos no fumadores. Otros estudios indican una elevada prevalencia en enfermeras y promotores de la salud². En el 2008 se realizó una estimación del personal IMSS fumador obteniendo los siguientes resultados: total de trabajadores IMSS: 397 906, Fumadores: 39.8%, Total de fumadores: 158 366, Desean dejarlo: 77.9%, total: 123 367, Por motivos de salud: 71.6%, Con probable diabetes o hipertensión: 113 390, se encuentran en fase de pre-complempación: 34 999, con adicción severa: 6.3% (9 977). (IMSS 2008). La problemática de esta adicción en los trabajadores de la salud, ha sido objeto de análisis por la OMS en especial en médicos y enfermeras, por constituir importantes fuentes de

información e influencia, para lograr cambios favorables en los niveles de tabaquismo de la población⁵.

Estudios previos señalan que 27% de la población entre 12 y 65 años de edad fuma; y en los Institutos Nacionales de Salud se estima que 28% de sus trabajadores médicos, de servicios generales, enfermeras, administrativos e investigadores fuman. Es importante resaltar que los trabajadores que fuman lo hacen en sus zonas de trabajo.⁹

Estas circunstancias señalan la importancia del problema de tabaquismo y justifican valorar esta problemática en una institución hospitalaria para conocer en qué grupo de trabajadores es prevalente el hábito de fumar y convierte a otros individuos en fumadores pasivos involuntarios en su mismo sitio de trabajo¹. El 90% de las personas que deciden dejar de fumar lo hace por su cuenta. Solamente aquellos que lo intentan y recaen, después de varios intentos, decide buscar ayuda.⁹

Un porcentaje importante de ellos busca el consejo médico. Diversos estudios indican que si los médicos y otros profesionales de la salud ayudaran a sus pacientes a dejar de fumar, su influencia sería decisiva para reducir el tabaquismo en una comunidad. Los profesionales de la salud, principalmente los del primer nivel de atención, deben ser los responsables de las acciones contra el tabaquismo al alertar a la población sobre los daños a la salud asociados al consumo del tabaco para que no comience a fumar.⁹

Aproximadamente el 70% de la población acude a una consulta médica cuando menos una vez al año y durante estas visitas el médico tiene la oportunidad de aconsejar a sus pacientes para que dejen de fumar. Sin embargo, solamente al 50% de los fumadores reportan haber sido cuestionados sobre su hábito de fumar; y en menor porcentaje aseveran que su médico les haya recomendado dejar de hacerlo. Una de las razones por la que los médicos se muestran poco optimistas para dar un consejo médico es que consideran que, su intervención no sería eficaz ya que a los fumadores los perciben poco motivados⁹.

Dentro de las posibles causas por las cuales los médicos no recomiendan en su consulta dejar de fumar se considera la especialidad del médico, el hecho de que el mismo médico sea un fumador, la falta de tiempo y sobre todo la falta de información o escaso conocimiento de los diferentes métodos para dejar de fumar⁶.

El médico desempeña un papel relevante en la promoción de las prácticas saludables que eleven la calidad de vida de la población, avalado por sus conocimientos, actitudes, el reconocimiento y la confianza que cada paciente le otorga. La intervención del médico no sólo estimula a los pacientes para que dejen de fumar, además tiene un impacto importante sobre la sociedad en general. Es absurdo que los médicos fumen en su área de trabajo y recomienden llevar una vida saludable a sus pacientes; ver fumar a un médico modifica la percepción del riesgo que tienen sus pacientes hacia el consumo del tabaco. Los médicos en particular y el personal de salud en general, son piezas claves que permitirán lograr con éxito la prevención y control de tabaquismo. Para tal fin, se requiere que no fumen y sean un ejemplo a seguir para la población que atienden⁷.

Actualmente se ha incrementado la tendencia de consumo en profesionales de la salud, tanto en hombres como en mujeres, y tiende a igualarse cuando hace

cinco años era mayor en hombre debido a la mayor tolerancia social y al estrés laboral, que ha aumentado en la mujer debido a su “doble jornada laboral” (trabajo y hogar). Sin embargo, la médica o profesional de la salud tiende a disminuir el consumo después de la quinta década de la vida, probablemente por mayor conciencia en el autocuidado de la salud. La elevada prevalencia de tabaquismo en el personal de la salud va en contra del profesionalismo y la ética de estos trabajadores, ya que son responsables de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades en la población, sin embargo, se puede explicar en parte por la falta de acciones específicas de prevención y control de tabaquismo en las instituciones de salud.⁸

Por tal motivo, se deberá hacer conciencia en los tomadores de decisiones de las instituciones del Sector Salud, para que emitan políticas y desarrollen estrategias dirigidas a disminuir o abandonar el consumo de tabaco entre los trabajadores de la salud, con el propósito de proteger la salud del personal y generar un modelo a seguir por la población general⁸.

JUSTIFICACIÓN

Como se puede observar, el tabaquismo es un problema no sólo de salud, sino también económico y social en México y el mundo entero, con consecuencias alarmantes en materia de salud, por lo que se deben tomar medidas de acción en tiempo y forma adecuadas para prevenirlo. El personal que labora en el área de salud tiene como obligación brindar atención, consejo, escrutinio, diagnóstico, prevención, tratamiento, detección y manejo de complicaciones derivadas del consumo de tabaco, sin embargo, si es precisamente el personal de esta área el consumidor, todas estas tareas pueden verse afectadas de manera importante, por lo que es alarmante las cifras referidas de los estudios previamente realizados en este campo, debido a lo anterior, la identificación del personal con tabaquismo positivo en la UMF 66 y la determinación de su perfil es imprescindible y lo más importante, permitirá un desempeño eficiente de la actividad profesional a este nivel, lo cual a su vez beneficiará a toda la población derechohabiente en riesgo dependiente de los mismos, esperando un descenso en el consumo de tabaco tanto por dicho personal y de los derechohabientes, lo cual a su vez disminuirá la tasa de enfermedades asociadas a su consumo y los altos costos que se generan por el manejo de sus complicaciones. La Unidad de Medicina Familiar No. 66 en Xalapa, Veracruz, es un espacio libre de tabaco, en la cual todos los trabajadores y especial lo del área de la salud están comprometidos con mantener esta área saludable para todos los derechohabientes, por lo que este estudio se basa en la confirmación de esta afirmación y servir de base para futuras mejoras en el tema.

OBJETIVO GENERAL Y ESPECIFICOS

OBJETIVO GENERAL

- Determinar el perfil del personal con tabaquismo positivo en la UMF 66 Xalapa, Veracruz en el periodo comprendido entre enero y febrero del 2012.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar al personal con tabaquismo positivo que labore en la UMF No. 66.
- Determinar las características sociodemográficas del personal con tabaquismo.
- Reconocer la edad de inicio de tabaquismo.
- Distinguir el tiempo del hábito tabáquico.
- Definir el motivo de inicio del tabaquismo.
- Identificar los conocimientos acerca de las consecuencias del tabaquismo.
- Determinar la intensidad del hábito tabáquico.
- Determinar el grado de dependencia a la nicotina
- Identificar la motivación para dejar de fumar
- Establecer la tipología familiar de cada uno de los encuestados
- Establecer el índice de pobreza familiar en los encuestados.

MATERIAL Y MÉTODOS

En la UMF 66 de Xalapa, Veracruz se realizó una Encuesta prospectiva descriptiva a los trabajadores con tabaquismo positivo activo en el periodo comprendido de enero a febrero del 2012.

Población: Personal que labora en todas las áreas y turnos de la UMF 66 con tabaquismo positivo activo.

Criterios de selección:

Inclusión:

- Personal institucional que labora actualmente en la UMF 66 de todas las áreas y turnos.
- Personal con tabaquismo positivo activo.
- Ambos sexos.
- Mayores de edad.
- Que acepten contestar la encuesta.

Criterios de eliminación:

- Cuestionarios incompletos

Programa de trabajo

Se procedió a acudir al departamento de personal de la UMF 66 para solicitar autorización de la relación del personal que labora activamente en la unidad y de esta manera ubicarlos en los diferentes horarios y servicios para poder practicar un cuestionario autoaplicado. Se explicó a cada uno de los trabajadores el motivo de las preguntas y el uso que se le dió a la información brindada, éstos estuvieron de acuerdo y aceptaron contestar las preguntas honestamente para la utilización de la información para motivos de investigación. El formato de recolección incluyó datos personales, tipología familiar, índice simplificado de pobreza familiar y características del hábito tabáquico. Se acudió a cada uno de los consultorios médicos, dental y nutrición, áreas de enfermería, laboratorio, áreas administrativas, urgencias, farmacia y en general toda la unidad en los horarios matutino, vespertino, nocturno y fin de semana, así como a las aulas en donde toman clases los médicos residentes de medicina familiar y epidemiología para obtener los datos deseados mediante cuestionario autoaplicado.

Al momento en que el trabajador entregó su cuestionario se verificó que el mismo estuviera completamente contestado con todos los datos necesarios a fin de evitar su eliminación.

Una vez obtenidos los cuestionarios se realizó el vaciado de los datos en un formato diseñado en el programa Excel para su análisis.

El Protocolo de Investigación fué aprobado por el Comité Local de Investigación número 3004 otorgando el registro F-2012-3004-20

No Comité	No Folio	Dictamen
3004	F-2012-3004-20	Proyecto Aceptado

Variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Categorías	Escala de medición
Edad	Término que se utiliza para hacer mención al tiempo que ha vivido una persona.	Respuesta a cuestionario autoaplicado		Razón
Género	Unidad sistemática para la clasificación de organismos	Respuesta a cuestionario autoaplicado	Femenino Masculino	Nominal
Estado civil	Situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra	Respuesta a cuestionario autoaplicado	Casado (a) Soltero (a) Divorciado (a) Viudo (a)	Nominal
Lugar de origen	Lugar de donde procede originalmente una persona.	Respuesta a cuestionario autoaplicado	Xalapa Otro	Nominal
Personal	Profesional que practica o asiste una	Respuesta a cuestionario autoaplicado	Personal de salud Personal administrativo	Nominal

	función en un determinado lugar.		Otro tipo de personal	
Rango ocupacional	Acción o efecto de ocupar o ocuparse en cierta(s) actividad(es)	Respuesta a cuestionario autoaplicado	Categoría 02 Categoría 08 Becarios	Nominal
Tabaquismo	Práctica de fumar o consumir tabaco en sus diferentes formas o posibilidades.	Respuesta a cuestionario autoaplicado	Positivo Negativo	Nominal
Tiempo de inicio de tabaquismo	Periodo de tiempo de la práctica de fumar o consumir tabaco en sus diferentes formas o posibilidades.	Respuesta a cuestionario autoaplicado		Razón
Causas por las que comenzó a fumar	Indicadores de naturaleza socio-psicológica que inciden directa o indirectamente en la aparición del consumo del cigarro y que son expresados por el sujeto o paciente como motivos por los que inició el hábito de fumar.	Respuesta a cuestionario autoaplicado	Curiosidad Imitación Influencia de terceros Ansiedad Estrés Otra	Nominal
Percepción del tabaquismo como factor	Sensación interior resultante de una impresión	Respuesta a cuestionario autoaplicado	Es un factor dañino para la salud No es un factor	Nominal

de riesgo para la salud	material hecha por los sentidos y expresada por el paciente según su consideración del tabaquismo como un hábito, vicio, adicción o enfermedad y su evaluación de los distintos aspectos relacionados con la repercusión del mismo en su salud y la de los que lo rodean		dañino para la salud	
Dependencia a la nicotina	Habitación al uso prolongado de la nicotina como droga que será evaluada con el Test de Fargestrom	Respuesta a cuestionario autoaplicado	Poco dependiente Dependencia media Dependencia alta	Ordinal
Motivación para el abandono del tabaquismo	Causa impulsiva que determina la voluntad evaluada según el test de Richmond	Respuesta a cuestionario autoaplicado	Motivación baja Motivación media Motivación alta	Ordinal
Tipología familiar	Composición que permite identificar a los miembros de una familia	Respuesta a cuestionario autoaplicado	Nuclear Nuclear simple Nuclear numerosa Reconstruida Monoparental Monoparental extendida Monoparental extendida	Nominal

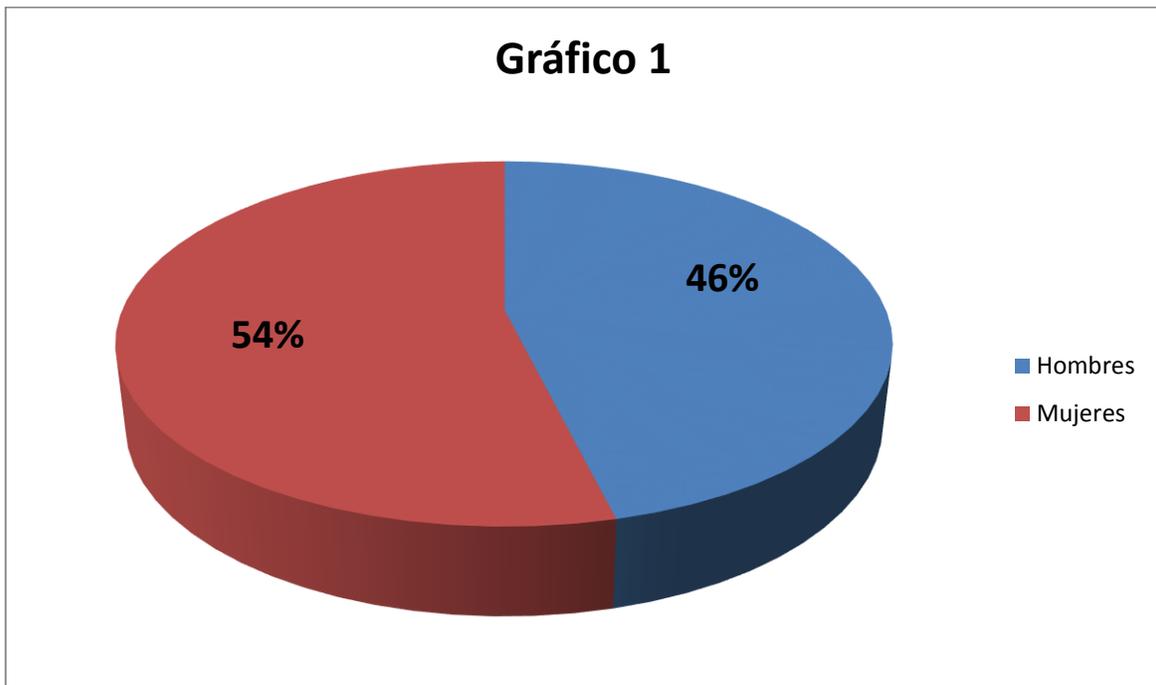
			compuesta No parental Monoparental extendida sin parentesco	
Índice simplificado de pobreza familiar	Instrumento de autoaplicación que evalúa elementos esenciales para la identificación de pobreza en las familias.	Respuesta a cuestionario ISPF	Sin evidencia de pobreza familiar Pobreza familiar baja Pobreza familiar alta	Ordinal

RESULTADOS

En el presente estudio se incluyeron un total de 52 (15%) trabajadores de un total de 346 en la Unidad de Medicina Familiar No. 66 Xalapa, Veracruz.

Características sociodemográficas y laborales:

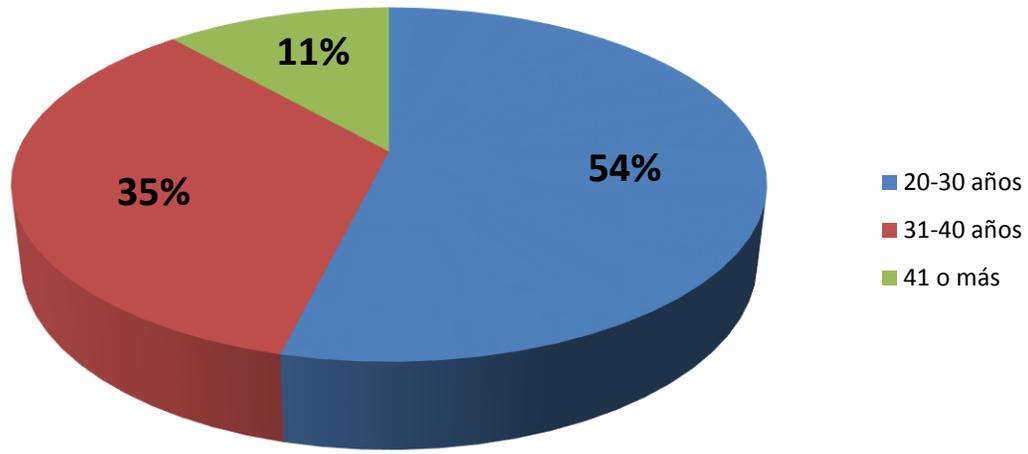
Predominaron las mujeres con un total de 28 (54%). El total de hombres en el estudio fue de 24 (46%).



Fuente: Encuesta trabajadores UMF 66 enero-febrero 2012

El rango de edad que predominó fue de 20 a 30 años con un total de 28 (54%) de encuestados en este rango de edad, un total de 18 (35%) trabajadores con edad comprendida entre 31 y 40 años, un total de 6 (12%) trabajadores con edad comprendida entre 41 o más años.

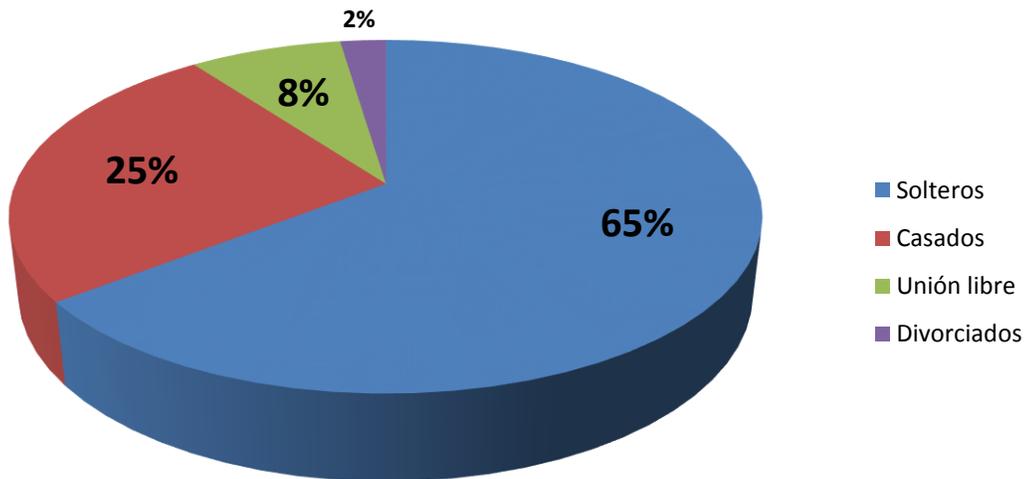
Gráfico 2



Fuente: Encuesta trabajadores UMF 66 enero-febrero 2012

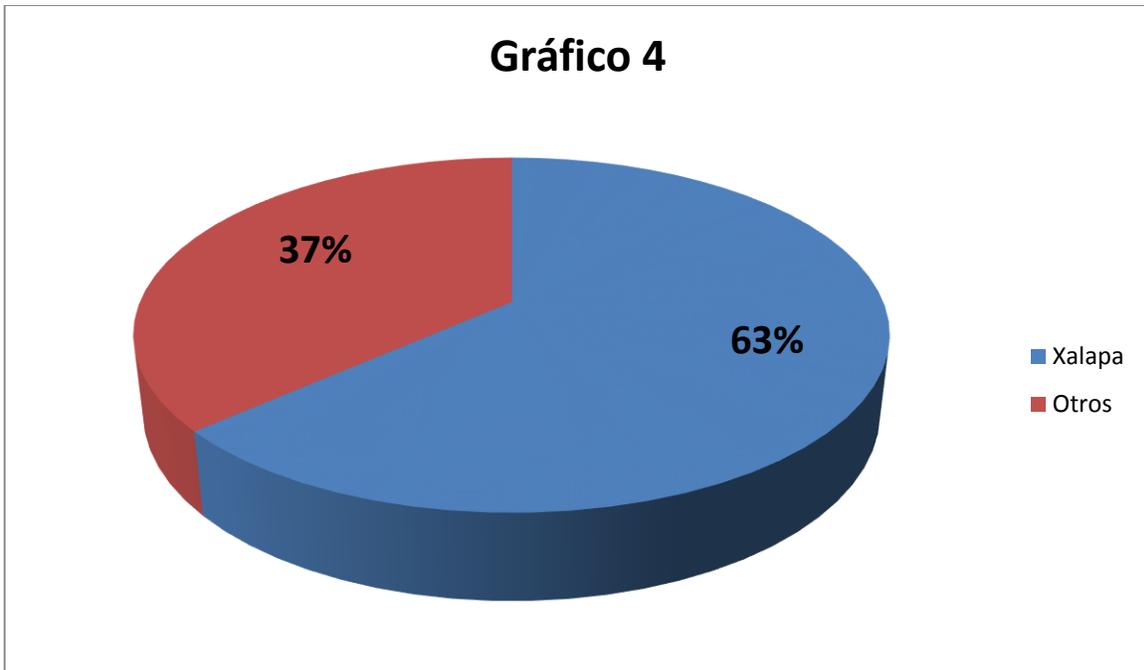
El estado civil que predominó fue el de solteros con un total de 33 (63%) de encuestados, casados 13 (25%), unión libre 4 (8%) y divorciados 2 (4%).

Gráfico 3



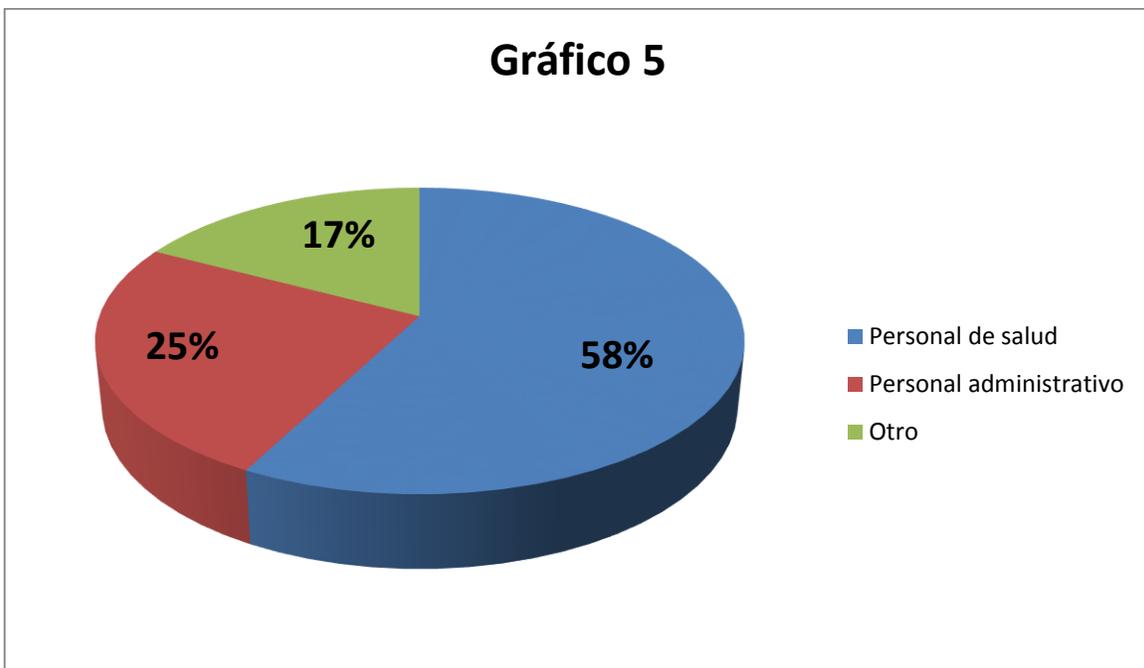
Fuente: Encuesta trabajadores UMF 66 enero-febrero 2012

El origen de los encuestados fue predominantemente Xalapa con un total de 33 (63%), el resto de diversas partes de la República Mexicana con un total de 19 (37%).



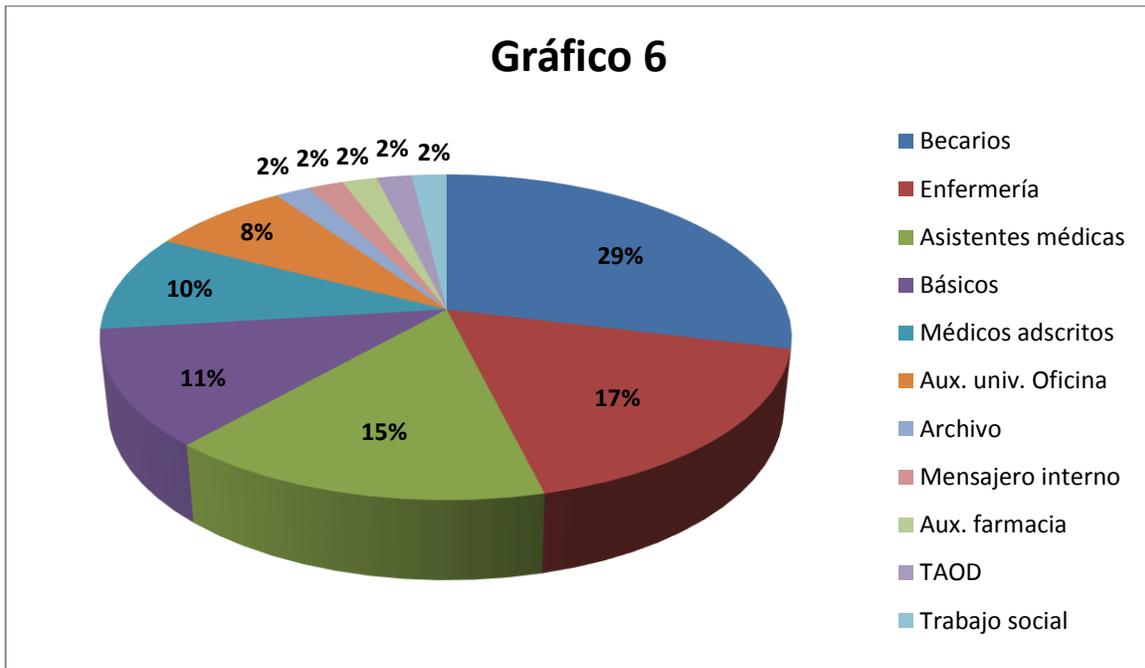
Fuente: Encuesta trabajadores UMF 66 enero-febrero 2012

La ocupación de los encuestados en la unidad fue predominantemente personal del área de la salud con un total de 30 (58%) seguido de personal administrativo con 13 (25%) y otras ocupaciones con 9 (17%).



Fuente: Encuesta trabajadores UMF 66 enero-febrero 2012

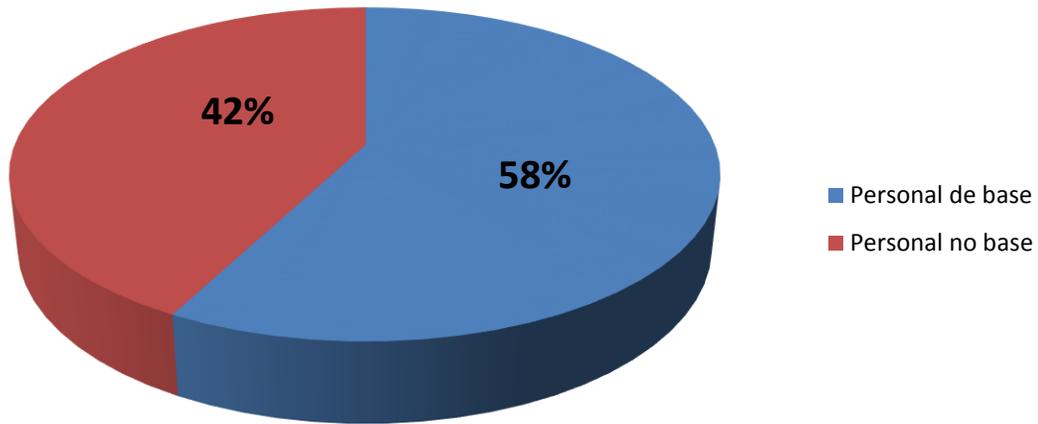
De los encuestados, los que se incluyeron en el personal de salud predominaron los becarios residentes de medicina familiar con un total de 13 (25%), seguido por enfermeras con un total de 7 (13%), médicos adscritos 5 (10%), becarios residentes de epidemiología 2 (4%), enfermeros 2 (4%). De los encuestados que se incluyeron en personal administrativo predominaron las asistentes médicas con un total de 8 (15%), seguido de auxiliares universales de oficina con un 4 (8%), personal de archivo 1 (2%) y de los catalogados como otras funciones predominó el personal de básicos con un total de 6 (12%), mensajero interno 1 (2%), auxiliar de farmacia 1 (2%), TAOD 1 (2%) y finalmente trabajo social 1 (2%).



Fuente: Encuesta trabajadores UMF 66 enero-febrero 2012

De los encuestados el rango ocupacional que predominó fue el personal de base con un total de 30 (58%) y personal no base 22 (42%).

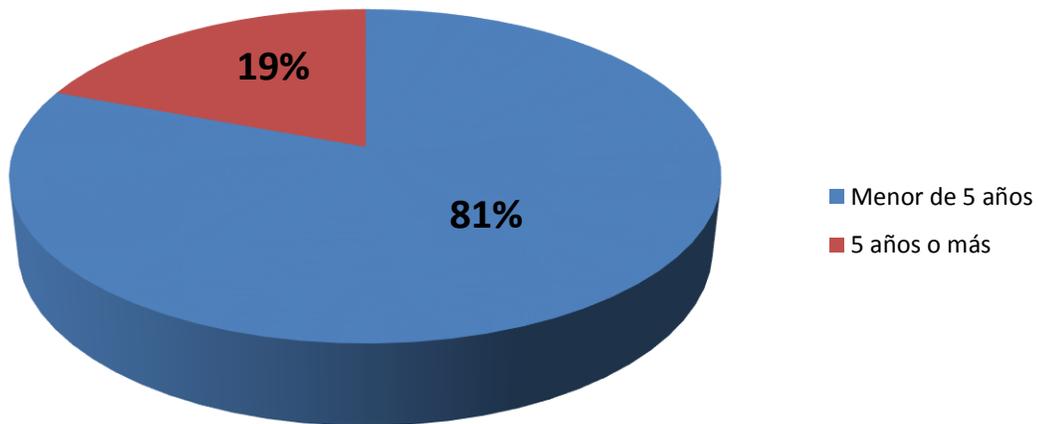
Gráfico 7



Fuente: Encuesta trabajadores UMF 66 enero-febrero 2012

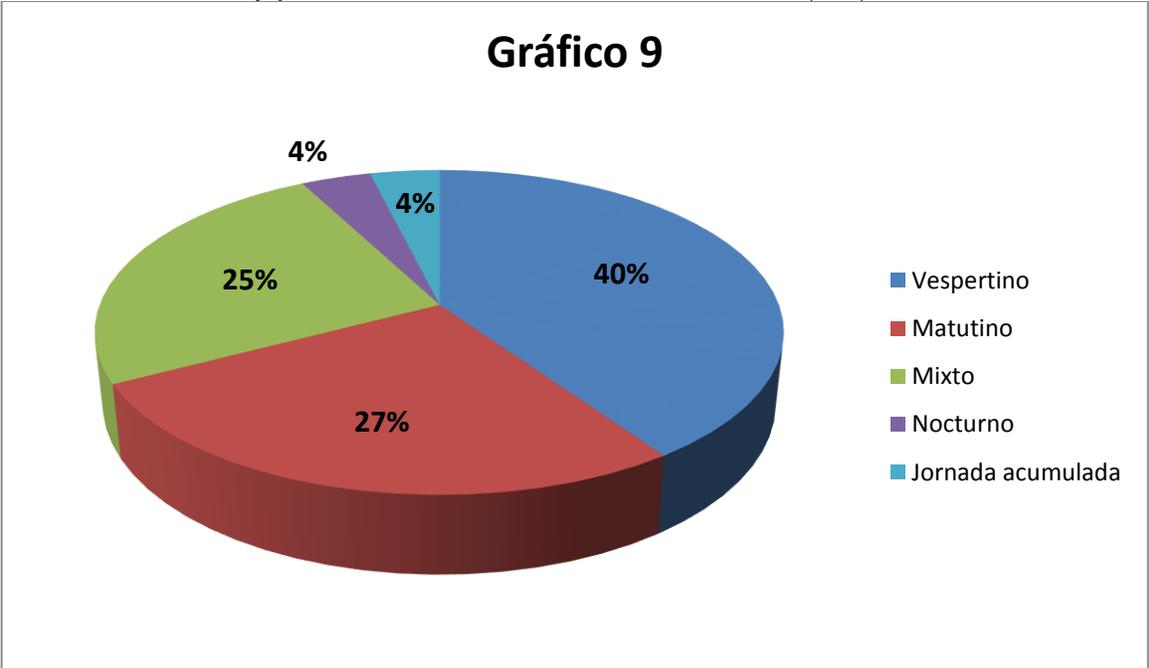
De los encuestados el tiempo en años de laborar en la unidad predominó con menor de 5 años con un total de 42 (81%) seguido de 5 años o más con un total de 10 (19%).

Gráfica 8



Fuente: Encuesta trabajadores UMF 66 enero-febrero 2012

De los encuestados el horario de labores en la unidad que predominó fue el vespertino con un total de 21 (40%) seguido de horario matutino con un total de 14 (27%), horario mixto en los becarios con un total de 13 (25%) y resto de los horarios nocturno y jornada acumulada con un total de 4 (8%).

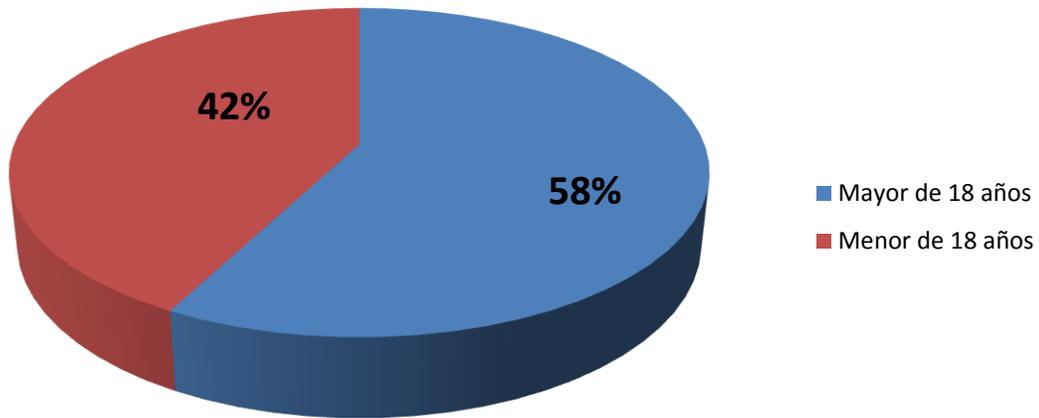


Fuente: Encuesta trabajadores UMF 66 enero-febrero 2012

CARACTERISTICAS DEL HÁBITO TABÁQUICO

La edad de inicio del hábito tabáquico que predominó fue mayor de 18 años con un total de 30 (58%) seguida de menor de 18 años con un total de 22 (42%).

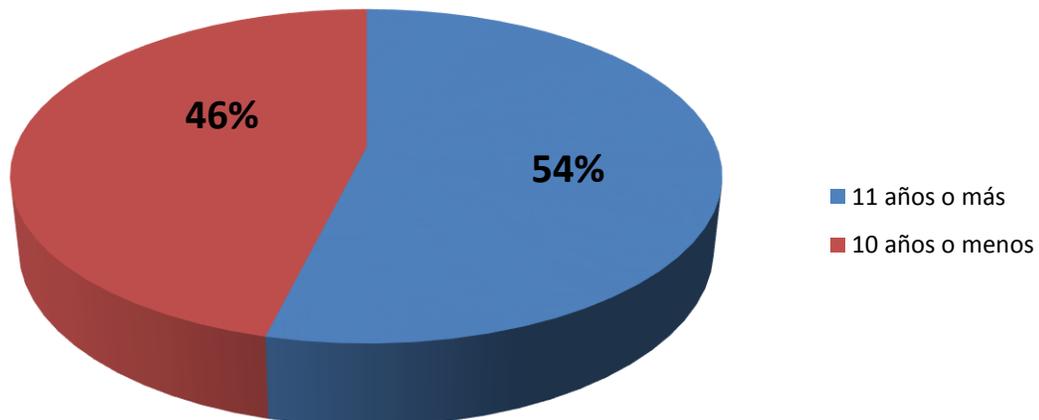
Gráfico 10



Fuente: Encuesta trabajadores UMF 66 enero-febrero 2012

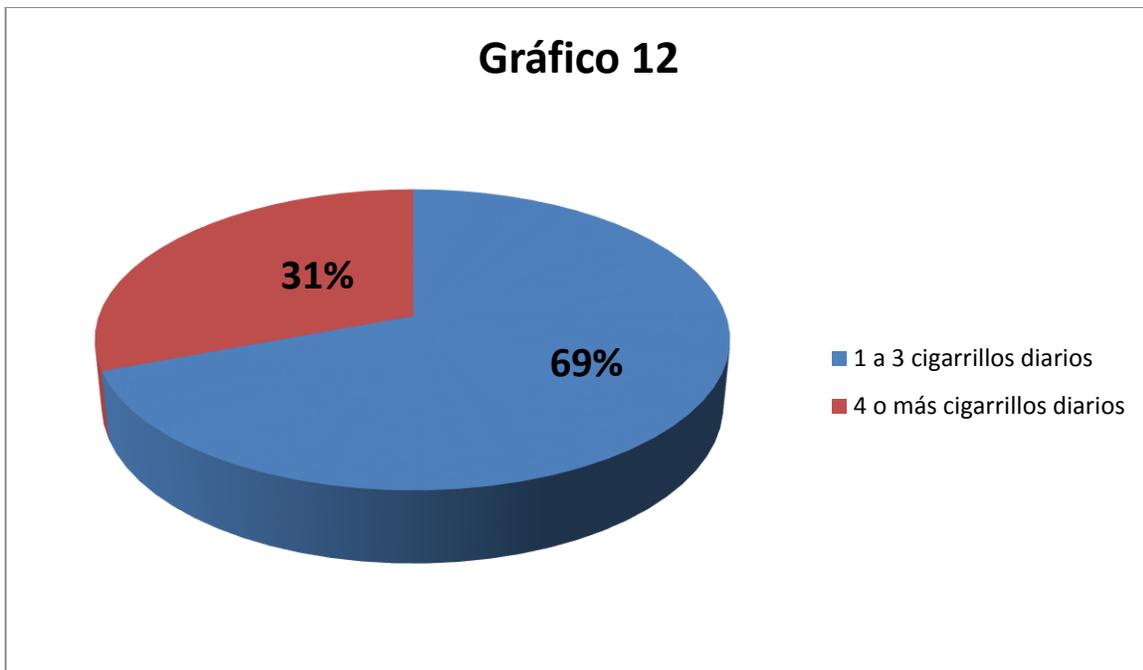
El tiempo de fumar en años que predominó fue el rango de 11 años y más con un total de 28 (54%) seguido por un tiempo de fumar en años de 10 años o menos con un total de 24 (46%).

Gráfico 11



Fuente: Encuesta trabajadores UMF 66 enero-febrero 2012

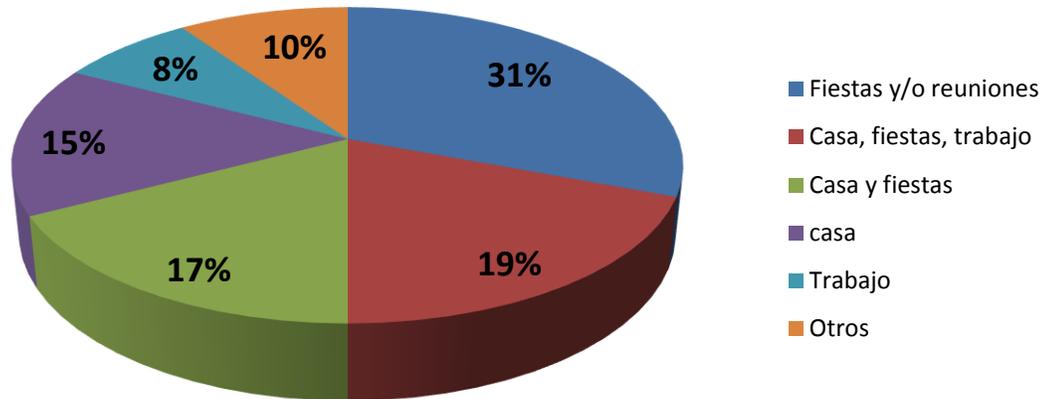
El número de cigarrillos consumidos al día que predominó por los encuestados fue 1 a 3 con un total de 36 (69%) seguido por 4 o más cigarrillos con un total de 16 (31%).



Fuente: Encuesta trabajadores UMF 66 enero-febrero 2012

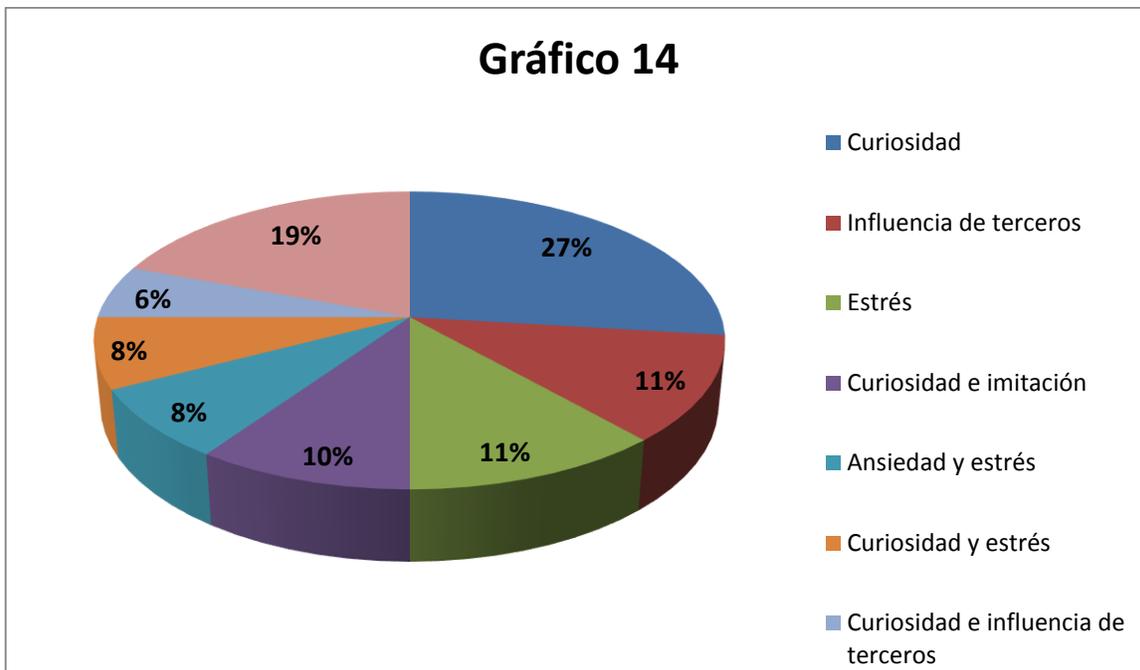
El lugar de consumo de cigarrillos en los encuestados incluyó uno o más lugares entre los cuales predominaron únicamente en fiestas y/o reuniones con un total de 16 (31%), seguido de en casa además de fiestas, reuniones y en el trabajo con un total de 10 (19%), seguido de en casa además de fiestas y reuniones con un total de 9 (17%), seguido de en casa con un total de 8 (15%), seguido de en el trabajo con un total de 4 (8%), seguido de en el trabajo así como fiestas y reuniones con un total de 3 (6%), y finalmente en casa así como en la calle con un total de 1 (2%) y en mi casa y otro con un total de 1 (2%).

Gráfico 13



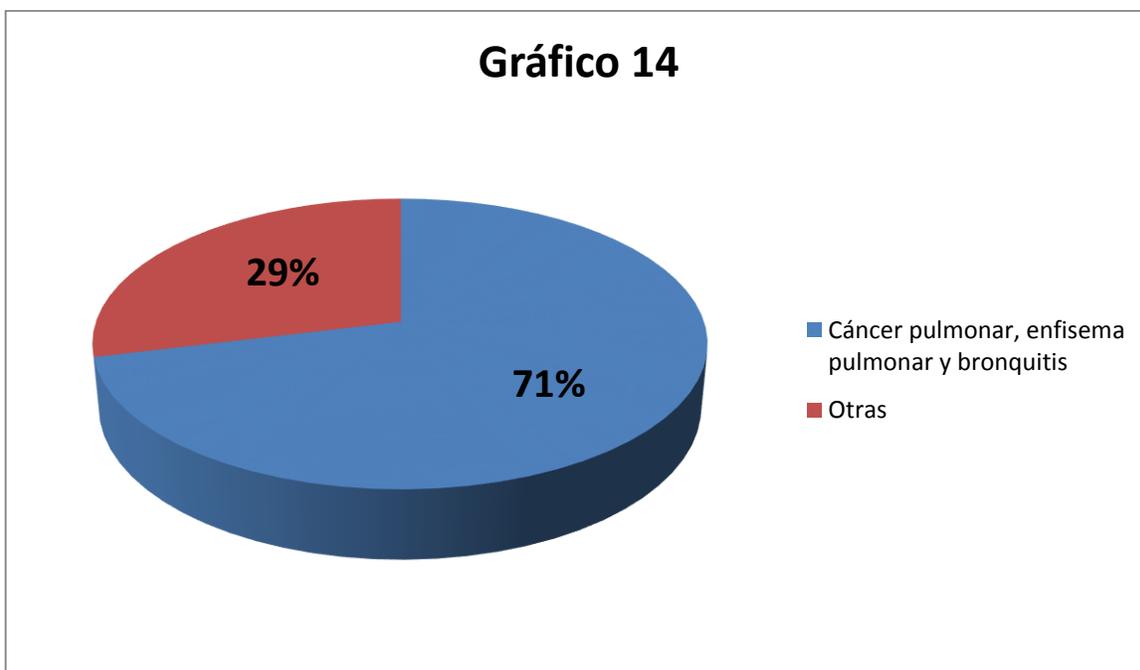
Fuente: Encuesta trabajadores UMF 66 enero-febrero 2012

Las causas de inicio del hábito tabáquico en los encuestados incluyó una o más entre las cuales predominaron curiosidad con un total de 14 (27%), seguida de influencia de terceros con un total de 6 (12%), estrés 6 (12%), curiosidad e imitación 5 (10%), ansiedad y estrés 4 (8%), curiosidad y estrés 4 (8%), curiosidad e influencia de terceros 3 (6%), ansiedad 2 (4%), imitación y estrés 2 (4%), influencia de terceros, ansiedad y estrés 1 (2%), curiosidad, ansiedad y estrés 1 (2%), curiosidad, influencia de terceros y estrés 1 (2%), Curiosidad, Imitación y Influencia de terceros 1 (2%), Imitación, Influencia de terceros y Estrés 1 (2%) y otra 1 (2%).



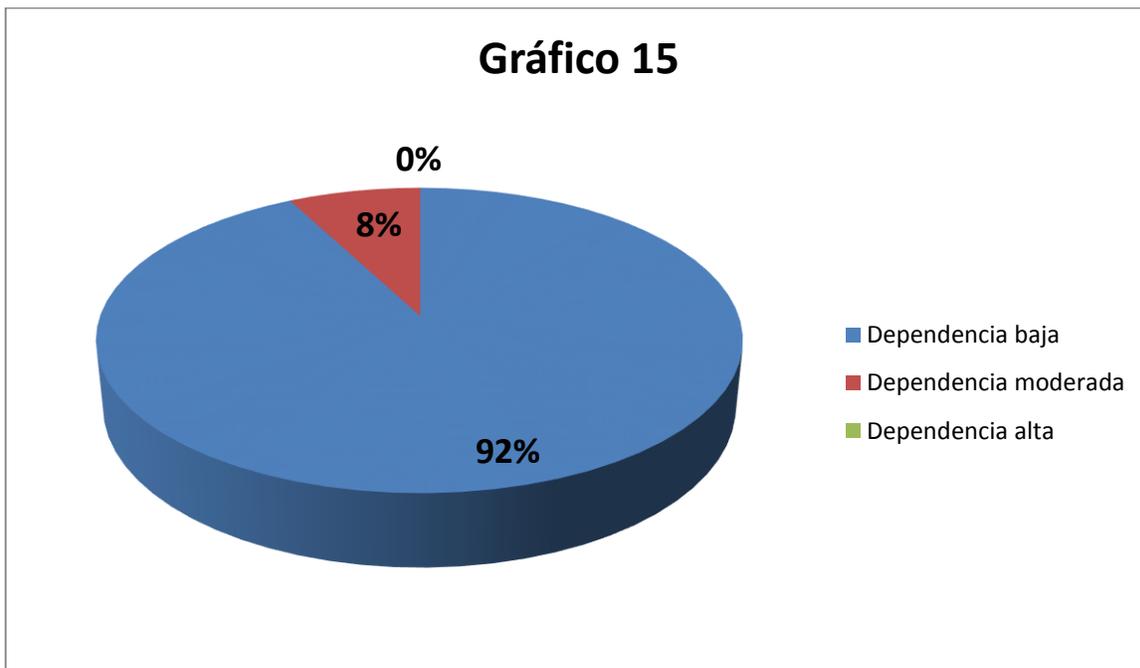
Fuente: Encuesta trabajadores UMF 66 enero-febrero 2012

Las consecuencias de fumar que conocían los encuestados incluyó una o más entre las cuales predominaron cáncer pulmonar, enfisema pulmonar y bronquitis crónica con un total de 37 (71%), seguido de cáncer y enfisema pulmonar 3 (6%), enfisema pulmonar 1 (2%), bronquitis crónica 1 (2%), cáncer de garganta 1 (2%), hipertensión 1 (2%), cáncer de boca 1 (2%), asma 1 (2%), cáncer de próstata 1 (2%), nacimiento prematuro 1 (2%), enfermedad pulmonar obstructiva crónica 1 (2%), cáncer gástrico 1 (2%), disfunción eréctil 1 (2%), ninguna 1 (2%).



Fuente: Encuesta trabajadores UMF 66 enero-febrero 2012

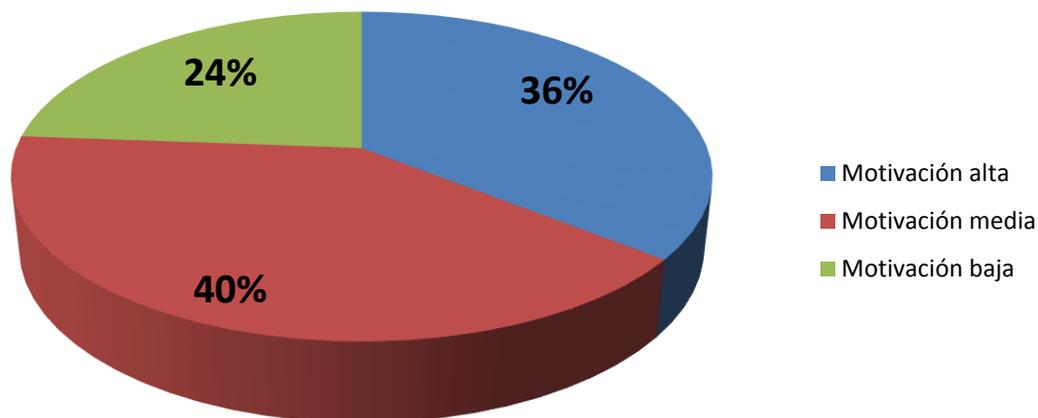
Según el test de Fagerstrom modificado la dependencia a la nicotina en los encuestados fue predominantemente baja con un total de 48 (92%) y moderada en 4 (8%) de los encuestados.



Fuente: Encuesta trabajadores UMF 66 enero-febrero 2012

Según el test de Richmond la motivación para abandonar el hábito tabáquico en el personal encuestado fue predominantemente una motivación alta con un total de 25 (48%), seguido de motivación media 17 (33%) y finalmente motivación baja 10 (19%).

Gráfico 16



Fuente: Encuesta trabajadores UMF 66 enero-febrero 2012

Características familiares:

En lo que respecta a tipología familiar de acuerdo a demografía se encontró que en los trabajadores predominaron las familias urbanas, y en cuanto a su desarrollo las familias modernas, respecto al medio de subsistencia las familias pertenecientes al sector comercial y de acuerdo al parentesco las familias nucleares simples

Características familiares de los trabajadores de la UMF 66 con tabaquismo positivo

Presencia física	Personal	Porcentaje
Núcleo integrado	28	54%
Núcleo no integrado	14	27%
Extensa ascendente	9	17%
extensa colateral	1	2%
Total	52	100%

Demografía	Personal	Porcentaje
Urbana	52	100%
Total	52	100%

Desarrollo	Personal	Porcentaje
Tradicional	20	38%
Moderna	32	62%

Total	52	100%
En base a la ocupación		
Personal		Porcentaje
Campesina	2	4%
Empleada	14	27%
Comerciante	3	6%
Profesional	33	63%
Total	52	100%

Fuente: Encuesta trabajadores UMF 66 enero-febrero 2012

Índice simplificado de pobreza Familiar:

En los trabajadores predominaron las familias sin evidencia de pobreza familiar:

Índice de pobreza familiar	Personal	Porcentaje
Sin evidencia	44	85%
Pobreza baja	8	15%
Total	52	100%

Fuente: Encuesta trabajadores UMF 66 enero-febrero 2012

DISCUSIÓN

Aunque se cuenta con una amplia variedad de estudios sobre tabaquismo, estos se centran en pacientes que acuden a unidades médicas para su atención. La bibliografía referente a tabaquismo en trabajadores de unidades de salud es escaso, sobre todo en nuestro país a pesar de que éste es considerado como un problema de salud pública y que por lo tanto afecta a todos los sectores de la población.

A través de nuestra investigación, en cuanto a las características sociodemográficas en los trabajadores predominó el género femenino con un 54%, a diferencia de los reportes de la encuesta nacional de adicciones del 2008 en el que predominó el género masculino en 60%, presentando una relación hombre-mujer de 2.2 a 1 y de 1.5 a 1 respectivamente⁽²⁾. El predominio en el sexo femenino encontrado en este estudio a diferencia de lo que se reporta en la bibliografía internacional puede ser debido a la plantilla de trabajadores en este estudio, ya que los estudios referidos se han realizado en tercer nivel de atención mientras que el nuestro se realizó en primer nivel en el cual el personal que labora es variable respecto a los otros niveles.

Se encontró que el hábito tabáquico predominó en el personal de salud (58%) lo que difiere del estudio en trabajadores de institutos nacionales de México realizado en 2000 en donde predominó el personal no médico con un 28% versus 22% de fumadores médicos⁽¹²⁾ así como el estudio realizado en 2001 en el Hospital General de México en que 25% correspondió al personal médico⁽¹⁶⁾ y también en los resultados obtenidos Ocampo y cols⁽⁹⁾ en 2001 en 23 unidades médicas del IMSS en que del total de 659 encuestados, 25% correspondió al área médica, debemos de destacar el hecho de que en nuestro estudio encontramos personal sobre todo administrativo que se declaró fumador pero decidió no participar respondiendo el cuestionario, lo cual establece cierto sesgo en la investigación y pudiera asociarse al resultado obtenido respecto al porcentaje mayor en personal de salud.

Los resultados demostraron que el lugar en donde acostumbran fumar los trabajadores fue predominantemente en fiestas y/o reuniones en un 31% , sin embargo el 8% de los encuestados aceptó fumar en su área de trabajo, esto difiere con los resultados obtenidos por el Dr. Sotolongo y cols⁽²⁰⁾ en 2011 en Cuba en el Hospital Militar Central en donde el 46.7% de los trabajadores fumadores consumían tabaco en su área laboral, lo cual es altamente relevante, ya que todas las unidades médicas en el instituto son espacios libres de humo de tabaco, y que aunque el porcentaje de fumadores en su área laboral correspondió a un porcentaje mínimo en comparación con el estudio de Cuba, éste debería de corresponder a cero por lo previamente comentado.

Nuestros resultados reportan que los trabajadores presentaron un predominio de dependencia baja según el test de Fagerstrom, lo que concuerda con los resultados obtenidos por el Dr. Sotolongo y cols⁽²⁰⁾ en 2011 en Cuba en el Hospital Militar Central en el cual mediante el cuestionario de Fagerström, el 31% de los fumadores tenían una dependencia baja a la nicotina, en comparación con nuestros resultados el 92% de los trabajadores presentaron dependencia baja, y en cuanto a test de Richmond, respecto a la motivación para el abandono de

hábito, se arrojaron resultados variables, en donde predominó la motivación media con un 40%

Nuestros resultados se mostraron estadísticamente significativos al cruzar las variables dependencia a la nicotina y motivación para el abandono del hábito tabáquico ya que al realizar la prueba chi cuadrada se muestra un valor de p de 0.0116 que muestra una relación inversamente proporcional entre ambas variables y que establece que a menor dependencia mayor motivación para el abandono, lo que en trabajos posteriores pudiera utilizarse para establecer estrategias de apoyo para abandono del hábito el personal implicado.

CONCLUSIONES

El hábito tabáquico en los trabajadores de la Unidad de Medicina Familiar del IMSS Xalapa, Veracruz predomina en mujeres, trabajadores de la salud, principalmente becarios, con 11 años o más de consumo que conocen al menos una consecuencia negativa para la salud secundaria al consumo, con dependencia baja a la nicotina pero con motivación alta para el abandono del mismo y que pertenecen a una familia integrada, urbana, moderna, profesional y sin evidencia de pobreza familiar.

Los resultados pueden presentar tal variabilidad asociada a la unidad de aplicación de encuesta, que difiere en los estudios referidos que son centros de segundo y tercer nivel respectivamente, además, hay que considerar el posible sesgo de falta de respuesta a encuesta, es decir, trabajadores que no desearon participar en el estudio a pesar de saberse fumadores, sin embargo, teniendo en cuenta estas limitaciones podemos afirmar que entre los trabajadores de la atención primaria existe un porcentaje importante de fumadores actuales; en México una de las políticas públicas en las instituciones de salud y en otros espacios es la creación de ambientes libres de humo, en donde se ha regulado el consumo de tabaco dentro de sus instalaciones; sin embargo, así como se realizan acciones para disminuir el tabaquismo con la población general, se hace necesario considerar programas educativos y de apoyo dirigidos a profesionales de la salud para disminuir esta adicción, considerando que al lograr la supresión del tabaco entre este grupo de población se beneficiará no sólo al propio personal sino por consecuencia a la población general.

ANEXOS

CUESTIONARIO AUTOAPLICADO

¿Cuál es el perfil del personal de salud de la UMF 66 con tabaquismo positivo?

Responda el espacio en blanco o marque con una cruz según sea necesario:

Folio:

Fecha:

1) Género: 1) H__ 2) M__

2) Edad:_____

3) Estado civil:

1) Soltero (a):__ 2) Unión libre:__ 3) Casado(a):__ 4) Divorciado (a):__ 5) Viudo (a):__

4) Lugar de origen:

1) Xalapa:_____ 2) Otro (especifique)_____

5) Ocupación:

1) Personal de salud (especifique):_____

2) Personal administrativo (especifique):_____

3) Otro (especifique):_____

6) Rango ocupacional:

1) Categoría base: _____ 2) Categoría no base:_____

7) Tiempo en años de laborar en el IMSS (especifique):_____

8) Horario de actividades laborales:

1) Matutino:_____

2) Vespertino:_____

3) Nocturno:_____

4) Jornada acumulada:_____

5) Mixto:_____

9) ¿A qué edad comenzó a fumar? (especifique):_____

10) Tiempo de fumador en años (especifique):_____

11) Número de cigarros que consume al día (especifique):_____

12) Lugar donde acostumbra fumar (puede escoger más de una opción):

1) En mi casa:_____ 2) En el trabajo:_____

3) En fiestas/reuniones:_____ 4) Otro (especifique):_____

13) Causas por las que empezó a fumar (puede escoger más de una opción):

1) Curiosidad:_____ 2) Imitación:_____ 3) Influencia de terceros: _____

4) Ansiedad:_____ 5) Estrés:_____ 6) Otra (especifique):_____

14) ¿Qué consecuencias dañinas a la salud asociadas con el consumo de tabaco conoce? (puede escoger más de una opción):

1) Cáncer pulmonar:_____

2) Enfisema pulmonar:_____

3) Bronquitis crónica:_____

4) Otra (especifique):_____

15) Test de Fagerstrom modificado (Marque con una cruz un solo inciso en cada pregunta):

1 ¿Cuánto tiempo pasa desde que se despierta hasta que enciende el primer cigarrillo?

Menos de 5 minutos.....()

Entre 6 y 30 minutos.....()

Entre 31 y 60 minutos.....()

Más de una hora.....()

2 ¿Le resulta difícil no fumar en lugares en que está prohibido?

Sí.....()

No.....()

3. ¿Qué cigarrillo le resulta imprescindible?

El primero.....()

Otro.....()

4 ¿Cuántos cigarrillos fuma usted al día?

10 o menos.....()

Entre 11 y 20.....()

Entre 21 y 30.....()

31 o más.....()

5 ¿Fuma usted más en las primeras horas después de despertarse que durante el resto del día?

Sí.....()

No.....()

6 ¿Fuma usted incluso si una enfermedad le obliga a permanecer acostado?

Sí.....()

No.....()

16) Test de Richmond (Marque con una cruz solo un inciso en cada pregunta):

1 ¿Querría usted dejar de fumar si pudiera hacerlo con facilidad?

Sí.....()

No.....()

2 ¿Siente usted verdaderos deseos de dejar de fumar?

Ninguno.....()

Alguno.....()

Mediano.....()

Muchos.....()

3¿Piensa usted que puede dejar de fumar en las próximas dos semanas?

No.....()

Quizá.....()

Probablemente.....()

Con seguridad.....()

4¿Piensa usted que puede conseguirlo en los próximos seis meses?

No.....()

Quizá.....()

Probablemente.....()

Con seguridad.....()

Tipología familiar

17.- ¿Con quién vive en casa?

Con tu esposa(o): 1.Si 2.No

Con sus hijos 1.Si (cuántos)_____ 2.No _____

18. - ¿Aparte de su pareja e hijos, vive alguien más en su casa?

1. Si (especifique si existe parentesco):_____

2.No :_____

19.- ¿La madre o esposa trabaja?

1. Si:_____

2.No:_____

20.- ¿Cual es la ocupación del jefe de familia? _____

21.- ¿Vive en la ciudad?

1. Si: _____
2.No (especifique): _____

22.-¿ Vive en casa propia?

1. Si: _____
2.No: _____

23.- El lugar donde vive, ¿cuenta con todos los servicios básicos (agua, eléctrica y drenaje)?

1. Si: _____
2.No: _____

24.-Ingreso económico familiar (diario):

- a) Menos de \$54.47 _____ b) De \$54.48 a \$163.40 _____ c) De \$163.41 a \$272.34 _____ d) De \$272.35 a \$381.28 _____ e) De \$381.29 y más _____

25.- Número de hijos dependientes:

- 2.5) 3 ó más hijos _____ 2) 2 hijos _____ 1) 1 hijo _____ 0) Ningún hijo _____

26.- Escolaridad materna:

- 2.5) Sin instrucción _____ 2) Primaria incompleta _____ 1) Primaria completa _____ 0) Post-primaria _____

27) Número de personas por dormitorio:

- 1) 3 o más personas _____ 0) 1-2 personas _____

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. - Ocampo-Ocampo MA, Cuevas-Aguirre E, Borjas-Rivera I, Ramírez-Casanova ME, Cicero-Sabido R. ¿Quiénes fuman en un hospital general? Comentario clínico. *Gac Méd Méx* 2011; 137(6): 615-620
2. – Consejo Nacional Contra las Adicciones. Panorama Epidemiológico del Tabaquismo en México 2008
- 3.- Gómez-García R, Grimaldi-Carpio A. Tabaquismo en el personal de salud: estudio en una unidad hospitalaria. *Salud pública de Mex* 1998; 40(1):1-5
- 4.- Maya-Mondragón J. Tabaquismo en trabajadores de la salud. *Cir Ciruj* 2007;75:239-240
- 5.- Acosta-González M, Martínez-Ramos M, Armas-Rojas N, Hernández- Valdés E, Dueñas-Herrera A, Díaz-Vázquez M. Características diagnósticas sobre tabaquismo en trabajadores de una institución de salud. *Rev Cubana Enfermer* 2006; 22(1): 1-7
- 6.- Lara-Rivas AG, Espinosa-Martínez AM, Sansores RH, Morales-Reynoso N, Ramírez-Venegas A, Conocimientos de un grupo de médicos mexicanos sobre tratamiento farmacológico para dejar de fumar. *Rev Inst Nal Enf Resp Mex* 2002; 15 (3): 143-148
- 7.- Peña-Corona MP, Ponciano-Rodríguez G, Sansores-Martínez R, Hernández-Ávila M, Ocampo-Ocampo A, Fuentes-Iturbe P y cols. Consejo médico ante el problema del tabaquismo en México. *Rev Sanid Milit Mex* 2003; 57(3):162-166
- 8.- Arenas-Monreal L, Jasso-Victoria R, Hernández-Tezoquipa I, Martínez PC, Menjivar- Rubio A. Prevalencia de tabaquismo de médicos y enfermeras en los estados de Morelos y Guanajuato. *Rev Inst Nal Enf Resp Mex* 2004; 17(4): 261-165
- 9.- Pérez-Pérez R, Palomo-Camacho L, Lima-Suárez A, López-Martínez A. Abordaje diagnóstico del tabaquismo en un consultorio de medicina familiar en La Habana, Cuba. *ArchMedFam* 2006; 8 (3): 175-181
- 10.- Varona-Pérez P, Fernández-Larrea N, Bonet-Gorbea M, García-Roche RG, Ibarra-Salas AM, Chang- de la Rosa M. Tabaquismo y sus características en trabajadores de la salud. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2000;16(3):221-6
- 11.- Sansores RH, Ramírez-Venegas A, Villalba-Caloca J, Herrera-Kiengelher L, Soriano-Rodríguez A. Tabaquismo en médicos mexicanos. Un estudio

comparativo con fumadores que no son médicos. *Rev Invest Clin* 2000; 52 (2): 161-167

12.- González_Campillo GA, Rivera-Rueda MA, Velasquez- Valassi B, Méndez-Cabello S. Prevalencia del tabaquismo en trabajadores del Instituto Nacional de Perinatología "Dr. Isidro Espinosa de los Reyes. *Perinatol Reprod Hum* 2005; 19(3): 161-167

13.- Salmerón-Castro J, Arillo-Santillán E, Campuzano-Rincón JC, López-Antuñano FJ, Lazcano-Ponce EC. Tabaquismo en profesionales de la salud del Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelos. *Salud Publica Mex* 2002; 22 *Supl* 1: S67-S 75

14.- García López JA. Metodología empleada en los artículos originales publicados sobre tabaquismo en cuatro revistas medicas españolas (1985-1996) *Rev. Esp. Salud Publica* 1999; 73(3)

15.- Muñoz-Escobedo JJ, Pasillas-Macías de, Rivas-Gutiérrez J, Reveles-Hernández G, Moreno-García A. Tabaquismo en la población del área de salud de la Universidad Autónoma de Zacatecas, México. *Acta Med Per* 2009; 26(2):78-82

16.- Guía de Práctica Clínica Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del Consumo de Tabaco y Humo Ajeno en el Primer Nivel de Atención. SSA 2011

17.- Lugones-Botell M, Ramírez-Bermúdez M, Pichs-García LA, Miyar Pieiga E. Las consecuencias del tabaquismo. *Rev Cubana Hig Epidemiol* 2006; 44(3): 1-11

18.- Bolet-Astoviza M, Socarrás-Suárez M. Algunas reflexiones sobre el tabaquismo como factor de riesgo para diferentes enfermedades. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2006; 19(4): 1-6

19.- Bonal-Ruiz R, Poll-Cabrera M, Capdesuner AS, Rodriguez-Salcedo I, Reve-Sigler L. Personal de salud como agente preventivo del tabaquismo en Santiago de Cuba. *ArchMedFam* 2007; 9(4):165-169

20.- Sotolongo López JC, Pérez Cruz H, Samper Noa A, Pérez Cruz N. Comportamiento del tabaquismo en personal sanitario del Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay". *Revista Cubana de Medicina Militar*; 2011: 40(2):147-156

21.- Fernández Ruiz ML, Sánchez B. Prevalencia del consumo de tabaco en médicas y enfermeras de la comunidad de Madrid. *Gac Sanit.* 2003;17(1):5-10.

22.- Domínguez Rodríguez J. Características demográficas del tabaquismo en el

estudiante de medicina en relación con la tipología, modo y cronología del hábito. Rev Cubana Med 2006;29(4):493-500.

23.- Moreno Puebla R, León Cid I. Reflexiones sobre el tabaco y el personal médico. Rev Cubana Med Milit. 2004;31(1):41-6.

24.- Varona Pérez P, Fernández Larrea N, Bonet Gorbea M. Tabaquismo y sus características en trabajadores de la salud. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet] 2006; 16(3):221-6.

25.- Méndez Pina Y, Rivero Reyes A. Comportamiento del hábito de fumar en el personal de la salud del Hospital Provincial "Dr. Antonio Luaces Iraola". MedCiego 2007

26.- Hasper I, Papponetti M, Casadó S. El personal hospitalario y el tabaquismo Dpto de Medicina. Hospital I. Pirovano del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Buenos Aires. Argentina. 2006.

27.- Rodríguez García E, Valderrey Barbero J, Secades Villa, R, Vallejo Seco G, Fernández Hermida J.R., Jiménez García, J.M Y Cols. Consumo y actitudes sobre el tabaco entre el personal sanitario del Principado de Asturias (España). *Trastornos Adictivos* 2004;6(4):234-9