

UNIVERSIDAD DR. JOSÉ MATÍAS DELGADO

RED BIBLIOTECARIA MATÍAS

DERECHOS DE PUBLICACIÓN

Basados en

El Reglamento de Graduación de la Universidad Dr. José Matías Delgado

Capítulo VI, Art. 46

“Los documentos finales de investigación serán propiedad de la Universidad para fines de divulgación”

Publicado bajo la licencia Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual de Creative Commons
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/>



Se permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra siempre que se especifique el autor y el nombre de la publicación y sin objetivos comerciales, y también se permite crear obras derivadas, siempre que sean distribuidas bajo esta misma licencia

Para cualquier otro uso se debe solicitar el permiso a la Universidad

05-1028628

UJMD
07 MED
M516 p
2005
Ej. 1

UNIVERSIDAD DR. JOSÉ MATÍAS DELGADO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
"DR. LUIS EDMUNDO VÁSQUEZ"



U. J.M.D. BIBLIOTECA



1028628

**PREVALENCIA, CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS
SOBRE EL TABAQUISMO EN LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA
DE LA UNIVERSIDAD "DR. JOSÉ MATÍAS DELGADO"**

**TESIS DOCTORAL
PARA OPTAR AL TÍTULO DE
DOCTOR EN MEDICINA**



ALUMNOS:
SERGIO RICARDO MEJIA CORLETTO
DAVID ERNESTO MATAMOROS

ASESOR:
DR. JOSÉ MARÍA SIFONTES

EL SALVADOR, 2005

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DR. LUIS EDMUNDO VASQUEZ
ESCUELA DE MEDICINA**

AUTORIDADES

**Dr. Juan José Fernández
DECANO**

**Dr. Julio César Ruiz
VICEDECANO**

**Dr. José Roberto Fernández
SECRETARIO**

JURADO DE TESIS

**Dr. Rafael Cornejo Rodríguez
PRESIDENTE**

**Dr. Otto Moisés Castro Castillo
PRIMER VOCAL**

**Dr. José Miguel Fortín Magaña
SEGUNDO VOCAL**

AGRADECIMIENTOS

A nuestro Asesor de Tesis Dr. José María Sifontes por su asesoramiento científico y por su atención y sus continuos consejos, que hicieron llegar a la nave a buen puerto.

Al Dr. Jaime Dehais por su disposición permanente e incondicional en aclarar las dudas; por sus sustanciales sugerencias durante la redacción de la Tesis.

A las Autoridades de la Facultad de Medicina “Dr. Luís Edmundo Vásquez” de la Universidad “Dr. José Matías Delgado” por habernos permitido realizar esta investigación.

A mis padres quienes me infundieron la ética y el rigor que guían mi transitar por la vida y por el apoyo incondicional que me dieron a lo largo de la carrera.

Y a todas aquellas personas que de una u otra forma, colaboraron o participaron en la realización de esta investigación, hago extensivo mi más sincero agradecimiento.

NO había oscuridad, mis ojos estaban cerrados.
NO había tristeza, mi corazón estaba triste.
NO había adonde ir, yo soñaba con otros lugares.
NO había que subir, ya estaba en la cima.
NO había que buscarte, ya estabas en mi.
NO había que buscar la riqueza, ya era rico.
No había que buscar la felicidad, había nacido feliz.
NO había nada que alcanzar, sólo había que no desear.
NO había mundo que cambiar, sólo había que transformarse.
NO había que soñar, bastaba simplemente con vivir.
NO había que llorar, era que no había aprendido a reír.
NO había nada que encontrar, era que vivía para buscar.
NO había nada que pensar, me bastaba con creer.
NO había nada que cambiar, sólo había que aceptar.
NO había nadie a quien vencer, yo imaginaba el rival.
NO había nada porque sufrir, yo inventaba la aflicción.
No había nada a que temer, era el miedo mi invención.
NO había que nacer y morir, sólo con Dios existir.

PD: Si en algo nos parecemos a Dios es que el creó el Universo, y nosotros, somos creadores de nuestro propio mundo.

SERGIO RICARDO MEJIA CORLETTTO

AGRADECIMIENTOS

A Dios Todopoderoso por darme el privilegio de la vida buena salud y felicidad.

A mis Padres y Hermanos por ser el apoyo fundamental en mi vida en todo momento.

A mi sobrina Alessandra por ser la felicidad de mi hogar.

A mis Abuelos por ser mi inspiración de fortaleza y prosperidad.

A toda mis Tíos y Primos por ser siempre apoyo en el duro camino de la vida.

A mí amada Gisela por ser siempre un apoyo en mi vida y ayudarme a encontrar la felicidad y amor que con ella disfrutamos.

Al Dr. Jaime Dehais por siempre apoyarnos y ayudarnos a ser mejores cada día, su confianza siempre se agradecerá.

Al Dr. José María Sifontes por ayudarnos en nuestra tesis y lograr un objetivo más en nuestras vidas.

A las Autoridades de la Facultad de Medicina por permitirnos realizar nuestro trabajo y apoyarnos en el desarrollo de este mismo.

A todos mis amigos y compañeros por siempre brindarme apoyo, confianza, felicidad y gran amistad.

“Oras, te mortificas, trabajas en mil cosas de apostolado..., pero no estudias. – No sirves entonces si no cambias.

El estudio, la formación personal que sea, es obligación grave entre nosotros”.

(Josemaría Escrivá de Balaguer, Camino, 334)

INDICE

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
II. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	7
III. ANTECEDENTES	8
IV. JUSTIFICACIÓN	11
V. OBJETIVOS	12
VI. MARCO TEÓRICO	13
• Introducción	13
• Efectos del Tabaco sobre la Salud	14
• Tabaquismo Pasivo y Patología	16
• Factores de Inicio del Hábito Tabáquico	17
• Factores Mantenedores y de Afianzamiento del Hábito Tabáquico	19
• Propiedades Farmacológicas de la Nicotina y las Bases de la Adicción	21
• La Nicotina como Droga Adictiva	21
• Etapa Evolutiva del Fumador	23
• Motivación para Dejar de Fumar	25
• Rol del Médico contra el tabaquismo	26
• Tratamiento del tabaquismo	29
VII. DEFINICIONES OPERACIONALES DE LAS VARIABLES	33
VIII. DISEÑO METODOLÓGICO	34
IX. RESULTADOS	36
X. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	59
XI. CONCLUSIONES	69
XII. RECOMENDACIONES	71
XIII. BIBLIOGRAFÍA	73
XIV. ANEXOS	76

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Aún reconociendo la enorme limitación de juzgar las conductas humanas, no parece ser una osadía hacerlo con una que mata en el mundo a más de 13,500 personas por día; por el contrario, parecería una omisión grave no referirse a ella. Mirar con condescendencia el consumo de tabaco que está presente en los Servicios de Salud como un comportamiento normal, constituye una contradicción interna, un oxímoron médico, ético y social. Se presenta como una conducta irracional que el profesional sanitario al que la sociedad ve como paradigma de salud, ostente un comportamiento que lo expone a sufrir graves enfermedades y pone en riesgo la salud de las personas que lo rodean, violando la primera regla ética universalmente aceptada "*primun non nocere*", primero no hacer daño. Asimismo, dicha conducta es un determinante que hace que la sociedad minimice los peligros del tabaquismo, dando por resultado que muchos elijan fumar y que muchos fumadores continúen en su adicción. Desde el punto de vista ético, las instituciones de salud en las que hay humo de tabaco están poniendo en riesgo a usuarios y trabajadores, contraviniendo los principios éticos básicos de beneficencia, compasión y ayuda. Desde el punto de vista social, en una época en que las diversas culturas están buscando afanosamente caminos y estilos de vida más saludables, es incongruente que se permita precisamente en los recintos destinados a brindar salud la presencia del mayor contaminante ambiental de espacios cerrados: el humo de tabaco. La aceptabilidad del tabaquismo en nuestra sociedad no puede ser otra cosa que un atavismo que debe ser revertido sin demora. El apoyo y el compromiso de los profesionales de la salud representaría uno de los factores más importantes para lograrlo en el menor tiempo posible. Aunque se conocen los daños que causa el tabaquismo activo y la exposición pasiva, se debe insistir en la difusión de esta información a toda la sociedad. Es sabido que el tabaquismo es actualmente la principal causa evitable de morbimortalidad a nivel mundial. Las muertes causadas por el tabaco superan al conjunto de las producidas por HIV/SIDA, accidentes de tránsito, alcoholismo, consumo de drogas ilegales, homicidios y suicidios (3). El problema es más grave aún en el mundo en desarrollo, donde se estima que el total de fumadores se incrementa a una tasa del 2% anual, mientras que en el mundo desarrollado el consumo de tabaco disminuye a un promedio de 1% por año (10). El tabaquismo es una enfermedad crónica y adictiva, con muchas características similares de éxitos y recidivas a las de otras enfermedades por adicción. La consulta médica es el ámbito natural y propicio de tratamiento y constituye una excelente oportunidad para los miles de fumadores que concurren al médico cada año. Según encuestas internacionales, sólo la mitad de los pacientes que concurren a una consulta son interrogados sobre su tabaquismo y un número aún menor recibe consejo sobre su tratamiento. La mayoría de los ex-fumadores reconocen que la decisión de abandonar el tabaquismo partió del consejo recibido de su médico y muchos fumadores manifiestan que dejarían de fumar si su médico se lo indicara (10). Teniendo en cuenta los aspectos mencionados, es manifiesta la importancia que para revertir la aceptabilidad social del tabaquismo, tiene el cambio de actitudes y comportamientos dentro de los servicios de salud. El estamento médico tiene responsabilidad ante la sociedad, en la transformación

de una práctica que está entre las más nocivas para la salud y el bienestar social. Una meta que deberían trazarse los servicios de salud, es lograr la abolición del consumo de tabaco en sus recintos y que la totalidad de los fumadores que son asistidos en sus servicios sean identificados como tales, para recibir el beneficio de las intervenciones adecuadas de acuerdo a las circunstancias y motivaciones de cada uno.

El tabaquismo a nivel mundial se considera uno de los problemas más preocupantes en el ámbito de la salud pública, ya que según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), unas 5 millones de personas fallecen anualmente debido a las enfermedades ocasionadas por el consumo de tabaco. Se estima que cada cigarrillo fumado reduce 10 minutos de vida, lo que quiere decir que por cajetilla fumada perdemos alrededor de 3 horas de vida. Se espera que para el año 2030 mueran alrededor de 10 millones de personas a causa de este hábito, de las cuales el 70% sucederían en países pobres.

Según la OMS existen en el mundo más de 1,100 millones de fumadores, lo que representa aproximadamente un tercio de la población mayor de 15 años. Por sexos, un 47% de los varones y un 11% de las mujeres con este rango de edad consumen una media de 14 cigarrillos/día, lo que supone un total de 5,827 billones de cigarrillos al año. Según el último informe del Banco Mundial, el 74% de todos los cigarrillos se consumen en los países con ingresos medios y bajos.

Actualmente, el 80 % aproximadamente, de los fumadores del mundo viven en los países en vías de desarrollo donde las tasas de tabaquismo han aumentado dramáticamente en las décadas pasadas. En las poblaciones de los países de ingreso medio y bajo se está produciendo un aumento del consumo de cigarrillos desde el decenio de 1970, aunque la tendencia ascendente parece haber cedido un poco desde los primeros años de la década del noventa. El tabaquismo es responsable de 1 de cada 10 muertes de personas adultas en el mundo, y se cree que en el año 2030 la cifra llegará a 1 de cada 6, lo que equivale a 10 millones de defunciones anuales, más que las producidas por ninguna otra causa, y más que el consumo previsto de muertes por neumonía, enfermedades diarreicas, tuberculosis y complicaciones obstétricas en ese año. Si las tendencias actuales se mantienen, alrededor de 500 millones de personas hoy vivas morirán a causa del tabaco, la mitad de ellas durante su madurez productiva, con una pérdida individual de 20 a 25 años de vida.

El consumo de tabaco es uno de los retos de la salud pública más importantes en la Región de las Américas ya que provoca al menos 845,000 defunciones por año. Además se considera que el consumo de tabaco es causa o causa probable de más de 25 enfermedades mortales y discapacitantes. Las enfermedades vinculadas estrechamente con el tabaquismo como los cánceres de bronquios, de pulmón y de laringe, las enfermedades cardiovasculares y el enfisema representan aproximadamente 54% de la carga total de enfermedad en la Región. Las muertes prematuras también imponen un importante costo social y económico a las familias y a los sistemas médicos gubernamentales. Si bien los indicadores de la epidemia de tabaquismo muestran variaciones de acuerdo con cada subregión americana, todos ellos coinciden en identificar la epidemia de tabaquismo como un gran problema de salud pública en el continente, que

requiere atención inmediata y concertada entre los gobiernos. En el continente americano cerca de la tercera parte de la población informa consumo cotidiano de tabaco. En los países del Cono Sur se observan los consumos más elevados y cierta tendencia en los indicadores que sugieren estabilidad en su consumo. Los países andinos ocupan el segundo lugar de consumo de tabaco y tienden, asimismo, hacia la estabilización de ese consumo. La subregión mexicana presenta un índice de consumo similar a los países de la subregión andina, y en los países de América Central y el Caribe se reportan los índices más bajos de consumo de tabaco. En contraste con otras subregiones, en Estados Unidos de América y Canadá se observan cambios en los indicadores que muestran una reducción considerable en el consumo de tabaco a nivel de población general, y una tendencia que se mantiene a la baja.

El Salvador no está al margen de esta grave epidemia, se estima que anualmente mueren miles de personas a causa del consumo de cigarrillos, adicción que día a día aumenta considerablemente motivada por la publicidad desbordada sin control y regulación.

Ahora bien, la relación entre los médicos y el tabaco es casi tan evidente y tan fuerte como la relación que existe entre este último y la salud. Instituciones de prestigio como el Royal College of Physicians de Londres, el Surgeon General de los EE.UU. y la Organización Mundial de la Salud (OMS) han publicado informes al respecto señalando que es muy difícil reducir el problema del tabaquismo en una comunidad sin la participación de los profesionales sanitarios.

La influencia que ejerce el médico en la población general en función de su actitud personal ante un problema de salud como es el tabaquismo, puede ser positiva o negativa; en el caso de los médicos fumadores es negativa por diferentes motivos. En primer lugar el hecho de que el médico sea fumador le resta credibilidad cuando realiza el consejo de no fumar ante sus pacientes; es el llamado papel ejemplar que tiene el médico en determinadas conductas de salud, establecido como tal por la OMS para los profesionales docentes y sanitarios. Es importante resaltar que el papel ejemplar del médico no es una conducta de bondad o perfección impuesta por el simple hecho de ser médicos (que es como desgraciadamente se entiende muchas veces por algunos profesionales), sino que hay que entenderlo como un asunto de credibilidad. Los fumadores son grandes fabricantes de excusas y el médico, al fumar, les proporciona una excusa más, en la que el fumador encuentra la justificación perfecta para seguir fumando: "si el médico, que por sus conocimientos sobre los efectos dañinos del tabaco, conoce lo peligroso que es fumar y no evita el riesgo, es posible que no sea tan perjudicial". Por ello, el consejo dado en un ambiente de humo no resulta eficaz por carecer de credibilidad y por tanto el médico que lo da tampoco resulta ejemplar ni útil para algunos de sus pacientes.

Por otra parte las intervenciones de salud sobre la comunidad resultan mucho más eficaces, si los profesionales sanitarios en general y los médicos en particular, constituyen un sector sensibilizado, motivado y preocupado en el control y prevención del tabaquismo. Así lo demuestra la observación de que aquellos países donde los médicos han dejado de fumar, son los que más éxito han tenido en reducir el consumo de tabaco

en la población general; el hecho de que el médico fume condiciona su actitud ante el problema, puesto que tal y como se evidencia en diferentes estudios, los médicos fumadores son más permisivos y tienen menor compromiso ante las iniciativas comunitarias en la prevención del tabaquismo.

Al igual que ocurre en otros sectores de la población probablemente no se utilizan todos los recursos disponibles para el control y la prevención del tabaquismo entre los profesionales sanitarios. En el caso que nos ocupa, uno de ellos lo constituyen las Facultades de Medicina y las Escuelas de Ciencias de la Salud, es decir los centros de formación del personal sanitario. Durante el tiempo que permanecen en dichos centros, los estudiantes constituyen una población accesible, que por situación (edad, menor grado de responsabilidad) y predisposición, al estar en período de formación son más receptivos y por consiguiente las actitudes son más fáciles de modificar. Por ello los centros de formación del personal sanitario constituyen una "oportunidad perdida".

La prevalencia de fumadores encontrada en muchos países entre los estudiantes de Medicina es menor que la de los jóvenes de su misma edad, lo que a priori resulta esperanzador (32). En este sentido es posible que en un futuro inmediato la consecuencia de este hallazgo confirme una menor prevalencia de tabaquismo entre los médicos y consolide la tendencia descendente observada en este colectivo en los diferentes estudios. Ahora bien, los aspectos relacionados con las actitudes que presentan los estudiantes ponen de manifiesto, una vez más, que en las Facultades de Medicina todavía no se contemplan aspectos formativos en materia de tabaquismo tan importantes, como son el papel ejemplar y el tratamiento de los fumadores. Respecto al papel ejemplar es de enorme importancia el hecho de que el médico no fume, por los argumentos comentados con anterioridad y en cuanto al conocimiento de las estrategias terapéuticas que disponemos en la actualidad para el tratamiento de fumadores, es obvio que su conocimiento y su aplicación en general constituye uno de los principales objetivos de todo médico. Respecto a los conocimientos de las diferentes patologías relacionadas con el consumo de tabaco, existen aspectos todavía no bien conocidos por parte de los estudiantes y parecen no ser diferentes de los que puedan tener otros grupos de jóvenes no relacionados con la medicina, lo cual en el momento actual podríamos calificar como preocupante; de igual modo destaca la escasa proporción de estudiantes que conocen el concepto de tabaquismo como drogodependencia. Dada la trascendencia que tiene la actitud del médico sobre la población general el hecho de ser o no fumador es relevante pero, por supuesto, también lo es el tener una formación adecuada en el tema.

Los estudios realizados en Facultades de Medicina de otros países confirman el hecho de que cualquier médico, teóricamente está capacitado para dar un buen consejo médico a sus pacientes para dejar de fumar, ya que dispone de conocimientos suficientes acerca de los efectos deletéreos que produce el tabaco sobre la salud. Ahora bien el mejor consejo que puede dar un médico es el de no fumar él mismo y este concepto no se transmite todavía en nuestro entorno, al igual que tampoco se transmiten conocimientos sobre las estrategias terapéuticas disponibles de cesación tabáquica.

Dicho todo esto, consideramos que, debido a la ausencia de estudios científicos sobre tabaquismo en nuestro medio, y específicamente en estudiantes de medicina, sería muy importante conocer la prevalencia, los conocimientos y las actitudes de éstos últimos sobre el hábito tabáquico y su efecto perjudicial para la salud para que, como se ha mencionado anteriormente, se lleven a cabo las medidas adecuadas para reforzar el conocimiento, capacitar y sensibilizar a los estudiantes de medicina con el fin de que su labor como educadores de la salud sea más efectiva y la salud de los salvadoreños se vea beneficiada en gran medida.

Los estudiantes de medicina, como futuros médicos, constituyen uno de los medios más importantes para la prevención y el tratamiento del tabaquismo, tienen la autoridad que les da el conocimiento científico, comunican un mensaje de salud y desempeñan un papel importante ante la población. Los estudiantes de medicina que no fuman pueden influir más favorablemente en sus pacientes para que abandonen este hábito nocivo. Estas ventajas, no obstante, se vuelven debilidades si el estudiante de medicina no reconoce el papel preponderante que le corresponde y se convierte en un fumador más. Por eso, este estudio de investigación pretende conocer los aspectos relacionados con el hábito tabáquico de los estudiantes de la Facultad de Medicina "Dr. Luis Edmundo Vásquez" de la Universidad "Dr. José Matías Delgado" planteando la siguiente pregunta:

- ¿Qué características epidemiológicas, conocimientos, actitudes y prácticas muestran los estudiantes de medicina de la Universidad Dr. José Matías Delgado sobre el tabaquismo y su efecto nocivo para la salud?

II. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

El presente estudio pretende conocer la prevalencia y las características del consumo de tabaco así como las actitudes y conocimientos sobre este hábito que tienen los estudiantes de medicina de la Universidad "Dr. José Matías Delgado". Para ello se ha elaborado un cuestionario mediante el cual se obtendrán los datos y que tendrá que ser llenado de forma personal, voluntaria y anónima por los estudiantes de medicina de dicha universidad que se encuentren cursando actualmente de primero a octavo años de carrera los cuales constituyen la población de este estudio. La investigación se realizará durante el primer semestre del año 2005. Mediante el análisis de los datos podremos clasificar a los estudiantes en varias categorías: fumadores habituales, fumadores ocasionales, no fumadores o exfumadores. Además, según el Test de Fagerstrom, podremos valorar en cierto grado el nivel de dependencia nicotínica de los fumadores y mediante el Test de Richmond podremos evaluar el grado de motivación que ellos tienen para dejar de fumar. También investigaremos características generales del hábito tabáquico como la edad de inicio, los posibles motivos de inicio, cantidad de cigarrillos consumidos por día, razones por las que los estudiantes fuman actualmente, razones por las que lo dejarían, conocimientos sobre el efecto nocivo del tabaco en la salud, conocimientos sobre los métodos de deshabitación tabáquica, tabaquismo en el ámbito hospitalario, entre muchos otros aspectos. En muchos países del mundo este tema ha sido ampliamente abordado, sin embargo, en nuestro medio son pocos los estudios de investigación que se han centrado en analizar la problemática del tabaquismo en un grupo de personas que, como se ha mencionado ampliamente en los literales anteriores, tiene una influencia tan importante y decisiva en la salud de la población. Esto pues, motivó la realización y el desarrollo de esta investigación con la finalidad de que, teniendo una visión general del problema en estos estudiantes de medicina en particular, se podrán tomar las medidas pertinentes para tratar de minimizar el gran impacto negativo para la salud que genera este vicio no solo para el fumador, sino para las personas que le rodean, incluyendo sus seres queridos y también con ello, mejorar la labor profesional del médico promoviendo con su ejemplo mejores estilos de vida para los salvadoreños.

III. ANTECEDENTES

Hay muchos estudios que se han realizado alrededor del mundo para monitorizar la situación del tabaquismo a nivel mundial sobre el personal sanitario en general y otros que tratan específicamente dicho problema en estudiantes de medicina. Desgraciadamente son muy pocos los registros que se tienen en nuestro país sobre tabaquismo en la población salvadoreña, y aun más escasos en muestras más específicas de la población como son los estudiantes de medicina. A continuación se mencionan algunos de los estudios de investigación internacionales que se han realizado sobre este hábito nocivo en médicos y estudiantes de medicina que nos van a servir de referencia y nos van a permitir hacer una comparación de éstos con un grupo de estudiantes de medicina salvadoreños.

Herrera, Abián y colaboradores (22), en el año 2002, realizaron un estudio descriptivo en estudiantes de medicina de la Universidad Complutense de Madrid de 4º, 5º y 6º cursos. Se declararon fumadores el 24.3% y exfumadores el 8.1%. El 63.8% de los fumadores eran mujeres. El 44.4% de los fumadores fumaba menos de 10 cigarrillos/día y el resto, entre 10 y 20. El 66.7% de los fumadores refirieron que dejarían de fumar en los próximos 6 meses y el 44.4% lo dejarían en un mes. La edad media de inicio de consumo fue 16.96 ± 2.38 años. Sólo el 40.1% definieron el tabaco como una droga, y el resto como un hábito o un vicio. El 50% de los encuestados se consideró un modelo para la sociedad en cuanto al tabaquismo. El 72.2% de los fumadores versus el 77% de los no fumadores refirió conocer al menos un método o tratamiento farmacológico para la deshabituación tabáquica. El 63.5% de los encuestados pensaba que el tabaco precisaba de más atención en el currículum de la carrera de medicina. En este estudio no se encontró una diferencia significativa entre fumadores según los cursos, sin embargo, si hubieran incluido a los estudiantes de los primeros años de carrera, talvez este resultado hubiera sido diferente. Concluyeron que la prevalencia de fumadores entre los estudiantes de medicina encuestados se encontraba por debajo de la de los jóvenes de su misma edad, que había un mayor número de mujeres fumadoras y que la mayor proporción de fumadores se encontraba en sexto curso.

Milei, José y Colaboradores (19), realizaron otro estudio en el año 2000, en estudiantes de medicina de la Universidad del Salvador de Buenos Aires, Argentina. Se encuestaron 328 alumnos de ambos sexos de 1º a 6º cursos, de $21,4 \pm 0,2$ años de edad. Un 24% eran fumadores y no hubo diferencias significativas entre varones y mujeres. Un 50% no intentó nunca dejar de fumar ($p < 0,05$) y un 46,2% probablemente no fumará dentro de 5 años por: protección de la salud (57,9%; $p < 0,05$), aparición de ciertos síntomas (48,5%), o para dar un buen ejemplo a los enfermos (35,4%) y a los niños (35,6%). Un 97% lo considera perjudicial para la salud. No saben evaluar la importancia del tabaco con relación a ciertas enfermedades (49,1% cáncer de vejiga, 43,9% arteritis y 43% leucoplasia de la boca y los labios), disminuyendo significativamente estos porcentajes entre alumnos de 1º y 6º año ($p < 0,001$). Sólo un 47,2% de los encuestados pondrá en guardia a sus pacientes si no tienen síntomas o no solicitan información. No están de

acuerdo con que los médicos tendrían que dar el buen ejemplo el 13,1%; un 24,1% considera tener conocimientos para aconsejar a los enfermos y el 55,1% no cree que los fumadores puedan dejar de fumar aunque tengan la voluntad de hacerlo. Un 34,1% piensa que la publicidad para el tabaco tendría que estar prohibida y un 28,4% considera que se debería aumentar el precio del tabaco. Ellos consideraron que el hallazgo de un 24% de fumadores en una encuesta entre estudiantes de Medicina era preocupante.

Menéndez A. y Colaboradores (23) realizaron en el año 2003 un estudio descriptivo transversal de los estudiantes de medicina que se encontraban cursando el ciclo clínico patológico I en un hospital universitario de Uruguay llamado "Hospital De Clínicas". Se encuestaron 206 estudiantes (media 24 años) , 67.5% (139) eran mujeres y 32.9% (67) hombres. 75% (156) no fumaba y 24.3%(50) fumaban. Los fumadores se dividieron entre 70% (35) mujeres y 30%(15) hombres. La gran mayoría fumaba cigarrillos (96%). El 68% fumaba en el hospital. El 72% refirió que intentó dejar de fumar alguna vez. Interrogados sobre lo que pensaban que era el tabaquismo contestaron en un 42% de los fumadores que era un vicio, a pesar que admitían estar informados sobre el tema en el 98% de los casos. El grado de adicción al tabaco, era grave en un 14%. A los no fumadores les molestaba el humo en el 87.8% y pensaban que el humo ambiental de tabaco era perjudicial en 97.4%. Concluyeron que el consumo de tabaco entre los estudiantes de medicina es elevado y similar al de los médicos, que las mujeres fumaban en una porcentaje poco mayor que los hombres (25.2 vs 22.4%, NS) y que un elevado porcentaje había intentado dejar de fumar. Sin embargo, en este estudio solo se incluyó un porcentaje bajo de la totalidad de estudiantes de medicina de dicha universidad por lo que los resultados no se podían generalizar ni se podía evaluar la evolución del hábito en el transcurso de la carrera.

Otro estudio fué realizado en 1998 por Harper I., Feota M. y colaboradores en Argentina (21), en el cuál se encuestaron 334 estudiantes de medicina de los últimos tres años de la carrera (123 hombres; 209 mujeres) entre 18 y 45 años (media: 23.5 DS: 3.9) en 12 unidades hospitalarias. Se reportaron los siguientes resultados: 57% eran no fumadores (NF); 13% exfumadores (EF); 30% fumadores (F): La edad media de inicio fue 16.6 años. El 53.1% deseaba dejar de fumar; el 43.8% había intentado dejar de fumar. Se observó mayor frecuencia de fumadores si convivían ($p=0.0003$) o estudiaban ($p=0.0000$) con otros fumadores. F/EF: mayor frecuencia de fumadores si consumían más de 20 diarios ($p=0.02$) o durante más de 5 años. 10% habían enfermado por el tabaco. Del total, 41.9% tenían familiares con enfermedades por tabaco. 92.8% sabían que es una adicción. 76.3%: padres fumadores; 90% conocía la prohibición de fumar en los hospitales. 84% opinó que no se cumplía. 25% sugirió no fumar en lugares cerrados. 17.7% que se educara al público. 15.9% concientizar a los no fumadores. 12.6% educación a futuros médicos. Existió fuerte relación entre F y convivir o estudiar con fumadores, tiempo de fumador y número de cigarrillos. En este estudio solo se incluyeron los estudiantes de los últimos tres años de carrera por lo que no se ha podido evidenciar la evolución del hábito tabáquico con el transcurso de los años, ni se pudieron establecer las características del tabaquismo en los primeros años de la carrera que pueden ser muy diferentes de los ya mencionados.

Montero A., Gómez J. y colaboradores (20), realizaron un estudio comparativo sobre el consumo de tabaco entre médicos y estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid, España. Para esto realizaron un estudio descriptivo transversal mediante cuestionario anónimo y voluntario. La población diana estuvo compuesta por alumnos de cada curso de medicina y por médicos. Se recogieron 240 encuestas válidas: 180 alumnos (30 de cada uno de los 6 cursos) y 60 médicos; 53,8% mujeres y 46,3% hombres; edad media de 27,09 años. Del 32,5% que reconoce haber fumado alguna vez, el 14,6% eran fumadores actuales y un 17,9% exfumadores (la prevalencia de tabaquismo fue de 12,2% en alumnos frente al 27,1% en médicos). La edad de comienzo del hábito fue antes de los 14 años en un 9% de los casos, entre los 14 y los 18 años en el 62,8% y después de los 18 años en un 28,8%. Un 50% de los alumnos fumaban menos de 19 cigarrillos al día frente al 15,4% de los médicos. Había un 12,4% de mujeres fumadoras frente al 17,1% de hombres fumadores. El 99,2% declaró conocer los efectos perjudiciales del tabaco sobre la salud, aunque sólo un 87,1% recomendaba no fumar a sus amigos, familiares o pacientes. En cuanto a la valoración de las campañas antitabaco, sólo el 20,8% las considera eficaces; un 77,5% considera importante o decisivo el papel ejemplarizante del personal sanitario, frente a un 22,5% que lo considera irrelevante. Al 56,7% de los médicos no les molestaba que se fume a su alrededor, este dato contrasta con el 35% de los alumnos. El 25,7% de los estudiantes fumadores nunca habían intentado dejar de fumar, frente al 3,2% de los médicos. Los alumnos de 2º año estaban más concientizados del papel modélico del médico que los de 1º año, pero al mismo tiempo el número de no fumadores era mayor en el 1º año (81,1%) que en el 2º (71,1%). Concluyeron que había una mayor prevalencia de hábito tabáquico entre los médicos que en alumnos de medicina; que había una tendencia a la disminución del hábito tabáquico en los futuros médicos y que había necesidad de reforzar el papel ejemplarizante del médico, tratando de disminuir la capacidad socializadora del tabaco e incidiendo en los efectos perjudiciales del tabaco sobre la salud.

Sánchez E., Peña F. y colaboradores (24) realizaron en el año 2000 un estudio denominado "Prevalencia del Uso de Alcohol, Tabaco y Drogas Ilícitas en la Población Estudiantil de la Universidad "Dr. José Matías Delgado". Se incluyeron en la población los alumnos de todas las facultades de dicha universidad. Reportaron que durante la última semana antes que se pasara la encuesta, consumían tabaco el 34% de la población; durante el último mes el 39.8%; en los últimos seis meses lo habían consumido el 45.8%; y durante algún momento de su vida el 61.6%. Los siguientes resultados hacen referencia al porcentaje de estudiantes por facultad que habían consumido tabaco durante la última semana: Facultad de Ciencias de La Salud: 26.6%, Facultad de Arquitectura: 25.7%, Facultad de Ing. Industrial: 39.1%, Facultad de Agricultura: 24%, Facultad de Cultura General: 40.5%, Facultad de Jurisprudencia: 39.8% y Facultad de Economía: 29%. En cuanto a la percepción de la peligrosidad del tabaco se reportaron los siguientes resultados: el 25% de la población consideraba que el tabaco era una sustancia muy peligrosa para cualquiera, el 39% consideraba que causaba daño en la mayoría de las personas, el 26% contestó que si se usaba poco no causaba daño, y el 4% respondió que era una sustancia que no causaba daño en absoluto. Aunque este estudio nos proporciona datos estadísticos nacionales e incluso de la misma universidad, son muy pocas las variables que se estudian en relación al tabaquismo.

IV. JUSTIFICACIÓN

Los estudiantes de medicina, así como otros profesionales de la salud, pueden ejercer una enorme influencia en cuanto al tabaquismo de la población general, debido a que pueden desalentar el consumo de diversas maneras. Pueden servir como ejemplo o modelo, promoviendo estilos de vida saludables y sensibilizando a la sociedad sobre los problemas derivados del tabaquismo. Diversos estudios documentan que los estudiantes de medicina y los médicos que no fuman muestran un mayor interés en desalentar a sus pacientes fumadores, en comparación con los estudiantes y médicos que fuman^{2j}. Tradicionalmente se ha concebido que el personal médico tiene conocimiento de las diversas causas de enfermedad y ha aprendido a reconocer el riesgo de eventos no saludables en sus pacientes, sin embargo, no siempre reconoce su propio riesgo de enfermar o morir. Un porcentaje importante de estos estudiantes y muchos médicos no cuentan con conocimientos óptimos sobre los riesgos que conlleva el hábito tabáquico y desconocen los tratamientos disponibles, y los que reconocen fumar activamente, no se perciben como un ejemplo para la población general respecto a la prevención de consumo de tabaco, y algunos tienen un bajo reconocimiento de su función social como ejemplo en el cambio de conducta, por eso la importancia de indagar en este estudio sobre los conocimientos y las actitudes que los estudiantes de medicina de la Facultad de Medicina "Dr. Luís Edmundo Vásquez" de la Universidad "Dr. José Matías Delgado" tienen sobre el hábito tabáquico y sobre los métodos de cesación tabáquica.

V. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Conocer las características epidemiológicas del consumo de tabaco en los estudiantes de medicina de la Universidad “Dr. José Matías Delgado” así como las actitudes, conocimientos y prácticas que éstos tienen sobre el tabaquismo y su efecto nocivo para la salud de la comunidad

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la prevalencia de tabaquismo en los estudiantes de medicina.
- Evaluar la actitud y sensibilización de los estudiantes de medicina frente al consumo de tabaco y su impacto sobre la salud de la comunidad.
- Establecer los motivos de inicio y las circunstancias por las que fuman.
- Determinar los factores que pudieran influir en la continuidad o el abandono del consumo de cigarrillos.
- Establecer las diferencias de consumo en función del sexo, edad, curso y otras variables.
- Establecer el momento de inicio del hábito tabáquico con relación al ingreso a la Facultad de Medicina.
- Valorar el grado de tabaquismo de los estudiantes de medicina dentro de los hospitales donde realizan sus prácticas.
- Documentar la prevalencia del consumo de tabaco en productos diferentes al cigarrillo (puros, pipas, etc.).
- Estimar la edad de inicio del consumo de cigarrillos en los estudiantes de medicina.
- Determinar el nivel de consumo de tabaco en los estudiantes de medicina.
- Evaluar el nivel de conocimiento de los estudiantes respecto al efecto nocivo del humo del tabaco sobre la salud.
- Medir el grado de dependencia física a la nicotina en los estudiantes de medicina.
- Estimar el grado de motivación que tienen los estudiantes para dejar el hábito tabáquico.

VI. MARCO TEORICO

• INTRODUCCIÓN

El tabaquismo es una enfermedad crónica, adictiva, con tendencia a las recaídas. La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) estima que para el año 2020, habrá diez millones de defunciones anuales por dicha causa. Es decir que en el siglo se producirán mil millones de muertes, lo cual constituye una hecatombe inadmisibile para el entendimiento humano, ya que se conocen plenamente los vectores de la epidemia y se cuenta con medidas eficaces de control (1). Actualmente se dispone de medidas de salud pública y de tratamientos eficaces que salvarían innumerables vidas; pero la realidad muestra que en los servicios de salud no se hace uso eficiente de ellos. El número de muertos y enfermos a causa del tabaco muestra que es necesario y clave para la salud mundial que miles de fumadores abandonen el tabaquismo. Contradictoriamente en una gran mayoría de centros asistenciales el personal consume cigarrillos dando con su comportamiento un mensaje equívoco sobre la gravedad que el tabaquismo activo y pasivo tienen sobre la salud. Es insostenible cualquier argumento que justifique que dentro de los recintos destinados a recuperar la salud, se exponga a los usuarios y sus trabajadores a los innumerables daños producidos por la contaminación del aire por el humo de los otros. Es necesario invertir el actual estado de cosas porque, dicho sin eufemismos, implica una contradicción científica, ética y social. A los servicios de salud les corresponde por misión ser el ejemplo social de los lugares libres de humo de tabaco, transmitiendo de esta manera un mensaje poderoso y consistente, contrapuesto al diluvio de mensajes emitidos por la industria tabacalera. Los esfuerzos dirigidos al control del tabaquismo son insuficientes si no se logran servicios de salud que, siendo libres de humo de tabaco, brinden servicios de cesación accesibles para todos los fumadores, cualquiera que sea su condición social y económica. Aunque en la actualidad la mayoría de los fumadores que abandonan el tabaquismo lo hacen sin ayuda formal, es necesario aumentar el porcentaje de abandonos a través de una mayor oferta de los tratamientos existentes y del mejoramiento de los diferentes programas de consejería, ayuda mutua u otros métodos disponibles. La mejor decisión e inversión para la salud, que un fumador puede hacer, es abandonar el tabaquismo. No obstante dejar de fumar es una tarea difícil, aún con ayuda psicológica y médica dado el carácter adictivo de la nicotina. Se dispone en estos tiempos de diferentes alternativas y las investigaciones sobre los mecanismos neuronales de las adicciones están brindando nueva información y nuevas bases para un manejo más exitoso. El abandono temprano del tabaquismo es esencial para restaurar la buena salud y reducir al mínimo los daños. No hay ninguna duda de los beneficios netos del abandono de la adicción. Sin importar la edad y el tiempo de la dependencia, siempre habrá un beneficio para la salud. Cerca de un 70% de los fumadores afirma que intentaría dejar la adicción si su médico se lo aconsejara (1). Sin embargo muchos médicos no valoran la eficacia de este consejo y no se involucran, dando como resultado que un gran número de fumadores no son advertidos por los equipos de salud de los

peligros del fumar y de la importancia de abandonar la adicción. Los programas de capacitación para los médicos han demostrado que tienen como resultado la utilización de estrategias eficaces para dejar de fumar. Por lo tanto es imprescindible preparar al personal de salud en las destrezas básicas para un consejo efectivo, así como adoptar prácticas institucionales de alta calidad e informar a la población sobre la existencia de métodos eficaces para dejar de fumar. Hay una profunda convicción de que los profesionales de la salud como un todo y la comunidad médica en especial, se deben involucrar en forma más activa en la promoción de la salud y en el respaldo de políticas de control de reconocida eficacia tanto para la prevención de la adicción, como para su abandono. Las políticas relacionadas con el precio de venta del producto, la prohibición de la publicidad y la prohibición de fumar en recintos cerrados tienen una eficacia conocida, corroborando el concepto de que hacer promoción de la salud es hacer medicina en gran escala. Por sus connotaciones, es prioritario que las instituciones de salud se constituyan en el ejemplo para un mundo libre de tabaco. Aunque bien difundidos y conocidos los daños que sufren los fumadores, no existe la misma conciencia y conocimiento sobre los producidos a los expuestos involuntariamente al humo del tabaco de los demás, a pesar de que desde mediados de los años 70 ya se habían encontrado los efectos en las vías respiratorias de los niños de padres fumadores. A estas conclusiones, reafirmadas por múltiples investigaciones, se agregan regularmente numerosas nuevas evidencias que demuestran una relación causal del tabaquismo pasivo con muchas otras enfermedades. La comunidad médica debe comprender que garantizar a la población un aire libre de tóxicos y carcinógenos es un derecho humano básico esencial. El tabaquismo pasivo es uno de los grandes problemas actuales de salud pública, el cual debe ser abordado como tal y no como un problema de molestias e incomodidades personales, que pueda solucionarse exclusivamente bajo reglas de cortesía y buenos modales. Hay un profundo convencimiento que estas últimas deben constituirse en uno de los bastiones de cambio y de transformación de viejos ambientes por nuevos espacios saludables, que propicien la salud y que de ninguna manera estén contaminados como lo están ahora con el humo de tabaco procedente de los fumadores.

- EFFECTOS DEL TABACO SOBRE LA SALUD

La mitad de los fumadores morirá a causa de su tabaquismo y de ellos, la mitad lo hará entre los 35 y 69 años perdiendo un promedio de 20 a 25 años de vida útil (2). Anualmente mueren casi 5 millones de personas en el mundo por ser fumadores. De mantenerse los patrones actuales de consumo, la OMS estima que para la década del 2020, esta cifra aumentará a 10 millones de personas por año en el mundo y que 70% de las mismas ocurrirá en los países en vías de desarrollo (3). Cualquier patógeno que cause alrededor de 13.500 muertes por día en el mundo, es un depredador implacable que requiere intensas medidas de control. De allí la alerta que la OMS ha lanzado desde años atrás y que ha dado como resultado que por primera vez en la historia de la Salud Pública se haya aprobado un tratado mundial, el Convenio Marco para el Control del

Tabaco, cuyo objetivo es frenar esta epidemia (4). Está demostrado que más de 50 enfermedades son causadas por el tabaquismo. Estas pueden agruparse en patologías cardiovasculares, respiratorias, cánceres y un grupo heterogéneo que afecta diversos sectores del organismo. El consumo de tabaco es responsable de aproximadamente el 25% de las Cardiopatías Isquémicas, 75% de las Enfermedades Pulmonares Obstructivas Crónicas (E.P.O.C.) y 90% de los Cánceres de Pulmón (3).

Enfermedades Cardiovasculares:

Es en esta categoría donde el tabaco produce mayor mortalidad, ya que las enfermedades cardiovasculares son una de las principales causas de muerte en nuestro país. Todos los territorios vasculares sufren los efectos del tabaquismo: arteriosclerosis, vasoconstricción, daño endotelial e hipoxia tisular (1). Las patologías cardiovasculares asociadas al tabaco son: la enfermedad coronaria, enfermedad cerebrovascular (isquémica y hemorrágica), y la enfermedad vascular periférica (ateromatosis aórtica y de miembros inferiores).

Enfermedades respiratorias:

La E.P.O.C. que incluye bronquitis crónica y enfisema es sin duda una de las más graves enfermedades causadas por el tabaquismo. Su tasa de mortalidad mundial está en ascenso y constituye la 4ª causa de mortalidad en EE.UU (5). Si bien se presenta en el 15% de los fumadores, sus consecuencias sanitarias y económicas son sumamente devastadoras para el enfermo, la familia y la sociedad por la discapacidad física y pérdida de calidad de vida que produce, con la consecuente demanda de asistencia médica, seguros y jubilación prematura. Las infecciones respiratorias altas y bajas son más frecuentes, más prolongadas y más graves en fumadores, con mayor requerimiento de internación y más elevada mortalidad. El tabaquismo en el paciente asmático es causa de agravación de su enfermedad, de mayor dificultad en su control e incremento de los requerimientos de medicación. La persistencia del consumo de tabaco determina la aparición de lesiones crónicas a nivel de la vía bronquial, producidas por la asociación de la enfermedad asmática y el tabaco, lo que determina la evolución a una enfermedad crónica obstructiva irreversible de la vía aérea.

Cáncer:

El 90% de los cánceres de pulmón son atribuibles al tabaquismo. También aumenta el riesgo de cáncer en todo el aparato respiratorio superior, en particular la laringe. Hay formas de tabaquismo, pipa, tabaco mascado y cigarro, que provocan mayor incidencia de cáncer de boca y faringe. La deglución de carcinógenos disueltos en la saliva interviene en el riesgo aumentado de cáncer de esófago, estómago y colon. Está demostrada la causalidad del tabaquismo en otros cánceres a distancia: páncreas, riñón, vejiga y cuello uterino. Ya existen numerosos trabajos que establecen la relación causal con el cáncer de mama (3).

Daño en otros territorios:

El tabaquismo también es responsable de la aparición o agravación de los síntomas de gastritis, úlcera gastroduodenal y enfermedad de Crohn. La mujer fumadora tiene riesgos específicos: menor fertilidad, menopausia precoz, incremento del riesgo de osteoporosis y mayor incidencia de eventos trombóticos, estos últimos sobre todo si se asocia el uso de anticonceptivos orales. La mujer embarazada que fuma pone en peligro a su hijo. Tiene mayor riesgo de aborto, parto prematuro, así como de tener un niño de bajo peso. El recién nacido presenta mayor prevalencia de complicaciones respiratorias y de Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (S.M.S.L). Actualmente se está investigando si los hijos de madres que fumaron durante el embarazo, pueden tener mayor riesgo de desarrollar dependencia nicotínica en la edad adulta. (6). En el hombre el tabaquismo aumenta considerablemente el riesgo de impotencia sexual de causa vascular. En el aspecto estético el tabaquismo causa arrugas prematuras, uñas y dientes amarillentos, además del aroma a tabaco en la piel, el aliento y la vestimenta. Desde 1964 en que se publicó el primer informe del Jefe de Sanidad de EE.UU hasta la fecha, se han acumulado más de 70.000 trabajos científicos que demuestran la relación entre el tabaco y las múltiples enfermedades que causa (7). Además día a día aumenta la evidencia apoyando las pruebas antedichas y encontrando nuevos sectores que sufren las consecuencias de la hipoxia tisular o el potencial carcinogénico del tabaco.

• TABAQUISMO PASIVO Y PATOLOGÍA

Desde la década del 70 los estudios científicos demuestran que la exposición involuntaria al humo de tabaco de los otros causa graves daños a la salud. El informe del Director General de Salud de los Estados Unidos sobre tabaquismo pasivo concluyó que la exposición involuntaria al humo de tabaco causa enfermedades en los no-fumadores (8). La magnitud de la exposición involuntaria al humo de tabaco aumenta en forma paralela con el tabaquismo activo, que en América Latina constituye un problema creciente de Salud Pública. La OMS calcula que el 40% de los niños del mundo están expuestos a humo de tabaco en sus hogares. En América Latina estas cifras varían entre 30 y 70% en los distintos países (3). En el continente Americano se calcula que de 1 millón de muertes anuales por enfermedades tabacodependientes, entre 10 y 15% ocurre en fumadores pasivos (1). Los niños son particularmente sensibles a los tóxicos ambientales del tabaco, pero además tienen menos posibilidades de evitar por si mismos la exposición involuntaria. Los defensores de los Derechos de los Niños, teniendo en cuenta estas circunstancias y los daños conocidos, que llegan hasta la muerte súbita del lactante, han propuesto que la exposición al humo de tabaco sea considerado como una forma de maltrato infantil.

En general se puede afirmar que los fumadores pasivos sufren similares riesgos para su salud que los fumadores activos, dependiendo de la magnitud de la exposición (9). En el

adulto se ha demostrado un aumento del riesgo de cardiopatía isquémica, cáncer de pulmón y de senos nasales y agravamiento de la evolución del asma y de la E.P.O.C. En los niños la exposición involuntaria al tabaco es causa de asma y agravación de las crisis de quienes ya la padecen. Produce disminución del desarrollo de la función pulmonar, aumenta el riesgo de infecciones respiratorias y del oído medio, primera causa de sordera en la infancia. Los recién nacidos expuestos a humo de tabaco duplican el riesgo de Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (muerte blanca o muerte en la cuna). Según el grado de exposición al humo de tabaco de los demás, la mujer embarazada puede sufrir las mismas complicaciones que la mujer embarazada fumadora. Se debe señalar la importancia del tabaquismo pasivo en los lugares de trabajo. En algunos espacios laborales la magnitud de la exposición es tal que los trabajadores expuestos al humo del ambiente inhalan cantidades de tóxicos equivalentes a las de un gran fumador. Esto bien puede ser considerado un riesgo ocupacional; situación que se daría en bares, discotecas y restaurantes entre otros. Es por ello que la OMS está promoviendo que los gobiernos tomen rígidas normas de control del tabaquismo en los lugares de trabajo (4). La única forma de proteger la salud de la población de la exposición al humo de tabaco, es promover la generalización de edificios libre de dicho humo, en donde no se fume en ningún lugar en su interior, lo que beneficia a fumadores y no fumadores. La instalación de áreas para fumadores puede ser una medida transitoria, para que quienes trabajan en el edificio se adapten a la nueva reglamentación.

- FACTORES DE INICIO DEL HÁBITO TABÁQUICO (10)

Aquí se incluyen aquellos factores que favorecen y potencian el comienzo del consumo de tabaco; comprenden tres tipos: factores ambientales, factores sociales y factores personales.

Factores Ambientales:

Dentro de los factores ambientales podríamos incluir la publicidad y promoción del tabaco. La publicidad no sólo promociona los distintos productos derivados del tabaco, sino también la práctica de consumirlos (26). Mediante el empleo de imágenes fascinantes, la industria tabaquera asocia el lujo, la aventura, el deporte, la libertad, la independencia, control del peso, el éxito social y profesional, con fumar. Los niños, adolescentes y las mujeres son el futuro de la industria tabaquera. Entre sus numerosas estrategias, la industria ha participado en estudios sobre el inicio del consumo del tabaco en los jóvenes, difundiendo el mensaje de que fumar responde a un “comportamiento adulto”, lo que hace en la opinión de algunos autores que refuerce e incite aún más la intención de los jóvenes por fumar. Por otro lado existe una gran accesibilidad para conseguir cigarrillos ya que son múltiples los canales de venta de productos derivados del tabaco. A causa de su bajo precio se tiene una gran disponibilidad del tabaco.

Factores Sociales:

Dentro de estos factores, destacan la familia, el grupo de amigos y los educadores.

Influencias familiares: El tabaquismo de los padres, así como sus actitudes frente al tabaco, se han asociado de manera constante al de los jóvenes. Los niños que crecen en hogares cuyos padres no fuman y desapruaban el consumo de tabaco tienen menos posibilidades de convertirse en fumadores habituales. También se considera que la permisividad de los padres es más importante que su conducta y que el tabaquismo de los hermanos mayores ejerce una gran influencia en ellos.

Influencias de los compañeros: El concepto de “presión de los compañeros” se ha identificado siempre como factor influyente en la conducta de los jóvenes respecto al tabaco. Los jóvenes que fuman suelen hacerlo en compañía de amigos y para ellos fumar constituye una actitud decididamente integradora (10,27). Sin duda existen pequeños grupos de compañeros cuyos miembros se asocian entre sí, a través del tabaquismo, y los estudios demuestran que es más probable que los niños fumen si tienen amigos que lo hacen. En esta etapa hay que destacar la enorme influencia que tiene en ello la publicidad.

Influencia de los educadores: El ámbito docente puede ejercer un papel determinante en el inicio del consumo del tabaco. Una de las estrategias más importantes en la prevención del tabaquismo escolar es difundir la idea de que fumar no se corresponde en absoluto con un comportamiento “normal” del adulto. Se ha observado que en los colegios en los que fuman los profesores, y en particular el tutor, la prevalencia del tabaquismo entre los jóvenes es mayor que cuando los profesores no fuman. Establecer el no fumar como norma dentro de los centros educativos, promover el ejemplo de amigos y adultos no fumadores como conducta a imitar, instaurar programas educativos e instar a directores y profesores a conseguir un ambiente escolar sin humos son iniciativas de utilidad en la prevención de su uso.

Factores Personales:

Diversos estudios han revelado características personales asociadas al hábito de fumar (10,25). En el plano de la conducta, fumar es el resultado de los rasgos de la personalidad de los sujetos que buscan la sensación, la novedad y el riesgo. El tabaquismo constituye para los jóvenes una parte importante de la imagen que tienen de sí mismos. Para algunos puede representar, por ejemplo, una imagen adulta y dura. Otros lo consideran como un mecanismo de control del peso y un método para combatir el estrés y calmar los nervios. El conocimiento y las convicciones en relación con el tabaco guardan relación, según se ha demostrado, con la conducta respecto al tabaco. Los jóvenes que no fuman tienen más probabilidades de sostener opiniones negativas respecto al tabaquismo, igual que los jóvenes que fuman tienen menos conocimientos sobre los riesgos para la salud del tabaquismo o no personalizan esos riesgos o ven que a corto plazo ofrece ventajas (autoestima, nuevas amistades, etc.) que compensan las amenazas para la salud (10). La

eliminación de la imagen positiva del tabaco y la ayuda a los jóvenes a desarrollar la confianza en sí mismos y sus destrezas sociales contribuirán a reducir la prevalencia del tabaquismo. Dentro de los factores personales podríamos distinguir los factores psicológicos y los factores genéticos. *Factores psicológicos:* “Eysenck investigó las características psicológicas y la personalidad del individuo en relación con el tabaquismo. Encontró que los adolescentes de naturaleza extrovertida, carácter impulsivo, tendencia a asumir riesgos, podrían manifestar mayor inclinación a fumar” (10). Existen otras opiniones entre las que el fumar se asocia a adolescentes con problemas de disciplina y con patrones de comportamiento como aquellos que presentan problemas de autoestima. En cualquier caso, con todos estos hallazgos debemos ser prudentes y entenderlos como “término medio”, ya que las diferencias observadas son mínimas y las afinidades de las personas que fuman son múltiples y diversas, y difieren poco de las no fumadoras. *Factores genéticos:* Diversos estudios sobre amplias cohortes de gemelos han mostrado datos que sugieren una moderada influencia genética y familiar que facilitaría el riesgo de convertirse en fumador, la persistencia en el hábito y la dificultad en el abandono del tabaco (10).

- FACTORES MANTENEDORES Y DE AFIANZAMIENTO DEL HÁBITO TABÁQUICO

Dentro de los factores que favorecen el mantenimiento y estabilización del hábito tabáquico citaremos los farmacológicos, entre los que destaca la nicotina como sustancia de alto poder de generar adicción y los factores condicionantes (sensoriales y de hábito)(10,28).

Factores Farmacológicos:

La nicotina es un alcaloide o base de origen natural presente en las hojas de la planta del tabaco (*Nicotiana tabacum*). Desde el punto de vista de su estructura química, se trata de una amina terciaria que se deriva de la unión de un anillo piridínico y otro pirrolidínico. Del proceso de combustión del cigarrillo, se origina el humo del tabaco. El humo es un aerosol constituido por una fase gaseosa y por una fase de partículas; las sustancias más relevantes de la fase de partículas son la nicotina, el agua y el alquitrán, siendo este último el residuo que queda de extraer la nicotina y la humedad de dicha fase particulada. La nicotina es el principal alcaloide del humo del tabaco y el determinante de la dependencia farmacológica (10,29); es uno de los pocos alcaloides no oxigenados, y es incolora, oleaginosa, volátil e intensamente alcalina. Cuando toma contacto con el aire adquiere un color marrón y es quizás la sustancia responsable del sabor característico del tabaco. Durante la combustión se destruye un 35%, otro 35% va a parar al humo ambiental, el 22% se inhala a través de la corriente principal y el restante 8% se retiene en la porción no consumida del cigarrillo (10). La nicotina en su forma ionizada presenta un pH ácido, atraviesa con dificultad la membrana celular, mientras que en estado de base libre, en este caso el pH es alcalino, la atraviesa con facilidad. Éste es el motivo por el

cual, la nicotina del humo del puro o de la pipa, que tiene un pH alcalino de 8,6 aproximadamente, se absorbe con rapidez por la mucosa oral, mientras que el humo del cigarrillo, que tiene un pH ácido de alrededor del 5,5, se absorbe en un 90% a nivel de la membrana alveolocapilar.

Factores Condicionantes:

El examen de los factores condicionantes que mantienen el consumo de tabaco muestra una gran complejidad, ya que el hecho de fumar está considerado como una sucesión de conductas. Las circunstancias que rodean el fumar pueden comportarse como facilitadoras del mantenimiento del proceder del fumador e incluso despertar respuestas similares a los efectos farmacológicos de la propia nicotina sobre el individuo, reforzando el comportamiento como fumador (factor de hábito). No hay que olvidar que fumar es una actividad placentera que origina respuestas sensitivas agradables en determinadas terminaciones sensoriales (factores sensoriales).

Factores de hábito: La acción de fumar va asociada a numerosas situaciones de la vida cotidiana, tomar un café, el aperitivo, la sobremesa, llamar por teléfono, etc. Aquellas circunstancias que pueden causar cambios en el estado de ánimo, emociones, estrés, presión laboral y profesional, soledad, son condicionantes que favorecen el que el fumador encienda el pitillo. Las circunstancias asociadas con fumar pueden convertirse en estímulos preferentes que mantengan y condicionen el hábito. Una sutil pero importante cuestión es si la continuación de fumar está potenciada por la atenuación del síndrome de abstinencia o por la aparición de "consecuencias positivas o de recompensa" derivadas de la inhalación de nicotina (10). Por otra parte, se estima que el fumador de una cajetilla diaria durante 20 años ha inhalado más de millón de caladas; cada pipada supone más oportunidades condicionantes del consumo de tabaco asociándola con diversas situaciones de la vida diaria. La mera repetición del acto de fumar fortalece tal comportamiento con el mantenimiento y afianzamiento del hábito tabáquico.

Factores sensoriales. Los sentidos del olfato y del gusto han recibido relativamente poca consideración en cuanto a su importancia como factores condicionantes de la conducta de fumar. Sin embargo, está demostrado que fumar es un medio de administrarse una sustancia que excita las terminaciones nerviosas sensitivas localizadas en los labios, boca y garganta, y que provoca sensaciones placenteras a nivel del tacto, gusto y olfato, incluyendo también sensaciones visuales (30). La conducta de fumar está influida por una acumulación de fuentes de gratificación no farmacológicas que no estaría completa sin incluir la interpretación psicológica del hábito. Recordemos que en muchas ocasiones se enciende el pitillo en circunstancias de estrés e inseguridad, para afrontar situaciones delicadas, luchar contra la apatía, un estímulo durante el reposo, etc. Para concluir este apartado, añadir que todos estos factores y circunstancias no actúan de manera aislada sino de modo concomitante, unos como determinantes y otros como condicionantes, convirtiendo al individuo en fumador.

- PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS DE LA NICOTINA Y LAS BASES DE LA ADICCIÓN

El humo de tabaco causa daño en los fumadores y en las personas que lo respiran involuntariamente (1,3). Aunque sutil e insidioso al inicio, el perjuicio a la salud se manifiesta con el paso del tiempo en graves enfermedades que casi sin excepción afectan a todos los órganos y sistemas. El humo de tabaco está formado por dos fracciones: la llamada corriente principal que es la que el fumador inhala y la corriente lateral que es la que se desprende, entre pitada y pitada, del extremo encendido del cigarrillo, cigarro o pipa. Es una mezcla de gases y partículas en la que se han identificado más de 4.000 sustancias que incluyen tóxicos, irritantes, mutágenos y más de 50 carcinógenos. Alrededor de la mitad de los componentes químicos se encuentran originalmente en la hoja de tabaco, otros son agregados durante el proceso de cura o de industrialización y otros se producen durante la combustión. La industria tabacalera añade sustancias con el fin de cambiarle algunas características, entre ellas el potencial adictivo.

Al humo de tabaco en el ambiente también se le conoce como humo de segunda mano, humo de los otros y otras denominaciones. Es la mezcla del humo principal exhalado por el fumador (15%) y del humo lateral (85%). El humo lateral tiene propiedades diferentes al humo inhalado por el fumador porque entre las pitadas se produce una combustión incompleta del tabaco, que lleva a mayores concentraciones de varias de las sustancias tóxicas y carcinógenas. Esta mezcla permanece en el aire y es inhalada por fumadores y no fumadores. El humo de segunda mano está clasificado por la Agencia de Protección Ambiental de los Estados Unidos como un carcinógeno humano para el cual no existe nivel seguro de exposición. (11) Los niños son especialmente vulnerables a dicho humo por su menor volumen corporal y su mayor frecuencia respiratoria, lo cual determina una mayor absorción de químicos por kilo de peso ante la misma exposición que un adulto. La mujer embarazada que fuma o que respira el humo de los demás expone a su hijo a los tóxicos del tabaco. Se ha demostrado científicamente que la ventilación no previene los daños producidos por la exposición al humo de segunda mano, pues si bien puede quitar la percepción del humo, no elimina los tóxicos. Por otra parte la separación en un mismo ambiente de fumadores y no fumadores, tampoco es una solución eficaz tal como lo demuestran los estudios de monitorización de nicotina ambiental que evidencian la presencia de los compuestos del humo en sectores de no fumadores. (1). La única solución efectiva para evitar los perjuicios del humo de segunda mano es lograr que los ambientes cerrados sean 100% libres de humo de tabaco.

- LA NICOTINA COMO DROGA ADICTIVA:

El cigarrillo es un dispositivo creado para liberar nicotina de tal forma, que ésta llegue lo más rápida y efectivamente posible al sistema nervioso central. El Director General de la Salud de EE.UU. en su Informe del año 1988 y la Asociación Americana de Psiquiatría

reconocen que la nicotina es una droga adictiva (12). Su grado de adictividad es comparable al de la cocaína o la heroína. La adicción a la nicotina cumple con los criterios específicos aceptados para el diagnóstico de dependencia y adicción a las drogas en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición (DSM-IV) (12). La característica esencial de la dependencia de sustancias consiste en que el individuo continúa consumiendo la misma, a pesar de reconocer los problemas que ella causa. Existe un patrón de autoadministración repetida que lleva a: aparición de tolerancia, abstinencia ante la supresión del consumo y uso compulsivo de la sustancia.

Tolerancia: es la necesidad de recurrir a cantidades crecientes de la droga para alcanzar el efecto deseado. La tolerancia a la nicotina se manifiesta por la rápida desaparición de los síntomas característicos del inicio del consumo (náuseas, mareos) y también la necesidad de cantidades crecientes de cigarrillos para conseguir el efecto deseado.

Abstinencia: es la aparición de síntomas cuando la concentración de nicotina en la sangre o los tejidos disminuye en un individuo que ha mantenido un consumo prolongado de tabaco. La necesidad irresistible de fumar o craving, es un síntoma importante de abstinencia nicotínica y explica en gran parte las dificultades para dejar de fumar. El síndrome de abstinencia incluye cuatro o más de los siguientes síntomas: craving o deseo irresistible de fumar; estado de ánimo disfórico o depresivo; insomnio; irritabilidad, frustración o ira; ansiedad; dificultades de concentración; inquietud o impaciencia; disminución de la frecuencia cardíaca; aumento del apetito o deseo de dulces que puede llevar a aumento de peso.

El síndrome de abstinencia provoca un malestar clínicamente significativo o deterioro laboral, social y/o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Los síntomas pueden comenzar a las pocas horas de dejar de fumar y el punto máximo se presenta entre 1 y 4 días. La duración promedio es de 3 a 4 semanas, aunque puede prolongarse hasta 6 meses. El componente psicológico de la dependencia nicotínica es muy intenso, se manifiesta por un fuerte deseo de fumar ante situaciones que están asociadas al cigarrillo: tomar café o alcohol, sobremesa, emociones intensas, sobrecarga laboral, descanso, lectura. La magnitud de la dependencia psicológica se evidencia por la persistencia del deseo de fumar aún superada la dependencia física, incluso años después de la cesación. El alto índice de recaída durante el primer año se debe en los primeros meses sobre todo a la dependencia física y luego a la intensa dependencia psicológica.

Uso compulsivo: Para hacer diagnóstico de dependencia es necesario que exista un patrón de uso compulsivo de la sustancia. Ni la tolerancia ni la abstinencia son condiciones necesarias o suficientes para diagnosticar la dependencia. Los siguientes aspectos definen el comportamiento compulsivo del fumador :

- Continúa fumando a pesar de padecer enfermedades tabacodependientes o de tener conciencia del daño
- Consume la sustancia en cantidades mayores o durante un período de tiempo más prolongado de lo originalmente pretendido.

- Tiene un deseo persistente de controlar o abandonar el consumo, sin embargo no logra mantenerse sin fumar. Puede tener un historial previo de numerosos intentos infructuosos de cesación.
- Evita asistir a actividades sociales, laborales o recreativas cuando se dan en lugares donde está prohibido fumar.

La dependencia a la nicotina se desarrolla con el consumo de cualquier modalidad de tabaco, cigarrillos, tabaco de mascar, tabaco en polvo, pipa o puros. La capacidad relativa de estos productos para provocar dependencia o inducir la aparición del síndrome de abstinencia está en función de la rapidez de absorción de la droga, que varía según su presentación y el contenido de nicotina del producto. Los síntomas de abstinencia son más intensos entre los sujetos que consumen cigarrillos que entre los que consumen otros productos. Esta elevada adictividad se debe a la mayor velocidad de absorción y llegada al encéfalo de la nicotina de los cigarrillos, consecuencia del diseño y los aditivos que agrega la industria tabacalera para lograr ese objetivo. Los efectos neuroquímicos de la nicotina se inician aproximadamente en 10 segundos luego de una pitada. Aunque más del 70% de los sujetos que fuman manifiestan deseos de dejar de fumar y el 35% lo intenta cada año, menos del 3% lo consigue sin ayuda (10).

- ETAPA EVOLUTIVA DEL FUMADOR

La actitud del médico debe ser siempre de comprensión hacia el paciente que sufre una adicción difícil de superar, pero debe aconsejar firmemente su abandono, argumentando las repercusiones sobre su salud y la de su familia. En cada paciente fumador se debe establecer la etapa evolutiva y el grado de adicción, lo que permitirá realizar una intervención individualizada.

Oportunidades perdidas:

Cada vez que se encuentra un paciente fumador a quien nadie le indicó formalmente dejar de fumar, se debe considerar que cada uno de sus contactos con el sistema de salud fue una oportunidad de intervención perdida. Una adecuada autocrítica probablemente ponga de manifiesto que la práctica habitual está más cargada de oportunidades perdidas que de intervenciones oportunas. Para implementar una intervención adecuada se debe realizar inicialmente diagnóstico de Tabaquismo. Dada la alta prevalencia de esta enfermedad es imprescindible interrogar a todos los pacientes que concurren a la consulta sobre si fuman o no, independientemente del motivo de consulta y la edad. Se debe preguntar intensidad del consumo, es decir cuántos cigarrillos fuma por día, edad de comienzo e intentos previos de cesación.

Aquellas situaciones de consulta por complicaciones de enfermedades tabaco-dependientes y que sensibilizan al paciente para lograr mayor motivación, constituyen

oportunidades de intervención. El consejo de abandono del tabaquismo debe ser individualizado de acuerdo a las circunstancias de cada fumador.

Etapa evolutiva:

Diagnosticar la etapa en que se encuentra el fumador es importante para realizar una intervención eficaz. El modelo de Etapas de Cambio de J. Prochaska y C. DiClemente (10) es aplicable a todo cambio conductual, y como tal al proceso de dejar de fumar. Para el terapeuta es importante conocer en qué etapa se encuentra el paciente, así como datos de sus patologías, vida personal, familiar y laboral, para poder brindar la ayuda apropiada. El objetivo inicial del equipo de salud es ayudar a los fumadores a avanzar en la etapa evolutiva, con el objetivo final de la cesación completa.

Precontemplación: el fumador no tiene intención de cambiar en los próximos 6 meses. El objetivo de la intervención en esta etapa es lograr motivar al paciente para que se cuestione su conducta y empiece a pensar en la necesidad y la posibilidad de dejar de fumar. Es útil aumentar la información sobre los riesgos para su salud y la de su familia, los beneficios del cese y los procedimientos terapéuticos efectivos. Es más eficaz el consejo individualizado o adaptado a la situación concreta del paciente.

Contemplación: es el patrón más habitual, 70% de los fumadores manifiestan que desean dejar de fumar y valoran la posibilidad de abandonar su adicción en los próximos 6 meses. En esta etapa se deberá aumentar la motivación evitando la cronificación de este estado pasivo. El objetivo de la intervención es lograr cambiar el “pensar” por “actuar”, transmitiendo optimismo en cuanto a la posibilidad de éxito. Se deben aportar estrategias específicas que promuevan hábitos saludables, adaptadas a su realidad personal, familiar y laboral.

Preparación: el paciente intentará un cambio en el próximo mes, toma algunas medidas de control de su adicción. En esta situación están la mayoría de las personas que solicitan ayuda, y se les puede brindar herramientas para fomentar las acciones en pro del cese. Es el momento de fijar una fecha para la cesación. Es posible que se deba iniciar algún tratamiento farmacológico para disminuir el síndrome de abstinencia nicotínico.

Acción: el fumador pone en marcha un plan serio de cese con o sin apoyo profesional y en este período logra dejar de fumar. Es importante el apoyo psicológico y farmacológico que pueda brindar el médico, siempre que el paciente desee ayuda. Es conveniente un seguimiento cercano fijando citas exclusivas para tratar el tabaquismo.

Mantenimiento: el primer semestre de cesación es de alto riesgo de recaída, hay autores que prolongan esta etapa hasta 1 año. Es de fundamental importancia un adecuado apoyo para mantener la motivación y brindar estrategias para continuar sin fumar. La dependencia psicológica persiste por un tiempo prolongado, todas las actividades asociadas a la conducta de fumar son situaciones de riesgo de recaída. El paciente debe conocer y evitar o prever los disparadores o desencadenantes.

Luego de esta etapa se puede considerar que el fumador está en una situación estable y considerarlo exfumador, si bien el tabaquismo es una enfermedad crónica en la que siempre se mantendrá el riesgo de recaída.

Grado de Adicción:

Se evalúa por medio de cuestionarios destinados a precisar el grado de dependencia física a la nicotina. La importancia de esta etapa diagnóstica radica en que permite definir diferentes estrategias terapéuticas y determinar en quienes será imprescindible el uso de sustitutos nicotínicos u otro tratamiento específico para el síndrome de abstinencia. El más usado es el test de Fagerström (13) (Anexo 2).

En la práctica diaria se puede realizar una aproximación diagnóstica basada en esta escala con las siguientes preguntas: ¿Fuma más de 20 cigarrillos / día?, ¿Fuma el 1er. cigarrillo en los 5 minutos luego de despertarse?, ¿Fuma si está enfermo?. La respuesta positiva a estas preguntas hace diagnóstico de dependencia fuerte. Esto significa que probablemente al dejar de fumar aparezcan síntomas de abstinencia y los tratamientos farmacológicos serán beneficiosos para su control.

- MOTIVACIÓN PARA DEJAR DE FUMAR

Se ha comprobado que la motivación para dejar de fumar es una de las variables clave en todo proceso de abandono (31). Frecuentemente esta motivación para dejar de fumar puede tener diversos orígenes: Círculo familiar, amistades, compañeros de trabajo, medios de comunicación, personajes de prestigio social, etc.

Paralelamente a este hecho se puede identificar una serie de elementos de actitud que resultan decisivos en el intento de abandono por parte del fumador, así en orden decreciente por importancia, tendríamos las siguientes causas de motivación: Temor a la enfermedad secundaria al tabaquismo (motivo de salud), mejora de la calidad de vida individual, aumento de la autoestima, ahorro de dinero, estética personal, factores relacionados con la aceptación y el rechazo social, etc.

Es de gran trascendencia descubrir cuáles son las razones por las que el fumador quiere dejar de fumar e indagar cuál es su grado de motivación. Sin lugar a dudas, el fumador debe comprometerse en el proceso de abandono, pues si no está suficientemente motivado, existirán muchas posibilidades de que el tratamiento fracase. De modo general, se puede afirmar que los fumadores se motivan más para dejar de fumar, si son conscientes de los efectos negativos del tabaco, o bien de los beneficios de no fumar sobre su propia vida o la de sus familiares. Se puede evaluar el grado de motivación interrogando al fumador sobre si quiere dejar de fumar y cuándo está dispuesto a hacerlo. También es muy útil conocer el historial previo de tentativas (número de intentos, tiempo



que estuvo sin fumar, causas de recaídas, etc.). Aquel individuo dispuesto a dejar de fumar en un futuro próximo o bien aquel que lo ha intentado con anterioridad varias veces, está en principio motivado para dejar definitivamente el tabaco. Cuando hayamos investigado los motivos a los que el fumador da mayor importancia para dejar de fumar, debemos pasar a analizar el grado de motivación, esto lo podemos completar con la realización del test de Richmond que nos será de gran utilidad (Anexo 3).

El test de Richmond evalúa el grado de motivación para el abandono del tabaquismo, es aplicable para identificar en una población, el subgrupo en el que se podrá realizar una intervención con mayor probabilidad de éxito. La interpretación también se realiza sumando los puntajes de cada respuesta.

- ROL DEL MÉDICO CONTRA EL TABAQUISMO

El juramento hipocrático ha sido un compromiso de siglos bajo el cual los médicos declaran su lealtad hacia sus maestros, colegas, discípulos y pacientes. Hace ya varios años que filósofos y eticistas reclaman un nuevo juramento donde la lealtad esencial sea hacia la sociedad global; una responsabilidad médica extendida a la sociedad en su conjunto, basada en el conocimiento y en el saber de los determinantes de los problemas médicos y sociales. El conocimiento en cualquier área de la ciencia exige nuevas lealtades y responsabilidades sociales. No se debe soslayar que el médico al fumar está emitiendo un mensaje equívoco, que resta credibilidad al mensaje educativo y a las medidas de salud pública, con una influencia que aunque no cuantificada se presume importante para la persistencia del consumo en grandes sectores de la sociedad. La promoción de salud es una de las funciones esenciales de la Medicina e involucra tres estrategias fundamentales: educación para la salud, movilización social para lograr espacios saludables y servicios de salud eficientes y abogacía o defensa pública de la salud para lograr políticas que creen condiciones sanitarias favorables. Estas tres estrategias de Promoción de la Salud tienen completa vigencia para estructurar un programa de control eficaz del tabaquismo (14). Se asume sin discusión la responsabilidad que el médico tiene hacia sus pacientes como consecuencia de su formación técnica, pero se debe insistir en las responsabilidades que el ejercicio de la promoción de salud impone al médico, atribuyéndole un conjunto de funciones: modélicas, educativas, terapéuticas y sociales.

Función Modélica:

La conducta del médico influye en las creencias y actitudes de la población. Todos los profesionales sanitarios, enfermeros, técnicos, odontólogos, psicólogos, asistentes sociales y en especial los médicos, constituyen un patrón de referencia para la sociedad respecto de todo aquello que contribuye a alcanzar una vida saludable. Sus actitudes trascienden el ámbito personal y profesional. Los médicos probablemente tienen mayor potencial que cualquier otro grupo en la sociedad para promover una reducción en el

uso del tabaco. La influencia que ejerce el médico sobre sus pacientes al aconsejar el abandono del tabaquismo, está determinada en gran medida por su postura personal frente al tabaco y la coherencia entre su actitud personal y el consejo profesional que ofrece. La conducta coherente de los profesionales sanitarios es ser no fumadores. Actualmente esta es una meta muy lejana a la realidad, ya que muchos médicos continúan fumando en la mayor parte del mundo, en especial en los países en vías de desarrollo (3). El porcentaje de médicos fumadores por sí sólo no expresa la realidad completa, debería complementarse con la cifra de cuántos de ellos fuman en sus lugares de trabajo o en público. En el estudio de médicos de Costa Rica dos tercios de los fumadores admitían que fumaban en el lugar de trabajo, donde pacientes y otras personas podían verlos. En las comunidades donde los médicos lograron disminuir significativamente su propio consumo, se evidenció un importante cambio de actitud social y un descenso en la prevalencia del tabaquismo. Los profesionales sanitarios que continúan fumando deben adoptar conductas destinadas a disminuir el impacto que su actitud personal produce en sus pacientes y en la sociedad, esto es: no fumar en público, no aceptar regalos relacionados con el tabaco, no permitir fumar en los ambientes asistenciales, facilitar la difusión de información sobre los riesgos del tabaquismo y el beneficio de su tratamiento (10). Al mismo tiempo se debe promover que los profesionales que fuman encuentren en su ámbito laboral el apoyo necesario para lograr la cesación. La imagen de profesionales de la salud ha sido usada en décadas pasadas para promover el tabaco; de hecho la mera presencia de un médico fumando continúa siendo un instrumento de promoción, bien conocido por la industria tabacalera, lo cual es inadmisibles.

Función Educadora:

Es útil recordar que la palabra "doctor" proviene de la voz latina "docere" que significa enseñar, educar. La promoción de la salud implica no sólo informar, se debe educar para empoderar. Se entiende por empoderamiento el proceso por el cual los individuos y la población colectivamente, se apoderan de conocimientos y destrezas que los habilitan para tomar decisiones informadas. El equipo de salud como agente educador tiene un elevado impacto en la comunidad. Debe promover la difusión de información a partir del consultorio, apoyar las campañas educativas curriculares y participar en campañas masivas de educación para la salud. El personal de la salud, desde los profesionales y técnicos, hasta personal administrativo y de servicios auxiliares, debería estar instruido y motivado para promover hábitos saludables, en particular en educar no fumar y colaborar en mantener los espacios sanitarios libre de humo de tabaco, tanto en áreas asistenciales como administrativas. Especial importancia tiene la función educadora de los profesionales hacia los estudiantes del área de la salud. La introducción del tabaquismo en la currículum de las carreras sanitarias es todavía escasa cuali y cuantitativamente. El consejo médico es una herramienta educativa de alto impacto cuando se aplica en forma sistemática, en todos los niveles de asistencia, especialmente en atención primaria.

Función Terapéutica:

El tratamiento del tabaquismo se debe abordar como el de toda enfermedad diagnosticada por el médico. No tratarlo es inaceptable desde cualquier punto de vista. A los médicos les resulta dificultoso intervenir en esta enfermedad, ya sea por falta de formación en las estrategias a utilizar, carencia de tiempo en la consulta, falta de confianza en su capacidad para hacerlo o por creer que este tratamiento no es su responsabilidad o no es eficaz. Según una encuesta Uruguaya sobre tabaquismo realizada en el SMU (10): 82% de los médicos considera que tienen responsabilidad social sobre el tabaquismo de la población; 89% reconoció al tabaquismo como una adicción; 87% manifiesta no haber recibido instrucción adecuada en la Facultad de Medicina para el manejo del tabaquismo. Esto demuestra que si bien los médicos uruguayos reconocen la responsabilidad que les compete en este problema, la intervención efectiva a nivel asistencial en la población fumadora no se cumple. La relación costo-efectividad del tratamiento del tabaquismo, a pesar de los costos de la terapia farmacológica, está sólidamente demostrada. Un solo profesional aplicando sistemáticamente la intervención mínima logra un impacto mensurable, de 6 a 10 % de cesación al año. Con la generalización a todos los profesionales y al resto del equipo de salud el resultado se multiplicaría en forma exponencial. Por otra parte la intervención mínima sistemática, que tiene un costo mínimo, ha demostrado ser más costo-efectivo que otros tratamientos que no se duda en prescribir, como el de la hipertensión arterial o la hipercolesterolemia (15). El obstetra al momento del diagnóstico de embarazo debe realizar la primera intervención sobre la madre, sabiendo que no sólo está previniendo complicaciones del embarazo y del recién nacido, sino que además está disminuyendo el riesgo de que ese niño sea un futuro fumador. Luego el pediatra cuidando a su paciente, eventual fumador pasivo, o activo si ya es un adolescente, debe intervenir con su consejo sobre el niño y la familia. El médico de atención primaria por ser el más cercano a la comunidad, tiene un rol fundamental en el abordaje de los fumadores, sin restar impacto a la intervención de los especialistas aunque su área de trabajo aparentemente no se relacione con el tabaquismo. Un ámbito especial y de alto impacto es el tratamiento de pacientes fumadores hospitalizados. Está demostrada la mayor motivación para el abandono del tabaquismo durante el curso de una enfermedad, especialmente si está relacionada con el tabaco. Además es una parte fundamental de la política de hospitales libres de humo. La intervención terapéutica es efectiva antes y durante la hospitalización.

Función Social:

El impacto en la salud pública por sí solo justifica la existencia de políticas de control del tabaco; sin embargo existen otras facetas de la epidemia de tabaquismo que son socialmente relevantes (16): Los pobres y las personas con menor nivel de educación, son afectadas en mayor proporción. En los sectores más carenciados el uso de tabaco es causa de malnutrición, debido a la desviación del dinero para la compra de tabaco en lugar de alimentos. El cultivo de tabaco tiene devastadoras consecuencias para la salud de los trabajadores, por ejemplo enfermedad del tabaco verde e intoxicación por plaguicidas. El cultivo y secado de la hoja de tabaco contribuyen a la deforestación

mundial. Según estimaciones conservadoras del Banco Mundial, la pérdida neta que causa el tabaco a la economía mundial se aproxima a los US\$ 200.000 millones al año (10). El tabaquismo entonces, no sólo es el principal problema de Salud Pública, sino que genera además un elevado costo social y económico. El médico en forma individual y colectiva, desde las asociaciones y agremiaciones profesionales, debe ser agente de sensibilización acerca de este tema, en particular hacia los dirigentes políticos, legisladores y formadores de opinión, para lograr un efectivo cambio social. La problemática general del tabaquismo se ve empeorada por las acciones de la industria tabacalera. Ésta, continúa actuando y reaccionando, exclusivamente para proteger sus intereses, sus ganancias, y sus mercados. Una sofisticada propaganda promociona y logra seducir y atrapar a los jóvenes. Con científicos corruptos y propaganda inundan los ámbitos de la información. Ante este grave problema social, se plantean distintas estrategias de control que también deberán ser impulsadas por los profesionales sanitarios. Es una realidad que el tabaco, además de ser una sustancia de uso legal, ha sido socialmente aceptado por más de un siglo. Desafortunadamente su uso se extendió por todo el mundo antes de que se comprendiera lo peligroso que es su consumo. No es posible volver el reloj atrás. Si bien, ante la magnitud del daño que causa, la respuesta más lógica sería su prohibición, dada la situación actual no es una medida viable. La aceptación social de este consumo hace que ante la prohibición total, el público reaccione negativamente, estimulado además por la industria tabacalera en forma intencional. Un camino para revertir esta aceptabilidad es prohibir el consumo en lugares públicos. El médico tiene un rol fundamental en la prevención primaria del tabaquismo; en el cual la medida realmente efectiva para frenar esta epidemia es evitar el inicio de la adicción. Esto requiere la convicción y el apoyo activo de todas las fuerzas sociales. El consumo de tabaco suele comenzar en la pre-adolescencia y adolescencia. Actualmente se percibe una tendencia al aumento del consumo en estas edades y un descenso en la edad de inicio, particularmente en el sexo femenino.

- TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO

Cada contacto del fumador con el sistema de salud es una oportunidad de intervención, los pacientes deben recibir un mensaje unánime del sistema: es beneficioso dejar de fumar por su salud y la de su familia. Desde el punto de vista de la asistencia ambulatoria, el tratamiento del tabaquismo se puede abordar de 2 formas: tratamiento mínimo o tratamiento integral. En realidad éstos son los 2 extremos de un espectro de posibles intervenciones. Sin embargo todas las referencias con relación al beneficio de la intervención mínima se refieren estrictamente a ésta. La eficacia de los tratamientos de cesación del tabaquismo se evalúa al año de realizada la intervención dada la alta tasa de recaída existente en ese lapso. Sin intervención del equipo sanitario menos del 3% de los fumadores logran dejar de fumar cada año. Estudios internacionales demuestran que evaluando todos los métodos aceptados de cesación del tabaquismo, promedialmente se mantienen sin fumar al año el 10 a 15%.

Tratamiento mínimo:

En todos los pacientes fumadores y en cada consulta se debería realizar por lo menos una intervención mínima. Su finalidad es aumentar la motivación y lograr un avance en la etapa de cambio del fumador. Está demostrado en estudios internacionales que la intervención mínima sistemática logra un índice de cesación de 6-10% al año, es decir duplica o triplica las posibilidades de cada paciente de dejar de fumar (17). El pilar de esta intervención lo constituye la aplicación de “los ASSES de la intervención” sugeridos por la Asociación Americana del Cáncer: ask - pregunte, asses - evalúe, advice - aconseje, assist - trate, y arrange - realice seguimiento (10).

Tratamiento integral:

El tratamiento de esta adicción requiere un abordaje integral, basado en el cambio conductual y apoyado en el tratamiento farmacológico. La terapia farmacológica del tabaquismo ha demostrado ser beneficiosa y en los últimos años aumentaron las probabilidades de éxito con el advenimiento de nuevos fármacos y la posibilidad de utilizarlos en forma asociada.

- **Tratamiento conductual:**

Se han descrito tres tipos de estrategias de asesoramiento y tratamiento conductual que son particularmente eficaces y que deberían utilizarse en los pacientes que quieren dejar de fumar (10)

Consejos prácticos: que ayuden a la búsqueda de motivos para dejar de fumar, a la identificación de las situaciones asociadas con el cigarrillo, a encontrar estrategias para afrontar problemas y adquirir capacidades que le permitan sustituir el cigarrillo por otro objeto o actividad que proporcione similar valor agregado

Apoyo intra-terapéutico: Implica una actitud de comprensión y apoyo por parte del profesional, aún ante los contratiempos o fracasos.

Apoyo social extra-terapéutico: Es fundamental que el paciente sea orientado para el manejo de las diversas situaciones sociales que se le pueden presentar y la búsqueda de apoyo de algún integrante del grupo familiar, de amigos y del ambiente laboral, de forma que en situaciones cotidianas de riesgo pueda acudir a alguien que lo ayude en su tratamiento.

- **Tratamiento farmacológico:**

Las Guías Clínicas para el Tratamiento del consumo y dependencia del tabaco (18) establecen que los tratamientos con fármacos son efectivos y deberían usarse, salvo contraindicaciones, en todos los pacientes que intentan dejar de fumar, ya que las terapias farmacológicas específicas permiten multiplicar las posibilidades de abandono del tabaquismo con respecto a la intervención mínima. La terapia farmacológica

prolongada reduce el riesgo de recaída. Los tratamientos farmacológicos están dirigidos a tratar el síndrome de abstinencia nicotínica. Tienen indicación en pacientes que se encuentran en etapa de acción. Una vez iniciado el cambio conductual, si aparecen síntomas de abstinencia, o si el test de Fagerström evidencia dependencia moderada o severa, o cuando ya hubo intentos de cesación previos con recaídas, se realizará tratamiento con fármacos. Estas terapéuticas han demostrado ser costo-efectivas. Si bien el costo constituye una dificultad para los servicios sanitarios, se debe tener en cuenta que el tratamiento de la dependencia nicotínica se realiza durante períodos limitados. Actualmente los servicios de salud están comenzando a incorporarlos. La terapia con fármacos siempre debe asociarse al apoyo psicológico, a fin de lograr el cambio conductual fundamental para el éxito del tratamiento de cesación.

Tratamiento específico

Los fármacos de acción específica de 1ª línea incluyen: terapias de reemplazo nicotínico y bupropión. La farmacoterapia no está indicada en: pacientes con contraindicaciones médicas; fumadores de menos de 10 cigarrillos por día, salvo que tengan un alto grado de dependencia; embarazo o lactancia, aunque actualmente algunos fármacos se aceptan en situaciones individualizadas de alto riesgo.

Terapias de Reemplazo Nicotínico (TRN): Son preparados farmacéuticos de nicotina que disminuyen la necesidad física de la droga al mantener un cierto nivel de la misma en sangre. Las formas de presentación son: chicles, parches, gotas, comprimidos, inhaladores y spray nasal. Desde la década del 80 múltiples trabajos clínicos han demostrado la utilidad de los distintos tipos de administración de nicotina, para inducir y mantener la cesación del tabaquismo. La OMS reconoce que las TRN son inocuas y eficaces. La nicotina liberada por estas formas de terapia no se acompaña de otros productos tóxicos y carcinógenos, como ocurre en el humo de tabaco. La misma se absorbe a través de la mucosa bucal, nasal o la piel, pero los niveles de nicotina sanguíneos que se obtienen son un tercio o la mitad de los que logra el fumador inhalando el cigarrillo. La nicotina actúa a nivel de los centros encefálicos y evita o atenúa el síndrome de abstinencia, aumentando las probabilidades de cesación sin recaída durante los primeros meses, cuando el riesgo de la misma es mayor.

Bupropión: Usado desde 1989 para la terapia de la depresión, en la década del 90 numerosos estudios demostraron su utilidad en el tratamiento del síndrome de abstinencia nicotínico aún en pacientes sin depresión previa. (10). Desde el punto de vista farmacodinámico se caracteriza por la inhibición selectiva de la recaptación neuronal de dopamina y noradrenalina, generando un aumento en las concentraciones de estos dos neurotransmisores, en los centros diencefálicos que modulan los mecanismos adictivos, causando sensación de saciedad. Aunque no está dilucidado el mecanismo de acción, se plantea que imita el efecto de la nicotina disminuyendo el deseo de fumar y atenuando los síntomas de abstinencia.

Tratamiento Inespecífico:

Puede utilizarse en combinación con los fármacos específicos o cuando hay contraindicaciones para las terapias específicas, como tratamiento sintomático de la abstinencia. Se usan sedantes, antidepresivos, antiácidos gástricos o otros fármacos que permiten disminuir los síntomas del síndrome de abstinencia, ya que estos dificultan la cesación y habitualmente condicionan la recaída.

VII. DEFINICIONES OPERACIONALES DE LAS VARIABLES

- **Exfumadores:** Son las persona que declaran haber fumado al menos 100 cigarrillos en su vida, pero que han dejado de fumar y se han mantenido en abstinencia durante 6 meses o más al momento de la encuesta (OMS).
- **No Fumadores:** Son las persona que declaran no haber fumado nunca, o haber fumado menos de 100 cigarrillos en su vida (OMS).
- **Fumadores Actuales:** Son las persona que declaran haber fumado al menos 100 cigarrillos en su vida y que actualmente fuman. Esta categoría incluye a los fumadores habituales y a los fumadores ocasionales (OMS).
- **Fumadores Habituales:** Son las persona que declaran haber fumado al menos 100 cigarrillos en su vida y que actualmente fuman uno o más cigarrillos diariamente (OMS).
- **Fumadores Ocasionales:** Son las personas que declaran haber fumado al menos 100 cigarrillos en su vida y que actualmente no consumen tabaco diariamente, aunque lo hacen de modo ocasional (OMS).
- **Fumador Pasivo:** Es la persona que está expuesta involuntariamente al humo de tabaco.

VIII. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Tipo de estudio:

El estudio es de tipo descriptivo, transversal, cuantitativo.

Población del Estudio:

La población del estudio está constituida por los estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud “Dr. Luís Edmundo Vásquez” de la Universidad “Dr. José Matías Delgado”, que se encontraban cursando de primero a octavo año de la carrera de medicina.

Plan de Recolección de Datos:

Para la recolección de los datos se utilizó como instrumento un cuestionario (Anexo I) elaborado por el equipo de investigación, que se basó en modelos utilizados en estudios previos realizados en otros países, el cual se contestó de forma anónima, personal y voluntaria por cada uno de los alumnos de la Facultad de Medicina que se encontraban cursando de primero a octavo año de carrera. El cuestionario se distribuyó durante horas lectivas e incluyó preguntas abiertas y cerradas. Éste constó de 5 partes: 1. Datos Personales; 2. Sección General; 3. Fumadores; 4. Fumadores que realizan prácticas hospitalarias; y 5. Exfumadores. La primera parte que incluyó los datos personales fue contestada por todos los estudiantes al igual que la segunda parte que es la sección general. La tercera parte fue contestada únicamente por las personas fumadoras. La cuarta parte fue contestada por los fumadores que se encontraban al momento realizando el externado o el internado en alguna institución hospitalaria. Y la quinta parte fue contestada por los exfumadores. Al inicio de dicho cuestionario se incluyó el objetivo del estudio, algunas consideraciones éticas y las instrucciones de cómo contestarlo adecuadamente. Dentro del mismo, se incluyeron preguntas correspondientes a dos test: el Test de Fagerstrom Modificado que permitió valorar el grado de dependencia a la nicotina, y el Test de Richmond con el cual se evaluó el grado de motivación para dejar de fumar.

Criterio de Inclusión:

Se incluyeron todos los estudiantes que se encontraban cursando de primero a octavo año de la carrera de medicina de la Facultad de Ciencias de la Salud “Dr. Luís Edmundo Vásquez” de la Universidad “Dr. José Matías Delgado”.

Criterios de Exclusión:

En este estudio no se propusieron criterios de exclusión debido a que la población que se encuestó fue prácticamente la totalidad de los estudiantes.

Análisis Estadístico:

Primero se verificaron los datos obtenidos de los cuestionarios para determinar si fueron llenados correctamente. El análisis estadístico de los datos se llevó a cabo mediante el paquete SPSS versión 12.0 para Windows utilizando estadística descriptiva (distribución de frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central).

Consideraciones Éticas:

Previamente a la realización del presente estudio se solicitó a las autoridades de la facultad de medicina de la Universidad "Dr. José Matías Delgado" su autorización para la elaboración y el desarrollo del mismo, y se les envió una copia del cuestionario solicitando su permiso para poder utilizarlo como instrumento de recolección de datos. Además, se les explicó a los estudiantes de medicina que dicho cuestionario era voluntario y anónimo garantizándoles la confidencialidad de los datos.

RESULTADOS

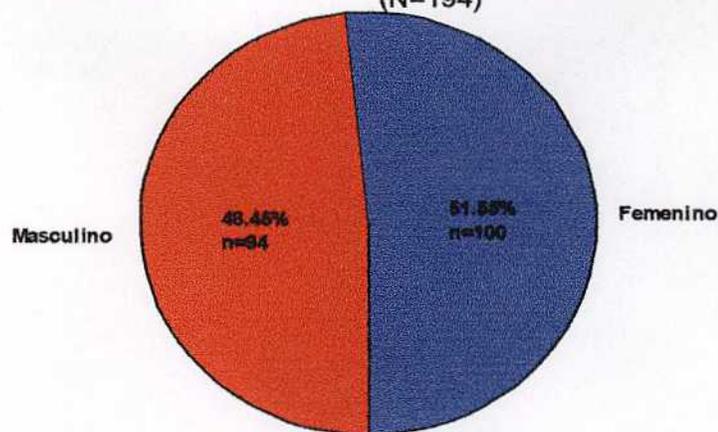
1. TABLA 1. RANGO Y PROMEDIO DE EDAD DE LOS ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE MEDICINA

Total	194
Media	21
Mínimo	16
Máximo	28

2. DISTRIBUCION POR SEXO DE LOS ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE MEDICINA

GRAFICO 1

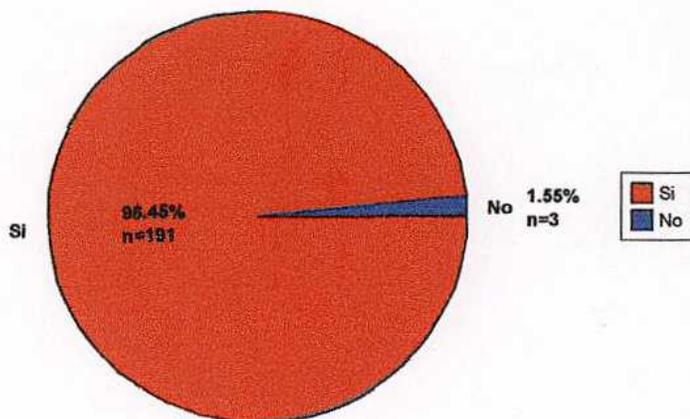
DISTRIBUCION DE LA POBLACION POR SEXO
(N=194)



3. EFECTO NOCIVO DEL TABACO SOBRE LA SALUD

GRAFICO 2

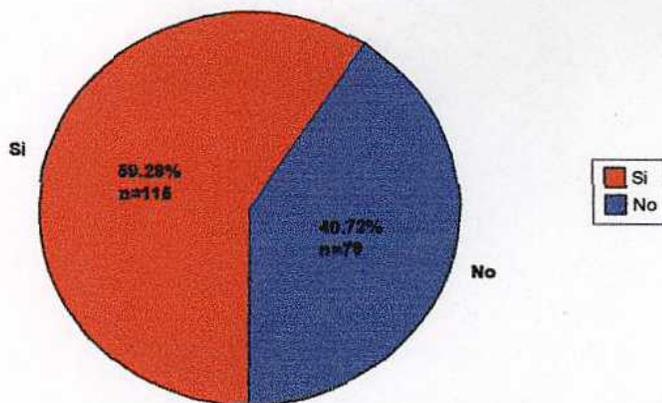
¿PIENSA USTED QUE FUMAR ES PERJUDICIAL PARA LA SALUD?
(N=194)



4. ACTITUD DE LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA HACIA EL HUMO DEL TABACO

GRAFICO 3

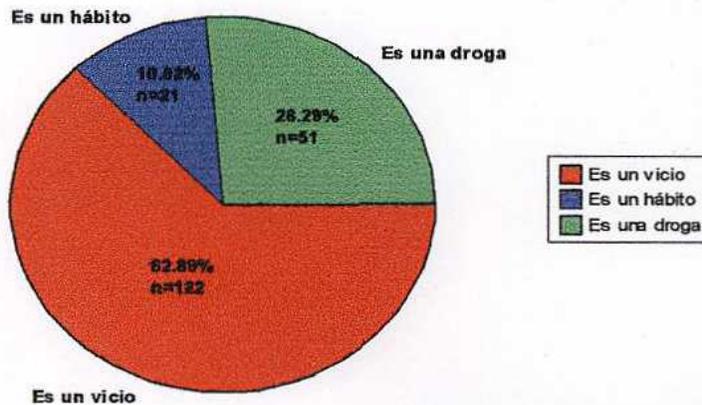
¿LE MOLESTA QUE LA GENTE FUME A SU ALREDEDOR?
(N=194)



5. DEFINICIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA SOBRE EL TABAQUISMO

GRAFICO 4

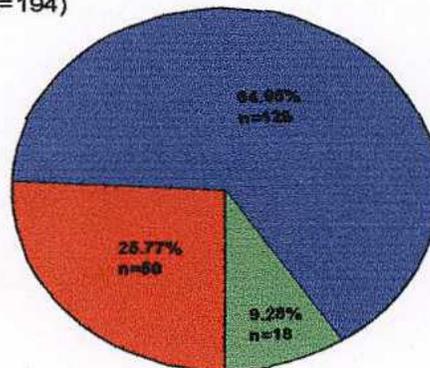
¿SEÑALE EL TERMINO QUE MEJOR DEFINE AL TABAQUISMO?
(N= 194)



6. ACTITUD DE LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA HACIA LA ASIGNACIÓN DE SITIOS PARA FUMADORES

GRAFICO 5

USTED ESTA A FAVOR DE:
(N=194)



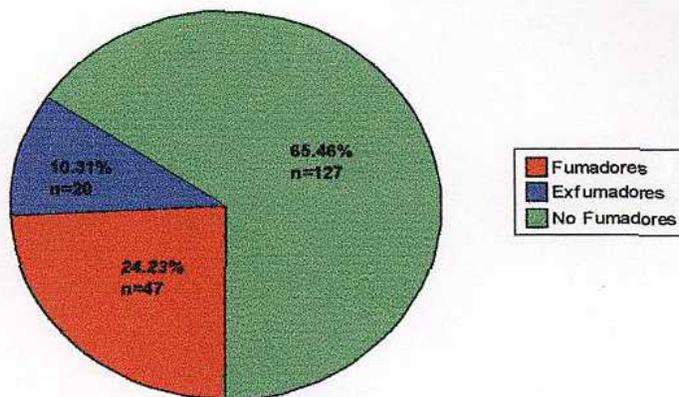
Usted está a favor de:

- Prohibición absoluta de fumar en lugares públicos
- Asignar áreas para fumadores y áreas para no fumadores
- Dejarlo a libre elección

7. HABITO TABAQUICO DE LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA

GRAFICO 6

HABITO TABAQUICO DE LOS ESTUDIANTES
N=194



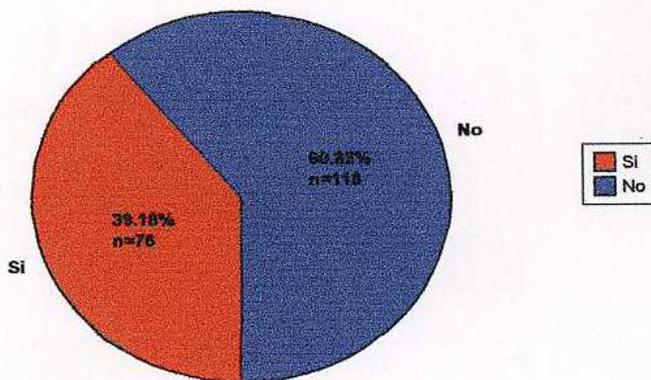
8. ENFERMEDADES QUE LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA ASOCIAN CON EL TABAQUISMO

	Si	
	Cuenta	%
Cancer De Pulmón	194	(100.0%)
Enfisema Pulmonar	156	(80.4%)
Caries Dental	94	(48.5%)
Bronquitis Crónica	160	(82.5%)
Patologías Del Embarazo	131	(67.5%)
Asma	134	(69.1%)
Enfermedades Cardiacas	116	(59.8%)
Cáncer De Boca	160	(82.5%)
Impotencia	67	(34.5%)
Osteoporosis	48	(24.7%)
Infertilidad	51	(26.3%)
Cancer De Pancreas	35	(18.0%)
Enfermedades Cerebrovasculares	83	(42.8%)
Cancer De Vejiga	49	(25.3%)

9. CONSEJO DEL MEDICO DE NO FUMAR

GRAFICO 7

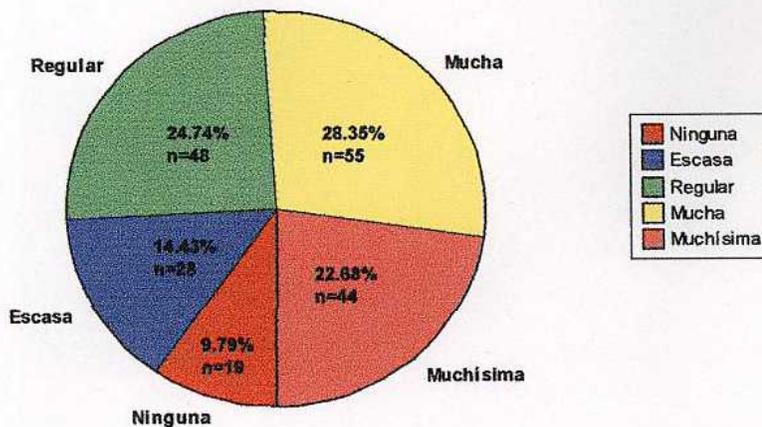
¿PIENSA USTED QUE "EL CONSEJO DE UN MÉDICO DE NO FUMAR" FUNCIONA COMO UN ESTIMULO IMPORTANTE PARA ABANDONAR EL TABAQUISMO?
(N=194)



10. PAPEL EJEMPLARIZANTE DEL MÉDICO

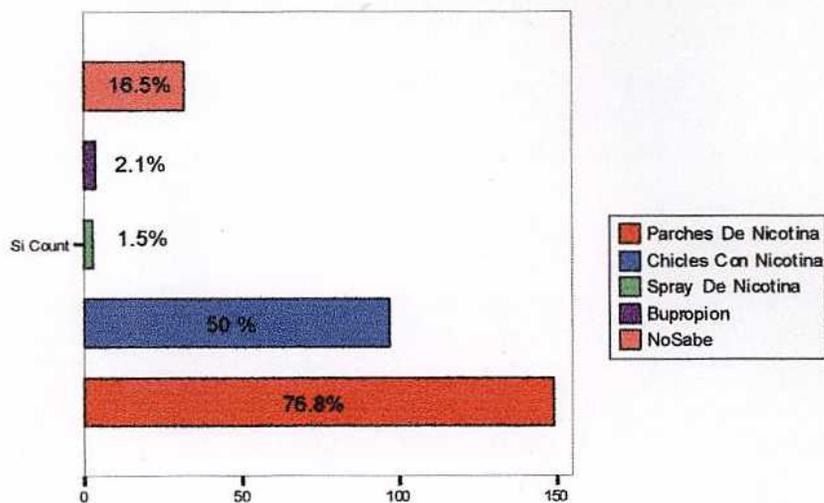
GRAFICO 8

¿QUE IMPORTANCIA LE DA USTED AL PAPEL EJEMPLARIZANTE DE LOS MÉDICOS Y ESTUDIANTES DE MEDICINA DE CARA A LA PREVENCIÓN DEL CONSUMO DEL TABACO?
(N=194)



11. QUE CONOCEN LOS ESTUDIANTES PARA DEJAR DE FUMAR

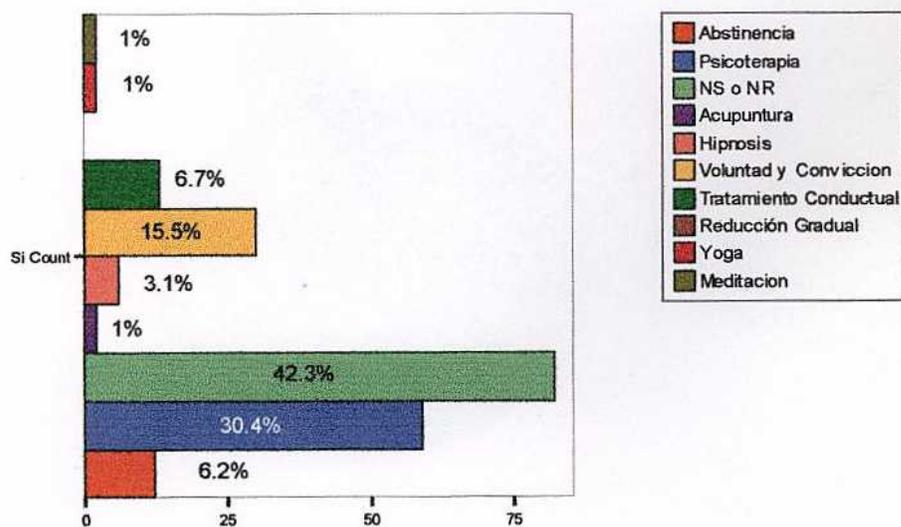
MÉTODOS FARMACOLÓGICOS QUE CONOCEN
LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA PARA DEJAR DE FUMAR
N=194



12. CONOCIMIENTO DE MÉTODOS NO FARMACOLÓGICOS PARA DEJAR DE FUMAR

GRAFICO 10

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO QUE CONOCEN
LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA PARA DEJAR DE FUMAR
N=194



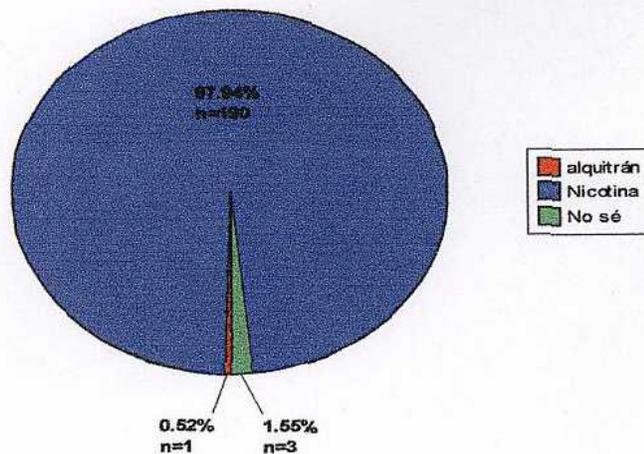
13. ANTECEDENTES FAMILIARES DE TABAQUISMO EN LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA

			Fumadores (N=47)		No Fumadores (N=127)	
	Total	%	Total	%	Total	%
Ninguno	70	(36.1%)	11	(23.4%)	53	(44%)
Padre	48	(24.7%)	14	(29.7%)	27	(21%)
Madre	19	(9.8%)	6	(12.7%)	9	(7%)
Padre y Madre	23	(11.8%)	11	(23.4%)	8	(29.6%)
Hermanos	25	(12.9%)	8	(17%)	13	(27.6%)
Otros	35	(18%)	5	(10.6%)	27	(21.2%)

14. CONOCIMIENTO DE LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA SOBRE EL COMPONENTE ADICTIVO DEL TABACO

GRAFICO 9

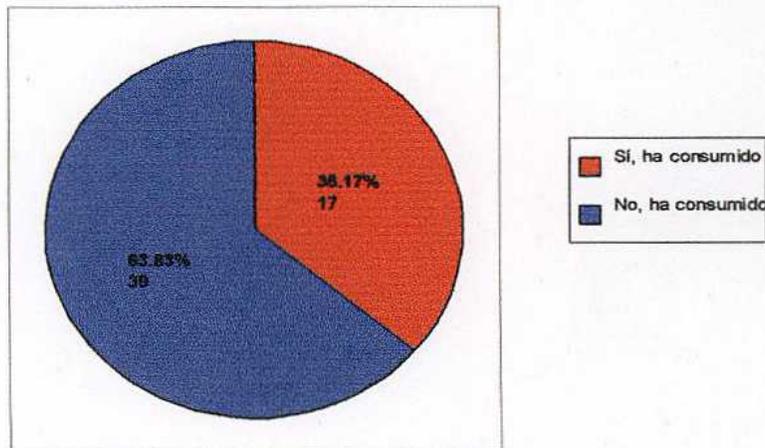
¿CUAL ES EL COMPONENTE DEL TABACO RESPONSABLE DE LA ADICCIÓN Y LA DEPENDENCIA?
N=194



15. CONSUMO DE TABACO DIFERENTES AL CIGARRILLOS EN LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA

GRAFICO 10

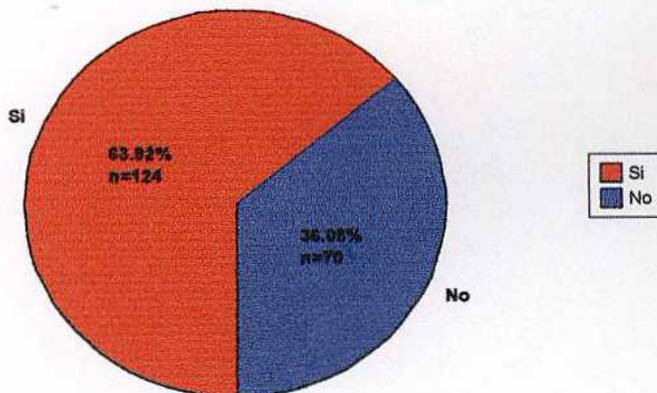
CONSUMO DE PRODUCTOS DIFERENTES AL CIGARRILLO
EN LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA
N=47



16. PAPEL MODÉLICO DE LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA SOBRE EL TABAQUISMO

GRAFICO 11

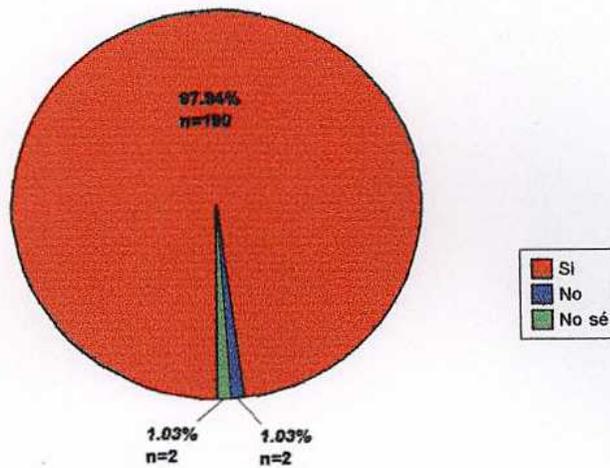
EN CUANTO AL TABAQUISMO ¿SE CONSIDERA USTED
UN MODELO O EJEMPLO PARA LA SOCIEDAD?
N=194



17. CONOCIMIENTO SOBRE EL EFECTO NOCIVO PARA LA SALUD DEL TABAQUISMO PASIVO

GRAFICO 12

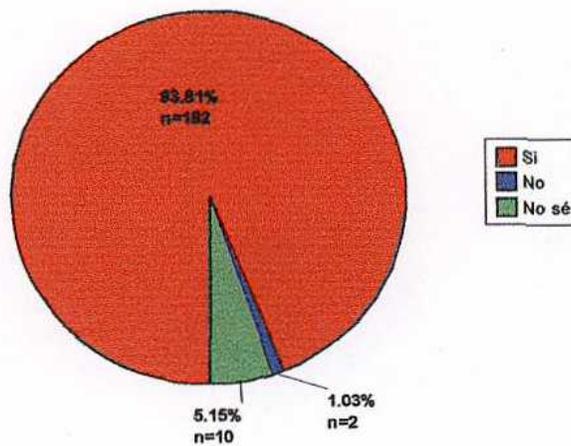
¿CREE QUE EL TABAQUISMO PASIVO ES NOCIVO PARA LA SALUD?
N=194



18. CONOCIMIENTO SOBRE EL EFECTO CARCINOGENO DEL TABAQUISMO PASIVO

GRAFICO 13

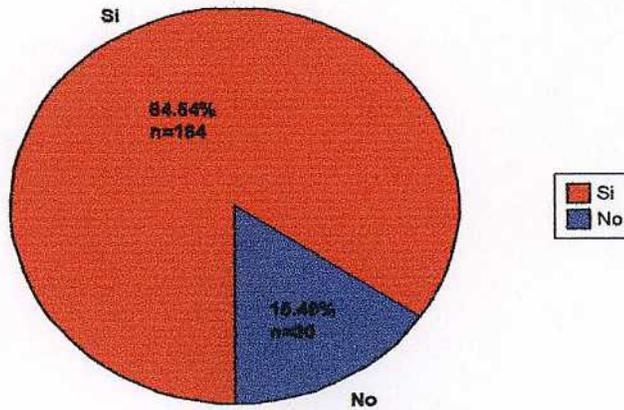
¿CREE QUE EL TABAQUISMO PASIVO PUEDE PRODUCIR CANCER?
N=194



19. ACTITUD FRENTE AL TABAQUISMO EN LOS CENTROS DE SALUD

GRAFICO 14

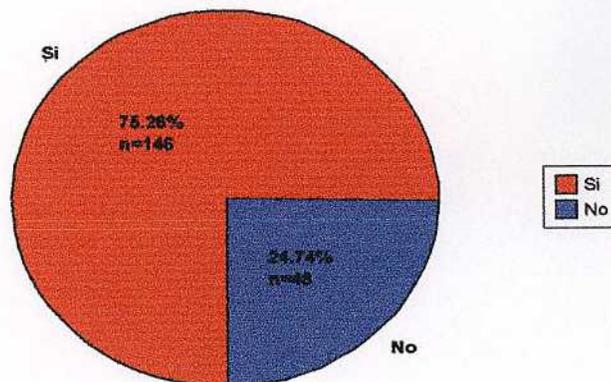
¿ESTA DE ACUERDO CON LA PROHIBICIÓN ABSOLUTA DE FUMAR EN LOS HOSPITALES PARA TODO EL PERSONAL?
N=194



20. ACTITUD DE LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA HACIA LA CAPACITACIÓN DE LOS MISMOS SOBRE EL MANEJO Y TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO

GRAFICO 15

¿DESEARIA PARTICIPAR EN UN PROGRAMA DE CAPACITACION SOBRE EL ABORDAJE MÉDICO DE UNA PERSONA TABAQUISTA?
N=194



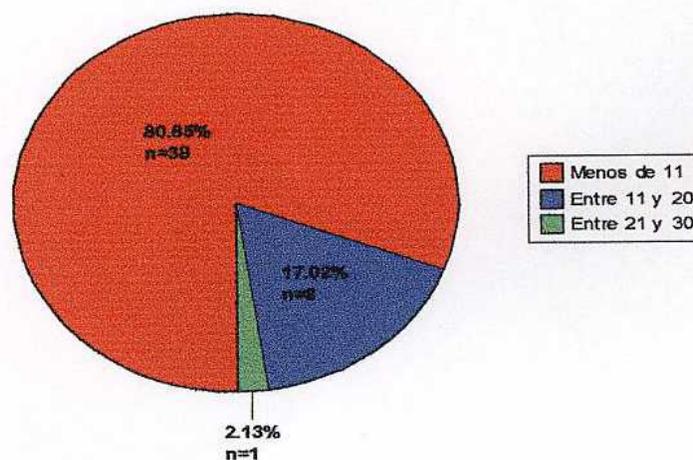
21. PERCEPCIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA SOBRE SUS CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS EN LA FACULTAD SOBRE TABAQUISMO

		Cuenta	Col %
A su juicio, ¿cree que ha recibido hasta el momento una instrucción adecuada en la facultad de medicina para el manejo del tabaquismo?	Si	59	(30.4%)
	No	133	(68.6%)
	No contesto	2	(1.0%)
Total		194	(100.0%)

22. CANTIDAD DE CIGARRILLOS CONSUMIDOS AL DÍA POR LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA FUMADORES

GRAFICO 16

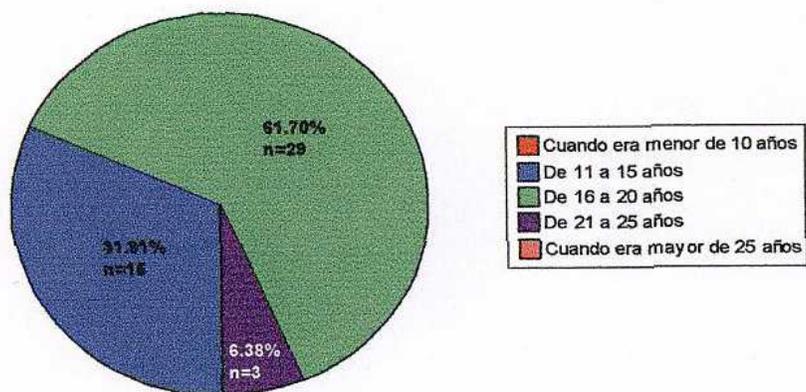
¿CUÁNTOS CIGARRILLOS FUMA AL DÍA?
N=47



23. DISTRIBUCIÓN DE EDAD PROMEDIO DEL INICIO DE CONSUMO DE TABACO

GRAFICO 22

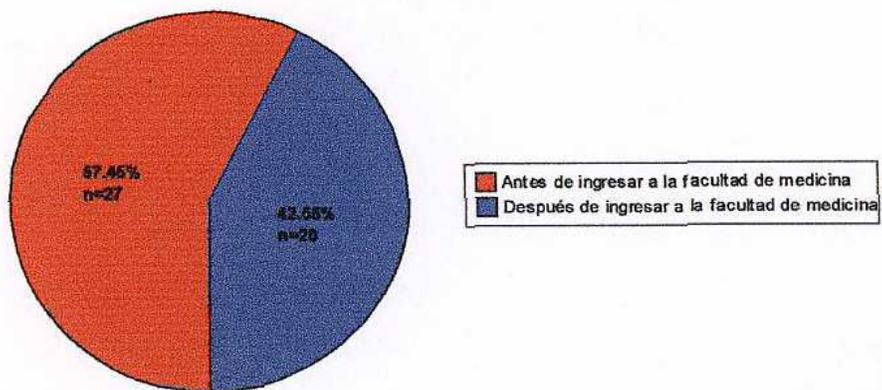
¿A QUÉ EDAD EMPEZÓ A FUMAR REGULARMENTE?
N=47



24. MOMENTO DE INICIO DE TABAQUISMO Y SU RELACIÓN CON EL INGRESO A LA FACULTAD DE MEDICINA

GRAFICO 18

¿CUÁNDO COMENZÓ A FUMAR?
N=47



25. FACTORES QUE MOTIVARON A LOS ESTUDIANTES A INICIAR EL CONSUMO DE TABACO

	Si	
	Cuenta	%
Imitación/presión de amigos	5	(10.6%)
Sensación de independencia	1	(2.1%)
Por estrés	12	(25.5%)
Por curiosidad	27	(57.4%)
Imitación de padres y/o hermanos	2	(4.3%)
Por rebeldía	2	(4.3%)
Otras	3	(6.4%)

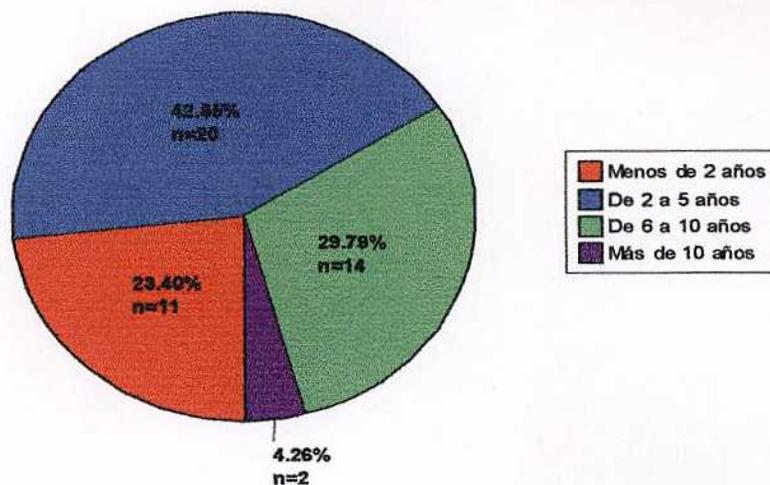
26. LAS RAZONES POR LAS CUALES ATRIBUYEN EL CONSUMO DE TABACO ACTUALMENTE

	Si	
	Cuenta	%
Por placer	32	(68.1%)
Me relaja	31	(66.0%)
Me ayuda a relacionarme con los demás	2	(4.3%)
Por costumbre	7	(14.9%)
Siento malestar físico si lo suspendo	1	(2.1%)
Por diversión	2	(4.3%)
Por la rutina	1	(2.1%)
Por tener algo en las manos	2	(4.3%)
Porque en mi entorno familiar se fuma	1	(2.1%)
Otras	1	(2.1%)

27. ESTIMAR EL TIEMPO QUE TIENE DE CONSUMIR TABACO

GRAFICO 19

¿CUÁNTOS AÑOS HACE QUE USTED FUMA?
N=47



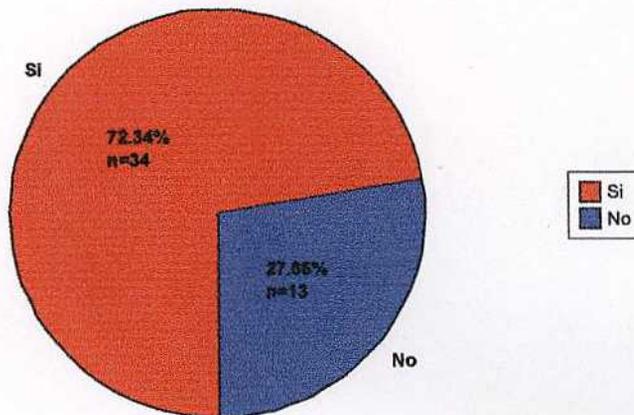
28. FACTORES A LOS QUE ATRIBUYEN EL FRACASO EN CESAR EL CONSUMO DE TABACO

	Si	
	Cuenta	%
Falta De Voluntad	17	(36.2%)
Estrés	9	(19.1%)
Falta De Apoyo	1	(2.1%)
Aumento De Peso	2	(4.3%)
Otros	3	(6.4%)
Nunca han intentado dejar de fumar	19	(40.4%)

29. ACTITUD ANTE EL PROBLEMA DE CESAR EL CONSUMO DE TABACO

GRAFICO 20

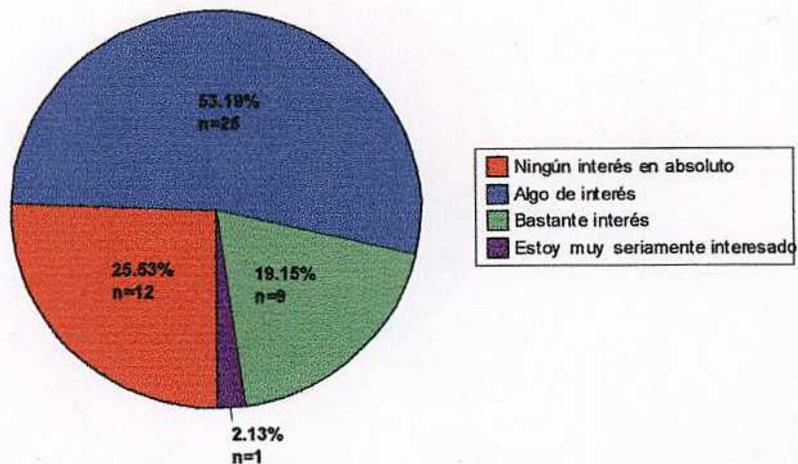
¿LE GUSTARÍA DEJAR DE FUMAR SI PUDIERA HACERLO FÁCILMENTE
N=47



30. NIVEL DE INTERES EN ABANDONAR EL CONSUMO DE TABACO

GRAFICO 21

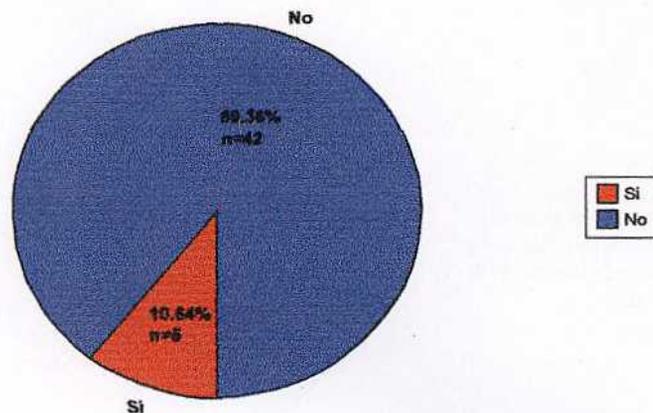
¿CUÁNTO INTERÉS TIENE USTED EN DEJAR EL HÁBITO TABÁQUICO?
N=47



31. ACCESO A LA CONSEJERIA PARA DEJAR DE FUMAR PARA LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA

GRAFICO 22

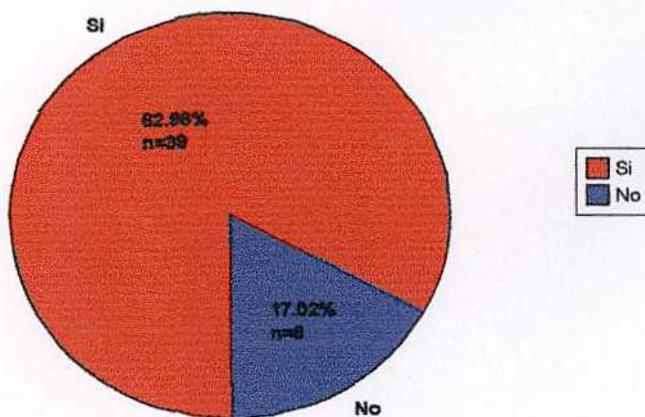
¿ALGUNA VEZ HA RECIBIDO AYUDA O CONSEJERÍA PARA DEJAR DE FUMAR?
N=47



32. NIVEL DE VOLUNTAD PARA ABANDONAR EL CONSUMO DE TABACO

GRAFICO 23

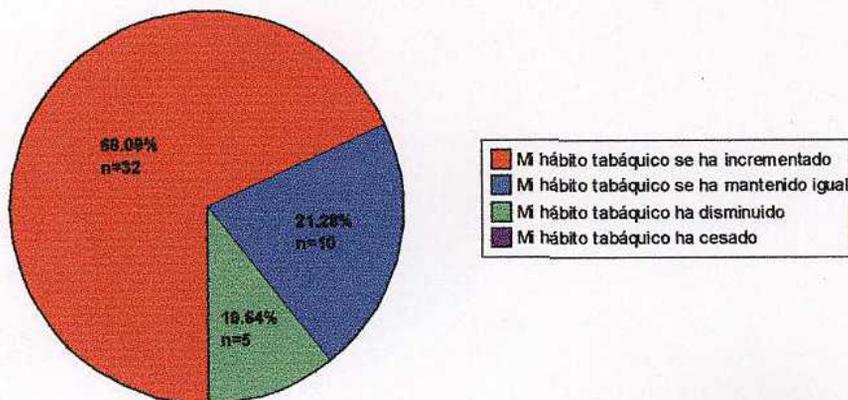
¿CREE USTED QUE SERÍA CAPAZ DE DEJAR DE FUMAR SI QUISIERA?
N=47



33. SITUACIÓN DEL HÁBITO TABAQUICO DURANTE LOS AÑOS DE ESTUDIO EN LA FACULTAD

GRAFICO 24

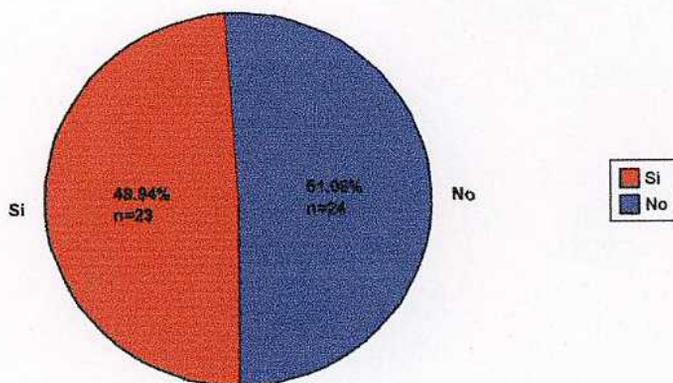
DURANTE LOS AÑOS DE ESTUDIO EN LA FACULTAD DE MEDICINA:
N=47



34. CAPACIDAD PARA BUSCAR LA AYUDA BRINDADA A LOS ESTUDIANTES FUMADORES

GRAFICO 25

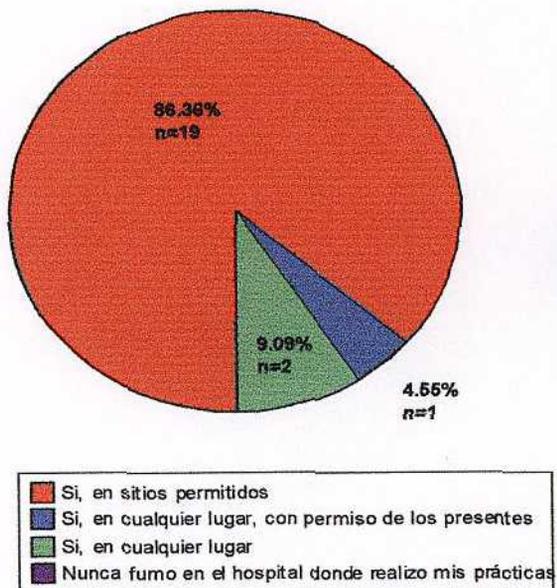
SI LA U.D.J.M.D BRINDARA ASESORÍA MÉDICA PARA DEJAR DE FUMAR, ¿ACUDIRÍA USTED A ESTA ASESORÍA?
N=47



35. EVALUAR LOS SITIOS A DONDE FUMAN EN EL AREA DE TRABAJO

GRAFICO 26

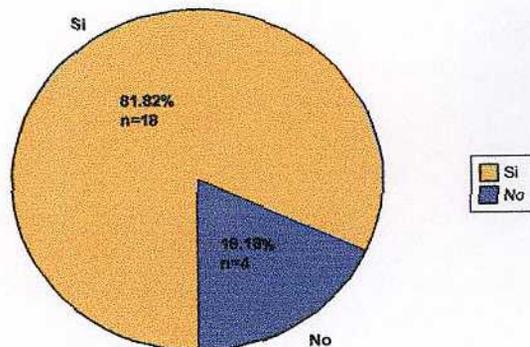
¿FUMA USTED EN EL HOSPITAL DONDE REALIZA SUS PRÁCTICAS?
N=22



36. PAPEL EJEMPLAR DE LOS PROFESIONALES EN LOS CENTROS DE SALUD HACIA LOS ESTUDIANTES EN FORMACIÓN

GRAFICO 27

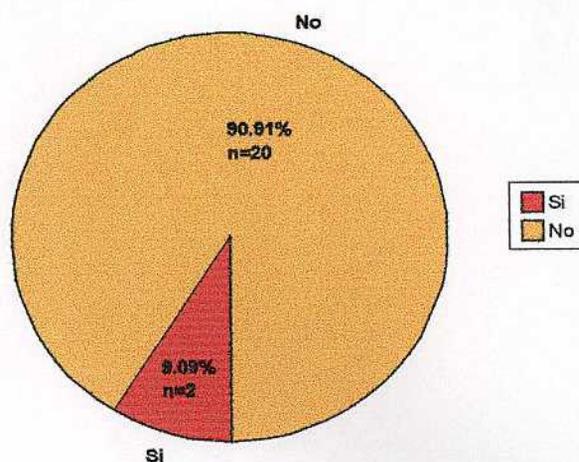
¿HA VISTO A UN MÉDICO DE STAFF O RESIDENTE FUMANDO EN EL HOSPITAL DONDE REALIZA SUS PRÁCTICAS?
N=22



37. NIVEL DE CONCIENCIA DE LOS ESTUDIANTES CON RESPECTO A SU PAPEL DE EJEMPLO EN SALUD

GRAFICO 28

¿FUMA USTED DELANTE DE LOS PACIENTES?
N=22



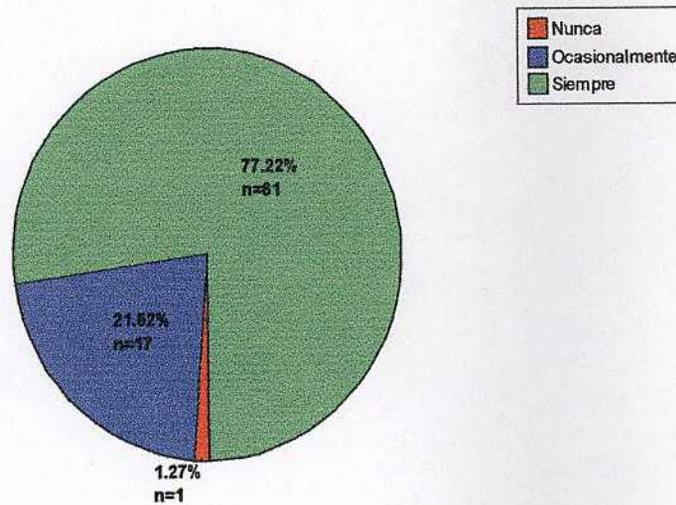
38. SITIOS DE PREFERENCIA PARA CONSUMIR TABACO DENTRO DE LAS INSTALACIONES DE SALUD DONDE TRABAJA

	Si	
	Cuenta	%
Cafeteria	8	(36.4%)
Pasillos	2	(9.1%)
Parqueo	8	(36.4%)
Dorm. Internos	15	(68.2%)
Dorm. Residentes	1	(4.5%)
Otros	2	(9.1%)

39. EVALUAR EL PAPEL INVESTIGADOR DEL ESTUDIANTE ANTE EL CONSUMO DE TABACO

GRAFICO 29

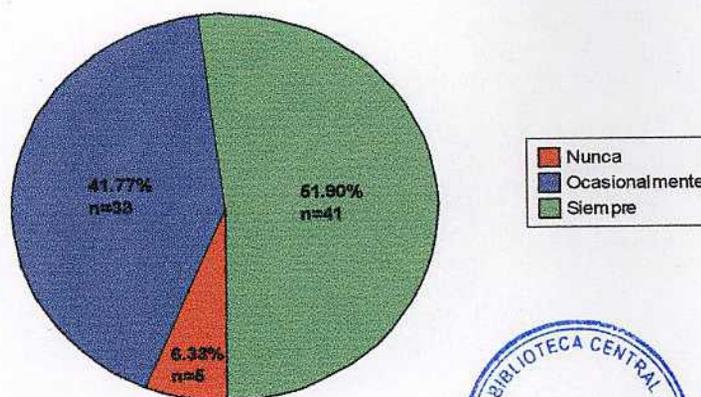
¿PREGUNTA A LOS PACIENTES SI FUMA?
N=78



40. DETERMINAR EL PAPEL EDUCADOR DEL ESTUDIANTE DE MEDICINA

GRAFICO 30

¿ACONSEJA A LOS PACIENTES FUMADORES QUE DEJEN DE FUMAR
N=78



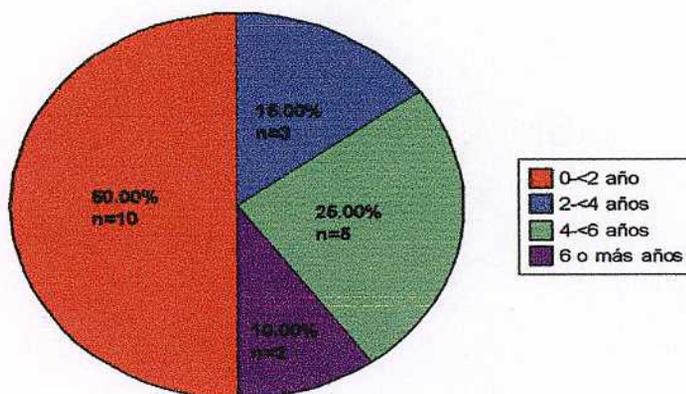
41. RAZONES POR LAS QUE LOS EXFUMADORES DEJARON DE FUMAR

	Si	
	Cuenta	%
Por mejorar su estado de salud	13	(65.0%)
Por la presencia de síntomas asociados al tabaco	6	(30.0%)
Como un reto personal	9	(45.0%)
Por razones económicas	3	(15.0%)
Para dar un buen ejemplo	2	(10.0%)
Por influencia de la familia/amigos	5	(25.0%)
Porque me lo aconsejó el médico	1	(5.0%)
Otras	6	(30.0%)

42. TIEMPO QUE TIENEN LOS EXFUMADORES DE HABER ABANDONADO EL CONSUMO DE TABACO

GRAFICO 31

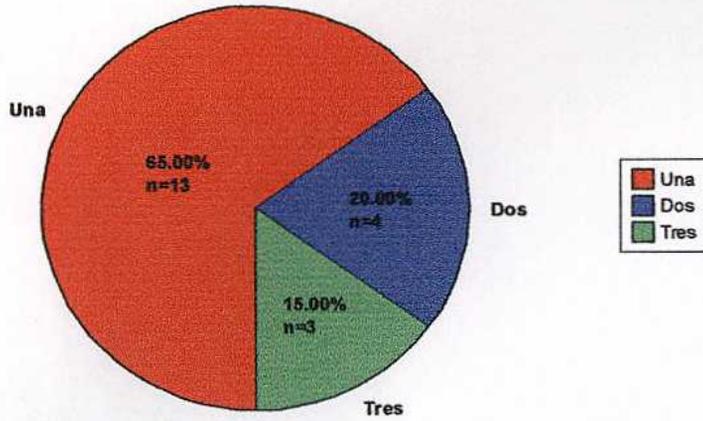
¿HACE CUANTO TIEMPO DEJÓ DE FUMAR?
N=20



43. NÚMERO DE INTENTOS DE CESACIÓN TABÁQUICA

GRAFICO 32

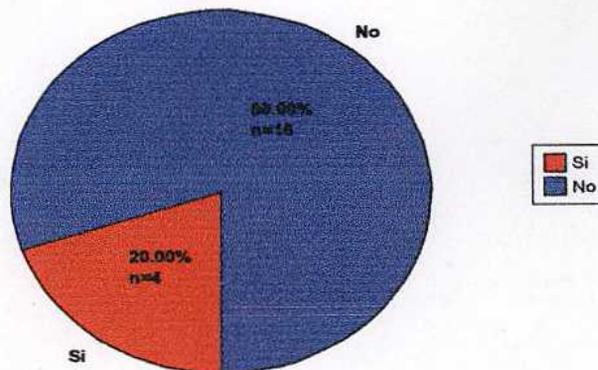
¿CUÁNTAS VECES INTENTÓ DEJAR DE FUMAR HASTA LOGRARLO?
N=20



44. UTILIZACIÓN DE MÉTODOS NO FARMACOLÓGICOS PARA LA CESACIÓN TABÁQUICA

GRAFICO 33

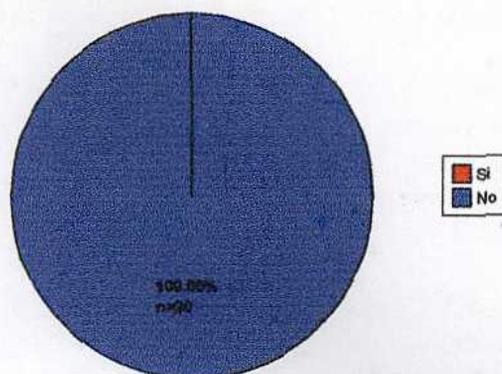
¿UTILIZÓ ALGÚN TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO
PARA DEJAR DE FUMAR?
N=20



45. UTILIZACIÓN DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO PARA LA CESACIÓN TABÁQUICA

GRAFICO 34

¿UTILIZO ALGÚN TRATAMIENTO FARMACOLOGICO PARA DEJAR DE FUMAR?
N=20



ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Se encuestó a 194 estudiantes que constituyó el total de los alumnos de primero a octavo años de la carrera de medicina de la Universidad "Dr. José Matías Delgado". De este total, 94 (48.5%) eran del sexo masculino y 100 (51.5%) del sexo femenino, con una media de edad de 20.6 ± 2.5 años. 51 estudiantes cursaban primer año de la carrera (26.3%), 31 cursaban segundo año (16%), 34 alumnos se encontraban en tercer año (17.5%), 26 en cuarto año (13.4%), 17 estudiantes en quinto año (8.8%), 15 en sexto año (7.7%), cursaban séptimo año 11 alumnos (5.7%) y octavo año 9 alumnos (4.6%).

En cuanto al hábito tabáquico de los estudiantes de medicina de la Universidad "Dr. José Matías Delgado" se puede evidenciar lo siguiente: 47 de ellos resultaron ser fumadores (24.2%), 20 de ellos exfumadores (10.3%) y 127 alumnos son no fumadores (65.5%). De los 47 estudiantes fumadores, 37 son fumadores habituales (78.7%) y 10 son fumadores ocasionales (21.3%).

En un estudio realizado en el año 2000 en los estudiantes de medicina de la Universidad "Dr. José Matías Delgado" se encontró una prevalencia de 33.3% de fumadores, el cual es un porcentaje ligeramente mayor que el obtenido en nuestro estudio. En un estudio realizado en Argentina por Harper I., Feota MA y colaboradores (21), la prevalencia de fumadores fue de 30% de los estudiantes de medicina de 12 Unidades Docentes Hospitalarias, 57% eran no fumadores, y 13% exfumadores. En otro estudio de Argentina de la Facultad de Medicina de la Universidad del Salvador realizado por Milei, José y Colaboradores (19), la prevalencia de tabaquistas fue de 24%. Otro estudio realizado por Menéndez A. y Colaboradores en el Uruguay (23) en los estudiantes de medicina del Hospital de Clínicas reveló una prevalencia de fumadores del 24.3%, y el 75% eran no fumadores. Otro estudio realizado en España en estudiantes de medicina de la Universidad de Navarra reveló una prevalencia de 27.5% de fumadores, un 4.2% resultaron exfumadores y un 68.3% no fumadores. De todos estos estudios podemos aseverar que la prevalencia de tabaquistas en los estudiantes de medicina de la Universidad "Dr. José Matías Delgado" es similar a la de otros países latinoamericanos y europeos.

Del total de encuestados (N=194), 191 respondieron que fumar era perjudicial para la salud (98.5%) y 3 estudiantes no lo consideraron perjudicial (1.5%). Se puede observar que la práctica totalidad de los estudiantes de medicina, conoce los efectos del tabaco sobre la salud, como era de esperar de acuerdo a su formación. El porcentaje de estudiantes de medicina que fuma es muy significativo a pesar de que el 98.5% de los encuestados declara ser conciente de que fumar es perjudicial para la salud.

Del total de encuestados (N=194), el 59.3% de ellos respondieron que sí les molesta que la gente fume a su alrededor, y al 40.7% no les molesta en absoluto. Ahora bien, si analizamos esta pregunta según el hábito tabáquico, del total de "fumadores" (N=47), el 83% de ellos respondieron que no les molesta que la gente fume a su alrededor y solo el 17% de fumadores respondieron que sí; al contrario de esto, del total de "no fumadores"



(N=127), el 75.6% de ellos respondieron que sí les molesta, y el 24.4% de los alumnos no fumadores respondieron que no, lo que demuestra que los fumadores son mucho más permisivos con este hecho que los no fumadores.

Del total de fumadores (N=47), 55.3% de ellos eran hombres y 44.7% mujeres. De los no fumadores (N=127), 40.9% de ellos eran hombres y 59.1% mujeres.

Si analizamos el hábito tabáquico de los estudiantes según el año de carrera que se encuentran cursando, podemos evidenciar que, contrario a lo que debiera esperarse en una población de futuros médicos, el porcentaje de fumadores es mayor a medida van cursando más años en la carrera, es decir, hay una tendencia creciente del número de fumadores a medida que van más avanzados en dicha carrera. Estos datos generan preocupación debido a que los conocimientos que van adquiriendo los estudiantes sobre los efectos nocivos del humo de tabaco sobre la salud, no están teniendo el impacto deseado en cuanto a la actitud o postura que éstos adoptan sobre el tabaquismo durante sus estudios, teniendo un efecto negativo sobre el hábito tabáquico de estos estudiantes a medida progresan durante su carrera. En este sentido, el poseer un mayor conocimiento sobre los efectos nocivos del consumo de tabaco no es un factor de protección. Pudiera ser que las nuevas generaciones tuvieran una actitud diferente hacia el tabaco que las más antiguas y eso haga la diferencia. Otro factor que podría contribuir a este hecho es el estrés ya que en los últimos años de carrera el estrés se incrementa de manera importante lo que puede incidir en que más alumnos de los últimos años fumen para tratar de relajarse.

El tabaquismo, es una forma de drogodependencia, puesto que la nicotina es una “droga” adictiva que tienen las características de las demás drogas, produce tolerancia, dependencia física y psicológica, estando presente en mayor o menor medida un síndrome de abstinencia tras suspender su consumo. Del total de encuestados (N=194), el 62.9% definió al tabaquismo como un vicio, el 10.8% lo refirieron como un hábito, y solo el 26.3% como una droga. Del total de fumadores (N=47) solo el 10.6% definió al tabaco como una droga, mientras que de los “no fumadores” (N=120) el 33.1% lo hizo.

Se les preguntó a los estudiantes de medicina cual era el componente del tabaco que generaba adicción y dependencia, el 97.9% mencionó que la nicotina, el 0.5% respondió que el alquitrán y el 1.5% respondió que no sabía. El director general de la salud de los Estados Unidos en su informe del año 1988 y la asociación americana de psiquiatría reconocen que la nicotina es una droga adictiva, y que su grado de adictividad es comparable al de la cocaína o la heroína. La adicción a la nicotina cumple con los criterios específicos aceptados para el diagnóstico de dependencia y adicción a las drogas en el DSM-IV. La característica esencial de la dependencia de sustancias consistente en que el individuo continúa consumiendo la misma, a pesar de reconocer los problemas que ella causa. El componente psicológico de la dependencia nicotínica es muy intenso, se manifiesta por un fuerte deseo de fumar ante situaciones están asociadas al cigarrillo: tomar café o alcohol, en la mesa, emociones intensas, sobrecarga laboral, descanso, lectura. La magnitud de la dependencia psicológica se evidencia por la persistencia del deseo de fumar aún superada la dependencia física, incluso años después de la cesación.

Está demostrado que más de 50 enfermedades son causadas por el tabaquismo. Estas pueden agruparse en patologías cardiovasculares, respiratorias, cáncer y un grupo heterogéneo que afecta diversos sectores del organismo. Del total de encuestados (N=194), un número significativo de ellos desconoce la asociación del tabaquismo con esta gran variedad de enfermedades, especialmente las no relacionadas con el corazón o los pulmones. Sólo un 18% de ellos asoció el cáncer de páncreas con el tabaquismo, el 24.7% lo asoció con osteoporosis, el 25.3% con cáncer de vejiga, el 26.3% con infertilidad, el 34.5% con impotencia, el 42.8% con enfermedades cerebrovasculares, el 48.5% con caries dental, el 59.8% con enfermedades cardíacas, el 67.5% con patologías del embarazo, el 69.1% con asma, el 80.4% con enfisema pulmonar, el 82.5% con cáncer de boca y el 100% asociaron al tabaco con cáncer pulmonar. Podemos demostrar con esto el escaso conocimiento de muchos estudiantes de medicina sobre el efecto nocivo del humo de tabaco sobre casi la totalidad de sistemas del organismo humano.

Al total de encuestados (N=194), se les preguntó sobre qué métodos farmacológicos conocían para el tratamiento del tabaquismo, el 76.8% mencionó los parches de nicotina, el 50% conocía los chicles de nicotina, el 1.5% mencionó el spray de nicotina y el 2.1% el bupropión. El 16.5% de los encuestados no conocía ningún método o tratamiento farmacológico. En cuanto a los métodos no farmacológicos que conocían los estudiantes, el 30.4% hizo referencia a la psicoterapia, el 1% mencionó la acupuntura, el 3.1% conocía la hipnosis, el 1% mencionó la yoga, otro 1% respondió que la meditación, el 6.7% mencionó el tratamiento conductual, y el 42.3% no conocía ningún método no farmacológico para dejar de fumar. Cabe resaltar el importante porcentaje de estudiantes que no conocen la variedad de métodos o tratamientos disponibles para ayudar a que los pacientes tabaquistas dejen su hábito. Actualmente, se dispone de medidas de salud pública y de tratamientos eficaces que salvarían innumerables vidas; pero la realidad muestra que en los servicios de salud no se hace uso eficiente de ellos. El tratamiento del tabaquismo se debe abordar como el de toda enfermedad diagnosticada por el médico. No tratarlo es inaceptable desde cualquier punto de vista. A los estudiantes de medicina y a los médicos les resulta dificultoso intervenir en esta enfermedad, ya sea por falta de formación en las estrategias a utilizar, carencia de tiempo en la consulta, falta de confianza en su capacidad para hacerlo o por creer que este tratamiento no es su responsabilidad o no es eficaz (10).

Del total de encuestados (N=194), el 25.8% se mostró de acuerdo con la prohibición absoluta de fumar en lugares públicos, mientras que el 64.9% se mostró a favor de asignar áreas para fumadores y áreas para no fumadores. Sólo el 9.3% de los estudiantes refirió que cada persona debería decidir libremente el sitio donde desea fumar. Pero si analizamos estas respuestas categorizadas por hábito tabáquico llama la atención que del total de las personas que están a favor de la prohibición absoluta de fumar en lugares públicos (N=50), el 86% son "no fumadores" y solo el 2% son "fumadores", por lo tanto, el hecho de ser fumador disminuye la sensibilidad y el deber ético como profesional de la salud en la lucha antitabáquica generando sitios públicos libres de humo de tabaco. La separación en un mismo ambiente de fumadores y no fumadores, tampoco es una

solución eficaz tal como lo demuestran los estudios de monitorización de nicotina ambiental que evidencian la presencia de los compuestos del humo en sectores de no fumadores (1). La única solución efectiva para evitar los perjuicios del humo de segunda mano es lograr que los ambientes cerrados sean 100 por ciento libres de humo de tabaco. Las políticas relacionadas con la prohibición de fumar en recintos cerrados tienen una eficacia conocida, corroborando el concepto de que hacer promoción de la salud es hacer medicina en gran escala. Por sus connotaciones, es prioritario que las instituciones de salud se constituyan en el ejemplo para un mundo libre de tabaco.

El consejo antitabáquico por parte del médico, es una medida que ha demostrado su eficacia en la disminución del hábito. Del total de alumnos encuestados (N=194), el 39.2% de ellos piensa que el consejo de un médico de no fumar funciona como un estímulo importante para abandonar el tabaquismo, mientras que el 60.8% no lo considera importante. Según estudios internacionales, cerca de un 70% de los fumadores afirma que intentaría dejar la adicción si su médico se lo aconsejara. Sin embargo muchos médicos no valoran la eficacia de éste consejo y no se involucran, dando como resultado que un gran número de fumadores no son advertidos por los equipos de salud de los peligros de fumar y de la importancia de abandonar la adicción. La influencia que ejerce el médico sobre sus pacientes al aconsejar el abandono del tabaquismo, está determinada en gran medida por su postura personal frente al tabaco y la coherencia entre su actitud personal y el consejo profesional que ofrece (10).

Al total de encuestados (N=194), se les preguntó sobre el grado de importancia que atribuían al papel ejemplarizante de los médicos y estudiantes de medicina de cara a la prevención del consumo de tabaco; el 51.1% contestó que mucha o muchísima importancia (28.4% y 22.7% respectivamente), el 24.7% contestó que regular, y lo preocupante es que el 24.4% contestó que atribuye ninguna o escasa importancia (9.8% y 14.4% respectivamente). Analizando según el hábito tabáquico, solo el 23.4% de los fumadores le da mucha o muchísima importancia al papel ejemplarizante de los médicos y estudiantes de medicina, mientras que el 59.8% de los no fumadores le atribuye la misma importancia.

En cuanto a los antecedentes familiares de tabaquismo, del total de encuestados (N=194), el 36.1% no tenían antecedentes familiares, solo el padre era fumador en el 24.7% de los encuestados, solo la madre era fumadora en el 9.8% de los casos, ambos padres son fumadores en el 11.8% de los casos y algún hermano o hermanos era/n fumador/es en el 12.9% de los casos. Del total de encuestados que no tenía antecedentes familiares (N=70), el 23.4% eran fumadores y el 41% eran no fumadores. Del total de estudiantes cuyo padre fumaba (N=48), el 29.7% son fumadores, y el 21% son no fumadores. Del total de estudiantes cuya madre era fumadora (N=19), el 12.7% de los alumnos son fumadores, y el 7% son no fumadores. Del total de encuestados que ambos padres fumaban (N=23), el 23.4% eran alumnos fumadores y el 29.6% no fumadores. Generalizando, del total de encuestados cuyo padre, madre o ambos fumaban (N=90), el 68.5% eran fumadores y el 57.6% no fumadores. Lo que se puede observar aquí es que en la mayoría de los casos, el tener uno o ambos padres fumadores, se asocia con un mayor porcentaje de estudiantes tabaquistas. Los jóvenes cuyos padres y hermanos fuman es

más probable que se habitúen a fumar. La familia es el grupo humano con mayor capacidad de influir sobre el niño: establece ejemplos o modelos de los que el niño aprende y normas acerca de aquello que está permitido o prohibido. En este sentido la actitud de padres y hermanos frente al tabaco es la referencia inicial de los niños y uno de los aspectos más determinantes en su conducta futura frente al tabaco, especialmente durante los primeros años de riesgo de iniciación al consumo. En gran medida la actitud familiar determina la actitud futura del niño. Por ello es necesario iniciar la prevención del tabaquismo dentro de la propia familia. La influencia de los hermanos mayores es también muy importante y en edades más avanzadas posiblemente sea superior a la de los propios padres. Posiblemente los hermanos constituyen un modelo a imitar y actúan con frecuencia como un puente o paso intermedio entre la influencia familiar y la influencia de los amigos. En la adolescencia la influencia de los amigos es muy superior a la de los padres. Así, cuando no fuman los padres, la presencia de amigo fumadores incrementa 17 veces la frecuencia de alumnos fumadores (1).

Del total de encuestados (N=194), el 16.5% ha utilizado anteriormente algún producto de tabaco diferente a los cigarrillos (de éstos últimos el 75% ha fumado puros, 21.8 utilizaron alguna vez tabaco para masticar y 21.8% fumó pipa en algún momento de su vida), el 0.5% (n=1) lo utiliza actualmente (fuma puros), y el 83% de los estudiantes nunca ha utilizado productos diferente a los cigarrillos. Del total de fumadores (N=47), el 36.2% ha utilizado anteriormente algún producto diferente a los cigarrillos y el 63.8% nunca ha utilizado esos productos. De los exfumadores (N=20), el 50% los ha utilizado y el 50% no lo ha hecho.

Del total de encuestados que tienen algún tipo de contacto con pacientes (de cuarto a octavo años de carrera) (N=78), el 1.3% nunca preguntan a los pacientes si fuman, el 21.8% lo hacen ocasionalmente y el 76.9% refieren que lo hacen siempre. Del total de encuestados que siempre preguntan a los pacientes si fuman (N=60), el 33.3% son fumadores, mientras que el 58.3% son "no fumadores". Del total de encuestados que tienen algún tipo de contacto con pacientes (N=78), el 51.3% aconseja a los pacientes fumadores que dejen de fumar, el 42.3% lo hace ocasionalmente, y el 6.4% no lo aconseja nunca. Del total de encuestados que siempre aconsejan a los pacientes fumadores que dejen de fumar (N=40), el 32.5% son estudiantes fumadores, mientras que el 57.7% son "no fumadores". Los médicos que fuman son menos propensos que otros a percibir su importancia como educadores en el cuidado de la salud y es menos probable que alienten a sus pacientes a dejar de fumar. Muchos exfumadores reconocen que la decisión de abandonar el tabaquismo partió del consejo recibido de su médico. Muchos fumadores manifiestan que dejarían de fumar si el médico se los indicara. El consejo médico es una herramienta educativa de alto impacto cuando se aplica en forma sistemática, en todos los niveles de asistencia, especialmente en atención primaria (10).

Se les preguntó a todos los estudiantes de medicina si creían que durante el año de carrera que se encontraban cursando habían recibido una instrucción adecuada en la facultad para el manejo del tabaquismo. Del total de encuestados (N=194), el 30.4% dijo que sí, el 68.6% dijo que no, y el 1% no contestó dicha pregunta. Si analizamos esta pregunta.



relacionándola con el año de carrera que se encuentran cursando, se puede evidenciar que en todos los años, el porcentaje que considera que no ha recibido una instrucción adecuada es muy superior al porcentaje de los que piensan que si han recibido una instrucción adecuada.

Del total de encuestados (N=194), el 63.9% se considera un ejemplo o modelo para la sociedad en cuanto a su hábito tabáquico, y el 36.1% no se considera un ejemplo o modelo para la sociedad. Del total de fumadores (N=47), el 97.9% no se considera un ejemplo o modelo para la sociedad. Del total de no fumadores (N=127), el 85.8% si se considera un ejemplo o modelo para la sociedad en cuanto a su hábito tabáquico. De los exfumadores (N=20), el 70% se considera modelo para la sociedad y el 30% contestaron que no. No se debe dejar de mencionar que el médico al fumar está emitiendo un mensaje equívoco, que resta credibilidad al mensaje educativo y a las medidas de salud pública, con una influencia que aunque no cuantificada se presume importante para la persistencia del consumo en grandes sectores de la sociedad. La conducta del médico influye en las creencias y actitudes de la población. Los médicos constituyen un patrón de referencia para la sociedad respecto de todo aquello que contribuye a alcanzar una vida saludable. Los médicos probablemente tienen mayor potencial que cualquier otro grupo en la sociedad para promover una reducción en el uso del tabaco. La conducta coherente de los profesionales sanitarios es ser no fumadores.

Del total de encuestados (N=194), el 97.9% considera que el tabaquismo pasivo es nocivo para la salud, el 1% respondió que no es nocivo para la salud, y el 1% no respondió esta pregunta. Aunque bien difundidos y conocidos los daños que sufren los fumadores, no existe la misma conciencia y conocimiento sobre los producidos a los expuestos involuntariamente al humo del tabaco de los demás. A éstas conclusiones, reafirmadas por muchas investigaciones, se agregan regularmente numerosas nuevas evidencias que demuestran una relación causal del tabaquismo pasivo con muchas otras enfermedades. El tabaquismo pasivo uno de los grandes problemas actuales de salud pública, el cual debe ser abordado como tal y no como un problema de molestias e incomodidades personales, que pueda solucionarse exclusivamente bajo reglas de cortesía y buenos modales. Del total de los encuestados (N=194), el 93.8% considera que el tabaquismo pasivo puede causar cáncer, el 1% respondió que no, y el 5.2% respondieron que no sabían si podía o no producir cáncer. El humo de segunda mano está clasificado por la agencia de protección ambiental de los Estados Unidos como un carcinógeno humano para el cual no existe nivel seguro de exposición.

Del total de los encuestados (N=194), el 84.5% respondieron que están de acuerdo con la prohibición absoluta de fumar en los hospitales, mientras que el 15.5% no están de acuerdo con dicha prohibición. Si lo analizamos según el hábito tabáquico de los estudiantes, del total de fumadores (N=47), el 66% respondió que sí está de acuerdo, mientras que el 34% respondió que no. Del total de estudiantes no fumadores (N=127), el 90.6% refirieron estar de acuerdo con la prohibición absoluta de fumar en los hospitales, mientras que el 9.4% no están de acuerdo. En la mayoría de centros asistenciales el personal consume cigarrillos dando con su comportamiento un mensaje equívoco sobre la gravedad que el tabaquismo activo y pasivos tiene sobre la salud.

Del total de encuestados (N=194), el 75.3% desearía participar en un programa de capacitación sobre el abordaje médico de una persona tabaquista. El 24.7% no está interesado en participar. Los programas de capacitación para los médicos han mostrado que tienen como resultado la utilización de estrategias eficaces para dejar de fumar. Por lo tanto es imprescindible preparar al personal de salud en las destrezas básicas para un consejo efectivo, así como adoptar prácticas institucionales de alta calidad e informar a la población sobre la existencia de métodos eficaces para dejar de fumar.

Del total de fumadores (N=47), el 80.9% fuma menos de 11 cigarrillos/día, el 17% fuma entre 11 y 20 cigarrillos/día y el 2.1% fuma entre 21 y 30 cigarrillos/día. Si analizamos la cantidad de cigarrillos fumados diariamente por sexo, del total de estudiantes fumadores que fuman menos de 11 cigarrillos/día (N=38), el 50% son de sexo masculino y el 50% son de sexo femenino. De los que fuman entre 11 y 20 cigarrillos/día (N=8), el 75% son de sexo masculino, y el 25% son del sexo femenino. Solo hay 1 estudiante del sexo masculino que fuma entre 21 y 30 cigarrillos/día. Por lo tanto, podemos señalar que un porcentaje mayor de hombres fuma una mayor cantidad de cigarrillos diarios que las mujeres.

Del total de fumadores (N=47), el 31.9% comenzó a fumar regularmente entre los 11 y los 15 años de edad, el 61.7% comenzó a los 16 a 20 años, y el 6.4% comenzó a fumar entre los 21 y 25 años de edad. Como podemos ver, en un gran porcentaje de estudiantes, la adicción se adquiere en etapas tempranas de la vida, por lo que toda actividad preventiva deberá dirigirse a esas etapas, como la en la escuela o los colegios, dado que como en todas las adicciones es difícil cesar, incluso con ayuda profesional y los métodos auxiliares aceptados. El consumo de tabaco suele comenzar en la preadolescencia y adolescencia. La iniciación al consumo de tabaco se da en nuestro contexto sociocultural principalmente en la edad escolar. Según la información procedente de la OMS, más del 60% de los jóvenes han probado el tabaco a la edad de 15 años y casi la tercera parte de todos ellos son fumadores activos antes de cumplir los 18 años.

Del total de fumadores (N=47), el 57.4% de los estudiantes mencionaron que comenzaron a fumar por curiosidad, el 25.5% señaló que inició el hábito por situaciones de estrés, el 10.6% inició el tabaquismo regular por imitación y/o presión de sus amigos, el 4.3% por imitar a sus padres y/o hermanos y el 4.3% refiere que por rebeldía.

Del total de pacientes fumadores (N=47), 23.4% de ellos comenzaron a fumar hace menos de 2 años, el 42.6% llevan fumando de 2 a 5 años, el 29.8% llevan fumando de 6 a 10 años y el 4.3% tienen más de 10 años de haber comenzado a fumar. El 68.1% refieren que fuman actualmente por placer, porque les gusta, el 66% porque fumar los relaja, el 14.9% fuman por costumbre, 4.3% fuman por diversión, 4.3% fuman porque los ayuda a relacionarse con los demás, y otro 4.3% fuman por tener algo en las manos y en la boca.

Del total de fumadores (N=47), el 59.6% ha intentado una o más veces dejar de fumar, y el 40.4% nunca lo ha intentado. Del total de fumadores que han intentado una o más veces dejar de fumar (N=28), el 36.2% han fracasado por falta de voluntad, el 19.1%

atribuyen las recaídas a las situaciones de estrés, 4.3% han recaído por temor a aumentar de peso, y el 2.1% atribuyó su/s fracasos a la falta de apoyo de sus allegados. El alto índice de recaídas durante el primer año se debe en los primeros meses sobre todo a la dependencia física y luego a la intensa dependencia psicológica. Aunque según los estudios internacionales, más del 70% de los sujetos que fuman manifiestan deseos de dejar de fumar y el 35% lo intenta cada año, menos del 3% lo consigue sin ayuda; de los que logran dejar de fumar recaen al año aproximadamente 80%; de este grupo un tercio intentará nuevamente la cesación en el año siguiente; más del 60% de los fumadores quieren dejar de fumar, la mayoría han hecho algún intento para conseguirlo y más de la mitad reconocen que su médico de familia les ha aconsejado abandonarlo (1).

Del total de fumadores (N=47), al 72.3% les gustaría dejar de fumar si pudiera hacerlo fácilmente, el 27,7% respondieron que no. Del total de fumadores (N=47), el 83% creen que sería capaces de dejar de fumar si ellos quisieran, y el 17% creen que no serían capaces. Este es un dato muy llamativo ya que la mayoría de fumadores quisieran dejar de fumar, pero probablemente no poseen la motivación adecuada, no cuentan con métodos o tratamientos para dejar de fumar, no cuentan con el apoyo familiar o social que requieren, o pueden estar interviniendo otra gran cantidad de factores que participan en la génesis y mantenimiento del hábito.

Del total de fumadores (N=47), el 89.4% nunca han recibido ayuda o consejería para dejar de fumar, solo el 10.6% refieren haberla recibido. Los esfuerzos dirigidos al control del tabaquismo son insuficientes si no se logran servicios de salud que, siendo libres de humo de tabaco, brinden servicios de cesación accesibles para todos los fumadores, cualquiera que sea su condición social y económica.

Del total de fumadores (N=47), el 57.4% comenzó a fumar antes de ingresar a la facultad de medicina, y el 42.6% inició después de su ingreso a la facultad. Al igual que describen otros autores, la impregnación tabáquica se produce antes de entrar en la universidad en un gran porcentaje de individuos, sin embargo, en vez de descender con los años de estudio de la carrera, el hábito se incrementa en la mayoría de los casos.

Del total de fumadores (N=47), el 68.1% contestó que su hábito tabáquico se ha incrementado durante los años de estudio en la facultad de medicina, el 21.3% refiere que su hábito se ha mantenido igual, y el 10.6% mencionó que su hábito tabáquico ha disminuido durante los años de estudio en dicha facultad.

Si la Universidad "Dr. José Matías Delgado" brindara asesoría para dejar de fumar, el 48.9% de los fumadores refieren que sí asistirían, y el 51.1% refieren que no acudirían a dicha asesoría. Este alto porcentaje de estudiantes que no asistirían a la asesoría demuestra el escaso interés y la poca concienciación sobre uno de los problemas de salud pública más importantes del mundo.

De los fumadores que se encuentran cursando su externado e internado (N=22), el 100% de ellos fuma en el hospital donde realiza sus prácticas, lo que nos debe llevar a crear programas eficientes para lograr ambientes hospitalarios libres de humo. El 86.4%

mencionaron que fuman en el hospital donde realizan sus práctica pero en sitios permitidos; el 4.5% respondieron que sí fuman en el hospital en cualquier lugar, con permiso de los presentes; y el 9.1% fuman en cualquier lugar del hospital sin importar el permiso de los presentes. El 81.8% refiere haber visto a algún médico de staff o residente fumando en el hospital donde realiza sus prácticas.

De los fumadores que se encuentran cursando su externado e internado (N=22), 2 de ellos (9.1%) respondieron que sí fuman delante de los pacientes, el 90.9% contestaron que no. El 68.2% fuma en el dormitorios de los internos, el 36.4% fuma en la cafetería, el 36.4% fuma en el parqueo, el 9.1% fuma en los pasillos del hospital, y el 4.5% fuma en el dormitorio de los residentes.

Es importante destacar que del total de exfumadores (N=20), el 80% son del sexo masculino y solo el 20 % son del sexo femenino.

Del total de exfumadores (N=20), el 65% señala que dejó de fumar para mejorar su estado de salud o bienestar actual, el 45% dejó de fumar por voluntad propia como un reto personal, el 30% dejó de fumar por la presencia de algún síntoma o enfermedad atribuida al tabaco, el 25% dejó de fumar por la influencia de su familia y/o amigos, y el 15% lo hizo por razones económicas. El 50% dejó de fumar hace menos de 2 años, el 15% tiene 2 a 4 años de no fumar, el 25% tiene 4 a 6 años sin fumar, y el 10% llevan 6 o más años sin fumar.

Del total de exfumadores (N=20), el 65% logró dejar de fumar después del primer intento, el 20% logró dejar de fumar después del segundo intento, y el 15% lo logró después del tercer intento. Ninguno utilizó tratamiento farmacológico para dejar de fumar; el 80% tampoco utilizó tratamiento no farmacológico, solo el 20% refiere haber utilizado tratamiento no farmacológico. Al igual que en otros estudios, en nuestro medio la mayoría de los exfumadores han dejado de fumar por sus propios medios, lo que podría indicar una oferta reducida de técnicas de cesación por parte del cuerpo médico, que podría auxiliar a los numerosos fumadores que desean hacerlo. Aunque en la actualidad la mayoría de los fumadores que abandonan el tabaquismo lo hacen sin ayuda formal, es necesario aumentar el porcentaje de abandonos a través de una mayor oferta de los tratamientos existentes y del mejoramiento de los diferentes programas de consejería, ayuda mutua u otros métodos disponibles.

El test de Richmond evalúa el grado de motivación que tienen los individuos para el abandono del tabaquismo y se utiliza para identificar en una población, el subgrupo en el que se podrá realizar una intervención con mayor probabilidad éxito. Se ha comprobado que la motivación para dejar de fumar es una de las variables clave en todo proceso de abandono. Del total de alumnos fumadores (N=47), según el Test de Richmond, 45 estudiantes (95.7%) mostraban baja motivación, y 2 (4.3%) una motivación moderada. Frecuentemente como ocurre en este caso, el fumador no se encuentra motivado para dejar de fumar ya que, siente que él es inmune a sus consecuencias, que está fuera de las cifras de riesgo, que el período de peligro está lejano y que el abandonará la dependencia antes que el daño se presente. Resaltar los beneficios inmediatos para su salud, como el

respeto asimismo y el respeto a la salud de los otros, pueden ser puntos de apoyo importantes para motivar la cesación del tabaquismo. En cada paciente será necesario buscar los elementos más motivadores.

El grado de adicción se evalúa por medio de cuestionarios destinados a precisar el grado de dependencia física a la nicotina. El más usado es el test de Fagerström. Del total de alumnos fumadores (N=47), según el Test de Fagerström Modificado, 26 estudiantes (55.3%) no presentaron dependencia a la nicotina, 18 (38.3%) presentaron dependencia leve, y 3 (6.4%) presentaron dependencia fuerte. El test de Fagerström Modificado permite definir diferentes estrategias terapéuticas y determinar en quienes será imprescindible el uso de sustitutos nicotínicos u otro tratamiento específico para evitar o disminuir el síndrome de abstinencia.

CONCLUSIONES

- La prevalencia de tabaquismo en los estudiantes de medicina de la Universidad “Dr. José Matías Delgado” es de 24.2% de la población total. Los no fumadores constituyeron el 65.5% de los estudiantes, y el 10.3% de la población estaba constituida por los exfumadores. Esta prevalencia de tabaquistas es similar a la presentada por estudiantes de medicina en estudios internacionales de algunos países latinoamericanos y europeos.
- En general, los estudiantes de medicina, no parecen asumir como deberían, la importancia de investigar en los pacientes los antecedentes de tabaquismo y la importancia de informar a los tabaquistas sobre los daños que produce el tabaco, es decir, no asumen el papel que el médico debe tener como educador y ejemplo en la difícil tarea de combatir el tabaquismo.
- Dentro de los motivos de inicio del hábito tabáquico más frecuentemente mencionados por los fumadores están la curiosidad, las situaciones de estrés, imitación y/o presión de sus amigos, por imitar a sus padres y/o hermanos, y por rebeldía.
- Con respecto a las circunstancias más comunes por las que fuman actualmente los estudiantes de medicina, la mayoría refiere que lo hace por placer, muchos para relajarse, algunos por costumbre y otros por diversión.
- Las causas más frecuentes de recaídas en los intentos de cesación son los siguientes: La falta de voluntad, el estrés excesivo y el temor a un aumento de peso.
- Dentro de las razones más frecuentes por las que los exfumadores dejaron de fumar mencionaron las siguientes: Para mejorar su estado salud o bienestar actual, por voluntad propia como un reto personal, y por la presencia de algún síntoma o enfermedad atribuida al tabaco.
- En el presente estudio puede observarse un porcentaje superior de hombres fumadores que de mujeres, asimismo, se evidencia que el sexo masculino tiene un nivel de consumo de tabaco superior al del sexo femenino ya que los primeros fuman una mayor cantidad de cigarrillos/día.
- Puede observarse que hay una tendencia creciente del número de fumadores a medida que van avanzando en la carrera.
- Un porcentaje importante de los estudiantes no cuenta con los conocimientos óptimos sobre los riesgos que conlleva el hábito tabáquico, y desconocen los posibles tratamientos para la cesación tabaquica.



- A la gran mayoría de fumadores le gustaría dejar de fumar si pudiera hacerlo fácilmente. El 59.5% admite haberlo intentado en una o más ocasiones. Solo un mínimo porcentaje ha recibido alguna vez ayuda o consejería para dejar de fumar.
- Se estableció que del total de estudiantes fumadores, el 57.4% de ellos comenzaron a fumar antes de ingresar a la facultad de medicina, mientras que el 42.6% inició posterior a su ingreso.
- Del total de estudiantes fumadores, el 100% de ellos fuma dentro de las instalaciones hospitalarias, siendo los sitios más frecuentes el dormitorio de internos y la cafetería.
- Del total de estudiantes de medicina, el 16.5% ha utilizado anteriormente algún producto de tabaco diferente a los cigarrillos (de éstos últimos el 75% ha fumado puros, 21.8% utilizaron alguna vez tabaco para masticar, y 21.8% fumó pipa en algún momento de su vida). Solo uno de los estudiantes fuma puros actualmente, y el 83% de los encuestados nunca ha utilizado un producto de tabaco diferente a los cigarrillos.
- A pesar del conocimiento que poseen los estudiantes de medicina sobre el riesgo que comporta el hábito tabáquico y los beneficios que se derivan de dejar de fumar, solo 40 (51.3%) de los alumnos que tienen contacto con pacientes, los aconsejan rutinariamente para que dejen de fumar.
- Al igual que en la población general, el inicio del consumo regular de tabaco en los estudiantes de medicina de la Universidad "Dr. José Matías Delgado", se dio principalmente en la adolescencia.
- El Test de Fagerström Modificado muestra un nivel leve de dependencia a la nicotina o ausencia de dependencia a la misma en el 93.6% de los casos.
- En general, este estudio evidencia mediante el Test de Richmond el bajo nivel de motivación para dejar de fumar que tienen la mayoría de los estudiantes de medicina (95.7% del total de la población de estudio). Llama la atención que ningún estudiante esté altamente motivado.
- Es insostenible cualquier argumento que justifique que dentro de los recintos destinados a recuperar la salud, se exponga a los usuarios y sus trabajadores a los innumerables daños producidos por la contaminación del aire por el humo de los otros.
- Una limitación de este trabajo obedece a que la población de estudio, no constituye una muestra representativa de estudiantes de El Salvador y los resultados no pueden ser generalizados al resto del país, sino únicamente a los estudiantes de medicina de la Universidad "Dr. José Matías Delgado".

RECOMENDACIONES

- Es necesario que los estudiantes de medicina, quienes afrontan la salud como objetivo de su futura profesión, concedan el máximo interés a todo esfuerzo o logro encaminado a reducir la población fumadora.
- Se debe insistir en la necesidad de desarrollar campañas antitabáquicas y de promoción de salud por parte de los estudiantes de medicina, que informen sobre los efectos adversos que produce el consumo para evitar que exista una mayor permisividad hacia el tabaco por parte de los fumadores.
- Es necesario reforzar el papel ejemplarizante del estudiante de medicina, tratando de disminuir la capacidad socializadora del tabaco e incidiendo en los efectos perjudiciales del tabaco sobre la salud.
- La prevención del hábito tabáquico debería formar parte del currículum de la escuela de medicina, de una manera más estructurada, como parte de una política universitaria antitabáquica.
- Los estudiantes de medicina deben ejercer una enorme influencia en cuanto al tabaquismo de la población general, desalentando el consumo de tabaco, sirviendo como ejemplo o modelo, promoviendo estilos de vida saludables y sensibilizando a la sociedad sobre los problemas derivados del tabaquismo.
- Crear una “Clínica de tabaco” con el objetivo de brindar ayuda profesional principalmente a los estudiantes de medicina y médicos fumadores, así como la población estudiantil en general, para la cesación tabáquica.
- Valorar el efecto de los programas de educación sobre tabaquismo para los estudiantes de medicina en cuanto a si son capaces de aumentar la motivación para dejar de fumar.
- Promover una campaña para declarar las instalaciones de la Universidad Dr. José Matías Delgado como libre de tabaco, mediante la prohibición de su consumo dentro de las instalaciones para los estudiantes, docentes y personal administrativo.
- Parece necesario a la luz de los resultados obtenidos en este estudio, elevar el conocimiento de los estudiantes de medicina sobre los métodos de cesación tabáquica para que obtengan una capacitación óptima que permita disminuir el impacto del tabaco sobre la salud. Sería interesante proporcionar una mayor formación y motivación sobre la problemática del tabaquismo y su prevención a largo plazo de su plan de estudio.

- Es necesario evaluar la motivación de cada uno de los fumadores para dejar definitivamente el consumo de tabaco, así como el grado de dependencia que puede dificultar el éxito de su intento.
- Desarrollar acciones de vigilancia epidemiológicas sobre el tabaquismo en la población en general que permitan dar a conocer las cifras y los datos estadísticos que hasta el momento son muy pobres en nuestro medio.
- Es fundamental que el futuro médico conozca no solo las graves consecuencias que acarrea el hábito de fumar sino también la importancia de prevenir, de concienciar al paciente que se acerca a al consulta (fumador o no) sobre las consecuencias del habito de fumar y de los severos daños que provoca el tabaquismo, y que comprenda también, como profesional de salud, que debe tener un comportamiento que sirve como modelo.
- Para disminuir la prevalencia del tabaquismo en los estudiantes de medicina y la población general hay que instaurar programas educativos a nivel de la escolarización preuniversitaria (bachillerato y curso de orientación preuniversitaria) e introducir modificaciones en los futuros planes de estudio de la facultad de medicina de la Universidad Dr. José Matías Delgado, de manera que los contenidos relacionados con el tabaco sea mas completos y motivadores para los alumnos.
- Se debe promover que los estudiantes de medicina que fuman encuentren en su ámbito laboral el apoyo necesario para lograr la cesación.
- Los estudiantes de medicina que continúen fumando deben adoptar conductas destinadas a disminuir el impacto que su actitud personal produce en sus pacientes y en la sociedad, esto es: No fumar en público, no aceptar regalos relacionados con el tabaco, no permitir fumar en los ambientes asistenciales, facilitar la difusión de información sobre los riesgos del tabaquismo y el beneficio de su tratamiento.
- Es importante enviar un mensaje coherente desde las instituciones sanitarias; para que los hospitales realmente sean modelos de promoción de la salud, necesariamente deben ser edificios 100% libres de humo del tabaco, para proteger de los riesgos ambientales a los propios trabajadores del hospital y a los pacientes que concurren a ellos en busca de asistencia.
- Sorprende la escasez de trabajos similares a este. Este hecho destaca la importancia de potenciar investigaciones similares entre estos futuros profesionales de la salud.



XI. BIBLIOGRAFIA

1. Esteves E., Goja B., Blanco A. Oxímoron Médico, Ético y Social. Organización Panamericana de la Salud (O.P.S.). Editorial Caligráficos S.A. Uruguay. 2004. URL disponible en <http://www.ops.org.uy/pdf/tabaco.pdf>
2. Doll R., Peto R., Wheatley K. Mortality in Relation to Smoking: 40 Years Observations on Male British Doctors. *BMJ*. 1994; 309:901-11. URL disponible en: bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/309/6959/901
3. MacKay J., Eriksen M. The Tobacco Atlas. World Health Organization. 2002. URL disponible en: www.who.int/tobacco/statistics/tobacco_atlas/en
4. Organización Mundial de la Salud. Convenio Marco para el Control del Tabaquismo. 2003. URL disponible en: www.who.int/tobacco/fctc/text/en/fctc.es.pdf
5. Sherk P., Grossman R. The Chronic Obstructive Pulmonary Disease Exacerbation. *Clin.Chest Med.* 2000; 21(4):705-21 URL disponible en: www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=11194781&dopt
6. Buka S., Shenassa E., Niaura R. Elevated risk of tobacco dependence among offspring of mothers who smoked during pregnancy: a 30 years prospective study. *Am J.Psychiatry* 2003; 160:1978-84. URL disponible en: www.rwjf.org/research/researchdetail.jsp?id=1165&ia=143
7. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Centers of Diseases Control. Tabaco: lo que todos debemos saber. Guía actualizada para educadores 2002. URL disponible en: www.metabase.net/docs/unibe/03463.html
8. US Department of Health and Human Services (USDHHS). The health consequences of involuntary smoking: A Report of the Surgeon General. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office. DHHS Publication No. (CDC) 87-8398. 1986. URL disponible en: www.cdc.gov/tobacco/sgr/sgr_1986
9. Samet J. The risks of active and passive smoking. In: Smoking: risk, perception & polici. Editor Solvic P. 2001. URL disponible en: www.cancerportfolio.org/abstract.jsp?SID=66157&ProjectID=46960
10. Barrueco M., Hernández M., Torrecilla M.; Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo. Segunda Edición. España. Editorial Ergón. 2003.
11. US Environmental Protection Agency (EPA). Respiratory health effects of passive smoking: Lung cancer and other disorders. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office. 1992. URL disponible en: cfpub.epa.gov/ncea/cfm/recordisplay.cfm?deid=2835
12. American Psychiatric Association. Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition. (DSM IV). Washington DC. 1994
13. Fagerstrom K. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addictive Behaviors* 1978; 3:235-41. URL disponible en: www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=735910&dopt
14. González J. Educación, movilización social y abogacía para promover la salud. *Rev. Med Uruguay* 2002; 18:192-7. URL disponible en: smu.org.uy/publicaciones/rmu/2002v3/art-2.pdf

15. Coleman T. Use of simple advice and behavioral support. *BMJ*. 2004; 328:397-9. URL disponible en: www.ucihs.uci.edu/family/facultydev/modules/smoking/question2.html
16. Organización Panamericana de la Salud. Alleyne G. Prefacio. Por una juventud sin tabaco. *Publicación Científica y Técnica N° 579*. 2001. URL disponible en: www.phishare.org/documents/PAHOPublications/591
17. Fiore M., Bailey W., Bennet G. US Department of Health and Human Services, Public Health Service. Treating tobacco use and dependence. *Clinical Practice Guidelines Rockville*. 2000. URL disponible en: www.ncbi.nlm.nih.gov/books/bv.fcgi?rid=hstat2.chapter.7644
18. World Health Organization. Guidelines for controlling and monitoring the tobacco epidemic. *Monitoring tobacco use*. 1998; 76-101. URL disponible en: www.ops-oms.org/ve/site/tabaco/documentos/documentos-7.htm
19. Miles J., Gomez E., Malateste J. El Tabaquismo en Estudiantes de Medicina. Argentina. 2000. URL disponible en www.fac.org.ar/revista/00v29n4/milei/milei.PDF
20. Montero A., Gómez J., López J. Estudio Comparativo sobre el Consumo de Tabaco entre Médicos y estudiantes de Medicina. España. 2001. URL disponible en: www.atenciontabaquismo.com/atenciontabaquismo/vol3_num4/html/original3_compl eto.htm
21. Harper I., Feota M., Bruno M. Tabaquismo en Estudiantes de Medicina Avanzados. Argentina. URL disponible en: pcvc.sminter.com.ar/cvirtual/tlibres/tnn2459/tnn2459.htm
22. Herrera M., Perez L., Suárez C. Evaluación de Conocimientos y Actitudes ante el Tabaquismo en estudiantes de Medicina. España. 2002. URL disponible en: www.atenciontabaquismo.com/atenciontabaquismo/vol4_num2/html/original2
23. Menéndez A., Ferreiro A., Chavasco I. Estudio de la Prevalencia, Actitudes y Creencias Del Tabaquismo entre los Estudiantes de Medicina en el Uruguay. Uruguay. URL disponible en: www.ficnet.org/paises/art_paises/prevalencia_uruguay.htm
24. Sanchez E., Peña E., García G. Prevalencia del Uso de Alcohol, Tabaco y Drogas Ilícitas en la Población Estudiantil de la Universidad "Dr. José Matías Delgado". San Salvador, El Salvador. 2000; Trabajo de Investigación no publicado.
25. Mendoza R. El Consumo de Tabaco en los Escolares Españoles: Tendencias observadas (1986-1990), posibles factores explicativos y sugerencias de intervención. VIII Conferencia Mundial sobre Tabaco o Salud. Buenos Aires, Argentina. 1992. URL disponible en: www.paho.org/Spanish/DD/PIN/Numero16_articulo3_3.htm
26. Chapman S. Cigarette advertising and Smoking: A review of the Evidence. Londres: British Medical Association; 1985.
27. Comissions de Communautés Europeennes. Les jeunes europeens de 11 a 15 ans et le tabac. Bruselas: L'Europe contre le Cancer; 1991.
28. Solano Reina S., Jiménez Ruiz C. Mecanismos de Iniciación al Tabaco. Dependencia No Farmacológica. *Arch Bronconeumol*. 1995.
29. Pontieri F., Tanda G., et al. Effects of nicotina on the nucleus accumbens and similitarity to the additive drugs. *Nature*. 1996.

30. Haire Hoshu D., Morgan G. Determinants of cigarette smoking. Clinics in Chest Medicine. 1991.
31. Fisher E. et al. State of the art review: Smoking and Smoking Cessation. Am Rev Respir Dis. 1990.
32. Pérez M., Vázquez C. y colaboradores. Tabaco y Estudiantes de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid. 2002. URL disponible en: www.uam.es/departamentos/medicina/preventiva/especifica/congresoXV-1.html.



ANEXOS

ANEXO 1

CUESTIONARIO SOBRE TABAQUISMO EN ESTUDIANTES DE MEDICINA

Este cuestionario pretende conocer las características epidemiológicas y de consumo de tabaco de los estudiantes de medicina así como los conocimientos y la actitud que éstos tienen sobre dicho hábito. Se realizará de forma anónima, personal y voluntaria. Le garantizamos con absoluta certeza la confidencialidad de los datos. Responda con toda sinceridad las preguntas.

Instrucciones:

Este cuestionario consta de 5 partes. La primera parte de datos personales debe ser contestada por todos los estudiantes al igual que la segunda parte que es la sección general. La tercera parte (III. FUMADORES) debe ser llenada únicamente por las personas que actualmente fuman 1 o más cigarrillos diarios. La cuarta parte debe ser completada por los fumadores que se encuentran al momento realizando el externado o el internado en alguna institución hospitalaria. Y la quinta y última parte debe ser contestada por los exfumadores, es decir aquellos estudiantes que antes fumaban diariamente pero que ya llevan más de 6 meses sin fumar.

I. DATOS PERSONALES:

1. Edad: _____
2. Sexo: _____
 - a) Masc
 - b) Fem
3. Año/Curso: _____
4. Ciclo: _____

II. SECCIÓN GENERAL:

5. ¿Piensa usted que fumar es perjudicial para la salud?
 - a) Si
 - b) No
6. ¿Le molesta que la gente fume a su alrededor?
 - a) Si
 - b) No
7. Señale el término que "mejor" define al tabaco:
 - a) Es un vicio
 - b) Es un hábito
 - c) Es una droga
8. Usted está a favor de:
 - a) Prohibición absoluta de fumar en lugares públicos
 - b) Asignar áreas para "fumadores" y áreas para "no fumadores" en los lugares públicos
 - c) Dejarlo a libre elección (cada quien que fume si quiere)

9. Señale el literal que corresponda con su hábito tabáquico:
- Fumo 1 o más cigarrillos diariamente
 - No fumo diariamente, pero lo hago ocasionalmente
 - Antes fumaba diariamente, pero tengo 6 o mas meses sin probar un cigarrillo
 - No he fumado nunca
10. Señale LA o LAS enfermedades que a su juicio se relacionan con el tabaquismo:
- Cáncer de pulmón
 - Enfisema Pulmonar
 - Caries Dentales
 - Bronquitis crónica
 - Patologías durante el embarazo
 - Asma
 - Enfermedades cardíacas
 - Cáncer de la boca.
 - Impotencia
 - Osteoporosis
 - Infertilidad
 - Cáncer de páncreas
 - Enfermedades cerebrovasculares
 - Cáncer de Vejiga
11. ¿Ha fumado usted más de 100 cigarrillos en toda su vida?
- Sí
 - No
12. ¿Piensa usted que “el consejo de un médico de NO FUMAR” funciona como un estímulo importante para abandonar el tabaquismo?
- Si
 - No
13. ¿Qué importancia le da usted al papel ejemplarizante de los médicos y estudiantes de medicina de cara a la prevención del consumo de tabaco?
- Ninguna
 - Escasa
 - Regular
 - Mucha
 - Muchísima
14. ¿Qué métodos o tratamientos farmacológicos conoce para dejar de fumar?
-
15. ¿Qué métodos no farmacológicos conoce para dejar de fumar?
-
16. Antecedentes familiares de tabaquismo:
- Ninguno
 - Padre
 - Madre
 - Padre y madre
 - Hermanos
 - Otros

17. ¿Cuál es el componente del tabaco responsable de la adicción y dependencia que éste produce?
- Alquitrán
 - Monóxido de carbono
 - Nicotina
 - No sé
18. ¿Ha usado o usa actualmente algún producto que contenga tabaco diferentes a los cigarrillos (ej: puros, pipas, tabaco para masticar o inhalar)?
- Si, lo he usado anteriormente ----- ¿Cuál o cuales productos? _____
 - Si, lo uso actualmente ----- ¿Cuál o cuales productos? _____
 - No, nunca lo he usado
19. ¿Pregunta a los pacientes si fuman?
- Nunca
 - Ocasionalmente
 - Siempre
20. ¿Aconseja a los pacientes fumadores que dejen de fumar?
- Nunca
 - Ocasionalmente
 - Siempre
21. A su juicio, ¿cree que ha recibido hasta el momento una instrucción adecuada en la facultad de medicina para el manejo del tabaquismo?
- Si
 - No
22. En cuanto al tabaquismo, ¿se considera usted un modelo o ejemplo para la sociedad?
- Si
 - No
23. ¿Cree que el tabaquismo pasivo (aquellas personas que están involuntariamente expuestas al humo de tabaco) es nocivo para la salud?
- Si
 - No
 - No se
24. ¿Cree que el tabaquismo pasivo (aquellas personas que están involuntariamente expuestas al humo de tabaco) puede producir cáncer?
- Si
 - No
 - No se
25. ¿Está de acuerdo con la prohibición absoluta de fumar en los hospitales para todo el personal (médicos, enfermeras, personal administrativo, visitas, etc...)?
- Si
 - No
26. ¿Desearía participar en un programa de capacitación sobre el abordaje médico de una persona tabaquista?
- Si
 - No

III. FUMADORES (los que fuman actualmente 1 o más cigarrillos diariamente)

27. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?
- Menos de 11
 - Entre 11 y 20
 - Entre 21 y 30
 - Más de 30
28. ¿Fuma más en las primeras horas tras levantarse que en el resto del día?
- Si
 - No
29. ¿Cuánto tiempo después de despertarse fuma su primer cigarrillo?
- Menos de 5 minutos
 - 6 a 30 minutos
 - 31 a 60 minutos
 - Más de 60 minutos
30. ¿Qué cigarrillo le es más difícil omitir?
- El primero del día
 - Cualquier otro
31. ¿Le es difícil no fumar donde está prohibido?
- Si
 - No
32. ¿Fuma si está tan enfermo que ha estado en cama la mayor parte del día?
- Si
 - No
33. ¿A qué edad empezó a fumar regularmente?
- Cuando era menor de 10 años
 - De 11-15 años
 - De 16-20 años
 - De 21-25 años
 - Cuando era mayor de 25 años
34. ¿Cuándo comenzó a fumar?
- Antes de ingresar a la facultad de medicina
 - Después de ingresar a la facultad de medicina
35. ¿Cuál es el principal motivo que le impulsó a comenzar a fumar?
- Imitación y/o presión de mis amigos
 - Sensación de mayor independencia
 - Por estrés
 - Por curiosidad
 - Por imitar a mis padres y hermanos
 - Por la publicidad
 - Por rebeldía
 - Por estar a la moda
 - Otros: _____



36. Señale la o las razones por las que usted fuma actualmente:
- a) Fumo por placer, porque me gusta
 - b) Fumo en situaciones de estrés porque me relaja
 - c) Fumo porque me ayuda a relacionarme con los demás
 - d) Fumo por costumbre
 - e) Fumo porque si dejo de fumar, comienzo a sentir malestar físico
 - f) Fumo por diversión
 - g) Fumo por la rutina
 - h) Fumo por tener algo en las manos y en la boca
 - i) Fumo porque en mi entorno familiar se fuma
 - j) Fumo porque no creo que me este haciendo daño
 - k) Otras: _____
37. ¿Cuántos años hace que usted fuma?
- a) Menos de 2 años
 - b) De 2-5 años
 - c) De 6-10 años
 - d) Más de 10 años
38. ¿Ha intentado dejar de fumar?
- a) Si
 - b) No
39. Si usted ha intentado dejar de fumar y ha fracasado, a que atribuye la o las recaídas?
- a) Falta de voluntad
 - b) Estrés o nerviosismo
 - c) Falta de apoyo
 - d) Aumento de peso
 - e) Otros: _____
 - f) Nunca he intentado dejar de fumar
40. ¿Le gustaría dejar de fumar si pudiera hacerlo fácilmente?
- a) Si
 - b) No
41. ¿Cuánto interés tiene usted en dejar el hábito tabáquico?
- a) Ningún interés en absoluto
 - b) Algo de interés
 - c) Bastante interés
 - d) Estoy muy seriamente interesado
42. ¿Intentará dejar de fumar en las próximas dos semanas?
- a) No creo
 - b) Quizás
 - c) Probablemente si
 - d) Definitivamente si
43. ¿Piensa que será un/a exfumador/a dentro de 6 meses?
- a) No creo
 - b) Quizás
 - c) Probablemente si
 - d) Definitivamente si

44. ¿Alguna vez has recibido ayuda o consejería para dejar de fumar?
- a) Si
 - b) No
45. ¿Cree usted que sería capaz de dejar de fumar si quisiera?
- a) Si
 - b) No
46. Durante los años de estudio en la facultad de medicina:
- a) Mi hábito tabáquico se ha incrementado
 - b) Mi hábito tabáquico se ha mantenido igual
 - c) Mi hábito tabáquico ha disminuido
 - d) Mi hábito tabáquico ha cesado
47. Si la Universidad "Dr. José Matías Delgado" brindara asesoría médica para dejar de fumar, ¿acudiría usted a esta asesoría?
- a) Si
 - b) No

IV. FUMADORES ACTUALES (los que al momento fuman diariamente 1 o más cigarrillos) QUE REALIZAN PRÁCTICAS HOSPITALARIAS (EXTERNOS E INTERNOS):

48. ¿Fuma en el hospital donde realiza sus prácticas?
- a) Si, en sitios permitidos
 - b) Si, en cualquier lugar, con permiso de los presentes
 - c) Si, en cualquier lugar
 - d) Nunca fumo en el hospital donde realizo mis prácticas
49. ¿Ha visto a un médico de staff o residente fumando en el hospital donde realiza sus prácticas?
- a) Si
 - b) No
50. ¿Fuma usted delante de los pacientes?
- a) Si
 - b) No
51. ¿En qué lugar del hospital usted fuma?
- a) En la cafetería
 - b) En los pasillos
 - c) En los baños
 - d) En sala de operaciones
 - e) En el parqueo
 - f) En el dormitorio de internos
 - g) En el dormitorio de residentes
 - h) En los servicios de ingreso de los pacientes
 - i) No fumo en el hospital
 - j) Otros:

V. EXFUMADORES (estudiantes que antes fumaban diariamente, pero que llevan al momento más de 6 meses sin fumar):

52. Señale la o las razones por las que dejó de fumar?
- a) Para mejorar mi estado de salud o bienestar actual
 - b) Por la presencia de algún síntoma o enfermedad atribuida al tabaco
 - c) Por voluntad propia como un reto personal
 - d) Por razones económicas
 - e) Para dar un buen ejemplo como médico
 - f) Por un embarazo (propio o de la pareja)
 - g) Por influencia de la familia y/o amigos
 - h) Por que me lo aconsejó el médico
 - i) Otras razones: _____
53. ¿Hace cuánto tiempo dejó de fumar? _____
54. ¿Cuántas veces intentó dejar de fumar hasta lograrlo? _____
55. ¿Utilizó algún tratamiento farmacológico para dejar de fumar?
- a) Si ---- ¿Cuál o cuáles? _____
 - b) No
56. ¿Utilizó algún método no farmacológico para dejar de fumar?
- a) Si ---- ¿Cuál o cuáles? _____
 - b) No



ANEXO 2

TEST DE FAGERSTRÖM MODIFICADO

Estas preguntas están dirigidas a evaluar el grado de dependencia a la nicotina

Nombre: _____ Fecha: _____
N° de ficha: _____

1- ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	>30	3
	21 a 30	2
	11 a 20	1
	< 11	0
2- ¿Fuma más en las primeras horas tras levantarse que en el resto del día?	SI	1
	NO	0
3- ¿Cuánto tiempo después de despertarse fuma su primer cigarrillo?	< 5 minutos	3
	6 a 30 min	2
	31 a 60 min	1
	> 60 minutos	0
4- ¿Qué cigarrillo le es más difícil omitir?	el primero	1
	otro	0
5- ¿Le es difícil no fumar donde esta prohibido?	SI	1
	NO	0
6- ¿Fuma si esta tan enfermo que ha estado en cama la mayor parte del día?	SI	1
	NO	0

INTERPRETACIÓN DEL PUNTAJE (sumatoria)

- 0 - 3 NO DEPENDENCIA
- 4 - 6 DEPENDENCIA LEVE
- 7 - 9 DEPENDENCIA FUERTE
- 10 DEPENDENCIA MUY FUERTE

ANEXO 3

TEST DE RICHMOND Evalúa el grado de motivación para dejar de fumar		
1. ¿Le gustaría dejar de fumar si pudiera hacerlo fácilmente?	sí	1
	no	0
2. ¿Cuánto interés tiene usted en dejar el hábito tabáquico?	ninguno	0
	algo	1
	bastante	2
	muy seriamente	3
3. ¿Intentará dejar de fumar en las próximas dos semanas?	no creo	0
	quizás	1
	probablemente sí	2
	definitivamente sí	3
4. ¿Piensa que será un/a exfumador/a dentro de 6 meses?	no creo	0
	quizás	1
	probablemente sí	2
	definitivamente sí	3
INTERPRETACIÓN DEL PUNTAJE (sumatoria)		
3 o menos	Baja motivación	
4 – 6	Moderada Motivación	
7 o más	Alta Motivación	