

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS.**

**FACTORES QUE INCIDEN EN EL TABAQUISMO  
EN MÉDICOS RESIDENTES DEL HOSPITAL ROOSEVELT**

**Estudio descriptivo transversal, en 172 médicos residentes del  
Hospital Roosevelt, realizado durante el mes de junio del año  
2001.**

**Tesis**

**Presentado a la Honorable Junta Directiva  
de la facultad de Ciencias Médicas de la  
Universidad de San Carlos de Guatemala**

**POR**

**CARLOS ANIBAL BATRES SANTIZO**

**EN EL ACTO DE SU INVESTIDURA DE:**

**MEDICO Y CIRUJANO**

**Guatemala, julio de 2001**

## INDICE DE CONTENIDO

	No. de pagina
I. Introducción	1
II. Definición y Análisis del problema.	2
III. Justificación.	4
IV. Objetivos.	5
V. Revisión Bibliográfica	6
A. Tabaquismo	7
B. Tabaco y su contenido	8
C. Factores que determinan el Tabaquismo	14
D. Tabaquismo en médicos	17
VII. Material y Métodos	19
VIII. Presentación de Resultados	23
IX. Análisis y discusión de Resultados	41
X. Conclusiones	43
XI. Recomendaciones	44
XII. Resumen	45
XIII. Referencias Bibliográficas	46
XIV. Anexos	50

## I. INTRODUCCIÓN

El tabaquismo es un grave problema de Salud Pública, al cual no se le ha dado la importancia que amerita, prueba de ello es que esta conducta es la causa número uno de enfermedad y muerte prevenible a nivel mundial. (2,611)

Sabido es el importante papel que el médico juega en una sociedad, como la guatemalteca, a la cual pertenece, y que en todo caso es ejemplo a seguir, sin embargo y paradójicamente, se puede evidenciar que la prevalencia del tabaquismo en el grupo médico es muy similar con respecto a la población en general. (7,10,12,17,22,23,28,30)

Observando que existe la problemática, y que no se cuenta con datos del tema en este grupo a nivel nacional, se decidió realizar esta investigación con el propósito de evaluar cómo afecta el tabaquismo a dicho grupo, identificando cuáles son los factores que influyeron en el inicio del hábito.

Para tal fin el estudio se realizó con los médicos residentes del Hospital Roosevelt durante el mes de junio del año 2001.

En el estudio participaron 172 residentes que representan el 79% de ellos, los resultados obtenidos demuestran que el 19.1% de los médicos residentes del Hospital Roosevelt son fumadores.

Los factores que incidieron para iniciar con el hábito en el 60.6% de los casos fueron la influencia de padres y amigos fumadores durante la infancia, el 39.4% restante inició a fumar por situaciones de estrés, contribuyendo grandemente la publicidad en los dos grupos para el inicio y permanencia de la conducta fumadora.

Por tal motivo se debe incentivar a los médicos fumadores a dejar el hábito, ya que su participación para combatir la pandemia del tabaquismo es decisiva, ya que el médico simboliza un mensaje de salud para la población.

Se sugiere para ello ayuda psicológica mediante terapias grupales asociado a sustancia de reemplazo nicotínico.

## II. DEFINICIÓN Y ANÁLISIS DEL PROBLEMA

El tabaquismo es una conducta humana que condiciona directamente a la muerte, por la aparición de cánceres, alteraciones cardiovasculares, alteraciones gastrointestinales, problemas pulmonares, alteraciones en el embarazo y parto, problemas oculares, alteraciones en el sistema nervioso, y muchas otras, tanto en el fumador como para el no fumador, además de provocar gran contaminación del medio ambiente. (1,4,11,14,25,26,27,29). Desde 1951 se ha considerado que esta conducta provoca estimulación y adicción por algunas sustancias de su contenido (8,9) pero que por intereses económicos de producción prevalece su aceptación socialmente consiguiendo todos corremos el riesgo de adquirir dicha adicción. En 1989 se estimó que el 38% de los hombres y el 18% de las mujeres en Guatemala eran fumadores, cifras que cada día están incrementándose. (6) El gremio médico que de acuerdo a su profesionalización es el que con mejor información cuenta acerca del tema, no ha quedado fuera de este riesgo, prueba de ello es lo descrito en varios estudios donde se investigó la prevalencia del tabaquismo en médicos, encontrándose que éstos fumaban igual y en algunos casos más que la población en general. (7,10,17,22,23,28,30)

Pocas veces se han buscado los factores que determinan el inicio de esta conducta.

Las respuestas de los millones de fumadores del “por qué” del inicio y permanencia del hábito, demuestran que éstos poseen poco conocimiento e inmadurez sobre las consecuencias que dicho hábito provoca, respuestas tales como: yo empecé a fumar porque “quería”, “porque me gusta” “por placer” “porque de algo tengo que morir”, son respuestas que hasta cierto punto pueden justificarse, porque vienen de una población que por sus actividades en la sociedad lamentablemente no conocen o ignoran el peligro de su hábito. Ahora bien, resulta paradójico que dentro de la población médica este hábito este tan generalizado ya que conociendo las consecuencias de su puesta en práctica lo lógico sería no consumir tabaco.

Actualmente se han descrito tres grupos de factores que pueden predisponer al individuo a adquirir la conducta fumadora.(21) Entre éstos tenemos los factores Hereditarios y congénitos, los cuales al estar presentes en la persona influyen directamente a que ésta sea fumadora, lamentablemente por el elevado precio de su detección es poco utilizado.

Dentro del segundo grupo podemos consignar los factores familiares y los que son producto del desarrollo de la personalidad del individuo, los cuales predisponen indirectamente a adquirir el hábito.

El tercer grupo lo constituyen los factores culturales que son impuestos y permitidos dentro de la sociedad en que el individuo se desarrolla. Aquí, la publicidad juega un papel de primer orden ya que utilizándola como medio de propaganda se dispondrá al individuo a que fumando , se quitará el estrés, a realizar actos sociales relevantes, a vencer la timidez, a ser independientes, etc.

Dentro de la práctica hospitalaria se partió de la observación de que existen varios médicos residentes fumadores, considerando por ello, de mucho interés investigar cuales son los factores que han influido en dichos profesionales para mantener una conducta tabaquista.

### III. JUSTIFICACIÓN

El tabaquismo es la conducta humana que más muertes prevenibles causa a nivel mundial. Actualmente se considera que existen 1,100 millones de fumadores en el mundo, o sea que 1 de cada 3 adultos es fumador. (2,4,6,11,14,33)

Este problema es grave y está aumentando en países como el nuestro, donde la industria tabacalera no tiene una fuerte oposición como en los países industrializados para frenar sus ventas, y hacerse cargo de todos los daños que se provocan por esta conducta.

Las cifras de morbi-mortalidad provocadas por el tabaquismo son un verdadero problema de salud pública, según la Liga Nacional contra el cáncer, esta conducta mata a 4000 guatemaltecos cada año, por lo que es urgente combatirlo. (11,12) Para ello es indispensable la participación de todos los sectores de la sociedad y en particular del sector salud, los médicos deben ser el medio más importante para la prevención y el tratamiento del tabaquismo. Sin embargo, esta ventaja profesional no es ninguna garantía para que éste desaparezca, ya que en algunos casos dichos profesionales, que deberían combatir el problema se presentan como fumadores habituales. (10) Este hecho justificó la necesidad de conocer cómo estaba afectando el problema a la población objeto del estudio, además de investigar cuáles son los factores que influyeron en la aparición de dicha problemática.

En nuestro medio existe poca información del tabaquismo, y mucho menos estudios que describan los factores que motivan la aparición de esta conducta en la población de médicos residentes, lo que justifica aún más la utilidad de este trabajo, ya que de esta manera los médicos residentes fumadores al conocer el origen de su problema, puedan intervenir directamente en la erradicación del mismo, partiendo de la premisa de que conocen las consecuencias que dicho hábito provoca.

## **IV. OBJETIVOS**

### **A. OBJETIVO GENERAL.**

Establecer los factores que determinan el consumo de tabaco en los médicos residentes del Hospital Roosevelt.

### **B. OBJETIVOS ESPECIFICOS.**

1. Conocer la prevalencia del consumo de tabaco en los 218 médicos residentes del Hospital Roosevelt.
2. Identificar el sexo y el grupo etareo más afectado por el tabaquismo en esta población.
3. Conocer cuál es el grado de residencia médica que más fuma.
4. Conocer los motivos por los cuales fuman.
5. Identificar la especialidad médica más afectada por el tabaquismo.

## **V. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**

## **A. TABAQUISMO**

1. Definición. Intoxicación aguda o crónica producida por el abuso de consumo del tabaco.

2. Historia.

El consumo de tabaco se dio a conocer desde la invasión española. Ellos observaron como los nativos de las tierras de América aspiraban con deleite unas hojas secas enrolladas en forma de cilindro y encendidos por uno de sus extremos. (6) El tabaco se conocía en todas las culturas del nuevo continente. Rodrigo de Jerez y Luis Torres fueron los primeros en llevarla a España en 1510. La semilla de esta planta se introdujo en Portugal y Francia siendo en este último donde el médico Jean Nicot la empezó a recetar y expandir iniciándose la masticación de su consumo. El nuevo producto se difundió rápidamente por Europa y en el siglo XVIII llegó a China y Japón. El consumo de tabaco se generalizó muy pronto y se convirtió en uno de los productos más importantes de comercio colonial. El tabaco se convirtió en un producto que representaba a la nobleza europea, en el siglo XVIII se aspiraba el tabaco en polvo(rapé) por la nariz siendo esto de tal importancia que incluso existía un manual de cómo se realizaba dicha práctica. (2,9)

Ya desde entonces se advertía de lo perjudicial de dicha práctica, prueba de ello son los escritos de Diderot : “solo con una pequeña cantidad es suficiente para irritar las mucosas y el tabique nasal”. Conforme el tiempo transcurría y el sistema de producción se encaminaba en obtener más beneficios económicos, James Bonsack en 1883 empezó a enrollar el tabaco en forma de cigarrillos, sustituyó a nivel industrial a las personas que trabajaban este material por maquinas industriales reduciendo el coste de su producción e incrementando asombrosamente la misma (250 cigarrillos por minuto). (6) Indudablemente esta cifra a aumentado para el siglo XXI .

El despertar a los peligros del tabaco ocurrió en 1954 cuando se presentó en un informe la evidencia de la relación Cáncer pulmonar – consumo de tabaco. En 1982 el Dr. Everett Koop definió el hábito de fumar como “la causa principal de muerte evitable en el mundo y el problema más importante de salud pública en nuestro tiempo. (2,4,11,13)

### 3. Epidemiología.

El tabaquismo es alarmante en nuestra época, las cifras de esta conducta representan personas que se enferman y sufren,

extendiéndose por todo el mundo. Se estima que un tercio de la población mundial de 15 o más años es fumadora, habiendo un total de 1100 millones de fumadores en el planeta. De estos, 800 millones pertenecen a países con poco desarrollo. Para el año 2025, si esto continua así, los fumadores llegarán a 1600 millones. El 47% de los hombres y el 15% de la mujeres a nivel mundial son fumadores. (2,14)

Cada año el tabaco causa 3.500,000 muertes en el mundo, es decir 10,000 muertes diarias y que siguiendo la tendencia actual para el año 2030 los fallecimientos llegarán a 10 millones. Así se estima que para ese año el tabaco será la mayor causa de muerte y discapacidad, causando más muertes que el SIDA, accidentes de tránsito, homicidios, suicidios, alcoholismo y drogas ilícitas todos combinados.

La tendencia del consumo de tabaco ha venido cambiando, para el año 1960 fumaban más los varones con ingreso económico alto, para el 2000 las personas que más fuman son los varones de ingreso bajo, observándose un aumento considerable en el sexo femenino. Varios autores concluyen que en general las personas con educación escasa tienden a fumar más que los mejor educados. La inmensa mayoría de fumadores empiezan a serlo antes de los 20 años, a menudo en la niñez, se estima que a nivel mundial cada día 100,000 jóvenes comienzan a fumar y corren un alto riesgo de hacerse adictos a la nicotina. (1,2,5,6,14)

Es increíble la ganancia de la industria tabacalera, estimándose que su presupuesto anual es mayor al de 180 de los 204 países. El gasto que ocasiona el tabaco a nivel mundial es de unos 200 billones de dólares al año, considerándose esta cifra más elevada debido a que se subestima el costo de los servicios de salud, la muerte de los adultos que sustentan a sus familias, las pérdidas por incendios y deforestaciones, contaminación y otros factores.

En nuestro país no existe un sistema de control que estime los costos sanitarios causados por el tabaco, pero de continuar y aumentar este problema se empezará a observar los grandes gastos en servicios de salud por esta conducta.

## **B. TABACO Y SU CONTENIDO.**

### 1. Contenido.

El tabaco es una planta que pertenece a la familia de las Solanceas, siendo las dos especies que se cultivan para su comercio la nicotina tabacum y la nicotina rústica. (2,8,12) El humo del tabaco es perjudicial tanto si lo inhala el fumador como las personas que se encuentran cerca.

Este humo es un compuesto de aerosol heterogéneo producto de una incompleta combustión radiactiva del tabaco, se le han identificado cerca de 4300 compuestos químicos incluyendo 43 que causan cáncer y muchos otros que son tóxicos, venenosos y que dañan el material genético.(1,8,23)

En la combustión del tabaco se identifican dos tipos de humo: el que se produce durante la succión activa (corriente principal) y el que se produce durante la combustión espontánea entre inhalación del fumador (corriente secundaria). Ambas tienen diferente composición química. En la composición de ambas corrientes se encuentran dos tipos de componentes (partículas y gases) entre estos se pueden mencionar algunos:

PARTICULAS		GASES	
Alquitrán	1-40mg	Dióxido de carbono	20-60mg
Agua	1- 4mg	Monóxido de carbono	5-20mg
Nicotina	5-20mg	Metano	1- 3mg
Fenol	20-150ug	Acetaldehído	770ug
Catecol	130-280ug	Isopreno	582ug
Pireno	50-200ug	Acetona	600ug
Benzopireno	20- 40ug	Cianidina de H	430ug
2,4dimetilfenol	50ug	2 Butanona	250ug
P-Etilfenol	18ug	Tolueno	108ug
Sigmasterol	53ug	Acreolina	84ug
Fitosterol	50ug	Amoniaco	80ug
Indol	14ug	Benceno	67ug
		Dimetilnitrosamina	65ug
		Nitrobenceno	25ug

De todas estas sustancias la nicotina es la que más se ha estudiado y por ser la sustancia con mayor poder de adicción para la humanidad se describirá. (2,3,8.9.10,11)

## 2. Nicotina.

Es un alcaloide tóxico y estimulante que se encuentra en el tabaco, actúa sobre los receptores colinérgicos nicotínicos en el Sistema nervioso central y periférico, cuando se unen a tales receptores se genera un estado de mayor alerta y leve euforia . Sin embargo la nicotina exógena se une a los receptores colinérgicos durante un tiempo más prolongado que el neurotransmisor endógeno. A lo largo del tiempo el organismo se adapta a

este antagonismo crónico secundario y aumenta el número de receptores en el SNC lo cual constituye la base de la tolerancia física a la nicotina. Además este fenómeno origina que la cantidad de acetilcolina liberada normalmente sea insuficiente para mantener el humor previo, base biológica de la dependencia física. (3,32)

Un cigarrillo contiene de 5 a 20mg de nicotina, esta droga puede producir la muerte cuando existen 50mg o más a nivel plasmático. (1,2,3,10,11)

El tabaco posee una intensa radiactividad producida por las radiaciones alfa emitidas por los isótopos Polonio 210 y Plomo. Un fumador de paquete y medio de cigarrillos al día recibe a nivel pulmonar 400 rads. de radiaciones alfa por año, lo que equivale a 300 radiografías de tórax, casi una por día. (2) El tabaco se diferencia de las otras drogas en que sus efectos se limitan a afectar físicamente al organismo pero no altera la percepción de la realidad, la lucidez, el grado de conciencia ni modifica el proceso de pensamiento.

### 3. Consecuencias del tabaco.

El tabaco es la mayor causa única de muerte por cáncer promediado. Un fumador pierde por término medio entre 20 a 25 años de vida, es decir que con cada cigarrillo se renuncia a 5 minutos de vida. (6,8,29)

#### a. Tabaco y cáncer.

Es bien sabido que el tabaco produce cáncer ya que se han identificado como posibles cancerígenos a un promedio de 200 sustancias de las cuales 43 están confirmadas.

La iniciación cancerosa se le atribuye fundamentalmente a los hidratos de carbono contenidos en el alquitrán. De todos los cánceres provocados por el tabaco el más representativo es el de pulmón. (8,9,13,32)

El porcentaje que se le atribuye al tabaco con respecto a los demás cánceres es:

Cáncer de traquea, pulmón y bronquios	90%
Cáncer de Laringe	80%
Cáncer de labio, cavidad bucal y faringe.	80%
Cáncer de Esófago	75%
Cáncer de Vejiga	47%
Cáncer de riñón y sistema urinario	30%
Cáncer de cuello uterino	25%
Cáncer de páncreas	20%

Cáncer Gástrico	>20%
Cáncer de Ano, Pene, Vulva	>15%
Cáncer Hepato celular primario	>10%
Leucemias	>10%

b. Cáncer Pulmonar.

La principal causa única de muerte por Ca. pulmonar en ambos sexos es el tabaco. (11,29) Este exceso de riesgo que tienen los fumadores esta relacionado con:

Número de cigarrillos al día.  
Años que lleve fumando.  
El grado de inhalación.  
Cigarrillo con o sin filtro.

Entre los varones el Cáncer que predomina es el de células escamosas, en la mujer predomina el de células pequeñas que es el de peor pronostico.

No todo el que fuma termina con cáncer pulmonar, ya que el tabaco es un factor de riesgo y no la única causa, además del hábito existen otros factores asociados que lo favorecen como lo son:

Predisposición genética: Se sabe que la mutación del gen GFTE1 el cual codifica la enzima glutatión transferasa, proteína protectora la cual inactiva los agentes externos que dañan el ADN , la falta de ésta deja a merced al individuo a la acción de los tóxicos con la generación de cáncer. (18)

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. ( EPOC )  
Dieta con deficiencia de vitamina A.  
Exposición al Asbesto: ésta multiplica 4 veces mayor probabilidad de padecer Ca. en un fumador.(19)  
Exposición al Uranio y al Gas Radón.

Todo tipo de cáncer aumentan si además del consumo de tabaco se asocia el consumo de alcohol.

c. Tabaco y enfermedad cardiovascular.

Esta relación establece las siguientes alteraciones en el organismo:  
Aumento de Frecuencia cardiaca.  
Aumento de Presión arterial.

Aumento de la Resistencia vascular periférica.  
Aumento de las demandas de oxígeno.  
Inicia y hace progresar la aterosclerosis.  
Aumenta la fracción de VLDL  
Aumenta los niveles de la hormona de crecimiento.  
Aumenta los niveles de colesterol, glucosa, glicerol,  
lactato, piruvato, hormona  
antidiurética.  
Disminuye la fracción HDL.  
Disminuye los niveles de estrógenos que tienen un  
efecto protector sobre el aparato cardiovascular.  
Adelanta la aparición de menopausia.

Favorece la liberación de factores plaquetarios que actúan en el  
proceso aterosclerótico:

Aumentan los niveles de tromboxanos.  
Aumenta la agregación plaquetaria  
Aumenta la adhesión de las plaquetas  
al endotelio.  
Aumenta los niveles del factor XII.  
Aumenta los niveles de fibrinógeno.  
Aumenta la viscosidad plasmática.

También disminuye: la liberación de prostaciclina.  
la vida media de las plaquetas.  
la deformabilidad de los hematíes.  
la liberación de plasminógeno  
el efecto plaquetario de la Aspirina.

La muerte súbita de causa cardíaca se multiplica por 2 en los fumadores  
con respecto a los no fumadores y se multiplica por seis si tenían  
antecedentes previos. (6,7)

#### d. Efectos en el sistema nervioso central.

El fumador tiene 3 veces más probabilidad de padecer una alteración  
cerebro vascular, éste riesgo aumenta en las mujeres que ingieren  
anticonceptivos.

Además en varios estudios británicos se ha demostrado que fumar no  
reduce el riesgo de padecer Alzheimer como se había planteado  
anteriormente. (5,9,30,32)

#### e. Efectos Gastrointestinales.

Se ha confirmado que el consumo de tabaco ha sido implicado como  
un factor epidemiológico de úlcera péptica especialmente a nivel

duodenal. El tabaco produce una alteración entre las secreciones ácidas y alcalinas, perturba la motilidad pilórica y favorece el reflujo duodeno-gástrico. (5,9)

#### f. Tabaco y Sexo.

Se sabe que el consumo de tabaco causa una disminución de la erección dando problemas de impotencia. ( 8,27)

Esta alteración se da por que la nicotina causa un vasoespasmo arterial aproximadamente por 30 minutos por cada cigarrillo, por lo que si una persona fuma una cajetilla de cigarrillos al día tendrá sus arterias todo el tiempo contraídas lo que no ayuda a las arterias peneanas para lograr la erección.

#### g. Tabaco y Embarazo.

La mujer embarazada que fuma produce un gran daño a sus hijos todavía no nacidos. El hábito de fumar produce alteraciones en los órganos maternos que intervienen en el embarazo y el parto provocando consecuencias al producto. Esto es debido a que la nicotina pasa fácilmente la barrera placentaria, provocando muchas alteraciones que ponen en peligro la vida de la madre como la del feto. Entre éstas se pueden mencionar: (6,8,11)

- Desprendimiento prematuro de placenta
- Placenta previa
- Infartos placentarios
- Periodo de parto prolongado.
- Aborto Espontáneo.
- Rn. con bajo peso al nacer.
- Restricción del crecimiento intrauterino.
- Rn. con alteraciones respiratorias
- Aumenta la probabilidad de:
  - Infecciones respiratorias agudas.
  - Alteraciones cardíacas
  - Malformaciones fetales
  - Alteraciones nutricionales.

#### h. Efectos Oculares.

Se ha comprobado que las personas fumadoras tienen más riesgo de padecer alteraciones en el cristalino, cornea, y retina.

Estas alteraciones no son reversibles por lo que se aconseja nunca iniciar con el hábito. (26)

i. Fumador pasivo.

Fumador pasivo es la persona que no fuma pero que está obligada a respirar el humo, por lo tanto es un fumador que no fuma. Los fumadores exponen a otras personas a consecuencias nocivas por el humo, aparte de la incomodidad que ello supone, la exposición causa molestias a las personas con antecedentes cardiopulmonares, produce alergias, prueba de esto es que en varios estudios se ha observado que la nicotina está presente en un 96% de los casos en la orina de los no fumadores. (6,10,11)

### **C. FACTORES QUE DETERMINAN EL TABAQUISMO.**

Cuando nace un ser, su repertorio de conductas es limitado, pero va adquiriendo normas de conducta debido al aprendizaje, condicionamiento y desarrollo motriz.

Desde el punto de vista psicológico, el fumador manifiesta una falta de madurez en la personalidad ya que tienen una conducta de riesgo con rasgos infantiles asociados a un instinto oral. El tabaquismo es inducido por una sociedad donde el cigarrillo es un producto que se compra en comercios y que siendo publicitado y aceptado es difícil pensar que puede producir daño. Razón por la cual el fumador por su misma inestabilidad necesita sentirse normal integrado en la sociedad que le permite mantener su adicción.

1. Inicio de consumo.

Actualmente se inicia a fumar a menor edad (10 años promedio). Incidiendo en ello el entorno de compañeros y grupo familiar. Asociado a esos factores intervienen la publicidad, imitación, curiosidad, rebeldía contra la prohibición, resaltar masculinidad o feminidad, lograr aceptación, explorar, experimentar, identificación con hábito de adulto.

Se ha demostrado que la población joven (infantil, adolescente) no conocer los riesgos verdaderos del tabaquismo. En una encuesta realizada en EEUU se les preguntó a los jóvenes de 14 a 16 años que señalaran cuáles eran las consecuencias que producía el tabaco y la gran mayoría solo contestaron que producía cáncer pulmonar. Además de ello se concluyó que a esta edad se subestima el riesgo de la adicción a la nicotina. (5,21) El problema ha aumentado tanto en esta población ya que al conocer las características de conducta de esta por la industria

tabacalera se han volcado todas las estrategias de venta hacia los jóvenes.

## 2. Factores Predisponentes.

Existen tres grupos de factores que al Interrelacionarse pueden dar mayor probabilidad de que se presente la conducta fumadora.

### a. Factores Hereditarios y congénitos

- Desarrollo de la personalidad.
- Metabolismo de la nicotina.

### b. Experiencia Infantiles.

- Efecto de la publicidad.
- Padres fumadores.
- Distinción social.
- Tratar de tener una imagen sofisticada.

### c. Factores Actuales.

- Influencias
- Publicidad
- Independencia
- Huír de la timidez
- Actos sociales
- Expresión de fortaleza
- Situación de estrés

Los primeros dos grupos dan la opción de adoptar la conducta fumadora dependiendo ya sea de valores familiares, valores de salud, dominio personal y tipo de amistades, siendo reforzada por los factores actuales para que aparezca.

## 3. Clasificación del fumador.

- a. Fumador leve: Es el que consume menos de 5 cigarrillos al día. Tiene hasta 15 veces mayor probabilidad de padecer cáncer de pulmón que la población no fumadora.

- b. Fumador moderado: Es el que fuma entre 6 a 15 cigarrillos promedio al día . Aumenta hasta 40 veces la probabilidad de cáncer pulmonar
- c. Fumador severo: Fuma más de 16 cigarrillos por día Incrementa hasta 60 veces la probabilidad de cáncer de pulmón.

#### 4. Como dejar de fumar.

Para dejar de fumar se debe estar motivado, pero las buenas intenciones no bastan. (9,10,21) Sólo el 5 al 8% de los fumadores abandonan el cigarrillo por fuerza de voluntad, como toda adicción se necesita tratamiento especializado. Los actuales tratamientos basan su estrategia en utilización de sustancias de reemplazo nicotínico más terapia psicológica. La adicción a la nicotina es el problema a vencer. Para evitar el síndrome de abstinencia el fumador debe mantener unos niveles de nicotina entre 10 a 35ng/dl, esta cifra es independiente del tipo y la cantidad de tabaco que se fuma. (8,9,10) Todos los tratamientos de reemplazo suministran al organismo la cantidad suficiente para reducir la abstinencia nunca llegando al nivel que genera dependencia.

En 1984 la FDA autorizó el primer agente farmacológico, la goma de mascar con nicotina, en dosis de 2 a 4mg facilitando su absorción por la mucosa oral, la cual logra la concentración plasmática en 30 minutos. En 1992 se agrego al tratamiento el parche transdérmico de nicotina disponibles en dosis de 7 a 21mg, para tratamiento de 6 a 8 semanas, estos se colocan en forma diaria los cuales liberan 0.9mg por hora, esta forma de tratamiento está contraindicada en personas con eccema, angina inestable y embarazo.

En 1996 salió al mercado el aerosol nasal para liberación más rápida que por sus efectos esta indicado para las crisis de abstinencia. En 1998 se empezó a utilizar el inhalador de nicotina que consiste en un dispositivo bucal que libera 4mg de nicotina .

Existen otras drogas no nicotínicas como lo es el Hidrocloruro de bupropión , alternativa para aquellos individuos que no toleran las preparaciones con nicotina, la dosis recomendada es 150mg/día por 3 días luego 300mg/día por 7 días.

La terapia se puede iniciar con uno o varios fármacos, cada individuo se trata independientemente, el éxito con esta terapia es de un 40%. (8,19,23)

Dado que es difícil lograr éxito con el tratamiento, y ya que el problema del tabaquismo se puede prevenir se debe emplear esta estrategia para lograr mejores resultados.

## 5. Prevención.

Para lograr la prevención se deben considerar 3 tipos de estrategias.

a. Informativas: Este tipo de estrategia no es la más eficaz ya que aunque se da la información necesaria sobre el daño de la conducta queda la libertad de aceptar o rechazar las propuestas. Por ejemplo como puede un adolescente darle importancia a una pequeña leyenda en la cajetilla de cigarrillos cuando observa que todo el mundo fuma incluso los médicos, y se vende libremente.

b. Motivacionales: Este tipo de estrategia va más allá de proporcionar información empleando incentivos para motivar los cambios de conducta. En la sociedad lo normal es fumar, por lo que se debe crear conciencia especialmente en los adolescentes de lo que normal es no fumar.

c. Obligatorias: En ésta estrategia no se le deja al individuo la libertad para elegir ni para no adoptar la conducta propuesta, ésta intervención debe dejarse como último recurso, pero ya que la amenaza que ejerce el tabaco para la salud pública es realmente importante, se debe emplear, porque cuando peligra la salud de toda la población es más importante que dejar a libertad un hábito individual.

## D. TABAQUISMO EN MÉDICOS.

Existen varios estudios en los cuales se ha investigado la prevalencia de tabaquismo en los médicos, en los cuales se ha encontrado que ésta iguala o en algunos casos es mayor, que en la población en general, a pesar de que por su profesión se supone deberían dar un buen ejemplo. (5,7,10,15,16,17,22,24,28)

Dentro de estos estudios tenemos que en España se realizó una encuesta en el año 1999 donde se indicó que la adicción al tabaco estaba más extendida en médicos y enfermeras con 38.7% en comparación con la población en general en la cual 35.7% era fumador. Similares resultados se dieron en Argentina donde el 30% de los médicos fuma. En México el 22% de los galenos fuma.

En Centro América el único control que se tiene de esta conducta en la población de médicos se realizó en Costa Rica donde se demostró que el 50% de los médicos fuman. (15)

En Guatemala se realizó un estudio hace 15 años en médicos de la capital donde se concluyó que el 37% de los médicos fumaba y que un 33%

había abandonado esta conducta. (10)

Al parecer los médicos no predicán con el ejemplo ya que en un estudio costarricense se concluye que los médicos mueren 10 años antes que el resto de la población, las causas directas de muerte fueron 65% por enfermedades cardiacas, 9% por enfermedades pulmonares, 2.2% por cánceres, y el 23.6% restante por enfermedades diversas. (15)

El médico le aconseja a su paciente como cuidarse pero contradictoriamente no se cuida él.

Sufre de sobrepeso.

No hace ejercicio.

Maneja gran carga de estrés.

Tiene exceso de trabajo (promedio 140 horas semanales)

La prevalencia de médicos fumadores es menor actualmente en los países desarrollados ya que solo el 5 al 15% fuman. Esto es el reflejo de la concientización de los profesionales, asociado a otros factores como lo son las múltiples demandas millonarias de los gobiernos de esos países hacia las tabacaleras, trasladando su mercado a países como el nuestro donde la oposición es mínima. (2,5,6,12,18)

## VII. MATERIALES Y MÉTODOS

### A. METODOLOGÍA

1- Tipo de estudio. Estudio Descriptivo, transversal, no experimental.

2- Sujetos de Estudio. Médicos residentes del Hospital Roosevelt.

3- Población de Estudio. 218 médicos residentes que laboran en el Hospital Roosevelt, de los cuales participaron 172 que representan el 79%.

4- Criterios de Inclusión.

- Médico residente de esa Institución.
- Médicos de ambos sexos.
- Médicos residentes de todas las especializaciones y grados.
- Médicos fumadores y no fumadores.

Criterios de Exclusión.

- Médicos residentes que no se encuentren laborando por problemas de salud o por estar de vacaciones.
- Médicos que no quieran contestar la encuesta.

6- Definición de variables.

variables dependientes.	Tabaquismo.
variables Independientes.	Sexo, Edad, Especialidad, Médico residente, Factores que inducen la conducta.



MÉDICO RESIDENTE	PERSONA QUE ESTE LEGALMENTE AUTORIZADA PARA EJERCER LA MEDICINA Y QUE SE ENCUENTRE EN PERIODO DE ESPECIALIZACIÓN EN UN CENTRO HOSPITALARIO.	MÉDICO QUE ESTE EN PERIODO DE ESPECIALIZACIÓN EN ESTA INSTITUCIÓN.	NOMINAL	RESIDENTE I  RESIDENTE II  RESIDENTE III  JEFE DE RESIDENTES
ESPECIALIDAD MÉDICA	RAMA A LA CUAL SE DEDICA UNA PERSONA QUE EJERCE LA MEDICINA.	MÉDICO QUE SE ENCUENTRA EN ENTRENAMIENTO EN UNA RAMA ESPECIFICA DE LA MEDICINA EN ESA INTITUCION .	NOMINAL	RESIDENCIA EN: MEDICINA . CIRUGÍA. ORTOPEDIA. PEDIATRIA. GINECO- OBSTERICIA. OFTALMOLOGÍA. RADIOLOGÍA. PATOLOGÍA. ANESTESIOLOGÍA.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDICIÓN
TABAQUISMO	INTOXICACIÓN AGUDA O CRÓNICA PRODUCIDA POR EL CONSUMO DE TABACO	PERSONA CON EL HÁBITO DE FUMAR	CUALITATIVA	PRESENTE O AUSENTE
SEXO	DIFERENCIACIÓN FÍSICA CONSTITUTIVA DEL HOMBRE Y LA MUJER.	DIFERENCIACIÓN DEL HOMBRE Y LA MUJER, LA CUAL SE OBTENDRA EN LOS DATOS DE LA ENCUESTA.	NOMINAL	FEMENINO  O MASCULINO
EDAD	TIEMPO TRASCURRIDO DESDE EL NACIMIENTO	EDAD REGISTRADA EN LA ENCUESTA	NUMÉRICA	AÑOS
FACTORES QUE INDUCEN LA CONDUCTA TABAQUISTA	CARACTERÍSTICAS PROPIAS DE LA PERSONA Y DEL MEDIO EN QUE ESTA SE DESARROLLA QUE LA MOTIVEN A REACCIONAR ANTE UNA SITUACIÓN.	CONDICION POR LA CUAL LA PERSONA ADQUIRIO EL HÁBITO DE FUMAR OBTENIDA POR LOS DATOS DE LA ENCUESTA.	CUALITATIVA	PRESENTE O AUSENTE

## 7. Instrumentos de recolección y medición de las variables.

Para cumplir con los objetivos se encuestó a 172 médicos residentes que constituyen el 79% de ellos en esa institución, conteniendo la encuesta una serie de preguntas para determinar la prevalencia del problema y los factores que condicionaron la aparición del mismo. (ver anexo)

## 8. Ejecución de la investigación.

La investigación se realizó durante el mes de junio del 2001.  
La encuesta se distribuyó en las sesiones que cada departamento tenía programado.

Luego se tabularon los datos obtenidos, se analizaron y realizaron las conclusiones y recomendaciones pertinentes.

## B. RECURSOS.

### 1. Materiales físicos.

Hospital Roosevelt.

### 2. Humanos.

Médicos residentes, asesor, revisor, autor.

### 3. Recurso material.

Equipo de computación, lapiceros, borrador, calculadora, hojas, fotocopias de encuesta.

## **VIII. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS**

TABLA NO. 1  
PREVALENCIA DE TABAQUISMO EN MÉDICOS RESIDENTES  
DEL HOSPITAL ROOSEVELT, JUNIO DEL AÑO 2001.

	No. DE CASOS	PORCENTAJE
FUMADOR ACTUAL	33	19.1%
FUMADOR ANTIGUO	14	8.2%
NO FUMADOR	125	72.7%
TOTAL	172	100.0%

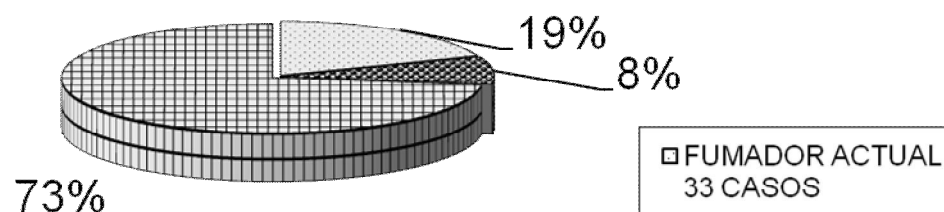
FUENTE. HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

TABLA NO.2  
PREVALENCIA DE TABAQUISMO EN LOS MÉDICOS  
RESIDENTES DEL HOSPITAL ROOSEVELT, SEGÚN SEXO,  
JUNIO DEL AÑO 2001.

	MASCULINO	%	FEMENINO	%
FUMADOR	30	26.1%	3	5.2%
NO FUMADOR	85	72.9%	54	94.8%
TOTAL	115	100.0%	57	100.0%

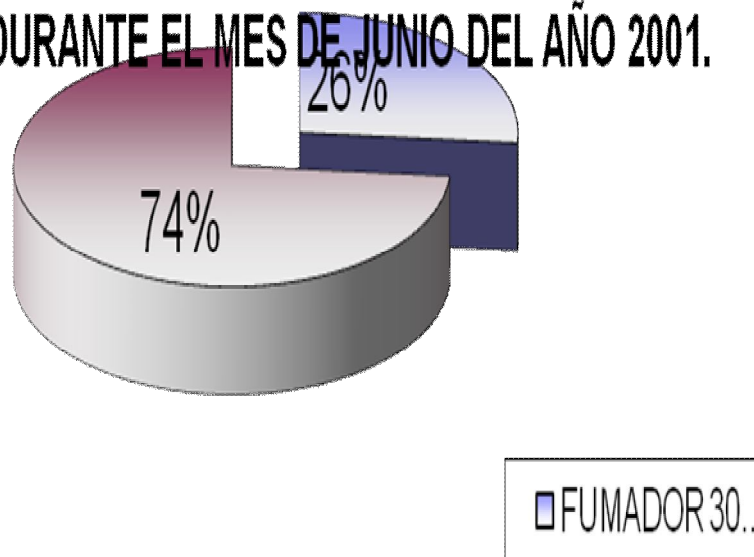
FUENTE. HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**GRÁFICA NO.1**  
**PREVALENCIA DE TABAQUISMO EN**  
**LOS MÉDICOS RESIDENTES DEL**  
**HOSPITAL ROOSEVELT, JUNIO DEL**  
**AÑO 2001.**



FUENTE. HOJA DE RECOLECCIÓN  
DE DATOS

**GRÁFICA No. 2**  
**PREVALENCIA DE TABAQUISMO EN LOS**  
**MEDICOS RESIDENTES DEL SEXO**  
**MASCULINO DEL HOSPITAL ROOSEVELT,**  
**DURANTE EL MES DE JUNIO DEL AÑO 2001.**



FUENTE: HOJA DE

**GRÁFICA NO. 3**  
**PREVALENCIA DE TABAQUISMO EN**  
**LOS MÉDICOS RESIDENTES DE SEXO**  
**FEMENINO DEL HOSPITAL ROOSEVELT,**  
**JUNIO DEL AÑO 2001.**



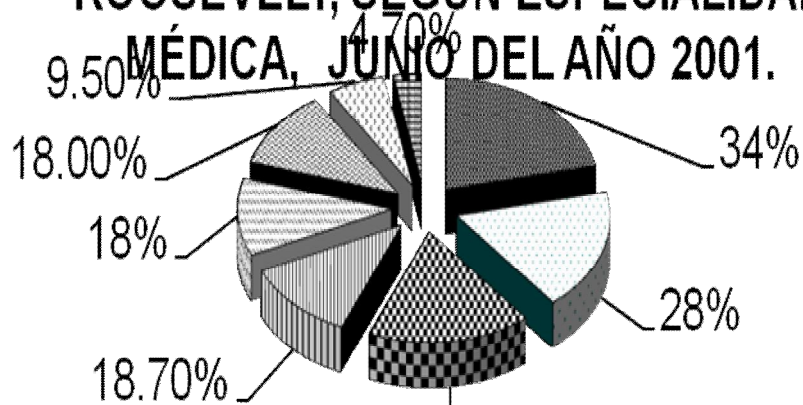
FUENTE: HOJA DE RECOLECCION DE

**TABLA NO.3**  
**PREVALENCIA DE TABAQUISMO EN LOS MÉDICOS**  
**RESIDENTES DEL HOSPITAL ROOSEVELT, SEGÚN**  
**ESPECIALIDAD MÉDICA, JUNIO DEL AÑO 2001.**

ESPECIALIDAD	No. DE ENCUESTAS	FUMADORES	PORCENTAJE
ORTOPEDIA	23	8	34.0%
RADIOLOGÍA	7	2	28.0%
CIRUGÍA	29	8	27.0%
OBSTETRICIA	32	6	18.7%
ANESTESIA	17	3	17.6%
MEDICINA INTERNA	17	3	17.6%
OFTALMOLOGÍA	21	2	9.5%
PEDIATRIA	21	1	4.7%
PATOLOGÍA	5	0	0.0%
TOTAL	172	33	100.0%

FUENTE. HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

**GRÁFICA No.4**  
**PREVALENCIA DE TABAQUISMO EN LOS**  
**MÉDICOS RESIDENTES DEL HOSPITAL**  
**ROOSEVELT, SEGÚN ESPECIALIDAD**  
**MÉDICA, JUNIO DEL AÑO 2001.**



■ ORTOPEDIA 8 CASOS	□ RADIOLOGÍA 2 CASOS
■ CIRUGÍA 8 CASOS	■ OBSTETRICIA 6 CASOS
■ ANESTESIA 3 CASOS	■ MEDICINA INTERNA 3 CASOS

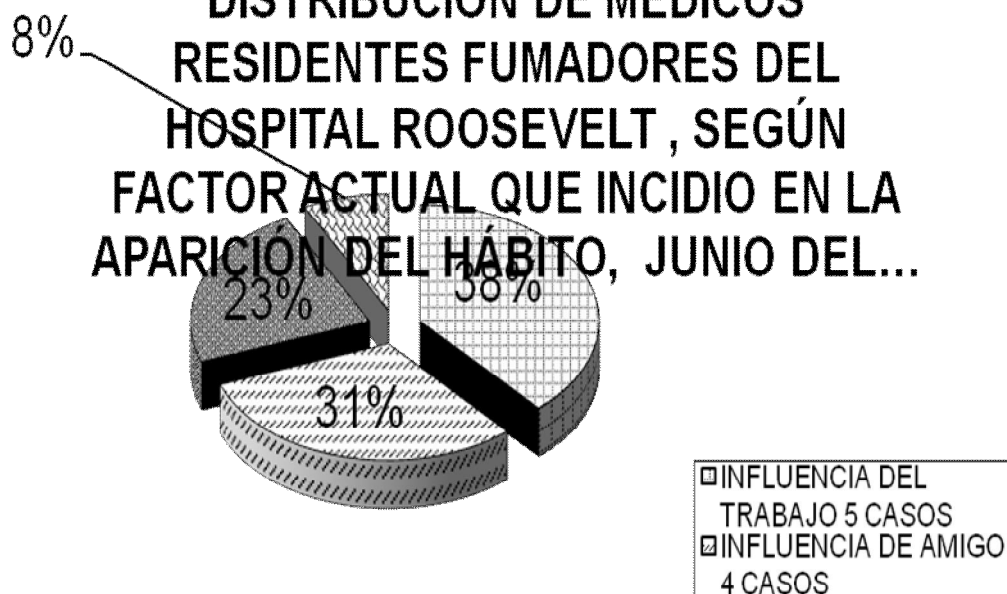
FUENTE: HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TABLA NO. 4  
DISTRIBUCIÓN DE MÉDICOS RESIDENTES FUMADORES DEL  
HOSPITAL ROOSEVELT, SEGÚN FACTOR QUE INCIDIÓ EN LA  
APARICIÓN DEL HÁBITO FUMADOR, JUNIO DEL AÑO 2001.

TIPO DE FACTOR	NO. DE CASOS	PORCENTAJE
EXPERIENCIAS INFANTILES	20	60.6%
a.1 PADRES FUMADORES	8	24.2%
a.2 INFLUENCIA DE AMIGOS.	7	21.2%
a.3 PUBLICIDAD.	5	15.1%
FACTORES ACTUALES Ó DESENCADENANTES	13	39.4%
b.1 INFLUENCIA DE LA RESIDENCIA.	5	15.1%
b.2 INFLUENCIA DE AMIGOS.	4	12.1%
b.3 SITUACIONES DE ESTRÉS.	3	9.1%
b.4 PUBLICIDAD	1	3.1%

FUENTE. HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

**GRÁFICA No. 5**  
**DISTRIBUCIÓN DE MÉDICOS**  
**RESIDENTES FUMADORES DEL**  
**HOSPITAL ROOSEVELT, SEGÚN**  
**FACTOR ACTUAL QUE INCIDIO EN LA**  
**APARICIÓN DEL HÁBITO, JUNIO DEL...**



FUENTE: HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**GRÁFICA NO. 6**  
**DISTRIBUCION DE MÉDICOS RESIDENTES**  
**FUMADORES DEL HOSPITAL ROOSEVELT,**  
**SEGÚN EXPERIENCIA INFANTIL QUE**  
**INCIDIO EN LA APARICIÓN DEL HÁBITO**  
**FUMADOR, JUNIO DEL AÑO 2001**



FUENTE. HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

TABLA NO. 5  
DISTRIBUCIÓN DE LOS MÉDICOS RESIDENTES DEL HOSPITAL  
ROOSEVELT, SEGÚN EDAD DE INICIO DEL HÁBITO FUMADOR,  
JUNIO DEL AÑO 2001.

EDAD DE INICIO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
11-16 AÑOS	3	9.9%
16-20 AÑOS	21	63.0%
MÁS DE 21 AÑOS	9	27.1%
TOTAL	33	100.0%

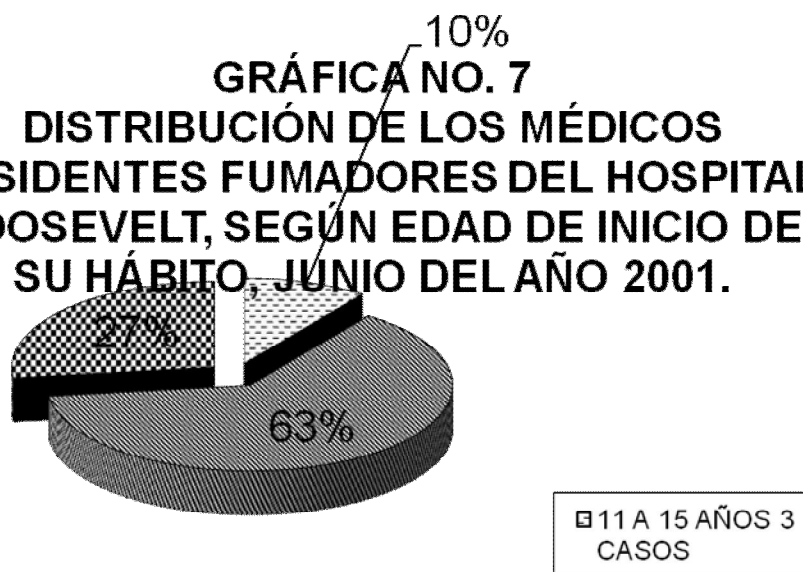
FUENTE. HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

TABLA NO. 6  
DISTRIBUCIÓN DE LOS MÉDICOS RESIDENTES DEL HOSPITAL  
ROOSEVELT, SEGÚN, DEL POR QUÉ CONTINUAN CON EL  
HÁBITO , JUNIO DEL AÑO 2001.

POR QUÉ SIGUEN FUMANDO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
PORQUE LES GUSTA	14	42.5%
DISMINUYE LA TENSIÓN.	12	36.5%
PORQUE QUIEREN	4	12.0%
NO SABEN.	2	6.0%
SE SIENTEN MAL SI LO DEJAN.	1	3.0%
TOTAL	33	100.0%

FUENTE. HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

**GRÁFICA NO. 7**  
**DISTRIBUCIÓN DE LOS MÉDICOS**  
**RESIDENTES FUMADORES DEL HOSPITAL**  
**ROOSEVELT, SEGÚN EDAD DE INICIO DE**  
**SU HÁBITO, JUNIO DEL AÑO 2001.**



FUENTE. HOJA DE RECOLECCIÓN DE

**GRÁFICA No.8**  
**DISTRIBUCIÓN DE MÉDICOS**  
**RESIDENTES FUMADORES DEL**  
**HOSPITAL ROOSEVELT. SEGÚN DEL POR**  
**QUÉ CONTINUAN CON EL HÁBITO,**  
**JUNIO DEL AÑO 2001.**



FUENTE. HOJA DE RECOLECCIÓN DE

TABLA NO. 7  
DISTRIBUCIÓN DE LOS MÉDICOS RESIDENTES DEL HOSPITAL  
ROOSEVELT, SEGÚN, SI SE SIENTEN BIEN FUMANDO. JUNIO  
DEL AÑO 2001.

	No. DE CASOS	PORCENTAJE
SI	28	84.8%
NO	5	15.1%
TOTAL	33	100.0%

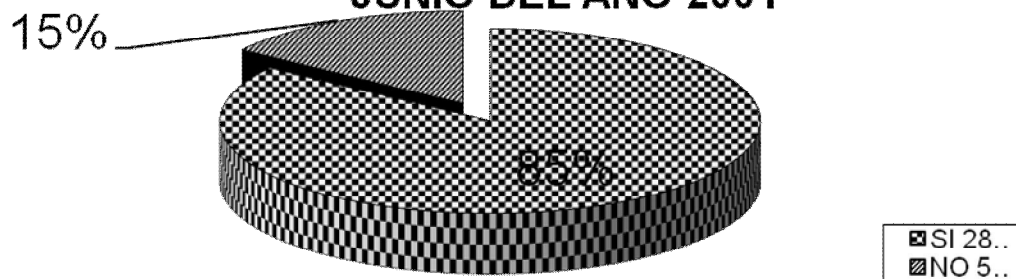
FUENTE. HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TABLA NO. 8  
DISTRIBUCIÓN DE LOS MÉDICOS RESIDENTES DEL HOSPITAL  
ROOSEVELT, SEGÚN LUGAR DONDE FUMAN, JUNIO DEL AÑO  
2001.

LUGAR DONDE FUMAN	No. DE CASOS	PORCENTAJE
TODO LUGAR	16	48.0%
REUNIONES	7	21.0%
EN CASA	6	18.0%
ÁREA DE TRABAJO	4	12.0%
TOTAL	33	100.0%

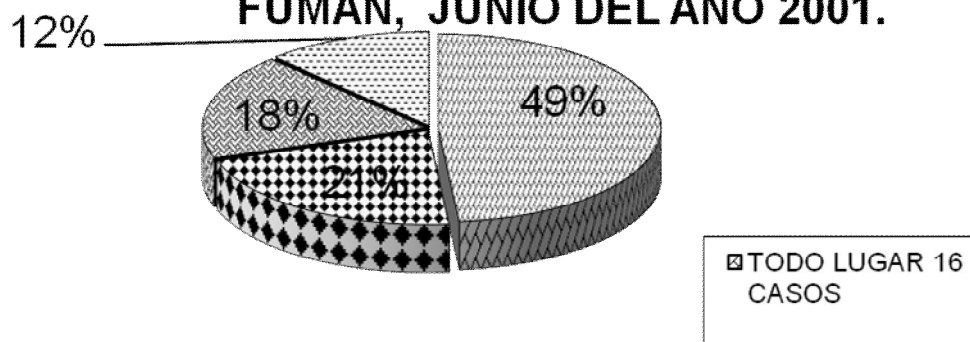
FUENTE. HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

**GRÁFICA No.9**  
**DISTRIBUCIÓN DE MÉDICOS RESIDENTES**  
**FUMADORES DEL HOSPITAL ROOSEVELT,**  
**SEGÚN SI SE SIENTEN BIEN FUMANDO,**  
**JUNIO DEL AÑO 2001**



FUENTE. HOJA DE RECOLECCIÓN DE

**GRÁFICA No.10**  
**DISTRIBUCIÓN DE LOS MÉDICOS**  
**RESIDENTES FUMADORES DEL HOSPITAL**  
**ROOSEVELT, SEGÚN LUGAR DONDE**  
**FUMAN, JUNIO DEL AÑO 2001.**



FUENTE . HOJA DE RECOLECCIÓN DE

TABLA NO. 9  
DISTRIBUCIÓN DE LOS MÉDICOS RESIDENTES FUMADORES  
DEL HOSPITAL ROOSEVELT, SEGÚN, SI QUIEREN DEJAR DE  
FUMAR, JUNIO DEL AÑO 2001.

QUIERE DEJAR DE FUMAR	No. DE CASOS	PORCENTAJE
SI	24	72.8%
NO	9	27.2%
TOTAL	33	100.0%

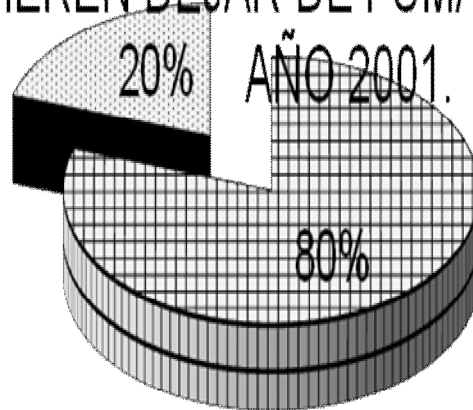
FUENTE. HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

TABLA NO. 10  
DISTRIBUCIÓN DE LOS MÉDICOS RESIDENTES DEL HOSPITAL  
ROOSEVELT, SEGÚN SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO,  
JUNIO DEL AÑO 2001.

	No. RESIDENTES	PORCENTAJE
PARTICIPARON	172	79%
NO PARTICIPARON	46	21%
TOTAL	218	100%

FUENTE. HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

GRÁFICA No. 11  
DISTRIBUCIÓN DE MÉDICOS  
RESIDENTES FUMADORES DEL  
HOSPITAL ROOSEVELT, SEGÚN SI  
QUIEREN DEJAR DE FUMAR, JUNIO DEL  
AÑO 2001.



■ SI 24..

FUENTE. HOJA DE RECOLECCIÓN DE

## **IX. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

El estudio se realizó con 172 residentes del Hospital Roosevelt, de todos las especialidades y años de residencia, de los cuales el 100% consideró que el tabaquismo es dañino para la salud. A pesar de ello 33 médicos residentes son fumadores, siendo la prevalencia de tabaquismo en ese grupo de 19.1%. Además existen 14 residentes (8.2%) que fumaban anteriormente, sumando estos resultados se puede ver que 47 médicos residentes (27.3%) han sido afectados por el tabaco.

Los médicos del sexo masculino son los más afectados ya que el 26% son fumadores, en cambio solo el 5.2% de los médicos de sexo femenino tienen el hábito fumador.

Si comparamos estos últimos porcentajes con los obtenidos en el estudio realizado en 1989 por la asociación contra el tabaco de prevalencia de tabaquismo en la población en general guatemalteca que evidenció que el 38% de los hombres y el 18% de las mujeres del país eran fumadoras (6), se puede ver que a pesar de ser menores los porcentajes en el grupo médico, es elevado partiendo de una población que conoce la problemática y que debe velar por la salud. Aunque esto no descarta la posibilidad de que el porcentaje pueda ser mayor o menor en el grupo de profesionales de la medicina del país, ya que éstos son resultados propios de esta institución.

En la tabla No.3 y gráficas 3 y 4 se puede apreciar que las especialidades con mayor número de médicos fumadores son las quirúrgicas (ortopedia, cirugía, Gineco-Obstetricia) además de Radiología, las otras están menos afectadas y solo Patología no presentó casos. Posiblemente esto puede darse, ya que como veremos a continuación una de las razones por las cuales refirieron los médicos que fumaban, era por el estrés en el trabajo, situación que se puede presentar con mayor frecuencia en el ambiente de las especialidades quirúrgicas.

El tabaquismo es un grave problema social de salud, en el cual la gran mayoría de los individuos inicia a fumar a edades tempranas, los médicos no quedan fuera de esto, ya que un gran porcentaje inicia a fumar antes de ingresar a la carrera de Medicina.

Esto se evidencia ya que el 73% de los médicos fumadores de este grupo iniciaron con el hábito antes de los 20 años.

Los factores que influyeron en la aparición del hábito , son el resultado de experiencias infantiles en el 60.6% de los casos, siendo las más frecuentes de ellas la influencia de los padres fumadores, evidenciando así el delicado papel que juegan los padres como modelos de conducta.

El 39.4% restante respondieron que iniciaron a fumar por factores desencadenantes propios de la sociedad, como lo son: publicidad, actos sociales, influencia de amigos, situaciones de estrés.

Es interesante resaltar que el 15% de estos médicos indicó que el factor determinante para que iniciaran a fumar fue el estrés producto de la residencia, posiblemente y sin justificar la conducta fumadora, por ser el período más intenso de capacitación médica.

En las tablas 6 y 7 se puede ver que las respuestas del por qué continúan fumando y si se sienten bien fumando, solo denotan el bloqueo psicológico del fumador que los obliga a responder de esta forma por su propia adicción, ya que al no continuar con el hábito iniciarían los problemas de abstinencia.

Algo preocupante es lo que muestra la tabla No.8 y la gráfica No.10 en la cual el 60% de los médicos fuma en el trabajo, a pesar de los múltiples rótulos de no fumar que existen en la institución, exponiendo con su actitud irresponsable a todas las personas tanto trabajadores, colegas, como también enfermos a inhalar el humo del cigarrillo, contribuyendo de esta forma a empeorar los graves problemas de estos últimos por su delicado estado de salud, como también a dar el mal ejemplo a todas las personas que laboran y visitan esta institución, ya que el médico siempre es visto como prototipo a seguir.

Y por si fuera poco existe un 28% de médicos que refirieron no querer dejar el hábito.

## **X. CONCLUSIONES**

1- La prevalencia del tabaquismo en los médicos residentes del Hospital Roosevelt es de 19.1%

2- Los factores que indujeron el inicio de la conducta fumadora en este grupo son por orden de frecuencia: Influencia de padres fumadores, influencia de amigos, influencia de la publicidad, influencia del trabajo, por situaciones de estrés.

3- La especialidad médica con mayor prevalencia de tabaquismo es Ortopedia con 34%.

4- Los médicos de sexo masculino son los más afectados por el tabaquismo en este grupo.

5- El grado de residencia médica con mayor prevalencia de tabaquismo es el segundo año ya que del total de fumadores el 48% pertenece a este grupo.

6- Nos podemos dar cuenta que el grupo médico ésta siendo también afectado por el tabaquismo, a pesar de ser el grupo social con mayor conocimiento sobre el tema, lo que nos demuestra que para combatir el tabaquismo no se necesita únicamente estrategias informativas sino también motivacionales y obligatorias, ya que por ser un problema social los factores que inducen el inicio del hábito, son los mismos. independientemente de que las personas estén o no, bien informadas.

## **XI. RECOMENDACIONES**

1- Sugerir a los médicos residentes fumadores de la institución que dejen el hábito, utilizando para ello sustancias de reemplazo nicotínico como lo son: chicles y parches de nicotina asociado a terapia psicológica grupal.

2- Sugerir al Ministerio de Salud que sea más drástico para que se cumplan las leyes que favorecen el no consumo de tabaco.

## **XII. RESUMEN**

Con el objetivo de evaluar cómo está afectando el tabaquismo al grupo de médicos del Hospital Roosevelt, se realizó la investigación: Factores que inciden en el inicio y permanencia del consumo de tabaco dentro de esta población estudio, realizado durante el mes de junio del año 2001.

Para tal fin se encuestó a 172 médicos residentes, de ambos sexos. de todos los grados de residencia y de todas las especialidades.

Los resultados demuestran que la prevalencia del tabaquismo en este grupo es de 19.1% . El 26% de los médicos del sexo masculino y el 5.2% del sexo femenino son fumadores.

Las experiencias de la infancia como lo son: la influencia de padres y amigos fumadores asociado a la publicidad, reflejaron los mayores índices por los cuales los médicos de esta población iniciaron el hábito de fumar, esto se demuestra ya que el 60.6% refirió haberlo hecho por estos motivos.

Así mismo la presión en el trabajo, situaciones de estrés y la misma publicidad que son factores impuestos y permitidos dentro de la propia sociedad, son los que indujeron al 34.4% de médicos fumadores restantes a iniciar con esta conducta.

Siendo el tabaquismo un problema de Salud Pública, que se inicia la mayoría de las veces a edades tempranas, influenciado por el ambiente en que cada persona se desarrolla, el médico fumador inicia el fumar por los mismos factores que el fumador no médico, y sigue fumando por la adicción que su hábito le produce, a pesar de tener mayor conocimiento de los múltiples daños que ocasiona con una conducta fumadora.

### XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Castro S. R. Tabaquismo y salud. Tesis (Médico y cirujano) Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias médicas , Guatemala 1989, 85p.
- 2- Cifras del tabaquismo.  
<http://www.tabaquismo.freehosting.net10/2000>.
- 3- Collant, Traquet C. Evaluación de las actividades de lucha contra el tabaco: Experiencias y principios orientadores. Suiza, OMS. 1998, 227p. pp 141-163.
- 4- Cunningham, Rob. Exporting the Epidemic: Smoke and mirrors the Canadian tobacco war. Ottawa, International Developent Research Center. 1996, 377p.
- 5- Doll, Richard. Mortality in relation to smoking, 40 years Observation on Male British Doctors, British Medical Journal 1994, October 8, vol 309, pag 901-911.
- 6- El tabaquismo más que un problema de salud.  
<http://www.who.ch/OMS>.
- 7- El tabaquismo y los profesionales de la atención primaria. algo se mueve.  
<http://www.atenciónprimaria.comhtm>.
- 8- Gilman,A, Rall. Las bases farmacológicas de la Terapéutica. Novena Edición, México DF, Mc Graw Hill, Interamericana, 1996, tomo 1, pp 204-205, 604-605.
- 9- Isselbacher, K. et al. Harrison, Principios de Medicina Interna. 14 edición, Madrid, Interamericana, 1998, tomo 2, pp 2808-2812.

- 10- Hernández M. Enrique. Tabaquismo en médicos de la ciudad capital. Tesis (médico y cirujano) Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, Guatemala 1987. 89p.
- 11- Liga Nacional contra el Cáncer. Tabaco un enfoque multidisciplinar. Guatemala, 1996, 46p.
- 12- Liga Nacional contra el cáncer. Tabaco y alcohol en el marco familiar y escolar. Guatemala 1996, 40p.
- 13- McNeill, Ann D. The development of dependence on smoking in children British journal of addiction. 1991, 86, pp 589-592.
- 14- Murray C. López A. The Global Burden of Disease. Harvard University press, 1996, pp 25-47.
- 15- Muñoz, N. Medicina que mata.  
<http://www.mailo.wemaster@nación.com.cr>.
- 16- O'Connor Patrick. et al. Problemas de adicción del médico. En Clinicas de Norteamérica. Douglas Ziedonis. Novena edición. Tennessee, Year Book Medical, 1997, 12. pp 1037-1051.
- 17- Pastores G. Prevalencia del tabaquismo entre los médicos especialistas de la ciudad de Matamoros.  
[http://investigación.vat.Mx/pv/pv466HTM#investigadores](http://investigación.vat.mx/pv/pv466HTM#investigadores).
- 18- Organización Mundial de la salud. Tobacco or Health. A global status report. Geneva. 1997, 495p. pp 185-187.
- 19- Peracho Isabel. Como dejar de fumar.  
[http://www.el\\_mundo.es/salud/tabaquismo.html](http://www.el_mundo.es/salud/tabaquismo.html).

- 20- Poitevin R. Encuesta sobre tabaco y salud. Guatemala. DGSS Departamento de estadística, 1982, pp 42-46.
- 21- Psicología del tabaquismo.  
[http://www.tabaquismo.freehosting.net/PSICOLOGÍA/PSICOLOGÍA del tabaquismo,html](http://www.tabaquismo.freehosting.net/PSICOLOGÍA/PSICOLOGÍA%20del%20tabaquismo.html).
- 22- Radford A. et al. Tabaquismo y demencia en médicos Británicos. British Medical Journal 2000, Abril 18, 520 (4) pp 1097-1102.
- 23- Roemer, R. Acción Legislativa contra la epidemia del tabaquismo. Segunda edición. Ginebra, 1995, pp 124-140
- 24- Sansores R. et al. Tabaquismo en médicos Mexicanos. Revista de Investigación clínica. 2000, Marzo- Abril 52(2) pp 161-167.
- 25- Seli COF, I. et al. Exposición al Asbesto, tabaquismo y Neoplasia. Salud Pública. de México, 1999, Septiembre 12, 41(2) pp 143-154.
- 26- Suspendir el tabaco reduce el riesgo de catarata.  
[http://www.alcolabs.com/ar/ajnew/NOO22,html](http://www.alcolabs.com/ar/ajnew/NOO22.html).
- 27- Tabaco e impotencia.  
<http://www.grupoesecomni/1999/biomedica/ed/22/cigarro/22/ht>.
- 28- Tabaquismo en médicos argentinos.  
<http://www.médicos-muniapah.orgat/notes0700html>.
- 29- Tabaco y cáncer de pulmón.  
<http://www.infotabaquismo.com>

- 30- Tomas T. Riesgo y prevención de tabaquismo en adolescentes. Tesis (Médico y cirujano) Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, Guatemala 1999. 79p.
- 31- Wechlser, Henry. Increased Levels of cigarette use among college students. Journal of the American Medical Association. 1998 November 18, vol 280, No.19.
- 32- Wyngaarden J. et al. Cecil Tratado de Medicina Interna. 19 edición, Philadlfhia, Interamericana, 1992, tomo 1 pp 15-21, 36-40.
- 33- Zatonski W. The positive Health Impact of enlarged cigarette packwarning labels in Poland. Departament of epidemiology and cancer. prevention, Warsaw Poland, 1998.

## **XIV. ANEXOS**

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS  
HOSPITAL ROOSEVELT  
RESPONSABLE: Br. CARLOS ANIBAL BATRES SANTIZO.

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

Esta hoja tiene como objetivo conocer los factores que inciden en el tabaquismo en médicos residentes de esta institución, así como su prevalencia, para determinar como está afectando la pandemia del tabaquismo en este grupo profesional. Por favor responda las siguientes preguntas con sinceridad. La información será estrictamente confidencial.

EDAD \_\_\_\_\_ ESPECIALIDAD \_\_\_\_\_ SEXO m\_\_\_\_ f\_\_\_\_

- 1- Actualmente usted fuma. si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_
- 2- Anteriormente usted fumaba. si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_
- 3- Considera usted que fumar es dañino para la salud. si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_
- 4- Usted ha visto a algún residente de este Hospital fumando. si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SON SOLO PARA FUMADORES.

- 5- Qué considera usted que lo motivo a fumar.

por imitar a: amigo \_\_\_\_\_  
familiar \_\_\_\_\_  
artista \_\_\_\_\_

Simplemente quería experimentarlo. \_\_\_\_\_  
Alguien lo obligó . \_\_\_\_\_  
Por influencia de los medios de comunicación. \_\_\_\_\_  
Por sentirse aceptado en un grupo. \_\_\_\_\_  
Quería ser visto como adulto. \_\_\_\_\_  
Porque al fumar se olvida de sus problemas. \_\_\_\_\_  
Porque disminuye la tensión. \_\_\_\_\_  
Porque se siente bien fumando. \_\_\_\_\_  
No sabe por qué. \_\_\_\_\_

- 6- A qué edad inició a fumar.
- |                    |                    |
|--------------------|--------------------|
| < de 10 años _____ | 11 a 15 años _____ |
| 16 a 20 años _____ | > 21 años _____    |

7- Considera usted que fumar es una adicción si \_\_\_\_\_ no\_\_\_\_\_

8- Por qué usted sigue fumando.

Porque le gusta \_\_\_\_\_  
Disminuye la tensión \_\_\_\_\_  
Se siente mal si lo  
deja de hacer. \_\_\_\_\_  
Porque quiere . \_\_\_\_\_  
No sabe. \_\_\_\_\_

9- Quien de su familia fuma.

Abuelos \_\_\_\_\_ Padres \_\_\_\_\_ Tíos \_\_\_\_\_  
Hermanos \_\_\_\_\_ Primos \_\_\_\_\_ Nadie \_\_\_\_\_

10- Sus amigos fuman. si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

11 - Cuando era niño observaba a mucha gente fumando. si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

12- Cree usted que fumar lo distingue en la sociedad. si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

13- Cree usted que la sociedad influye para que alguien fume. si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

14- Se siente bien fumando. si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

15- Cree que el estrés de la residencia lo indujo a fumar. si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

16- Donde fuma usted.

En casa \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Reuniones \_\_\_\_\_

Todo lugar \_\_\_\_\_

17- Quiere usted dejar de fumar. si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

18- Conoce los problemas de salud resultado de este hábito. si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

Si su respuesta es si, favor mencionarlos. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

GRACIAS.