

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**“CONSUMO DE TABACO EN MÉDICOS RESIDENTES
DE HOSPITALES ESCUELA POSTERIOR AL DECRETO 74-2008”**

Estudio descriptivo transversal realizado en los hospitales: General San Juan de Dios, Guatemala, Roosevelt, General de Enfermedades, General de Ginecología y Obstetricia, “Dr. Juan José Arévalo Bermejo” de la zona 6 del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social –IGSS-, Regional de Occidente San Juan de Dios, Nacional de Cuilapa y Regional de Escuintla
junio –julio 2014

Tesis

Presentada a la Honorable Junta Directiva
de la Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

José Gabriel Rayo Pérez
Ana Lucía Alvarado Castillo
Denís Jorge de Jesús Cifuentes Pérez
Monica Toledo Orellana
Elvira Beatriz Illescas Urrutia
María Fernanda Rivas Aguirre
Walther Orlando Linares Pineda
Juan Norberto Conde Hernández

Médico y Cirujano

Guatemala, agosto de 2014



El infrascrito Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala hace constar que:

Los estudiantes:

José Gabriel Rayo Pérez	200515274
Ana Lucía Alvarado Castillo	200610022
Denis Jorge de Jesús Cifuentes Pérez	200610027
Monica Toledo Orellana	200610129
Elvira Beatriz Illescas Urrutia	200610143
María Fernanda Rivas Aguirre	200614318
Walther Orlando Linares Pineda	200614668
Juan Norberto Conde Hernández	200710272

Cumplieron con los requisitos solicitados por esta Facultad, previo a optar al Título de Médico y Cirujano, en el grado de Licenciatura, y habiendo presentado el trabajo de graduación titulado:

**“CONSUMO DE TABACO EN MÉDICOS RESIDENTES
DE HOSPITALES ESCUELA POSTERIOR AL DECRETO 74-2008”**

Estudio descriptivo transversal realizado en los hospitales: General San Juan de Dios, Guatemala, Roosevelt, General de Enfermedades, General de Ginecología y Obstetricia, “Dr. Juan José Arévalo Bermejo” de la zona 6 del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social –IGSS-, Regional de Occidente San Juan de Dios, Nacional de Cúilapa y Regional de Escuintla junio-julio 2014

Trabajo revisado por el Dr. Jesús Armando Chavarría Samayoa y tutorado por el Dr. Dorian Edilzar Ramírez Flores quienes avalan y firman conformes. Por lo anterior, se emite, firma y sella la presente:

ORDEN DE IMPRESIÓN

En la Ciudad de Guatemala, ocho de agosto del dos mil catorce

DR. JESÚS ARNULFO OLIVA LEAL
DECANO



Dr. Jesús Arnulfo Oliva Leal
DECANO
2011-2013
FACULTAD DE
CIENCIAS MÉDICAS



El infrascrito Coordinador de la Unidad de Trabajos de Graduación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, hace constar que los estudiantes:

José Gabriel Rayo Pérez	200515274
Ana Lucía Alvarado Castillo	200610022
Denis Jorge de Jesús Cifuentes Pérez	200610027
Monica Toledo Orellana	200610129
Elvira Beatriz Illescas Urrutia	200610143
María Fernanda Rivas Aguirre	200614318
Walther Orlando Linares Pineda	200614668
Juan Norberto Conde Hernández	200710272

Presentaron el trabajo de graduación titulado:

**“CONSUMO DE TABACO EN MÉDICOS RESIDENTES
DE HOSPITALES ESCUELA POSTERIOR AL DECRETO 74-2008”**

Estudio descriptivo transversal realizado en los hospitales: General San Juan de Dios, Guatemala, Roosevelt, General de Enfermedades, General de Ginecología y Obstetricia, “Dr. Juan José Arévalo Bermejo” de la zona 6 del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS-, Regional de Occidente San Juan de Dios, Nacional de Cuilapa y Regional de Escuintla
junio-julio 2014

El cual ha sido revisado y corregido por el Dr. Luis Gustavo de la Roca Montenegro y, al establecer que cumple con los requisitos exigidos por esta Unidad, se le autoriza a continuar con los trámites correspondientes para someterse al Examen General Público. Dado en la Ciudad de Guatemala, ocho de agosto del dos mil catorce.

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

Dr. Luis Gustavo de la Roca Montenegro
Supervisor



Dr. Edgar de León Barillas
Coordinador



Guatemala, 8 de agosto del 2014

Doctor
Edgar Rodolfo de León Barillas
Unidad de Trabajos de Graduación
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente

Dr. de León:

Le informo que los estudiantes abajo firmantes:

José Gabriel Rayo Pérez

Ana Lucía Alvarado Castillo

Denis Jorge de Jesús Cifuentes Pérez

Monica Toledo Orellana

Elvira Beatriz Illescas Urrutia

María Fernanda Rivas Aguirre

Walther Orlando Linares Pineda

Juan Norberto Conde Hernández

A series of handwritten signatures in black ink, each written over a horizontal dashed line. The signatures are somewhat stylized and difficult to read, but they correspond to the names listed on the left.

Presentaron el informe final del Trabajo de Graduación titulado:

**“CONSUMO DE TABACO EN MÉDICOS RESIDENTES
DE HOSPITALES ESCUELA POSTERIOR AL DECRETO 74-2008”**

Estudio descriptivo transversal realizado en los hospitales: General San Juan de Dios, Guatemala, Roosevelt, General de Enfermedades, General de Ginecología y Obstetricia, “Dr. Juan José Arévalo Bermejo” de la zona 6 del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS-, Regional de Occidente San Juan de Dios, Nacional de Cuilapa y Regional de Escuintla junio-julio 2014

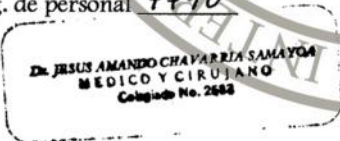
Del cual como revisor y tutor nos responsabilizamos por la metodología, confiabilidad y validez de los datos, así como de los resultados obtenidos y de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones propuestas.



Revisor

Dr. Jesús Armando Chavarría Flores
firma y sello

Reg. de personal 7790



Tutor

Dr. Dorian Edilzar Ramírez Flores
firma y sello



Dr. Dorian Edilzar Ramírez Flores
Médico y Cirujano
Colegiado No. 12325

De la responsabilidad del trabajo de graduación:

El autor o autores es o son los únicos responsables de la originalidad, validez científica, de los conceptos y de las opiniones expresadas en el contenido del trabajo de graduación. Su aprobación en manera alguna implica responsabilidad para la Coordinación de Trabajos de Graduación, la Facultad de Ciencias Médicas y para la Universidad de San Carlos de Guatemala. Si se llegara a determinar y comprobar que se incurrió en el delito de plagio u otro tipo de fraude, el trabajo de graduación será anulado y el autor o autores deberá o deberán someterse a las medidas legales y disciplinarias correspondientes, tanto de la Facultad, de la Universidad y otras instancias competentes.

DEDICATORIA

A Dios y la Virgen que me dieron la vocación para emprender este camino y son mis cimientos en la vida.

A mi padre José Gabriel Rayo Méndez por ser un gran ejemplo en mi vida, por guiarme y apoyarme en mi carrera e insistir en mi superación personal.

A mi madre Gilda Pérez de Rayo, por ser siempre mi ángel y estar ahí en los momentos más duros de mi carrera, por ese amor infinito y por todo el apoyo que solo una madre puede darle a un hijo.

A mis hermanas Gabriela y Andrea por su cariño, entendimiento y apoyo en todos estos años.

A mi primo José Ignacio Rayo Ordoñez quien desde el cielo y a pesar de su corta estancia en este mundo, me lleno de enseñanzas y me inspiro a ser mejor cada día sin importar adversidades, siempre sacando una sonrisa.

A todos mis amigos que han hecho de este arduo camino algo más sencillo.

A la Universidad de San Carlos de Guatemala y a la Facultad de Ciencias Médicas por ser mí casa de estudios y por formarme como profesional.

José Gabriel Rayo Pérez

DEDICATORIA

A Dios por darme la vida, el conocimiento, las fuerzas y por guiar mi camino.

A mi papa por enseñarme a luchar, por ayudarme a vencer mis miedos, por haber creído en que lo iba a lograr, por ser el mejor papá que pude tener, mi héroe y mi ejemplo a seguir. Sé que desde el cielo estás feliz y celebrando con nosotros. Te amo y te extraño.

A mi mama por ser mi mayor motivación, gracias por tu apoyo incondicional, por los desvelos y loncheras de cada turno, cada noche que me acompañaste estudiando, gracias por nunca abandonarme, gracias por tu esfuerzo, gracias por dar la vida por tus hijos, por cada risa, por cada regaño y por cada enojo. Gracias por enseñarme a luchar y a ser fuerte en los momentos más difíciles. No tengo como agradecerte lo que has hecho por mí, solo puedo decirte este logro es tuyo porque sin tí no sería lo que soy. Te amo.

A mi abuelita, Tita, por aconsejarme, por cuidarme y preocuparse por mí, por haberme dado a la mejor mamá del mundo.

A mi primo José Luis, por ser la luz y mi alegría en los momentos difíciles, sé que desde el cielo celebras conmigo esto que los dos pensábamos que iba a ser imposible.

Ana Lucía Alvarado Castillo

DEDICATORIA

Infinitas gracias a Dios por acompañarme, por permitirme llegar a culminar esta etapa académica, por ser mi fortaleza en los momentos de injusticia y debilidad, ahora me doy cuenta de que todo esto me acerco más a ti.

A María, por haberme protegido con su manto celestial durante mis estudios y ser mi inspiración divina e iluminar mi camino.

A mis padres, por su esfuerzo incansable en hacerme una persona de éxito.

A mi hermana, por ser mi ejemplo a seguir.

A mi demás familia por su apoyo.

Denis Jorge de Jesús Cifuentes Pérez

DEDICATORIA

A Dios por ayudarme, cuidarme y protegerme durante todo este camino, porque nunca me abandona y porque sin El este logro no hubiera sido posible.

A mis padres por apoyarme y enseñarme que con trabajo duro y persistencia es posible alcanzar las metas trazadas; porque con su trabajo, paciencia y amor son mi mayor ejemplo, mi apoyo y fortaleza, este logro es tan mío como suyo. A mis hermanas, Lorena e Isabel, Erica y Max por su apoyo y amor incondicional.

A mi familia por su cariño y ayuda. A todos los amigos que he hecho durante esta carrera, porque vivimos experiencias únicas e irrepetibles juntos que nos unieron de una manera única.

A la Facultad de Ciencias Medicas de la Universidad de San Carlos por ser mi casa de estudio y permitirme alcanzar esta meta profesional.

Monica Toledo Orellana

DEDICATORIA

A Dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi apoyo, mi luz y mi camino. Por haberme dado la fortaleza necesaria para seguir adelante en los momentos de debilidad.

A mis padres, Victor Illescas y Elvira Urrutia, por ser el pilar en mi vida y un gran ejemplo a seguir. Por cada desvelo que hicieron junto a mí, ya que sin su apoyo jamás lo hubiera logrado. Por demostrarme que cada sacrificio tiene su recompensa, ya que este logro no solo es mío sino de ustedes y podemos decir: lo logramos. Gracias por apoyarme en cada momento de mi vida. Los amo.

A mis tíos, tías, primos y primas por ser parte importante en mi vida y representar la unión familiar, gracias por todo su apoyo y comprensión.

A mi novio, Steaven Juárez por ser una parte muy importante de mi vida, por haberme apoyado en las buenas y en las malas, por ser un ejemplo a seguir. Por aguantarme y siempre buscar la manera de hacerme sonreír. Gracias por tu paciencia y amor incondicional.

A mis abuelos, que aunque ya no se encuentren con nosotros físicamente, siempre estarán presentes en mi corazón, por haber creído siempre en mí hasta en el último momento.

A mis amigos, gracias por todos los momentos que pasamos juntos, por haber hecho de esta etapa universitaria un trayecto de vivencias que nunca olvidaré. Gracias por estar en los momentos de desesperación en que solamente encontrábamos consuelo entre nosotros.

A mis profesores, por el apoyo brindado a lo largo de la carrera, por su tiempo y dedicación, por los conocimientos que me transmitieron.

A mis pacientes, quienes depositaron su confianza en mí, siendo ellos parte importante de mi aprendizaje.

Elvira Beatriz Illescas Urrutia

DEDICATORIA

A Dios, por darme la vida y permitirme estar el día de hoy cumpliendo mi sueño.

A mis padres por ser un apoyo incondicional, por jamás negarme nada, a mi madre por tus desvelos, por estar siempre dispuesta, por tu paciencia, jamás me dijiste no puedo, o estoy ocupada. A mi padre por trabajar cada día por su familia, y anteponernos, los amo. Este logro se los dedico a los dos.

A mis hermanos José y Sara por que las bromas y las risas me ayudaron en los momentos de estrés o cansancio. A mis dos sobrinos y mi pequeño ángel.

A mi novio Edgar Illescas por ser mi luz, mi consejero, por que juntos hemos vivido alegrías, tristezas cansancio, desvelos. Por ser mi ejemplo a seguir, por ser un médico y una persona maravillosa. A Paty De Illescas y al Dr. Calvin Illescas por recibirme como un miembro más de su familia.

A mis amigos que me acompañan, porque juntos los turnos fueron menos cansados; a mis primas, padrinos, tíos por siempre estar pendientes.

A la Universidad de San Carlos de Guatemala por ser mi casa de estudios, a la Escuela de Ciencias Médicas por mi formación profesional, y a los profesores de esta facultad por su excelencia.

María Fernanda Rivas Aguirre

DEDICATORIA

A Dios, Jesús y María Auxiliadora por ser fuente de mi fortaleza, darme sabiduría y paciencia para poder sobrellevar cada momento de mi vida.

A mi Madre, Patricia Pineda, por brindarme todo el apoyo incondicional de madre y padre, y entregarme todo su cariño y amor.

A mis hermanos, María Fernanda y Juan Pablo, por ser una motivación para seguir adelante.

A mi novia, Margoth González, por ser un pilar muy importante en mi carrera, gracias por confiar en mí.

Y a mí demás familia, porque este logro es también de ustedes.

Walther Orlando Linares Pineda

DEDICATORIA

Agradezco de sobremanera a Dios y a mis padres por permitirme llegar a este día.

También a todas aquellas personas que me ayudaron en el camino para cumplir esta meta, con quienes estaré por siempre agradecido.

Juan Norberto Conde Hernández

RESUMEN

OBJETIVO: Describir los factores de riesgo para el consumo de tabaco en médicos residentes. **POBLACIÓN Y MÉTODOS:** Se utilizó un instrumento de auto llenado en 569 médicos residentes de primero a cuarto año de las maestrías de: Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia, Pediatría y Cirugía en el Hospital General San Juan de Dios, Hospital Roosevelt, Hospital General de Enfermedades IGSS, Hospital General de Ginecología y Obstetricia IGSS, Hospital Regional de Occidente San Juan de Dios, Hospital Nacional de Cuilapa, Hospital Regional de Escuintla, Hospital Juan José Arévalo Bermejo IGSS. **RESULTADOS:** El 70.12% de la población está en el rango de edad de 25 a 28 años, el 53.60% es de sexo masculino, el 27.94% corresponde a residentes de Medicina Interna, el 44.29% corresponde a residentes de primer año, el 77.68% es; de los factores de riesgo biológicos y personales el 36.20% presentó antecedente de padres fumadores, el 10.72% refirió haber presentado algún trastorno psicológico, la edad de inicio de tabaquismo fue de 17 a 18 años y el 24.78% presentó desgaste laboral alto; de los factores de riesgo sociales el 8.26% vive solo y el 27.77% convive con fumadores, de los factores de riesgo ambientales el 67.66% estuvo expuesto a publicidad de tabaco, el 22.91% de fumadores consume tabaco en el hogar y el 25.52% en el lugar de trabajo; según estatus de fumador el 24.25% lo constituyen los médicos fumadores, 10.01% exfumadores y 65.72% nunca fumadores. La muestra de estudio estuvo distribuida en forma similar entre las cuatro maestrías en ciencias. **CONCLUSIONES:** Los factores de riesgo sociodemográficos identificados en los médicos residentes fueron sexo masculino y estado civil soltero. En cuanto a factores de riesgo personales y biológicos; la mayoría de médicos residentes no refirió tener antecedente de padres fumadores y no tienen antecedente de trastorno psicológico, la edad de inicio de consumo de tabaco en los médicos residentes fumadores fue entre los 17 y 18 años y presentan nivel de desgaste laboral medio. Se identificó como factor de riesgo ambiental la exposición a publicidad de tabaco. El estatus de fumador más frecuente entre los médicos residentes de las diferentes maestrías en ciencias es nunca fumador (65.72%).

PALABRAS CLAVE: tabaquismo, factores de riesgo, médicos residentes, desgaste laboral.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. OBJETIVOS	5
3. MARCO TEÓRICO	7
3.1. Contextualización del área de estudio	7
3.2. Tabaquismo	8
3.3. Historia del tabaquismo	12
3.4. Efectos del tabaquismo	13
3.5. Los médicos y el tabaco	15
3.6. Adicción al tabaco	16
3.7. Factores predisponentes al consumo de tabaco	16
3.8. Epidemiología del tabaquismo	24
3.9. Intervención individual para el control del tabaquismo	26
3.10. Intervenciones colectivas para el control del tabaquismo	33
3.11. Estudios previos sobre tabaquismo	35
4. POBLACIÓN Y MÉTODOS	41
4.1. Tipo y diseño de investigación	41
4.2. Unidad de análisis	41
4.3. Población y muestra	41
4.4. Selección de sujetos de estudio	41
4.5. Medición de variables	43
4.6. Técnicas, procesos e instrumentos utilizados en la recolección de datos	51
4.7. Procesamiento y análisis de datos	52
4.8. Límites de investigación	53
4.9. Aspectos éticos de la investigación	53
5. RESULTADOS	55
5.1. Variables Descriptivas	56
5.2. Factores de riesgo sociodemográficos	57
5.3. Factores de riesgo biológicos y personales	58

5.4. Factores de riesgos sociales	59
5.5. Factores de riesgo ambientales	60
5.6. Estatus de fumador	61
6. DISCUSIÓN	63
7. CONCLUSIONES	67
8. RECOMENDACIONES	69
9. APORTES	71
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73
11. ANEXOS	81

1. INTRODUCCIÓN

El tabaquismo se define como el consumo crónico de tabaco y la adicción provocada por los componentes activos, principalmente la nicotina, lo que conduce a una dependencia física y psicológica (1) y es uno de los factores más importantes para el desarrollo de enfermedad cardiovascular, siendo la principal causa de muerte prevenible en el mundo.(2)(3)

Actualmente el tabaquismo se considera como una epidemia que constituye un problema mundial por las graves consecuencias para la salud pública y según el estudio Framingham, los fumadores tienen mayor mortalidad cardiovascular que los no fumadores y mayor riesgo de sufrir eventos cardiovasculares, tales como infarto agudo al miocardio, muerte súbita y presentar mayor incidencia de hipertensión arterial. (4)(5)

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el Informe Epidemiológico Mundial del Tabaco 2009, el 26.8% de la población mundial es fumadora.

Según datos del Atlas Mundial del Tabaco 2011, Guatemala consume en promedio 325 cigarros por habitante por año, equivalente a un consumo de 4,654 millones de cigarrillos por año en el país, a un costo de compra de 3,490 millones de quetzales anuales. (6)

En 2003 la Iniciativa Centroamericana de Diabetes (CADMI) realizó una encuesta que fue publicada en el 2007, reportando una prevalencia de tabaquismo de 17.9% en la población total del municipio de Villa Nueva del departamento de Guatemala, con una prevalencia de 35.2% en fumadores masculinos. (7)

En 2008, Guatemala decretó la ley 74-2008, para la preservación de la salud y protección de la población no fumadora o no consumidora de tabaco. (8) Posterior a la aprobación de esta ley, se conocen pocos datos de estudios realizados en personal de salud, sin embargo existe uno del año 2002 en el que se investigó la prevalencia de consumo de tabaco en médicos residentes del Hospital General San Juan de Dios y Hospital Roosevelt. Otro estudio de La Asociación Nacional Contra el Tabaquismo en el año 2003, mostró que de los 480 médicos encuestados, la prevalencia de fumadores fue del 20.4%, siendo los cirujanos y los pediatras los que presentaron la prevalencia más alta de tabaquismo, 31.0% y 29.0% respectivamente.(9)

El tabaquismo se considera actualmente una epidemia asociada a factores culturales, sociales y económicos que varían según sexo, edad y otros. Se calcula que el consumo

de tabaco matará a más de 8 millones de personas cada año para el año 2030. (10) La prevalencia de consumo de tabaco en el año 2011 en Guatemala, fue de 13% de la población adulta; siendo el 22% de ésta, población masculina. En adolescentes fue de 19.7% constituido por la población de sexo masculino. (11)

El tabaquismo en Guatemala es un problema importante que puede presentar cambios a través de medidas que reducirían la prevalencia y los problemas asociados al consumo de tabaco. Los profesionales de la salud ejercen un papel importante en la intervención antitabaco, por lo que su conducta hacia este problema es importante. (12)(13)

En el ámbito de la medicina y la salud pública tiene gran importancia el consejo dado a fumadores para que abandonen el tabaco. Es importante que la incidencia de consumo de tabaco en personal de salud sea baja, pues son ellos los que pueden influir positivamente en la población fumadora siendo ejemplo de vida saludable.

Sabiendo lo anterior se plantea la pregunta: ¿Qué factores de riesgo para consumo de tabaco están presentes en los médicos residentes de los hospitales escuela de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala?

El presente estudio es de corte transversal con una población de 569 médicos residentes el cual tuvo como objetivo general describir los factores de riesgo para consumo de tabaco presentes en los médicos residentes de los hospitales escuela de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Para este estudio se utilizó un instrumento de auto llenado para obtener la información acerca de los factores de riesgo presentes en los médicos residentes, así como el estatus de fumador, ex fumador y nunca fumador.

Los principales resultados obtenidos dentro de los factores de riesgo sociodemográficos, fueron: el 70.12% de la población se encontró en el rango de edad de 25 a 28 años, el 53.60% de la población estudiada está constituido por el sexo masculino, el 27.94% de la población de residentes es de Medicina Interna el 44.29% de la población pertenece a residentes de primer año, el 77.68% lo conforman los solteros. Entre los factores de riesgo biológicos y personales; el 36.20% presentó antecedente de padres fumadores, el 10.72% afirmó haber presentado algún trastorno psicológico, la edad de inicio de tabaquismo fue de 17 a 18 años en la población fumadora y en cuanto al nivel de desgaste laboral el 24.78% presentó nivel alto; en los factores de riesgo sociales, el 8.26% de los médicos residentes vive solo y el 27.77% convive con fumadores; en los factores de riesgo ambientales el 67.66% afirmó haber estado expuesto con publicidad de

tabaco, de la población fumadora el 27.60% consume tabaco encalles y aceras, el 22.91% en el hogar y el 25.52% en el lugar de trabajo; según el estatus de fumador, el 24.25% lo constituyen los fumadores, el 10.01% los exfumadores y el 65.72% los nunca fumadores.

De las principales conclusiones del estudio son: Los factores de riesgo sociodemográficos identificados en los médicos residentes fueron sexo masculino y estado civil soltero. La mayoría de médicos residentes no refirió tener antecedente de padres fumadores, no tienen antecedente de trastorno psicológico, la edad de inicio de consumo de tabaco en los médicos residentes fumadores fue entre los 17 y 18 años y presentan nivel de desgaste laboral medio. Se identificó como factor de riesgo ambiental la exposición a publicidad de tabaco. El estatus de fumador más frecuente entre los médicos residentes de las diferentes maestrías en ciencias es nunca fumador (65.72%).

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

Describir los factores de riesgo para consumo de tabaco presentes en los médicos residentes de los hospitales escuela de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala de mayo a junio de 2014.

2.2. Objetivos específicos

2.2.1. Identificar los factores de riesgo sociodemográficos según, sexo, maestría en ciencias y estado civil presentes en médicos residentes de los hospitales escuelas de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

2.2.2. Identificar los factores de riesgo personales y biológicos según antecedente de padres fumadores, antecedente de trastorno psicológico, edad de inicio de consumo de tabaco, desgaste laboral (Síndrome de Burnout), presentes en los médicos residentes de hospitales escuela de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

2.2.3. Identificar los factores de riesgo sociales según vivir solo y convivencia con fumadores, presentes en los médicos residentes de hospitales escuela de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

2.2.4. Identificar los factores de riesgo ambientales según la exposición a publicidad y lugares en donde fuma, presentes en los médicos residentes de hospitales escuela de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

2.2.5. Identificar el estatus de fumador en médicos residentes de hospitales escuelas de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Contextualización del área de estudio

Entre los años 1970 y 2000 se negociaron convenios entre la Universidad de San Carlos de Guatemala y las autoridades del Ministerio de Salud con el fin de facilitar la infraestructura física y personal de apoyo para el entrenamiento de los profesionales. (14)

Los hospitales escuela son aquellos en donde se lleva a cabo un conjunto de actividades académicas cuya finalidad es ofrecer a profesionales de la medicina y de otras áreas de las Ciencias de la Salud, la oportunidad de fortalecer su nivel académico y científico, de diversificar sus campos de actividad profesional y especializarse en distintas ramas de la medicina, investigación y educación médica. (14)

Las maestrías en ciencias son los estudios a nivel de postgrado que se desarrollan sistemáticamente, con el propósito de proveer a los participantes el dominio científico y tecnológico de las áreas específicas de las Ciencias Médicas, desarrollando las capacidades profesionales para el ejercicio de la especialidad y la investigación.(14)

El Hospital General San Juan de Dios es un hospital nacional docente asistencial de tercer nivel del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala. (15) El total de médicos residentes que cursan una maestría en ciencias en este hospital es de 221.

El Hospital Roosevelt es un centro asistencial que atiende a personas que habitan en la ciudad capital y en el resto del país, referidos desde los hospitales departamentales y regionales.(16) Los médicos residentes que cursan una maestría en ciencias en este hospital son 216.

El Hospital General de Enfermedades IGSS, se encuentra ubicado en la 9° calle 7-55 de la zona 9 en la ciudad capital, y cuenta con 110 médicos residentes. (17)

El Hospital General Dr. Juan José Arévalo Bermejo ubicado en zona 6 cuenta con 37 médicos residentes que rotan del hospital de zona 9 de las maestrías en ciencias de Ginecología y Obstetricia, Pediatría y Cirugía. (17)

En el Hospital de Gineco-obstetricia ubicado en zona 12 Colinas de Pamplona, rotan 33 médicos residentes en maestría en ciencias de Ginecología y Obstetricia y Pediatría. (17)

El Hospital Nacional de Cuilapa ubicado en la zona 4 del departamento de Santa Rosa Cuilapa cuenta con 4 maestrías principales con 60 médicos residentes.

Otro de los hospitales escuelas que se tomará en cuenta es el Hospital Regional de Escuintla, ubicado en la Carretera a Taxisco Km. 59.5, Escuintla. (18)

El Hospital Regional de Occidente San Juan de Dios cuenta también con maestrías en ciencias de Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Cirugía y Medicina Interna con un total de 104 médicos residentes. Está ubicado en la zona 8 Quetzaltenango, carretera a San Marcos.

3.2. Tabaquismo

3.2.1. Definición

El tabaquismo resulta de la acción crónica del consumo de tabaco, ocasionando dependencia física y psicológica.

Es de vital importancia clasificar a la población según su actitud hacia el tabaco y los cigarrillos. Según el Center for Disease Control existen tres categorías principales, la población fumadora, ex fumadora o no fumadora.

- Fumador es la persona que ha fumado 100 o más cigarrillos en su vida y fuma todos los días o algunos días.
- Ex fumador es la persona que habiendo sido fumador se ha mantenido en abstinencia al menos por los últimos 6 meses.
- No fumador es la persona que nunca ha fumado o ha fumado menos de 100 cigarrillos en toda su vida. (19)

- Fumador pasivo es la persona expuesta al humo del cigarrillo que se encuentra en el ambiente. (20)

3.2.2. Componentes del cigarrillo

Los cigarrillos son «dispositivos de liberación de nicotina», estos producen efecto de placer los cuales duran sólo unos minutos, haciendo que los fumadores experimenten síntomas de abstinencia. El tabaco fumado, en cualquiera de sus formas, causa hasta el 90% de todos los cánceres de pulmón y es un factor de riesgo considerable de accidente cerebrovascular e infarto mortal del miocardio.

Los cigarrillos producen dos tipos de humo en el ambiente donde se fuma:

- Humo principal: es el que respira el fumador. Es bastante diferente la composición de la corriente principal que aspira el fumador y la secundaria que se escapa del cigarrillo al ambiente. Muchas sustancias nocivas presentes en el humo están más concentradas en la corriente secundaria (monóxido y dióxido de carbono, amoníaco, benceno, benzopireno, anilina, acroleína, entre otros), lo que incrementa la toxicidad de la atmósfera que genera.(21)
- Humo lateral o secundario: es el que se desprende del cigarrillo encendido. La temperatura a la cual se produce es menor y contiene concentraciones de carcinógenos más altas que el humo directo. Es una mezcla del humo indirecto de la punta encendida de un cigarrillo y el humo directo que los fumadores exhalan. Existe evidencia que incluso una exposición limitada al humo de segunda mano envía suficiente nicotina al cerebro para alterar su función. En adultos aumenta el riesgo de enfermedad arterial coronaria y cáncer de pulmón y en niños aumenta el riesgo de enfermedad del oído medio, síntomas respiratorios, deterioro de la función pulmonar, síndrome de muerte súbita del lactante y bajo peso al nacer. (22)(6)

Los productos de tabaco sin humo a su vez aumentan el riesgo de contraer cáncer oral. El humo del tabaco contiene más de 7,000 sustancias químicas y compuestos, de éstas; cientos son tóxicos y al menos 69 son cancerígenos.

En la actualidad las tabacaleras han comercializado productos como “más seguros” sin embargo no existe evidencia de que exista una forma de tabaco completamente segura. Está comprobado científicamente que fumar cigarrillos, incluso los que poseen bajos niveles de alquitrán, dañan casi todos los órganos del cuerpo y aumentan la morbilidad y la mortalidad.(6)

3.2.2.1. Nicotina

Es un alcaloide, componente de todos los productos del tabaco, a elevados niveles de exposición es un veneno potente y mortal, causa gran parte del placer y satisfacción que obtienen los usuarios del tabaco. (23)

Es una sustancia con potencial psicoactivo y actúa en el cerebro liberando dopamina, produciendo placer, alegría y aumento del estado de alerta, estos efectos son momentáneos y desaparecen en minutos. Se fija selectivamente a los receptores colinérgicos nicotínicos, y presenta una acción inicialmente activadora seguida por una acción bloqueadora.

Constituye un 3 a 5% de la concentración total del cigarrillo. El 95% de la nicotina que se aspira llega al pulmón, pasa a la circulación y alcanza los órganos en sólo 8 a 15 segundos, esta rapidez la hace ser muy adictiva.(22)(23)

3.2.2.2. Monóxido de carbono

Es un gas de poder tóxico que se desprende durante la combustión de tabaco, desplazando el oxígeno de la hemoglobina, formando unidades de carboxihemoglobina. En los fumadores se encuentran en concentraciones de un 8 a 14% siendo lo normal un 2%. (2)

3.2.2.3. Alquitrán

Está compuesto por miles de sustancias químicas. Contiene benzopireno, una sustancia muy tóxica que lesiona el material genético de las células y produce cáncer en los órganos con los que entra en contacto.

Este compuesto se combustiona parcialmente y los restos quedan depositados en los pulmones, obstruyéndolos y posteriormente disminuyendo la capacidad respiratoria.(6)

3.2.2.4. Aditivos

Son aquellos ingredientes que se le agregan al tabaco y a sus derivados; se estima que son más de 600 y comenzaron a utilizarse de manera más frecuente cuando se hizo necesario reducir la dosis de alquitrán que ayudaba a esconder el gusto áspero y amargo de la nicotina. El aditivo más conocido es el amoníaco, que cambia el pH del humo y aumenta la absorción de nicotina, haciendo más adictivo el cigarrillo. (6)

Dado que el tabaco requiere de una dosis importante de agroquímicos para su desarrollo, es posible encontrar restos de pesticidas en los cigarrillos.(6)

3.2.2.5. Otras sustancias

El cigarrillo también contiene iones metálicos, compuestos radioactivos, acetona, naftalina, terebenitina, amonio, formol, formaldehído, tolueno, cromo, benceno, arsénico, benzopireno, dióxido de nitrógeno, entre otros. (23)

Las nitrosaminas se forman de la unión de un agente nitrosante con una amina. Han sido clasificadas como agentes cancerígenos o potencialmente cancerígenos en estudios realizados con animales. Los fumadores se encuentran expuestos al 4-metilnitrosamina 1-3-piridil-1-butanona y al nitrosornicotina, clasificados como cancerígenos en roedores. (24)

3.2.3. Componentes del cigarrillo electrónico

El cigarrillo electrónico es un dispositivo electrónico en forma de cigarrillo los cuales no contienen tabaco, se comercializan con el slogan de no ser perjudiciales a la salud y facilitar el abandono del tabaco, sin embargo su eficacia no ha sido verificada.

Sus principales ingredientes son propilenglicol, glicerina, aromatizantes y nicotina, los cuales producen como efectos negativos irritación de boca y garganta, tos seca, adicción, vértigo e hiperémesis. (25)

A corto plazo, se ha visto que después de 5 minutos de su uso producen aumento de la resistencia de las vías aéreas y disminuye la exhalación de óxido nítrico, por lo que se cree que a largo plazo pueden producir cambios permanentes en la función pulmonar. El vapor de la glicerina que se produce se ha relacionado con neumonía lipoidea, también se les ha adjudicado fallo cardiaco, quemaduras por explosión, pero los efectos a largo plazo aún no están claros. (25)

3.3. Historia del tabaquismo

En 1889 Ernesto Pugibet introdujo en su fábrica la primer máquina automática la cual producía 192 cigarrillos por minuto, entre 1896 y 1899 se introdujeron nuevas máquinas Decufle producidas en Francia, con lo que se automatizo por completo la producción de cigarrillos, produciendo 3,600,000 cigarrillos al día en comparación a los 30,000 cigarrillos al día que se producían anteriormente. (26)

Para el año 1900 el consumo de cigarrillos era infrecuente, sin embargo aumentó sustancialmente a mitad del siglo XX, principalmente en hombres. Desde 1950 se iniciaron investigaciones epidemiológicas sobre el hábito del tabaco; con el estudio Doll y Hill se asoció el consumo de tabaco con el cáncer de pulmón y en 1956 la Organización Mundial de la Salud -OMS- declaró el tabaquismo como la primera causa prevenible de enfermedad y muerte prematura. (27)

Según el estudio Framingham publicado en 1960 los fumadores tienen mayor mortalidad cardiovascular que los no fumadores y mayor riesgo de sufrir eventos cardiovasculares. (28)

En 1964 apareció el primer informe del Cirujano General de Estados Unidos, referente a los daños a la salud causados por el tabaquismo y desde entonces aumenta exponencialmente la información que evidencia al tabaquismo como inductor de enfermedad en todos los órganos y sistemas. En 1965 la OMS crea la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer, debido a que se contó con abundante información que indica los daños a la salud secundarios al

tabaquismo en Estados Unidos, se prohibieron los avisos publicitarios de cigarrillos por televisión.(6)

En el año 1976 se realiza la primera demanda en el mundo en reclamar daños por tabaquismo pasivo, se otorga por primera vez a una empleada de oficina un mandato que le garantiza un área de no fumadores en su área de trabajo.(6)

En Suiza en el año 1978 se aprobó el uso de la goma de mascar Nicorette como tratamiento para reemplazar la nicotina, siendo este el primer tratamiento para el tabaquismo comercializado y aprobado por la FDA en Estados Unidos en el año 1984.(6)

En los años 90 se publicó el primer Plan de acción de la OMS de cinco años sobre tabaco, se formó la Agencia Internacional sobre Tabaco y Salud como un servicio de orientación y consulta para los países de ingresos bajos. Hasta el año 1993 se declaró el humo de cigarrillo como carcinógeno de clase A.(6)

A partir del año 2000 se implementó la prohibición de fumar en lugares públicos en distintos países. Aplicando dicha prohibición en Guatemala a partir del año 2008.

3.4. Efectos del tabaquismo

3.4.1. Efecto a corto plazo del tabaquismo

El principal efecto a corto plazo es la adicción ya que la nicotina, crea dependencia física y psicológica y como consecuencia, al intentar su abandono se presenta el síndrome de abstinencia al tabaco; así mismo presenta efectos antidepresivos y tranquilizantes. Fumar por lo menos un cigarrillo da lugar a una elevación del ritmo cardíaco, de la frecuencia respiratoria y de la presión arterial. Ocasiona también hipersecreción de las vías aéreas, tanto superiores e inferiores y asociado a la parálisis de los cilios bronquiales causa acúmulo de secreciones, por lo que se presenta tos de inicio agudo y persistente. También produce una disminución de la capacidad pulmonar, produciendo al fumador mayor cansancio y disminución de resistencia en relación a un ejercicio físico. (6)(23)

Se ha comprobado disminución en la fertilidad en ambos sexos, en los hombres disminuye la calidad de los espermatozoides y de las erecciones, en las mujeres se ha presentado disminución de óvulos viables. Durante el embarazo de madres fumadoras, existe mayor incidencia de abortos y óbitos, al igual que malformaciones congénitas, ya que el feto obtiene menos cantidad de oxígeno, aumentando su frecuencia cardíaca, hay alteración en el desarrollo pulmonar e hipoperfusión placentaria, provocando que el feto reciba menos nutrientes y posteriormente presente mayor riesgo de bajo peso al nacer o prematuridad.(6)(28)

Entre las patologías observadas a corto plazo se pueden mencionar: fatiga prematura, mayor riesgo de anginas, aumento de constipación, tos y expectoraciones, pérdida de apetito, alteraciones del ritmo cardíaco, halitosis y color amarillento de dedos y dientes. (3)

3.4.2. Efectos a largo plazo del tabaquismo

El consumo del tabaco en Estados Unidos matará aproximadamente a la mitad de todas las personas que continúen fumando. Actualmente alrededor de 443,000 personas mueren cada año en los Estados Unidos a causa de enfermedades asociadas con el consumo de tabaco. El hábito de fumar cigarrillos mata a más personas en los Estados Unidos que el alcohol, los accidentes automovilísticos, los suicidios, el Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), los homicidios y las drogas ilegales en conjunto. (23) De hecho, según un estudio de los Centros para el Control y Prevención de las Enfermedades, realizado a finales de la década de 1990, el hábito de fumar acortó la vida de los hombres fumadores por 13.2 años y la vida de las mujeres fumadoras por 14.5 años, esto en comparación con las personas que nunca han fumado, por lo que los hombres y las mujeres que fuman tienen más probabilidades de morir durante una edad mediana. (29)

El tabaquismo está directamente relacionado con la aparición de 29 enfermedades, de las cuales 10 son diferentes tipos de cánceres, así mismo es la causa principal del 95% del cáncer de pulmón, del 90% de las

bronquitis y enfisema pulmonar y más del 50% de las complicaciones cardiovasculares. Los tipos de cáncer relacionados con el tabaco son: cáncer de pulmón, laringe, cavidad oral, nariz y senos nasales, faringe, esófago, estómago, páncreas, cérvix, riñón, vejiga, ovario, colon – recto y leucemia mieloide aguda. Gran parte de la mortalidad relacionada con el consumo del tabaco se pueden atribuir a patologías asociadas como enfermedades cardiovasculares, aneurismas, neumonías complicadas, enfermedades cerebrovasculares, entre otras. (23)(29)(30)(31)

3.5. Los médicos y el tabaco

Existe actualmente una relación muy fuerte entre médicos y tabaco, múltiples informes de diferentes universidades alrededor del mundo señalan que es vital la participación de médicos para lograr la cesación del tabaquismo. La actitud del médico puede ser positiva o negativa, los médicos que fuman tienen un impacto negativo por diferentes motivos, por ejemplo, le resta credibilidad cuando imparte plan educacional de no fumar a los pacientes. (32)

La OMS insta a todos los médicos a tener un papel ejemplar en este aspecto, no como una obligación por el hecho de ser médico, si no como un aspecto de credibilidad hacia los pacientes. La mayoría de fumadores se excusan para discontinuar el consumo de tabaco y el médico al fumar, les proporciona una excusa más, bajo el argumento de: “si el médico, sabiendo los efectos que produce el tabaco, fuma, puede que no sea tan malo”, es por esto que los consejos brindados por estos profesionales no son convincentes. El médico al fumar es más permisivo en torno al problema, indiferente y con menor compromiso. Las intervenciones son más convincentes si los médicos que la imparten muestran interés, motivación y sensibilización por el problema de tabaquismo. (32) Los médicos se encuentran en una posición estratégica para influenciar sobre el hábito de fumar en sus pacientes. Esto es particularmente importante entre los pediatras, ya que pueden actuar en la prevención del inicio del consumo de tabaco en los niños y adolescentes, y sobre sus padres para incentivar el abandono del hábito, reduciendo la exposición de los niños al humo de tabaco ambiental. (33)

Los países en los que los médicos han disminuido el consumo de tabaco, se ha observado un descenso en la incidencia de tabaquismo en la población general. Está claro que el tabaquismo en médicos no inicia al ser profesionales, sino muchas veces el consumo inicia desde que son estudiantes en la universidad, por lo que las intervenciones a este nivel son más efectivas ya que durante sus estudios universitarios los estudiantes son una población que por situación y nivel educativo son más accesibles y receptivos por lo que sus actitudes son más fáciles de modificar. (32)

3.6. Adicción al tabaco

Existen 5 etapas en el proceso de la adicción, la primera etapa o llamada de "preparación", en la que el joven nunca ha fumado y desarrolla conocimientos, creencias y suposiciones sobre el hábito. La segunda etapa es experimentar por primera vez, que en su mayoría es con amigos. La tercera etapa es su uso repetitivo pero irregular, solo en reuniones o fiestas. La cuarta etapa consiste en el consumo habitual y la última etapa es el desarrollo de la dependencia y adicción. (34)

3.7. Factores predisponentes al consumo del tabaco

Los factores que predisponen al consumo de tabaco pueden ser de múltiples etiologías. Desde 1999 se planteaba la teoría triádica, ésta explicaba la existencia de tres grandes áreas relacionadas tanto con la decisión como con la intención final de fumar, el área biológica y la personalidad, el entorno social y la cultura o medio ambiente.(27)

- El área biológica y de la personalidad considera factores del individuo que favorecen o desfavorecen la autodeterminación o autocontrol para la toma de decisiones al asumir un comportamiento específico.
- El entorno social incluye la influencia de la familia y amigos, lo que en realidad se limita al ámbito cercano.
- El área del medioambiente involucra aspectos como patrones culturales, creencias religiosas e información y conocimiento acerca de situaciones que llevan al individuo a comportarse de manera específica.

El consumo de tabaco se relaciona con procesos tales como la percepción, la motivación, la emoción, el pensamiento, la tensión, la concentración y el aprendizaje, teniendo implicaciones clínicas y sociales diversas y relevantes. Esto evidencia la necesidad de explorar los factores asociados al consumo del tabaco.(35)

3.7.1. Factores del individuo

Los factores genéticos están principalmente relacionados con el desarrollo de adicción al tabaco; sin embargo, no todas las personas genéticamente predispuestas llegarán a ser adictas a las sustancias. Respecto al metabolismo de la nicotina, se sabe que hay variantes individuales en la acción de la enzima CYP2A6, encargada de transformar la nicotina en cotinina en los hepatocitos. Los individuos portadores de un alelo nulo para el gen que codifica esa enzima, metabolizan más lentamente la nicotina y por lo tanto, tienen niveles plasmáticos elevados de la sustancia por más tiempo, lo que disminuye la necesidad de consumo frecuente. Estos individuos tendrán un factor protector, tanto para la iniciación como para la dependencia del tabaco.(27)

La edad es un factor importante en la iniciación del consumo de tabaco; se sabe que las personas que se abstienen del tabaquismo en su adolescencia tienen menor riesgo de ser fumadores. La mayoría de los fumadores inician su adicción antes de los 25 años. Es por eso la importancia de medidas preventivas en los jóvenes. Los jóvenes subestiman el riesgo y no tienen la capacidad para imaginar el daño en su organismo en un tiempo lejano, lo que son atraídos a fumar. Adicional a que el joven realiza actos peligrosos por cumplir expectativas sociales.(27)(36)

Se ha demostrado que existe una relación directa entre las patologías psiquiátricas y la presencia de tabaquismo por lo que se considera un importante factor predisponente. (37)

3.7.2. Desgaste Laboral

La tensión psicológica del ser humano es muy versátil y compleja en su intensidad y manifestación.

Idealmente cada ser humano ha de tener el conocimiento, la capacidad, la preparación, la experiencia y el carácter para afrontar y resolver sus problemas. Sin embargo, algunas personas utilizan el tabaco como un medio para disminuir la ansiedad y el estrés, y así presentar sensación de relajación y tranquilidad momentánea.(23)

- Test de Maslach

La evaluación del desgaste laboral constituye un tema muy importante, ya que esta puede intervenir negativamente en el desarrollo de las labores de las personas y en la salud mental; por lo que en los últimos 40 años esto ha cobrado interés en los investigadores siendo el centro de varios estudios. Posterior a estas investigaciones y gracias a los estudios realizados por la psicóloga Cristina Maslach, quien desde 1977 conceptualiza el síndrome de burnout como una respuesta al estrés emocional crónico y que se caracteriza por agotamiento psicológico, actitud fría y despersonalizada en las relaciones interpersonales y laborales, y a un sentimiento de falta de realización personal.

En 1980 Maslach y su colega Jackson investigan este síndrome por medio de la realización de una serie de entrevistas dirigidas a profesionales que brindan servicio social incluyendo a trabajadores del sector salud, servicio social, educación, y salud mental, que por la carga laboral a la que son expuestos y por el ambiente en que se desenvuelven, son susceptibles a padecer este síndrome. Los hallazgos de estas observaciones demostraron que el síndrome de burnout conduce a un deterioro en la calidad del servicio proporcionado por el personal, además esto parece

estar correlacionado con disfunción personal incluyendo agotamiento, insomnio, inicio y/o aumento en el uso de alcohol, tabaco y drogas y problemas en el ámbito familiar. Con esta investigación Maslach y Jackson concluyen que el estrés asociado podía tener efectos dañinos y debilitantes para los individuos y la organización en la cual laboraban estos profesionales.(38)(39)

El test de Maslach fue diseñado para evaluar los tres aspectos del síndrome de burnout: desgaste emocional, despersonalización y falta de realización personal; cada aspecto es dividido en subescalas y se clasifica en bajo, medio y alto, según la puntuación que se dé a cada enunciado de las 22 preguntas que conforman este test, que va de 0 a 6 puntos. Para evaluar el primer aspecto del síndrome de burnout, que corresponde a agotamiento emocional se utilizan las preguntas 1,2,3,6,8,13,14,16 y 20; para el aspecto de despersonalización se utilizan las preguntas 5,10,11,15 y 22; y para el último aspecto de realización personal son las preguntas 4,7,9,12,17,18,19 y 21.(Anexo 1)

ASPECTO	RANGO		
	BAJO	MEDIO	ALTO
Agotamiento emocional	16	17 – 26	27
Despersonalización	6	7 – 12	13
Falta de realización personal	39	38 - 32	31

Fuente: Manual and instrument and scoring guides, Maslach Burnout Inventory

Para clasificar el síndrome de burnout las puntuaciones altas en agotamiento emocional y despersonalización, y bajas en falta de realización personal, son indicativas de alto nivel de afectación; y las puntuaciones bajas en agotamiento emocional y despersonalización y elevadas en falta de realización personal, son indicativas de bajo nivel de afectación.(38)

3.7.3. Factores familiares

Se ha demostrado que entre los factores que más influyen en que los jóvenes inicien con el consumo de tabaco es ver a sus padres fumar, que sea enviados por sus padres a comprar las cajetillas y que enciendan el fósforo que alguno de los padres utilizará para encender el cigarro. Se asocian con mayor riesgo de consumo de tabaco, a los adolescentes con la ausencia de uno de los padres, familias separadas, antecedente de abuso físico sexual. (40)(41)

3.7.4. Entorno social

La proporción del tabaquismo en la sociedad indica la magnitud de la adicción, el daño y el grado de afectación tanto en el fumador activo como en el fumador pasivo. (42)

La búsqueda de independencia e identidad personal así como la pérdida de valores familiares y la necesidad de aceptación por el grupo de iguales predisponen al consumo del tabaco desde la adolescencia. Se ha observado que la presencia de familiares pertenecientes al grupo nuclear que fumen, predispone con mayor incidencia el consumo del tabaco en otros pertenecientes al núcleo familiar principalmente a hermanas y hermanos, en comparación al tener padres fumadores. El modelo de conducta de un adulto que fuma tiene un impacto mental profundo en la vida de un adolescente. Específicamente el ejemplo de un padre con hábito tabáquico influye significativamente en el comportamiento futuro de un hijo, ya que la imitación tiene un papel fundamental en el proceso vital de aprendizaje.(43)(44)

3.7.5. Vivir solo

Según estudios de la European Atherosclerosis Society el vivir solo es factor de riesgo no solo para patologías mentales sino también para enfermedades crónicas no transmisibles como dislipidemia, insuficiencia renal, obesidad y en su en mayor parte para tabaquismo. (45)

3.7.6. Pobreza

Según Srinath Reddy, presidente de la Fundación de Salud Pública de India y de la Federación Mundial del Corazón “En todas partes los pobres e ignorantes ahora usan tabaco con más frecuencia que lo hacen los ricos y educados. Los pobres desafortunadamente tienen menos acceso a los servicios de salud y sus factores de riesgo generalmente no se reconocen a tiempo.” Por lo que se

presenta con mayor frecuencia el consumo de tabaco en ellos, y por consiguiente mayor comorbilidades relacionadas a su consumo. (44)

El concepto de riesgo del tabaquismo es eminentemente social, ya que el individuo asume los riesgos de la población en la que vive. Se ha observado que en países desarrollados los fumadores consideran el tabaquismo como un riesgo menor, mientras que donde la información penetra mejor a la población y conocen mejor los factores de riesgo estos son subestimados y no asimilados en su valor real. (42)

En el año 2004 este problema se abordó como resultado del tema del día mundial sin tabaco, El Tabaco y la Pobreza: Un círculo vicioso, resaltando los enormes costos económicos que el consumo y el cultivo del tabaco entrañan para las familias, las comunidades y los países. (46) La referencia que se hace a un círculo vicioso se refiere a la relación entre el tabaco y la pobreza, y al hecho que el consumo de tabaco, especialmente por las personas más pobres, que son las más fumadoras tanto en países desarrollados como en países en desarrollo, puede influir negativamente en sus ingresos y economías ya precarios. El gasto diario por uso de tabaco significa, para el pobre, una pérdida en sus recursos y agranda la brecha de la inequidad entre ricos y pobres. Múltiples estudios muestran que las personas más pobres gastan un mayor porcentaje de sus ingresos familiares en productos de tabaco, a expensas de otras necesidades básicas como alimentación o educación. (47)

Los beneficiados de la industria del tabaco distan mucho de ser los agricultores o trabajadores de fábricas, son los empresarios quienes se llevan los beneficios. La mayor parte de los cultivadores de tabaco viven en pobreza, “Una gran parte de los costos sanitarios y económicos relacionados con el tabaco los soportan los pequeños agricultores dedicados a cultivarlo y sus familias. Las condiciones precarias de trabajo, incluidos el trabajo infantil y la exposición a productos tóxicos acompañados del impacto negativo que tiene el

ambiente, hacen del tabaco un problema ligado a la pobreza y al desarrollo” señaló la Dra. Catherine Le Galés-Camus, Subdirectora General, Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental, OMS. Muchos países gastan más en importar tabaco y atender enfermedades asociadas, ocasionando pérdidas millonarias. (42)(47)

3.7.7. Cultural y medio ambiente

El hábito de fumar es consecuencia de un aprendizaje social con el que el ser humano imita el comportamiento de las personas que considera modelos a seguir.

Esto se observa sobre todo en los adolescentes ya que fumar les puede ayudar a incorporarse a situaciones sociales e iniciar un proceso de comunicación, de esta manera se ve el consumo de cigarrillos como una manera de conocer e interactuar con otros y obtener placer y ventajas psicosociales. El principal factor en este grupo poblacional que influye en el consumo, es la presión que ejercen los padres sobre los adolescentes.(35)

3.7.8. Publicidad

La importancia que la publicidad ha alcanzado es considerable, ya que a través de ella se generan modelos de comportamiento, se crean necesidades entre la población y se inculcan valores y estilos de vida.

Las características de la población y las necesidades de los consumidores han cambiado ya que la epidemia del tabaco se orienta hacia los países en desarrollo. Por esta razón las tabacaleras se valen de investigaciones sociales para conocer la cultura popular y las aspiraciones psicosociales incorporando luego estos conocimientos a la promoción y búsqueda de nuevos mercados. (35)

Distintos investigadores han constatado que la publicidad del tabaco es un factor importante en consumo entre niños y adolescentes, así como una de las responsables directas del reclutamiento de la población hacia el tabaco y mantenimiento de su hábito. Las empresas tabacaleras desarrollan campañas publicitarias para atraer nuevos fumadores jóvenes, ya que ven un mercado clave en los niños de 13 años, está documentado que estudiaron sus hábitos de consumo de tabaco y desarrollaron productos y campañas de marketing dirigidas estrictamente hacia ellos. La accesibilidad que existe para la compra de cigarrillos y el bajo costo del mismo aumenta el riesgo de consumo de tabaco. Actualmente las compañías tabacaleras tienen como objetivo la población femenina y adolescente de los países de América Latina y Europa Oriental que en la actualidad no fuman.(48)(49)(50)(51)

3.8. Epidemiología del tabaquismo

Actualmente el consumo de tabaco causa una de cada diez defunciones de adultos en el mundo, más de cinco millones de defunciones por año. Casi el 80% de estas muertes ocurren en países con ingresos bajos y medios siendo el 16% de las muertes en hombres y 7% en mujeres. Con las tendencias actuales se estima que para el 2030, las víctimas anuales del tabaco aumentarán a más de ocho millones. (6) (15)(19)

3.8.1. Epidemiología a nivel mundial

El número aproximado de fumadores en el mundo actualmente es de 1.100 millones y se estima que para el año 2,025 el número supere los 1.600 millones. En los países con mayores niveles de ingreso, el hábito de fumar es mucho menos que en los países tercermundistas. En los países de ingreso medio y bajo, por el contrario, el consumo de cigarrillos aumenta cada vez más. La mayor causa es la libertad del comercio de tabaco que contribuye al incremento del consumo en estas naciones. El tabaco fue la causa de 100 millones de muertes durante el siglo XX y si las tendencias actuales continúan alrededor del mundo aproximadamente mil

millones de personas morirán durante el siglo XXI por esta misma causa. (6)(11)

El hábito de fumar es un problema mundial, los fumadores tienen 2 a 3 veces mayor riesgo de morir que los no fumadores. A pesar del hallazgo proporcionado por las investigaciones de epidemiología sobre el hábito del tabaquismo y cáncer de pulmón no se ha logrado conseguir una reducción significativa en el consumo del mismo.(52)

En el año 2030, 1 de cada 6 adultos morirá por causas relacionadas al tabaquismo, esto equivale a 10 millones de defunciones anuales, por lo que será la principal causa de muerte por enfermedad crónica no transmisible.(6)

Actualmente el tabaquismo se considera como una enfermedad crónica, que afecta al sistema respiratorio, cardiovascular y que desencadena distintos procesos neoplásicos, por lo que la reducción del consumo y el tratamiento del tabaquismo al igual que cualquier otra enfermedad crónica, debe ser considerada como una medida de Salud Pública de extraordinaria importancia, con notable relevancia tanto para la salud como para la economía.

Hay variaciones en cuanto a prevalencia en los países desarrollados, según sexo y factores tales como la duración del hábito, la edad de inicio, el entorno socioeconómico, el nivel educativo y el tipo de ocupación. Aunque la mayoría de países presenta al sexo masculino con un número mayor de consumo, la prevalencia en el sexo femenino va en aumento.

3.8.2. Epidemiología en América Latina

En Latinoamérica la prevalencia de tabaquismo varía, pero puede alcanzar hasta el 50% en algunas zonas. El promedio en hombres que fuman es de 37% y 20% en mujeres. En comparación con Estados Unidos, la carga sobre la salud debida al tabaquismo es

actualmente menor, pero esto se debe a que aún no ha transcurrido suficiente tiempo para que se manifiesten los efectos acumulativos del mismo. La prevalencia va en aumento y la ausencia de ayuda impide su control y prevención. (6)

3.8.3. Epidemiología del tabaquismo en Guatemala

A nivel nacional se han realizado dos encuestas por parte de la Asociación Nacional Contra el Tabaquismo con el objetivo de conocer el porcentaje de tabaquismo y las actitudes que tiene la población hacia el tabaco (1998 y 2003). (11)

En el año 2003 se realizó una encuesta que incluyó a la ciudad capital, Antigua Guatemala, Quetzaltenango y Zacapa. De 6,770 personas encuestadas, 3,774 (56%) son de sexo masculino y 2,996 (44%) de sexo femenino. El porcentaje de fumadores fue el 22.0 %, de ex fumadores 10%, y sujetos no fumadores 68%. De los sujetos fumadores, el 28.5% era de sexo masculinos y 13.9% era de sexo femenino. De acuerdo a esa encuesta, la mayoría inicia a fumar cigarrillos antes de los 20 años. El 3% de éstos, son niños que tienen menos de 10 años, y el 26% son niños de entre 11 y 15 años.(11)

3.9. Intervención Individual para el control del tabaquismo

Conjunto de estrategias efectivas para la cesación, las cuales pueden ser brindadas por cualquier profesional de la salud y demandan poco tiempo de la práctica clínica asistencial. (53)

Al momento de la atención primaria, el objetivo es utilizar conceptos sencillos en la práctica médica para el tratamiento del tabaquismo. El fundamento es realizar 3 acciones básicas:

- 1) Indagar si el paciente fuma.
- 2) Aconsejar a los pacientes fumadores para que dejen de fumar
- 3) Realizar intervención para la cesación de tabaco

Es indispensable determinar si al momento de tratar a pacientes fumadores son motivados o no a dejar de fumar, ya que es crucial no forzar al paciente a realizar acciones para las cuales no se siente preparado. (53)

Las principales ventajas de la cesación tabáquica incluyen: disminución del riesgo de sufrir una crisis cardíaca, se restablece la sensibilidad del gusto y olfato, se reduce el riesgo de muerte súbita, disminuye el riesgo de ECV e IAM. La principal dificultad que impide la deshabitación tabáquica es la aparición del síndrome de abstinencia de la nicotina que se caracteriza por la presencia de desánimo, insomnio, irritabilidad, frustración, ansiedad, mareos y aumento de peso. (54)

3.9.1. Cesación tabáquica

Constituye una de las intervenciones preventivas sanitarias más simples, necesarias y con una mejor relación costo-efectividad. La cesación tabáquica es siempre beneficiosa ya que incluye beneficios para la salud a corto y largo plazo y una importante mejora en la calidad y expectativa de vida. Estos beneficios no se perciben únicamente por fumadores, los beneficios son percibidos también por los convivientes de fumadores, la familia, y compañeros en el ambiente laboral. (54)

Según un estudio realizado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades en Guatemala en el año 2008, el 94% de los estudiantes de tercer año de Medicina, Odontología, Farmacia y Enfermería, consideran que los profesionales de la salud son modelos a seguir para sus pacientes y al recibir consejería y la orientación adecuada para la cesación del consumo de tabaco las posibilidades de lograrlo aumentan. (55)

3.9.1.1. Factores asociados a la cesación tabáquica según género

Existen diversos factores que influyen en el éxito de la cesación tabáquica, muchos de estos varían en hombres y mujeres.

- Factores fisiológicos: en mujeres existe un metabolismo más rápido de la nicotina y una influencia hormonal, observándose una relación entre el período peri menstrual y un síndrome de abstinencia más intenso.
- Factores psicológicos: la motivación para fumar en hombres es lograr sensaciones positivas mientras que en mujeres se relaciona con un papel sedante para evitar sensaciones desagradables.
- La barrera más importante para la cesación tabáquica en mujeres se relaciona con causas psicológicas ya que anticipan la aparición de síntomas negativos relacionados, los principales factores psicológicos que se relacionan son el estrés, trastornos afectivos, principalmente la depresión y el control de peso. (56)

3.9.1.2. Etapas de la deshabitación tabáquica

Existen siete fases por las que atraviesan los pacientes al momento de la deshabitación tabáquica, siendo estas:

- Fase de pre contemplación: el paciente se siente satisfecho con su salud y no percibe al tabaco como nocivo para su salud; no desea cambiar de actitud.
- Fase de contemplación: el paciente desea cambiar o dejar de fumar, sin embargo, no se siente preparado, no sabe cómo afrontar el problema. Es un momento ambivalente pero encuentra excusas para no dejar de fumar.

- Fase de preparación: la persona se encuentra lista para dejar de fumar en el próximo mes.
- Fase de acción: dejar de fumar y esta persona va a entrar en un estado de abstinencia. (36)
- Fase de mantenimiento: la persona ha dejado de fumar, puede o no continuar en esta fase; puede tener deseos de fumar ante determinadas circunstancias. Si la persona no presenta de nuevo deseos de fumar, entra en el siguiente estadio.
- Fase de finalización: la persona no presenta más deseos de fumar, y se considera rehabilitado pero esto depende de su entorno y la motivación que presente. Es un ex fumador.
- Fase de recaída: es parte del proceso de cesación de tabaco, la persona puede volver a cualquiera de las fases mencionadas. (53)

3.9.2. Tratamiento farmacológico

A todo fumador que tenga los deseos de dejar de fumar se le debe de ofrecer la opción de tratamiento farmacológico como parte de la intervención, ya que este duplica las posibilidades de éxito para la cesación del tabaco. (53)

Para la elección del fármaco se deben de tener en cuenta los siguientes factores:

- Condición clínica del paciente (comorbilidades y contraindicaciones)
- Experiencias previas del paciente
- Experiencia del profesional

La combinación de una intervención farmacológica y consejería es más efectivo para la cesación tabáquica en los pacientes fumadores; por lo que deben de brindarse ambas en el tratamiento.

Los pacientes con alta dependencia a la nicotina se pueden utilizar terapias combinadas, tales como un reemplazo nicotínico con parche y/o chicle con bupropión. (53)

En el tratamiento farmacológico existen los fármacos de primera línea que se refiere a la Terapia Sustitutiva de Nicotina (TSN), varenicline y el bupropión. Los medicamentos de primera línea son seguros y efectivos para el tratamiento de la adicción del tabaco, y estos han sido aceptados por la Food and Drug Administration (FDA). La TSN se define como la administración de nicotina por una vía diferente a la del consumo de un cigarrillo y en cantidad suficiente como para disminuir los síntomas del síndrome de abstinencia, pero insuficiente para crear dependencia. (10)

De Terapia Sustitutiva de Nicotina se mencionan:

- Chicles: disponibles en presentaciones de 2mg y 4mg. En 15 a 30 minutos se puede alcanzar niveles de nicotina en plasma de 5 y 10 ng/ml. Este tipo de tratamiento tiene una alta tasa de éxito en comparación con placebo y terapia psicológica. (Evidencia A).
- Spray nasal: nicotina disuelta en solución salina isotónica, con un pH neutro, cada dosis es equivalente a 1mg de nicotina, lo cual equivale a 2 puffs. El máximo de dosis por día son 40 puffs se utilizan 8 dosis por día hasta un máximo de 40 dosis al día.
- Parches transdérmicos: constituidos por 3 capas: capa externa, protectora y dura, una capa intermedia que actúa como reservorio de nicotina, y una capa interna que se adhiere a la piel. Al cabo de varios días se consiguen niveles de nicotina en plasma entre los 10 a 23 ng/ml, y el tratamiento es entre 6 y 8 semanas.
- Losange: son caramelos que se disuelven en la boca. Las presentaciones son de 2 y 4mg de nicotina. La duración del tratamiento es de 12 semanas.
- Inhalador bucal: contiene 10 mg de nicotina y 1 mg de mentol, al ser inhalado, se obtiene rápidamente niveles de nicotina en plasma. Pueden usarse junto con el parche de nicotina o solo.

- Comprimidos de nicotina para chupar: contienen 1 mg de nicotina, se pueden administrar un comprimido cada 1.5 a 2 horas. (53)(57)

El bupropión es el primer fármaco no nicotínico, pertenece al grupo de los antidepresivos de segunda generación, y es utilizado como primera línea. Se cree que actúa inhibiendo de forma selectiva la recaptación neuronal de dopamina y noradrenalina, en menor proporción de serotonina, aumentando las concentraciones de éstas en las sinapsis neuronales de los núcleos accumbens y ceruleus. Se metaboliza en el hígado por el citocromo P450, la dosis de dicho medicamento es de 150 a 300mg. Se sugiere iniciar 1 a 2 semanas previas a la cesación. (53)(57)

Otro medicamento de primera línea es el varenicline. Este medicamento es un agonista parcial de los receptores nicotínicos 4 2. Triplica las tasas de cesación. La duración del tratamiento es de 12 semanas hasta 6 meses. Cada dosis debe de ser cada 8 horas. (53)

Los de segunda línea incluyen nortriptilina y clonidina, se deben de utilizar cuando hay múltiples fracasos previos o alguna contraindicación en utilizar los de primera línea.

La nortriptilina se utiliza como tratamiento antidepresivo tricíclico. La dosis recomendada es de 25mg/día por 15 a 20 días y se aumenta la dosis a 75-100mg por días hasta 5 semanas.

La clonidina, antihipertensivo, bloqueador de 2 pre sináptico, actúa sobre el sistema nervioso central y reduce los síntomas de abstinencia. La dosis diaria puede ser de 0.15 a 0.45mg/día con una duración de tratamiento de 3 a 10 semanas. (53)

3.9.3. Tratamiento para la cesación tabáquica en Guatemala

Las terapias farmacológicas para dejar de fumar tampoco están disponibles con facilidad, en la ciudad Capital, se ha encontrado que solo un 23% de farmacias venden terapia farmacológica para la cesación tabáquica. Estas terapias eran promocionadas en menos del 2% de ellas. Estos fármacos se

encontraban disponibles con mayor frecuencia en cadenas de farmacias y no en farmacias comunitarias o independientes.(58)

En un estudio realizado en el año 2011 se encontró que el costo promedio de la terapia más barata encontrada fue de Q 120.00 que es la cantidad equivalente a 2 salarios mínimos diarios. Por esta razón, si alguien quiere dejar de fumar con ayuda farmacológica es difícil encontrarla y cuando la encuentra es muy costosa. (58)

En un estudio sobre servicios preventivos de salud en los hospitales públicos de Guatemala, se reportó que aunque los médicos preguntan al paciente si es fumador activo o si piensan dejar de fumar, no se proporciona la ayuda necesaria y ninguno de los hospitales investigados cuenta con terapias farmacológicas. (59)

3.9.4. Clínicas de cesación tabáquica en Guatemala

En el año 2000 se fundó la Clínica de Salud Estudiantil fue fundada por el Dr. Rodolfo Herrera-Llerandi en la Universidad Francisco Marroquín, sus funciones incluyen brindar terapia de cesación de tabaco a los estudiantes y provee al estudiante de herramientas para desenvolverse dentro de un ambiente Libre de Humo de Tabaco, como terapia con reemplazo de nicotina así como evaluación física completa y referencia a especialistas en caso de ser necesario. (60)

El Ministerio de Salud Pública instaló una clínica para la Cesación del Tabaquismo en el Hospital General San Juan de Dios. El programa consiste en una terapia de grupo durante ocho sesiones, acompañada, si es necesario, de medicamentos sustitutivos de la nicotina.

En el año 2009 la Clínica de Cesación del Tabaco, fue inaugurada por la Liga Guatemalteca del Corazón, con el propósito de reducir el índice de fumadores en el país. Es la única en su tipo en Guatemala ya que es gratuita y cuenta con un equipo multidisciplinario de trabajo que incluye cardiólogo, epidemiólogo, neumólogo y psiquiatra. El proceso para recibir

atención en dicha clínica inicia con el paciente que desee dejar de fumar presentándose a la clínica en la que se le realiza una espirometría, radiografía de tórax y posteriormente evaluación por el neumólogo. Posteriormente se inician terapias grupales gratuitas una vez a la semana durante dos meses.(61)

3.10. Intervenciones colectivas para el control del tabaquismo

3.10.1.Legislación

3.10.1.1. Legislación Internacional

3.10.1.1.1. Protocolo Convenio Marco

El Convenio Marco para el control del tabaco de la OMS es aprobado por ley el 14 de julio de 2005

El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco se llevó a un consenso el día 12 de noviembre del 2012, con el objetivo de eliminar el comercio ilícito de los productos del tabaco según el artículo 15 del Convenio Marco de la OMS.

En el artículo 15 del Convenio Marco de la OMS para el Control de Tabaco se estableció que la eliminación de todas las formas ilícitas de comercio de los productos del tabaco es un componente esencial en el control del tabaco.

Según este Convenio, luego de entrada en vigencia se debe de cumplir un régimen mundial de seguimiento y localización nacional y/o regional en donde se logre un intercambio de información con base en la Secretaría del Convenio.

El Protocolo se abrió a la firma el 10 de enero de 2013 en la Sede de la OMS en Ginebra dando cierre al mismo el 9 de enero de 2014 en la Sede de las Naciones Unidas en Nueva York. (62)

3.10.1.2. Legislación de Guatemala

3.10.1.2.1. Decreto 74-2008

Se decretó la ley de creación de los ambientes libres de humo de tabaco, la cual tiene por objeto establecer ambientes libres de humo de tabaco para la preservación de la salud y protección de la población no fumadora.

Según los artículos se prohíbe fumar o mantener encendido cualquier artículo de tabaco en un lugar público cerrado, lugar de trabajo o en un medio de transporte de uso público.

El incumplimiento de las normas será sancionado con lo siguiente:

- Sanción equivalente a 10 salarios mínimos diarios.
- Al propietario del establecimiento se sancionara con 100 salarios mínimos diarios.
- La segunda infracción para el propietario será el doble de la primera y la tercera el cierre por tres días. (63)

3.10.1.2.2. Acuerdo gubernativo 137-2009

Conforme al decreto 74-2008 se emite el reglamento de La Ley de Creación de los Ambientes libres de humo de tabaco. El cual dispone que los ambientes libres de humo, el aire deba de estar 100 % libre de contaminación, el mismo no debe de percibirse por los sentidos y podrá ser medido con equipo especializado.

Se consideran áreas no prohibidas para fumar:

Aceras, vías, zonas peatonales, arterias principales y secundarias, autopistas, avenidas, calles, diagonales, calzadas, arriates, caminos, vías de terracería, redondeles e intercesiones.

Corresponde al Departamento de Regulación de los Programas de Salud y Ambiente del MSPAS velar por el cumplimiento del reglamento, y desarrollar las acciones siguientes:

- Establecer un proceso de vigilancia a través de monitoreo
- Divulgar sus disposiciones
- Capacitar al personal del sector de salud
- Programar y realizar inspecciones
- Contar con un registro de los establecimientos sujetos a inspección

Los propietarios, gerentes y encargados están obligados a señalar con el símbolo internacional de no fumar que debe ser puesta en todo lugar público cerrado, y deberá colocarse visiblemente en la entrada o accesos a los mismos en baños, corredores y lugares de permanencia de personas. También señalar medios de transportes de servicio público y lugares de trabajo. (8)

3.11. Estudios previos sobre tabaquismo

3.11.1. Estudios previos a nivel mundial

Existen múltiples estudios realizados tanto a nivel mundial como a nivel latinoamericano que resaltan la importancia y el impacto del tabaquismo en la salud pública, los factores que lo predisponen y el impacto en la población en general.

Instituciones 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 en los que argumentan que es muy difícil reducir el problema del tabaquismo en una comunidad sin la participación del personal de salud.(64)

La Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes 2000 – 2010 “Jóvenes y Tabaco en las Américas” (CDC / OPS 2008) reportó que el 48% de los jóvenes encuestados han fumado cigarrillos alguna vez en su vida, de los cuales el 18% consumen actualmente cualquier producto de tabaco.(65)

Los profesionales en salud tienen la responsabilidad de informar las consecuencias del tabaquismo y evitar que incremente el número de fumadores. Algunos estudios han demostrado que los profesionales de la salud hacen caso omiso a dichas advertencias adquiriendo dicho hábito o aumentándolo. (66)

La Encuesta Mundial de Tabaquismo en Profesionales de Salud (CDC/OPS 2008) reportó que la prevalencia actual de fumadores en profesionales es del 22%. El 75% de los encuestados afirmaron que se encuentran expuestos al humo de segunda mano en lugares públicos. (67)

En el año 2004 se realizó el estudio TAMARA en Argentina con el objetivo de investigar la prevalencia de tabaquismo entre médicos argentinos, los factores que favorecen el consumo y su conducta frente a pacientes fumadores. Se encontró que presentan un 30% de prevalencia de fumadores, donde la proporción de mujeres es ligeramente mayor que los hombres; quienes también presentan antecedentes familiares de tabaquismo y criterios de mayor dependencia a la nicotina. Así mismo, se evidenció que los médicos que consumen tabaco son los que desempeñan funciones en áreas de urgencia y especialidades quirúrgicas, y esto puede estar influenciado por la tensión emocional, y horario prolongado. En los médicos ex fumadores se encontró una mayor prevalencia de factores de riesgo vasculares y son ellos quienes brindan mejor plan educacional a sus pacientes. (3)

Se realizó un estudio sobre la incidencia de tabaquismo en la Universidad de Guadalajara, reportando que el 12.7% son fumadores activos y que la edad promedio de inicio del hábito tabáquico fue de 18 años. (66)

3.11.2. Estudios previos en Guatemala

La tesis de Tabaquismo en Médicos de la ciudad capital de Guatemala, realizada en la Universidad San Carlos de Guatemala en el año 1987 demostró que una de las principales causas del consumo de tabaco fue por influencias familiares. De los 367 encuestados, 9% iniciaron a fumar antes de los 20 años de edad, el 80% manifestó que dejaron de fumar por fuerza de voluntad y en un 33% por miedo a enfermarse. Este estudio señaló que el mayor porcentaje de médicos fumadores son de sexo masculino y la principal causa por la que iniciaron a consumir tabaco sin diferencia de sexo fue la influencia de amigos, seguidas por la influencia familiar. Sobre las recomendaciones que hacen los médicos a sus pacientes sobre el tabaquismo, el 94.5% recomienda dejar de fumar a sus pacientes, en comparación con un 5.5% que no lo hacen. (68)

El estudio sobre Tabaquismo y Salud en 1989 en el que se entrevistaron a 764 trabajadores que laboran en turnos matutinos en los Hospitales Departamentales de Amatitlán, Escuintla y Antigua Guatemala, demostró que el 21% eran fumadores, el 20% fueron ex fumadores y el resto 59% son no fumadores. La edad promedio de inicio del hábito fue antes de los 20 años, lo que representa el 47% del total de los entrevistados, de los cuales el 52% son fumadores leves y 7% severos.(69)

Según un estudio comparativo realizado en 1994 en los médicos residentes del último año de postgrado del Hospital General San Juan de Dios, Hospital Roosevelt e Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), evidenció que la mayor prevalencia de consumo de tabaco fue en los médicos del Hospital Roosevelt, seguido por los médicos del Hospital General San Juan de Dios y en tercer lugar, los médicos residentes de IGSS. Las especialidades con mayor incidencia de consumo, reportadas en este estudio son Cirugía general, gineco-obstetricia y traumatología; seguidas de las especialidades no quirúrgicas como Medicina Interna y

Pediatría, siendo el sexo masculino el género con mayor consumo de tabaco reportado. El 82% de los residentes desean discontinuar el consumo de tabaco, sin embargo únicamente el 3% de los residentes que tenían la voluntad de fumar lo logró durante el postgrado. (70)

En el estudio sobre conocimiento y uso de tabaco entre médicos residentes realizado en enero del 2002, se tomó en cuenta a médicos residentes de Medicina Interna, Pediatría, Cirugía y Ginecoobstetricia del Hospital General San Juan de Dios y Hospital Roosevelt.

Se realizó un cuestionario de autollenado sobre conocimiento, actitudes y práctica relacionada al uso de tabaco. Se utilizó una versión modificada de un cuestionario previamente validado sobre tabaquismo que incluyó preguntas sobre consecuencias en la salud por tabaquismo y humo secundario. El estudio incluyó a 174 residentes entre 23 y 37 años de edad. El 18 % de los médicos residentes que completó el cuestionario, era constituido por los fumadores activos, el 35% era ex fumador que había dejado de fumar en los cinco años pasados. El tabaquismo fue más común en los hombres (26% versus 5%), la mayoría eran fumadores leves (media de cigarrillos de 2.5 diarios) y reportaron fumar ocasionalmente, en fiestas o cuando bebían alcohol.(71)Se reportó una media de tiempo de 5.5 horas desde que despiertan al momento en que fuman el primer cigarrillo. El 76% de los encuestados menciona que le gustaría dejar de fumar por razones de salud y preocupación por los efectos dañinos del humo secundario en sus familias, amigos y compañeros de labores. La mitad de los sujetos a estudio viven en casas en donde no está permitido fumar y el 58% tiene un pariente que se opone al tabaquismo. (71)

El 79% de los residentes encuestados reportó que interrogaban a sus pacientes o a los padres de sus pacientes sobre el consumo de tabaco, y únicamente el 56% aconsejaba dejar de hacerlo, sin embargo ninguno prescribió terapia de sustitución de nicotina.(71)Acerca de las medidas para el control de tabaco, el 80% apoya el aumento en el precio del tabaco y el 99% cree que es necesario designar áreas para no fumar. A pesar que las leyes Guatemaltecas prohíben fumar en hospitales, el 40% de los residentes fumadores, fumaron en el hospital.(71)

El 73 % de los médicos residentes considera que el tabaquismo es un problema de salud grave en el país, a pesar que la mayoría reconoce que el tabaquismo es causa de cáncer de pulmón, enfermedad obstructiva crónica, enfisema y bronquitis; pocos reconocen que fumar y la exposición a humo secundario causan enfermedad coronaria.(71)

La prevalencia de tabaquismo entre médicos residentes guatemaltecos es alta en comparación con los países desarrollados. Los médicos residentes guatemaltecos subestiman el uso del tabaco y el humo secundario en enfermedades cardiovasculares y sobrevaloran el cáncer pulmonar. (71)

Para influenciar de manera positiva y ser ejemplo, los médicos deben entender las implicaciones fumar y el humo secundario tienen sobre la salud. Las facultades de medicina deben integrar en sus programas de estudio educación para el control de tabaco, enfatizando el vínculo entre fumar y enfermedad. Así mismo, los médicos deben ser instruidos sobre las opciones de cesación de tabaco e incluir la terapia sustitutiva de nicotina. (71)

Según un estudio de Prevalencia de Tabaquismo y la aceptación de ambientes libres de humo de tabaco entre los estudiantes de medicina en la ciudad de Guatemala, en donde se encontró que el 93% de los participantes se encontraban expuestos a humo de tabaco en espacios abiertos y el 74% en espacios cerrados de la universidad. A su vez se encontró que el 27% de los encuestados es fumador, mientras que el 30% lo constituyen los exfumadores. El 84% de los participantes tiene conocimiento sobre ambientes libres de humo de tabaco en la universidad.(72)

El control de la epidemia del tabaco está limitado en nuestro país por el fácil acceso a productos del tabaco. La mayor parte de las limitaciones es por la venta de los cigarrillos por unidad. Esto perjudica a las personas de escasos recursos, ya que pueden mantener un nivel de consumo bajo, también afecta a fumadores regulares ya que los permite seguir fumando, les hace más difícil a los que quieren dejarlo y propicia a menores de edad a iniciar a fumar. (73)

4. POBLACIÓN Y MÉTODOS

4.1. Tipo y diseño de investigación

Estudio de tipo transversal.

4.2. Unidad de análisis

Información obtenida mediante cuestionario realizado a los médicos residentes de las maestrías en ciencias de Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna, Cirugía y Pediatría.

4.3. Población y muestra

4.3.1. Población

Médicos residentes de primer, segundo, tercer y cuarto año de las maestrías en ciencias de Ginecología y Obstetricia, Cirugía, Medicina Interna y Pediatría de los hospitales escuela de la Universidad de San Carlos de Guatemala: Hospital General San Juan de Dios, Hospital Roosevelt, Hospital Juan José Arévalo Bermejo IGSS, Hospital General de enfermedades IGSS zona 9, Hospital General de Ginecología y Obstetricia IGSS, Hospital Nacional de Cuilapa, Hospital Regional de Escuintla y Hospital Regional de Occidente San Juan de Dios.

4.3.2. Muestra

Se trabajó con la población total.

4.4. Selección de sujetos de estudio

4.4.1. Criterios de inclusión

- Médicos residentes mujeres y hombres de primer, segundo, tercer y/o cuarto año de Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Medicina Interna o Cirugía y que aceptaron voluntariamente participar en el estudio.

4.4.2. Criterios de exclusión

- Jefes de residentes de cada departamento de los hospitales escuela de la Facultad de Ciencias Médicas.

- Médicos que no estuvieron presentes en el hospital durante el período de tiempo autorizado por los departamentos para realizar el trabajo de campo por motivos de trabajo, salidas a estudios con pacientes, prácticas electivas, rotaciones o actividades extra hospitalarias.
- Médicos de 4to año de Ginecología y Obstetricia, Pediatría y Medicina Interna, por encontrarse en Ejercicio Profesional Supervisado (EPS).
- Médicos que fueron suspendidos por enfermedad, embarazo, o vacaciones.
- Médicos residentes sin autorización por parte del departamento para ser parte del estudio.

4.5. Medición de variables

Macro variables	Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Criterios de clasificación
FACTORES DE RIESGO SOCIO-DEMOGRAFICOS	SEXO	Condición orgánica, masculina o femenina. (74)	El dato se obtuvo a través de pregunta directa en el cuestionario.	Cualitativa dicotómica	Nominal	Masculino ~ Femenino ~
	MAESTRÍA EN CIENCIAS	Curso de postgrado en una determinada especialidad científica. (74)	La maestría en ciencias que cursa el médico residente se obtuvo a través de pregunta directa en el cuestionario.	Cualitativa politémica	Nominal	Medicina ~ Interna ~ Cirugía ~ Pediatria ~ Ginecología y Obstetricia

FACTORES DE RIESGO SOCIO-DEMOGRAFICOS	ESTADO CIVIL	Situación personal en que se encuentra o no una persona en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente	Se recolectó a través de pregunta directa en el cuestionario.	Cualitativa politómica	Nominal	~ ~ ~ ~ ~ ~ Casado Soltero Unido Separado Divorciado Soltero por viudez
---------------------------------------	--------------	--	---	------------------------	---------	--

Macro variables	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Criterios de clasificación
FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICOS Y PERSONALES	ANTECEDENTE PADRES FUMADORES	Antecedente de madre y/o padre de médicos residentes que fuman cigarrillos todos los días o algunos días.	Se recolectó a través de pregunta directa en el cuestionario.	Cualitativas dicotómica	Nominal	~ Si ~ No
	ANTECEDENTE DE TRASTORNO PSICOLOGICO	Antecedente de condición mental anormal relacionada con cambios de carácter y emoción.	Se determinó si existe antecedente personal de diagnóstico de algún trastorno psicológico en los médicos residentes.	Cualitativa dicotómica	Nominal	~ Si ~ No
	EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE TABACO	Edad de inicio de consumo de tabaco.	Se determinó a través de pregunta directa en el cuestionario.	Cuantitativa	Razón	~ Años

Macro variables	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Criterios de clasificación
FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICOS Y PERSONALES	DESGASTE LABORAL (<i>Síndrome de Burnout</i>)	Reacción que puede tener el individuo ante exigencias y presiones laborales que no se ajustan a sus conocimientos y capacidades y que ponen a prueba su capacidad para afrontar la situación.	Se determinó según el puntaje del Test de Maslach. Puntuaciones altas en agotamiento emocional y despersonalización, y bajas en falta de realización personal, indican nivel alto; las puntuaciones bajas en agotamiento emocional y despersonalización y elevadas en falta de realización personal, son indicativas de bajo nivel de afectación.	Cualitativa	Ordinal	~ Alto ~ Medio ~ Bajo

Macro variables	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Criterios de clasificación
	VIVIR SOLO	Vivir sin compañía.	Se recolectó a través de pregunta directa en el cuestionario.	Cualitativa dicotómica	Nominal	~ Si ~ No
FACTORES DE RIESGO SOCIALES	CONVIVENCIA CON FUMADORES	Convivir con una o varias personas que fumen cigarrillos todos los días o algunos días.	Se recolectó a través de pregunta directa en el cuestionario.	Cualitativa dicotómica	Nominal	~ Si ~ No

Macro variables	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Criterios de clasificación
FACTORES DE RIESGO AMBIENTALES	EXPOSICIÓN A PUBLICIDAD	Divulgación de noticias o anuncios de carácter comercial para atraer a posibles compradores, espectadores, usuarios, etc.	Se determinó si los médicos han visto publicidad de tabaco en el último mes por medio de pregunta directa en el cuestionario.	Cualitativa dicotómica	Nominal	Si ~ No ~
	LUGARES EN DONDE FUMA	Espacio físico en donde se consume tabaco.	Se recolectó a través de pregunta directa en el cuestionario.	Cualitativa polimica	Nominal	Hogar ~ Lugar de trabajo ~ Lugares de recreación ~ Calles y aceras ~

Macro variables	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Criterios de clasificación
ESTATUS DE FUMADOR	CONSUMO DE TABACO	Médicos residentes fumadores, exfumadores y nunca fumadores con respecto a la población total en estudio.	Se determinó si el médico residente es: Fumador: ha fumado 100 o más cigarrillos en toda su vida y fuma todos los días o algunos días. Ex fumador: fue fumador, sin embargo se ha mantenido en abstinencia al menos por los últimos 6 meses. Nunca fumador: nunca ha fumado o ha fumado menos de 100 cigarrillos en toda su vida.	Cuantitativa polifónica	Razón	~ Fumador ~ Ex fumador ~ Nunca fumador

4.6. Técnicas, procesos e instrumentos utilizados en la recolección de datos

4.6.1. Técnicas de recolección de datos

- Se realizó el Test de Maslach© para evaluar los aspectos del *Síndrome de Burnout* (Anexo 1).
- Se realizó un cuestionario de auto llenado de 11 preguntas cerradas, el cual está dividido en 4 series (Anexo 2).

4.6.2. Procesos

- Se obtuvo aprobación de anteproyecto y protocolo de investigación por parte de la Coordinación de Trabajos de Graduación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.
- Se solicitó autorización a los directores hospitalarios y jefes de los departamentos para realizar el trabajo de campo en cada uno de los departamentos de los hospitales a estudio.
- Al haber obtenido la autorización para iniciar con el trabajo de campo, se coordinó con los jefes de residentes y jefes de servicio de las 4 especialidades a estudio de cada hospital escuela, las fechas, el horario, y el espacio físico para realizar el trabajo de campo durante las clases de posgrado o 20 minutos antes de iniciar la misma.
- Al llegar al espacio físico, en la fecha y la hora asignada, se brindó información a los médicos residentes acerca de la investigación y se presentó el consentimiento informado. (Anexo 3)
- Se realizó la recolección de datos.
- Se ordenaron los cuestionarios según código alfanumérico de cada hospital y maestría en ciencias.

4.6.3. Instrumentos

- El primer instrumento entregado fue el test de Maslach, diseñado para evaluar tres aspectos del *Síndrome de Burnout*: desgaste emocional, despersonalización y falta de realización personal; cada aspecto es dividido en subescalas y se clasifica en bajo, medio y alto, según la puntuación que se dé a cada enunciado de las 22 preguntas que conforman este test, que va de 0 a 6 puntos. Para evaluar el primer aspecto del *Síndrome de Burnout*, que corresponde a agotamiento

emocional se utilizan las preguntas 1,2,3,6,8,13,14,16 y 20; para el aspecto de despersonalización se utilizan las preguntas 5,10,11,15 y 22; y para el último aspecto de realización personal son las preguntas 4,7,9,12,17,18,19 y 21. (Anexo 1)

- El segundo instrumento es el cuestionario presentado en una hoja tamaño carta e identificado con el logo de la Universidad de San Carlos de Guatemala y el logo de la Facultad de Ciencias Médicas. En dicho cuestionario se relacionó con las variables a estudio el cual constaba con un total 11 preguntas cerradas de auto llenado dividido en 4 series, en las cuales se indagan acerca de los siguientes factores de riesgo: sociodemográficos, biológicos y personales, sociales y ambientales. En la serie II se interrogó sobre el estatus de fumador. Cada encuesta presentaba un código de identificación para evitar la duplicación de datos. (Anexo 2)

4.7. Procesamiento y análisis de datos

4.7.1. Procesamiento de datos

Se utilizó el software de análisis EpiInfo 7®, en el que se ingresó la información obtenida de cada boleta. Stata 12.1® se utilizó para estimar la prevalencia de a) los factores de riesgo indicados en los objetivos y b) la prevalencia de fumadores, ex fumadores y nunca fumadores entre los médicos residentes. Además, se utilizó Microsoft Office Excel 2007 para la realización de tablas y gráficas de los resultados obtenidos del software de EpiInfo 7®.

4.7.2. Análisis de datos

Las variables cuantitativas se resumieron a través de la media (o la mediana, si su distribución es asimétrica), y desviación estándar (o cuantiles). Se analizaron tablas de distribución de frecuencias, frecuencia relativa y frecuencia acumulada. Las variables cualitativas o categóricas se analizaron a través de proporciones o tasas y también se utilizaron tablas de distribución de frecuencia. En ambos tipos de variable se utilizaron métodos gráficos para su interpretación.

4.8. Límites de la investigación

4.8.1. Obstáculos

- El departamento de Pediatría del Hospital General San Juan de Dios se negó a participar en el estudio a pesar que el Comité de Investigación aprobó el estudio.
- El Hospital Roosevelt autorizó que los residentes respondieran el cuestionario únicamente durante las clases de posgrado, por lo que los médicos que no asistieron a posgrado durante las fechas autorizadas por los jefes de departamento, no se incluyeron en el estudio.

4.8.2. Alcances

- La presente investigación proporcionó datos de la prevalencia y permitió explorar asociaciones entre diferentes factores de riesgo y consumo de tabaco en médicos residentes de los hospitales escuela posterior al decreto 74-2008 de la Ley de Ambientes Libres de Humo de Tabaco.
- Por ser un diseño de corte transversal, no fue posible establecer definitivamente la secuencia temporal entre exposiciones y efecto.

4.9. Aspectos éticos de la investigación

Esta investigación se clasificó como nivel I (sin riesgo) ya que no se realizó ninguna intervención o modificación con los sujetos a estudio. Se utilizó un cuestionario como instrumento de recolección de datos, en las boletas no se incluyó el nombre del sujeto a estudio y la participación en el estudio fue totalmente voluntaria, se utilizó un consentimiento informado con el que se garantizó el principio de autonomía, el cual consistía de un documento de dos páginas en donde se explicaba a cada participante la investigación y se les hacía la invitación a participar en la misma de forma voluntaria, el cual al aceptar colocaron su nombre, firma y fecha de autorización. (Anexo 3)

Toda la información recolectada se utilizó únicamente con fines estadísticos y científicos para esta investigación y se garantizó la privacidad de los sujetos estudiados. La revisión y supervisión del estudio se realizó por médicos expertos en el tema y catedráticos con experiencia en metodología de la investigación.

5. RESULTADOS

Se presentan los resultados obtenidos durante el trabajo de campo realizado en los hospitales escuela de la Universidad de San Carlos de Guatemala durante el mes de junio, en donde se entregó un cuestionario de autollenado a los médicos residentes de las Maestrías en Ciencias de Medicina Interna, Pediatría, Cirugía, Ginecología y Obstetricia.

El trabajo de campo se realizó en las fechas autorizadas por los jefes de residentes o jefes de departamento en cada hospital. De los 837 residentes que constituían la población total a estudio, se encontró en su lugar de trabajo únicamente al 77% (643 residentes), las razones por las que no se pudo incluir la totalidad de los residentes se debió a que muchos estaban de vacaciones, rotaciones extrahospitalarias, suspendidos por enfermedad, entre otras. Entre los obstáculos en el estudio cabe mencionar que un departamento no autorizó la realización del estudio con los médicos residentes, así como la poca disponibilidad de fechas para realizar el trabajo de campo y horarios limitados por lo que algunos médicos residentes no participaron en la investigación. De los 643 residentes, 583 accedieron a responder el cuestionario. De las 583 encuestas obtenidas se descartaron 14 por respuestas no esperadas o incoherentes, por lo que el análisis incluye los datos de 569 encuestas.

Los resultados se presentaran en el siguiente orden:

- Variables descriptivas
- Factores de riesgo sociodemográficos
- Factores de riesgo biológicos y personales
- Factores de riesgo sociales
- Factores de riesgo ambientales
- Estatus de fumador en médicos residentes

5.1. Variables descriptivas

Cuadro 1
Variables descriptivas de médicos residentes de hospitales escuela,
Guatemala junio-julio 2014.

Guatemala agosto 2014.

Características	Clasificación	TOTAL	
		f	%
Edad	21-22	1	0.18
	23-24	22	3.87
	25-26	152	26.71
	27-28	247	43.41
	29-30	107	18.80
	31-32	27	4.74
	33-34	8	1.40
	35-36	3	0.53
	37-38	2	0.35
	TOTAL	569	100
Sexo	M	305	53.60
	F	264	46.40
	TOTAL	569	100
Año de residencia	I	252	44.29
	II	153	26.89
	III	141	24.78
	IV	24	4.22
	TOTAL	569	100
Maestría en ciencias	Medicina Interna	159	27.94
	Cirugía	137	24.10
	Pediatría	126	22.14
	Ginecología Obstetricia	147	25.83
	TOTAL	569	100
Estado civil	Casado	100	17.57
	Soltero	442	77.68
	Unido	20	3.51
	Separado	3	0.53
	Divorciado	3	0.53
	Soltero por viudez	1	0.18
	TOTAL	569	100

Fuente: Datos obtenidos de la boleta de recolección de datos

5.2 Factores de riesgo sociodemográficos

Cuadro 2
Distribución de factores de riesgo sociodemográficos en médicos residentes según hospital escuela en donde laboran,
Guatemala junio-julio 2014.

Guatemala agosto 2014.

Variable	Criterios de clasificación	HGSJDD		HR		HNC		HGO		HGE		HGJAB		HRO		HRE		TOTAL	
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Sexo	Masculino	85	14.94	72	12.65	34	5.97	10	1.76	41	7.20	3	0.53	35	6.15	25	3.40	305	53.60
	Femenino	34	5.97	64	11.25	20	3.51	17	3	43	7.56	14	2.46	48	8.43	24	4.22	264	46.4
	Subtotal	119	20.91	136	23.90	54	9.49	27	4.74	84	14.76	17	2.99	83	14.59	49	8.61	569	100
Maestría en ciencias	Medicina Interna	61	10.72	29	5.10	11	1.93	0	0	29	5.10	0	0	22	3.87	8	1.40	159	27.94
	Cirugía	28	4.92	33	5.80	17	2.99	0	0	30	5.27	0	0	16	2.81	13	2.28	137	24.10
	Pediatría	0	0	41	7.20	11	1.93	4	0.70	25	4.39	9	1.58	20	3.51	16	2.81	126	22.14
	Ginecología y Obstetricia	30	5.27	33	5.80	15	2.64	23	4.04	0	0	8	1.40	13	2.28	25	4.39	147	25.83
	Subtotal	119	20.91	136	23.90	54	9.49	27	4.74	84	14.76	17	2.99	83	14.59	49	8.61	569	100
Estado civil	Casado	15	2.64	16	2.81	13	2.28	1	0.18	12	2.10	2	0.35	28	4.92	13	2.28	100	17.57
	Soltero	102	17.93	114	20.03	35	6.15	24	4.22	70	12.30	15	2.64	49	8.61	33	5.80	442	77.68
	Unido	1	0.18	4	0.70	6	1.05	0	0	1	0.18	0	0	5	0.88	3	0.53	20	3.51
	Separado	0	0	2	0.35	0	0	1	0.18	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0.53
	Divorciado	0	0	0	0	0	0	1	0.18	1	0.18	0	0	1	0.18	0	0	3	0.53
	Soltero por viudez	1	0.18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.18
Subtotal	119	20.91	136	23.90	54	9.49	27	4.74	84	14.76	17	2.99	83	14.59	49	8.61	569	100	

Fuente: Datos obtenidos de la boleta de recolección de datos.

HGSJDD: Hospital General San Juan de Dios; HR: Hospital Roosevelt; HNC: Hospital Nacional de Cuilapa; HGO: Hospital General de Ginecología y obstetricia IGSS Pamplona; HGE: Hospital General de Enfermedades IGSS Z.9; HGJAB: Hospital General Juan José Arévalo Bermejo IGSS Z. 6; HRO: Hospital Regional de Occidente San Juan de Dios; HRE: Hospital Regional de Escuintla.

5.3 Factores de riesgo biológicos y personales

Cuadro 3
Distribución de factores de riesgo biológicos y personales en médicos residentes según hospital escuela en donde laboran, Guatemala junio-julio 2014.

Guatemala agosto 2014.

Variable	Criterios de clasificación	HGSJDD		HR		HNC		HGO		HGE		HGJJAB		HRO		HRE		TOTAL	
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Antecedente de padres fumadores	Si	50	8.78	44	7.73	22	3.86	11	1.93	30	5.27	6	1.05	25	4.39	18	3.16	206	36.20
	No	69	12.12	92	16.16	32	5.62	16	2.81	54	9.49	11	1.93	58	10.19	31	5.44	363	63.79
	Subtotal	119	20.91	136	23.90	54	9.48	27	4.74	84	14.76	17	2.99	83	14.59	49	8.61	569	100
Antecedente de Trastorno psicológico	Si	18	3.16	15	2.63	6	1.05	3	0.52	6	1.05	3	0.52	7	1.23	3	0.52	61	10.72
	No	101	17.75	121	21.26	48	8.43	24	4.21	78	13.70	14	2.46	76	13.35	46	8.08	508	89.28
	Subtotal	119	20.91	136	23.90	54	9.49	27	4.74	84	14.76	17	2.99	83	14.59	49	8.61	569	100
Edad inicio de consumo*	11 - 12	1	0.72	0	0	1	0.72	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1.44
	13 - 14	3	2.17	2	1.45	3	2.17	0	0	2	1.45	0	0	2	1.45	1	0.72	13	9.35
	15 - 16	7	5.07	3	2.17	7	5.07	0	0	1	0.72	0	0	5	3.62	0	0	23	16.55
	17 - 18	12	8.7	7	5.07	7	5.07	7	5.07	2	1.45	15	10.87	0	0	6	4.35	2	1.45
	19 - 20	4	2.89	6	4.35	4	2.89	4	2.89	2	1.45	2	1.45	1	0.72	2	1.45	23	16.54
	21 - 22	4	2.89	6	4.35	2	1.45	2	1.45	0	0	2	1.45	0	0	1	0.72	0	15
	23 - 24	2	1.45	3	2.17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.72	0	6	4.32
	25 - 26	0	0	2	1.45	0	0	0	0	1	0.72	0	0	0	0	0	0	3	2.88
27 - 28	1	0.72	0	0	1	0.72	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1.44	
Subtotal	34	24.63	29	21.01	25	18.1	5	3.62	22	15.9	1	0.7	17	12.3	5	3.62	138	100	
Desgaste laboral (Sx Burnout)	Alto	81	14.23	26	4.57	9	1.58	4	0.70	10	1.75	2	0.35	7	1.23	2	0.35	141	24.78
	Medio	37	6.50	98	17.2	40	7.03	20	3.51	70	12.3	13	2.28	65	11.42	42	7.38	385	67.66
	Bajo	1	0.17	12	2.10	5	0.87	3	0.52	4	0.70	2	0.35	11	1.93	5	0.87	43	7.55
	Subtotal	119	20.91	136	23.9	54	9.49	27	4.74	84	14.59	17	2.99	83	14.59	49	8.61	569	100

Fuente: Datos obtenidos de la boleta de recolección de datos.

HGSJDD: Hospital General San Juan de Dios; HR: Hospital Roosevelt; HNC: Hospital Nacional de Cuilapa; HGO: Hospital General de Ginecología y obstetricia IGSS Pamplona; HGE: Hospital General de Enfermedades IGSS Z.9; HGJJAB: Hospital General Juan José Arévalo Bermejo IGSS Z. 6; HRO: Hospital Regional de Occidente San Juan de Dios; HRE: Hospital Regional de Escuintla.

Edad de inicio*: solo se toma en cuenta a la población de médicos residentes con estatus fumador.

5.4 Factores de riesgo sociales

Cuadro 4
Distribución de factores de riesgo sociales en médicos residentes según hospital escuela en donde laboran, Guatemala junio-julio 2014.

Guatemala agosto 2014.

Variable	Criterios de clasificación	HGSJDD		HR		HNC		HGO		HGE		HGJJAB		HRO		HRE		TOTAL	
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Vivir solo	Si	14	2.46	9	1.58	6	1.05	1	0.17	4	0.70	0	0	7	1.23	6	1.05	47	8.26
	No	105	18.45	127	22.3	48	8.43	26	4.56	80	14.05	17	2.99	76	13.35	43	7.56	522	91.47
	Subtotal	119	20.91	136	23.9	54	9.49	27	4.74	84	14.76	17	2.99	83	14.59	49	8.61	569	100
Convivencia con fumadores	Si	39	6.85	24	4.21	26	4.56	9	1.58	26	4.56	5	0.87	16	2.81	13	2.28	158	27.77
	No	80	14.05	112	19.7	28	4.92	18	3.16	58	10.2	12	2.12	67	11.77	36	6.32	411	72.23
	Subtotal	119	20.91	136	23.9	54	9.49	27	4.74	84	14.76	17	2.99	83	14.59	49	8.61	569	100

Fuente: Datos obtenidos de la boleta de recolección de datos.

HGSJDD: Hospital General San Juan de Dios; HR: Hospital Roosevelt; HNC: Hospital Nacional de Cuilapa; HGO: Hospital General de Ginecología y Obstetricia IGSS Pamplona; HGE: Hospital General de Enfermedades IGSS Z.9; HGJJAB: Hospital General Juan José Arévalo Bermejo IGSS Z. 6; HRO: Hospital Regional de Occidente San Juan de Dios; HRE: Hospital Regional de Escuintla.

5.5 Factores de riesgo ambientales

Cuadro 5
Distribución de factores de riesgo ambientales en médicos residentes según hospital escuela en donde laboran, Guatemala junio-julio 2014.

Guatemala agosto 2014.

Variable	Criterios de clasificación	HGSJDD		HR		HNC		HGO		HGE		HGJJAB		HRO		HRE		TOTAL	
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Exposición a publicidad	Si	72	12.65	98	17.2	38	6.67	20	3.51	58	10.19	11	1.93	59	10.36	29	5.1	385	67.66
	No	47	8.26	38	6.67	16	2.81	7	1.23	26	4.56	6	1.05	24	4.23	20	3.51	184	32.34
	Subtotal	119	20.91	136	23.9	54	9.49	27	4.74	84	14.76	17	2.99	83	14.59	49	8.61	569	100
Lugares en donde fuma	Hogar	7	3.64	10	5.20	13	6.77	3	1.56	7	3.64	1	0.52	1	0.52	2	1.04	44	22.91
	Lugar de trabajo	15	7.81	6	3.12	11	5.73	0	0	11	5.73	0	0	5	2.60	1	0.52	49	25.52
	Lugar de recreación	11	5.73	9	4.68	5	2.60	0	0	11	5.73	0	0	9	4.68	1	0.52	46	23.95
	Calles y aceras	12	6.25	9	4.68	8	4.16	3	0	11	5.73	0	0	8	4.16	2	1.04	53	27.60
	Subtotal	45	23.43	34	17.7	37	19.3	6	3.12	40	20.83	1	0.52	23	11.98	6	3.12	192	100

Fuente: Datos obtenidos de la boleta de recolección de datos.

HGSJDD: Hospital General San Juan de Dios; HR: Hospital Roosevelt; HNC: Hospital Nacional de Cuilapa; HGO: Hospital General de Ginecología y Obstetricia IGSS Pamplona; HGE: Hospital General de Enfermedades IGSS Z.9; HGJJAB: Hospital General Juan José Arévalo Bermejo IGSS Z. 6; HRO: Hospital Regional de Occidente San Juan de Dios; HRE: Hospital Regional de Escuintla.

5.6 Estatus de fumador en médicos residentes

Cuadro 6
Distribución de estatus de fumador en médicos residentes según hospital escuela en donde laboran,
Guatemala junio-julio 2014.

Guatemala agosto 2014.

Variable	Criterios de clasificación	HGSJDD		HR	HNC		HGO		HGE		HGJJAB		HRO		HRE		TOTAL		
		f	%		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	
Estatus de fumador	Fumador	34	5.97	29	5.09	25	4.39	5	0.87	22	3.86	1	0.17	17	2.98	5	0.87	138	24.25
	Ex fumador	15	2.63	10	1.75	5	0.87	5	0.87	6	1.05	2	0.35	7	1.23	7	1.23	57	10.01
	Nunca fumador	70	12.30	97	17.0	24	4.21	17	2.98	56	9.84	14	2.46	59	10.36	37	6.50	374	65.72
	Subtotal	119	20.91	136	23.9	54	9.49	27	4.74	84	14.76	17	2.99	83	14.59	49	8.61	569	100

Fuente: Datos obtenidos de la boleta de recolección de datos.

HGSJDD: Hospital General San Juan de Dios; HR: Hospital Roosevelt; HNC: Hospital Nacional de Cuilapa; HGO: Hospital General de Ginecología y Obstetricia IGSS Pamplona; HGE: Hospital General de Enfermedades IGSS Z.9; HGJJAB: Hospital General Juan José Arévalo Bermejo IGSS Z. 6; HRO: Hospital Regional de Occidente San Juan de Dios; HRE: Hospital Regional de Escuintla.

6. DISCUSIÓN

En las variables descriptivas se encontró que el 70.12% de la población está en el rango de edad de 25 a 28 años, se encontró a 2 médicos en el rango de edad de 37 y 38 años que equivale al 0.35% de la población. El 53.60% corresponde al sexo masculino. En cuanto al año de residencia en I año se encuentra el 44.29%, en II el 26.89%, en III 24.78%, en IV 4.72%. La maestría en ciencias con mayor población de residentes es Medicina Interna, que constituye el 27.94% de la población con 159 residentes, la segunda es Ginecología y Obstetricia con 147 residentes que corresponde al 25.83%, Cirugía con 137 residentes que equivale al 24.10% y por último Pediatría con 126 residentes 22.14%. El estado civil de los médicos residentes se distribuye: 77.68% solteros, 17.57% casados, 3.51% unidos, 0.53% separados, 0.53% divorciados y 0.35% solteros por viudez. (Ver Cuadro 1)

Entre los factores de riesgo sociodemográficos se encontró que los hospitales con mayor número de residentes del sexomascualino fueron el Hospital General San Juan de Dios y el Hospital Roosevelt, con 14.94% y 12.65% respectivamente. El sexo femenino corresponde al 46.4%, predominando en el Hospital Roosevelt con 11.25%, Hospital Regional de Occidente con 8.43% y el Hospital General de Enfermedades IGSS zona 9 con 7.56% de la población total. (Ver Cuadro 2)

Con respecto al estado civil de los 569 médicos entrevistados se encontró que la mayoría de los médicos residentes son solteros, según un estudio de Salamanca, el estar casado es un factor protector para el tabaquismo. (75) (Ver Cuadro 2)

Respecto a las maestrías en ciencias encontramos que las maestrías quirúrgicas comprenden de un 25.83% para Ginecología y Obstetricia y el 24.10% que corresponde a Cirugía. Según estudios relacionados los médicos que consumen tabaco son los que desempeñan funciones en áreas de urgencia y especialidades quirúrgicas, esto puede estar influenciado por la tensión emocional y horario prolongado. (3)

Entre los factores de riesgo biológicos y personales encontrados, el 36.20% de los médicos residentes encuestados presenta antecedente de padres fumadores (Ver Cuadro 3). Se ha reportado que éste es un factor de riesgo para el consumo de tabaco, para una edad de inicio prematura y cronicidad de consumo de tabaco en los jóvenes. Según el estudio de consumo de tabaco en los médicos residentes de Pediatría en Argentina realizado en el año 2011, se evidenció que el consumo de tabaco en el hogar es de gran relevancia, principalmente si la persona fumadora es la madre. (33)

El 10.72% de los médicos residentes refirió tener historia de diagnóstico de ansiedad, hiperactividad o déficit de atención. (Ver Cuadro 3) Numerosos estudios han determinado una asociación positiva entre el consumo de tabaco y una patología psiquiátrica o psicológica. (37) En el estudio de Tabaquismo y salud mental de la Revista de Chile se describió una prevalencia de patologías psiquiátricas entre los fumadores de 29.2%. (37) A pesar que los datos presentados son de una comunidad de Chile, cabe resaltar la importancia de brindar a los médicos terapia psicológica y apoyar mayormente a los que presentan este antecedente, ya que podría predisponerlos al consumo de tabaco. Este

comportamiento es causado por la relación significativa que existe entre los trastornos mentales y las conductas adictivas como el uso de tabaco, por ejemplo los trastornos depresivos ya que la nicotina produce un efecto estimulante a nivel del sistema nervioso central liberando dopamina produciendo placer y alegría, aumentando el estado de alerta por episodios.(22)(23)

En relación con la edad de inicio de consumo de tabaco, se observa una mayor incidencia en el grupo de 17 y 18 años ya que el 36.7% de los médicos fumadores refieren esta como su edad de inicio. A partir de los 23 años se observa un notable descenso en el inicio de tabaquismo. (Ver Cuadro 3) Estos resultados concuerdan con lo encontrado en otros estudios. Según el estudio de Tabaquismo y Salud realizado en 1989, los médicos iniciaron a fumar antes de los 20 años.(69)Se observó que el inicio del consumo de tabaco es durante la adolescencia y no se encuentra relacionado con el inicio de la residencia. La edad en la que las personas inician con el consumo de tabaco es importante pues se sabe que las personas que se abstienen de consumir tabaco en su adolescencia tienen menor riesgo de ser fumadores en la edad adulta.(27) (26)

Por medio del test de Maslach se evaluó el nivel de desgaste laboral en los médicos residentes. Dicho test evalúa los aspectos de desgaste emocional, despersonalización y realización personal. Los resultados se clasifican en bajo, medio y alto, siendo el nivel alto el que define desgaste laboral (*Síndrome Burnout*). (38) Este aspecto es importante de mencionar en la presente investigación ya que se ha observado que altos niveles de estrés y desgaste se encuentran relacionados con el inicio y aumento de consumo de tabaco. Se encontró que el 24.78% de los médicos residentes presentaron desgaste laboral alto; el hospital con mayor número de médicos residentes que presentó nivel de desgaste laboral alto es el Hospital General San Juan de Dios, con un 14.23%. Únicamente el 7.55% del total presentó un nivel de desgaste laboral bajo, siendo el Hospital Roosevelt el que más presentó este nivel con un 2.10%, el 67.66% presentó nivel medio de desgaste laboral, conformando así a la mayoría de la población. (Ver Cuadro 3) Este nivel de desgaste laboral se encuentra relacionado con insomnio, déficit de atención y tendencia a la automedicación según estudios realizados con anterioridad. (38)

Los factores de riesgo sociales investigados fueron si los médicos residentes vivían solos y si convivían con fumadores. De los 569 médicos encuestados, el 8.26% afirmó vivir solo. (Ver Cuadro 4) En un estudio realizado en Buenos Aires, Argentina en el año 2011, se concluyó que vivir solo era un factor de riesgo y se encontró que los que vivían acompañados fumaban menos que aquellos que vivían solos.(23)Así mismo, los estudios de la European Atherosclerosis Society demuestran que vivir solo es factor de riesgo no solo para tabaquismo sino también para patologías mentales y enfermedades crónicas no transmisibles como dislipidemia, insuficiencia renal, obesidad. (45)

Se encontró que el 27.77% de los médicos residentes encuestados convive con fumadores (Ver Cuadro 4). Estudios demuestran que habitar o convivir con personas fumadoras influye negativamente. En el estudio realizado en médicos residentes de Pediatría en Argentina, se demostró que convivir con fumadores es un factor de riesgo para fumar en dichos médicos.(33)

De los factores de riesgo ambientales, se observa que el 67.66% de los médicos encuestados afirma haber observado publicidad en el último mes, mientras que únicamente el 32.34% refiere no haberlo hecho. (Ver cuadro 5) La importancia que la publicidad ha alcanzado es considerable, ya que a través de ella se generan modelos de comportamiento. Las tabacaleras se valen de investigaciones sociales para conocer la cultura popular y las aspiraciones psicosociales incorporando estos conocimientos a la promoción y búsqueda de nuevos mercados, por lo que se puede concluir que el 67.66% de los encuestados previamente descritos se encuentran en mayor riesgo de ser influenciados hacia el consumo de tabaco, ya sea continuar el vicio ya existente o iniciarlo. (25)

Dentro del grupo de médicos residentes fumadores se preguntó a los mismos acerca de los espacios en los que fuman, se brindaron cuatro opciones: en el hogar, en el lugar de trabajo, en lugares de recreación y en calles y aceras. Se encontraron diferencias mínimas entre los mismos, el 22.91% lo hace en el hogar, 25.52% en el lugar de trabajo, 27.6% en calles y aceras y 23.95% en lugares de recreación. Cabe resaltar que algunos entrevistados respondieron dos o más de las opciones anteriores. (Ver cuadro 5) Esto es de particular importancia ya que la prohibición de tabaquismo en los establecimientos de salud es absoluta y se puede concluir que no se cumple la ley.

En estatus de fumador se encontró que el 24.25% de los médicos entrevistados son fumadores (ver Cuadro 5), lo cual es superior a lo obtenido en la encuesta realizada en el año 2003 por la Asociación Nacional Contra el Tabaco, que fue de 20.4%. (9) El 10.01 % son ex fumadores y el 65.72% nunca fumadores. (Ver Cuadro 6)

7. CONCLUSIONES

- 7.1. Los factores de riesgo sociodemográficos identificados en los médicos residentes fueron sexo masculino y estado civil soltero.
- 7.2. La mayoría de médicos residentes no refirió tener antecedente de padres fumadores, no tiene antecedente de trastorno psicológico, la edad de inicio de consumo de tabaco en los médicos residentes fumadores fue entre los 17 y 18 años y presentan nivel de desgaste laboral medio.
- 7.3. La mayoría de médicos residentes no viven solos ni conviven con fumadores.
- 7.4. La exposición a publicidad de tabaco se identificó como factor de riesgo ambiental en los médicos residentes. No existe diferencia de consumo entre los diferentes lugares en donde los médicos residentes fuman.
- 7.5. El estatus de fumador más frecuente entre los médicos residentes de las diferentes maestrías en ciencias es nunca fumador (65.72%).

8. RECOMENDACIONES

A los hospitales escuela y coordinadores de programas de maestrías en ciencias

- 8.1.** Establecer planes y estrategias para promover estilos de vida saludable en los residentes, especialmente prevención para los no fumadores y ex fumadores y cese del tabaquismo para actuales fumadores.
- 8.2.** Planificar talleres que proporcionen estrategias de afrontamiento del cansancio físico, mental y emocional, enfocados en las necesidades de las diferentes especialidades médicas, tomando en cuenta factores como demanda, tipo de población atendida, recurso humano, insumos, etc.
- 8.3.** Aumentar la cobertura de las clínicas de cesación ya que se observa aumento en el consumo de tabaco por el sexo femenino.

Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

- 8.4.** Restringir en su totalidad la publicidad del tabaco, ya que la exposición a esta es un factor de riesgo para el inicio y cronicidad del consumo de tabaco.
- 8.5.** Aumentar la severidad de los reglamentos en relación al consumo de tabaco en los hospitales ya que por decreto nacional está totalmente prohibido.
- 8.6.** Realizar campañas masivas en adolescentes comprendidos entre los 15 y 20 años de edad, ya que la edad de inicio en el tabaquismo está en este rango de edad.

A la Universidad de San Carlos de Guatemala y Facultad de Ciencias Médicas

- 8.7.** Repetir el estudio dentro de 5 años para hacer una comparación entre los factores predisponentes y además medir las tendencias del consumo de tabaco y poder hacer predicciones.
- 8.8.** Hacer cumplir el Decreto 74-2008 en el campus y facultades tomando las medidas y sanciones necesarias, ya que como centro de educación debemos de ser ejemplo.
- 8.9.** Promover entre los estudiantes de todas las facultades, programas que incentiven estilos de vida saludables como parte de la prevención integral de las enfermedades crónico degenerativas.
- 8.10.** Realizar campañas de promoción de salud y tabaquismo en población a nivel diversificado y universitario debido a que el consumo de tabaco provoca una conducta adictiva y es más fácil prevenir su inicio que lograr su abandono.

9. APORTES

- 9.1.** Esta investigación proporciona datos sobre la situación actual de tabaquismo en médicos residentes y sus factores de riesgo, a diferencia de trabajos anteriores, en este la muestra es mucho más grande y por lo mismo se podrá utilizar como una mejor referencia en un futuro para seguir investigando en este campo ya que el mismo es muy amplio.
- 9.2.** Entrega de un informe final a cada hospital escuela que formó parte de esta investigación para su discusión y así generar acciones.
- 9.3.** Realización de un artículo científico presentado en revistas médicas para su publicación, con el fin de generar interés en este tema y seguir investigando acerca del mismo.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Araya MV, Leal F, Huerta P, Fernández N, Fernández G, Millones JP. Consumo de tabaco y uso del consejo médico estructurado como estrategia preventiva del tabaquismo en médicos chilenos. *Rev Méd Chile*.2012; 140 (3): 347–352.
2. Pardell H, Saltó E, Salleras L. Manual de diagnóstico y tratamiento del tabaquismo. [en línea]. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 1996. [citado 15 Mar 2014]. Disponible en: http://books.google.com.gt/books?id=ulZTyoPftoUC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
3. Zylbersztejn HM, Cardone A, Vainstein N, Mulassi A, Calderon JG, Blanco P, et al. Tabaquismo en médicos de la república Argentina: Estudio TAMARA. *Rev Argent Cardiol*. 2007; 75(2): 109–116.
4. Organización Mundial de la Salud. Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo: hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio del tabaco.[en línea] Ginebra:OMS; 2013 [citado 12 Mar 2014]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85382/1/WHO_NMH_PND_13.2_spa.pdf
5. National Center for Biotechnology Information [en línea]. Gotemburgo, Suecia: NCBI; 1988 [citado 12 Mar 2014]. Coronary heart disease: epidemiology of smoking and intervention studies of smoking. [aprox. 2 pant.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3336993>
6. Shafey O, Eriksen M, Ross H, Mackay J. El atlas del tabaco. [en línea] 3 ed. Atlanta, Georgia: BookHouse Group INC; 2009 [citado 13 Mar 2014]. Disponible en: <http://coalicioncmct.files.wordpress.com/2010/07/atlas-del-tabaco.pdf>
7. Barceló A, Greg E, Perez Flores E, Wong R, Gerzoff R, Cafiero E, et al. Encuesta de diabetes, hipertensión y factores de riesgo de enfermedades crónicas: Belice, San José, San Salvador (Santa Tecla), Ciudad de Guatemala (Villa Nueva), Manangua y Tegucigalpa. [en línea]. Washington, D.C.: OPS; 2010 [citado 10 Mar 2014]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=16709&Itemid=
8. Guatemala. Congreso de la República de Guatemala. Ley de creación de los ambientes libres de humo de tabaco: Decreto Número 74-2008. [en línea].Guatemala: Congreso de la Republica de Guatemala; 2008. [citado 8 Mar 2014]. Disponible en: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Ley%20de%20Creaci%C3%B3n%20de%20los%20Ambientes%20Libres%20de%20Humo%20de%20Tabaco.pdf>
9. Recinos Fernández SA. Efectos del acuerdo No. 469-2003 sobre el “Tabaquismo” en la población universitaria de la USAC. [en línea] [tesis Profesorado de Enseñanza Media] Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Escuela

- de Formacion de Profesores de Enseñanza Media; 2006. [citado 10 Mar 2014]. Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/29/29_0004.pdf
10. Soto Campos JG. Manual de diagnóstico y terapéutica en neumología: desabituación tabaquica [en línea] Madrid: ERGON; 2005 [citado 10 Mar 2014] Disponible en: <http://www.neumosur.net/files/EB03-00%20autores,%20prologo%20e%20indice.pdf>
 11. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre control del tabaco para la Región de las Américas. [en línea] Washington, DC: OPS; 2013 [citado 13 Mar 2014] Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=23415&Itemid
 12. Pérez Trullén A, Clemente Jiménez ML, Marrón Tundidor R. La intervención antitabáquica del médico en la escuela: dilema entre voluntariado versus gabinete técnico. Prev Tab [en línea] 2001 [citado 11 Mar 2014]; 3(2): 86–93. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd37/pt32p86.pdf>
 13. Di Carlo EE, Goja Bruzzone B, Blanco Marquizo A, González J. Uruguay libre de humo de tabaco...y después?: El equipo de salud y las políticas de control del tabaco. [en línea] 2 ed. Montevideo: cardiosalud.org 2007. [citado 12 Mar 2014]. Disponible en: http://www.cardiosalud.org/files/documents/chscv_uruguay_libre_humo.pdf
 14. Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas, [en línea] Guatemala: USAC 2011 [citado 03 Abr 2014]. Historia [aprox. 2 pant.]. Disponible en: <http://postgradomedicinausac.com/historia.php>
 15. Hospital General San Juan de Dios Guatemala, Centroamérica [en línea] Guatemala: HGSJD; 2014 [citado 03 Abr 2014]. Nuestra Historia [aprox. 2 pant.]. Disponible en: <http://www.hospitalsanjuandediosguatemala.com/>
 16. Hospital Roosevelt Guatemala [en línea] Guatemala: HR; 2012 [citado 03 Abr 2014]. Historia [aprox. 4 pant.]. Disponible en: <http://hospitalroosevelt.gob.gt/HR2>
 17. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Listado de unidades del área metropolitana y departamental [en línea] Guatemala: IGSS; 2014 [citado 03 Abr 2014]. [aprox. 4 pant.]. Disponible en: http://www.igssgt.org/servicios_medicos/unidades_del_instituto_ver2.pdf
 18. Hospital Nacional de Escuintla [en línea]. Guatemala: El Hospital; 2014. [citado 3 Abr 2014]. Historia [aprox. 4 pant.]. Disponible en: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://www.hospitalescuintla.gob.gt/&strip=1>
 19. Center for Disease Control and Prevention. Smoking status [en línea]. Atlanta, GA: CDC; 2013. [actualizado 6 Feb 2013; citado 10 feb 2014]. Health topic data guide [aprox. 3 pant.]. Disponible en: <http://dhds.cdc.gov/guides/healthtopics/indicator?i=smokingstatus>

20. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las Personas. Programa Nacional de enfermedades Crónicas no Transmisibles. Guía clínica para la cesación del tabaquismo. Guatemala: MSPAS; 2012.
21. Centro Landivar para el Control de Tabaco. Guatemala libre de tabaco. Componentes del tabaco [en línea]. Guatemala: Centro Landivar para el Control de Tabaco; 2014 [citado 19 Mar 2014]. Disponible en: http://www.url.edu.gt/otros_sitios/noTabaco/01-01comp.htm
22. Arnedillo JJ, Moreno JJ, Herreo FJ. Tabaquismo: programa para dejar de fumar. 2 ed. Madrid: Ediciones Diaz de Santos; 2002.
23. Espinosa MT, Moreno DD, Pérez AM. Causas y consecuencias del tabaquismo. J S en la RED [en línea] 2010 [citado 15 Mar 2014]; 1(2): 2-5. Disponible en: http://www.justosierra.com/revista_jeroglifos/pdf/Tabaquismo.pdf
24. Jakszyn P. Nitrosaminas y riesgo de cáncer gástrico. [en línea][tesis Doctoral] Barcelona: Universidad Pompeu Fabra, Departamento de Ciencia Experimentales y de la Salud; 2006. [citado 15 Mar 2014]. Disponible en: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/7167/tj.pdf?sequence=1>
25. Gobierno de España. Direccion General de Salud Pública. Calidad e Innovacion. Cigarrillo electrónico: situación actual, evidencia disponible y regulación. [en línea]. España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013. [citado 19 Mar 2014]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/tabaco/docs/InformeCigarrilloelectronicosCISNS.pdf>
26. Saloma AM. Tres historias en torno al la industria del tabaco: España, Mexico y Cuba. De la manufactura artesanal a la maquinizacion. Rev Cuicuilco [en línea] 2003 [citado el 19 Mar 2014]; 10 (29): 1-17. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/351/35102906.pdf>
27. Alba LH. Salud de la adolescencia en Colombia: bases para una medicion de prevencion. Rev Universitas Médica [en línea] 2010 [citado 19 Mar 2014]: 51 (1): 29-42. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2310/231018676001.pdf>
28. Ministerio de Salud Republica de Argentina. Consumo de tabaco durante el embarazo [en línea]. Buenos Aires: MSAL; [200?] [citado el 3 Mar 2014]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/tabaco/index.php/informacion-para-ciudadanos/consumo-de-tabaco-durante-el-embarazo>
29. American Cancer Society. El hábito de fumar cigarrillos [en línea]. Atlanta: ACS 2014 [citado 3 Mar 2014]. Disponible en: <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002966-pdf.pdf>
30. Centers for Disease Control and Prevention. Annual smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and economic costs-United States, 1995-1999. MMWR [en línea] 2002 [citado 3 Mar 2014]; 51 (14): 300-3. Disponible en: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5114a2.htm>

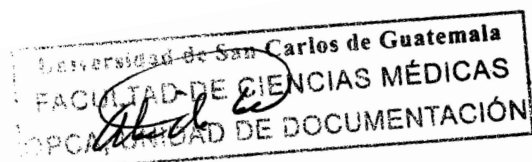
31. Infodrogas. [en línea]. Provincia La Rioja, Argentina: infodrogra.org; 2014 [citado 3 Mar 2014]. Tabaco. [aprox. 5 pant.] Disponible en: <http://infodrogas.org/infodrogas/tabaco?start=1>
32. Nerin I. Los médicos y el tabaco: un problema sin resolver. Prev Tab [en línea] 2002 [citado 15 Mar 2014]; 4(2): 62-64. Disponible en: <http://www.uata.org.ar/images/publicaciones/ambiental/editorial3.pdf>
33. Gigliotti E, Ferrero F, Castaños C, Blengini MT, Duran P. Consumo de tabaco en médicos residentes de Pediatría en la Argentina: prevalencia actual y tendencia en los últimos diez años. Rev Arch Argent Pediatr [en línea] 2013 [citado 10 Mar 2014]; 111 (4): 315-321. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v111n4/v111n4a10.pdf>
34. Grimshaw G, Stanton A. Tobacco cessation interventions for young people. Cochrane Database of Systematic Review [en línea] 2010 [citado 10 Mar 2014]; (4): 1-5. Disponible en: <http://www.thecochranelibrary.com/userfiles/ccoch/file/World%20No%20Tobacco%20Day/CD003289.pdf>
35. Blanco ML, Cifuentes T, Rodríguez C, Suárez C. Factores que influyen en el consumo de tabaco. [en línea] [tesis Psicología] Cundinamarca, Colombia: Universidad de La Sabana, Facultad de Psicología; 2009. [citado 12 Mar 2014] Disponible en: <http://intellectum.unisabana.edu.co:8080/jspui/bitstream/10818/2600/1/121974.pdf>
36. National Center for Biotechnology Information [en línea]. Menlo Park, California: 1999 [citado 9 Mar 2014] Multiple risk factors for the Initiation of smoking: the public health imperative for multi-disciplinary genetic epidemiological investigations of nicotine addiction. [aprox 2 pant.] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11768190>
37. Rojas G, Gaete J, Gonzáles I, Ortega M, Figueroa A, Fritsh R, et al. Tabaquismo y salud mental. Rev Méd Chile [en línea] 2003 [citado 9 Mar 2014]; 131(8): 873-880. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v131n8/art06.pdf>
38. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach burnout inventory manual. 3ed. Menlo Park: Mind Garden; 1996.
39. Llana Álvarez FJ. Ergonomía y psicología aplicada: manual para la formación del especialista. [en línea]. 12 ed. España: Lex Nova; 2009 [citado 25 Mar 2014]. Disponible en: <http://books.google.com.gt/books?id=BnCtJjxWTL0C&pg=PA520&dq=maslach+burnout+inventory+manual&hl=es-419&sa=X&ei=TFCSU9WCJemhsASyi4HoAw&ved=0CCoQ6AEwAA#v=onepage&q=maslach%20burnout%20inventory%20manual&f=false>
40. Moreno C, Laniado-Laborin R, Sallis JF, Elder JP, Moor C, Castro FG, et al. Parental influences to smoke in latino youth. Prev Med. [en línea] 1994 [citado 10 Mar 2014]; 23 (1) 48-53. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8016032>

41. Mermelstein R. Ethnicity, gender and risk factors for smoking initiation: an overview. *Nicotine Tob Res.* 1999; 1 Suppl 2: 39-43
42. Chavez Domínguez RC, López Antuñano FF, Regalado Pineda J, Espinosa Martínez M. Consumo de tabaco, una enfermedad social. *Rev Inst Nal Enf Resp Mex [en línea]* 2004 [citado 15 Mar 2014]; 17 (3): 204-214. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/iner/in-2004/in043g.pdf>
43. Ingles CJ, Delgado B, Bautista R, Torregrosa MS, Espada JP, García Fernández JM, et al. Factores psicosociales relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes españoles. *Int J Clin Health Psychol [en línea]* 2007 [citado 14 Mar 2014]; 7(2): 403-420. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/337/33717060010.pdf>
44. Visión San Luis Asociación Civil. Tabaquismo. [en línea] Mexico: Visión San Luis; [200?] [citado 2014 Marzo 4] Disponible en: <http://www.visionsanluis.com/docas/Tabaquismo.pdf>
45. The European Atherosclerosis Society. Living alone: another downside? [en línea]. Goteborg, Sweden: EAS Academy; 2012 [citado 30 Jun 2014]. Disponible en: www.eas-society.org/04-2012-living-alone---another---downside.aspx?twCampaignId=758&twlink=2&twemail=%20xpinto@csb.scs.es#
46. Organización Panamericana de la Salud. La función de los profesionales de la salud en el control del tabaco. [en línea] Washington, D.C.: OPS; 2004 [citado 9 Mar 2014]. Disponible en: http://www.asat.org.ar/images/control_tobacco3.pdf
47. Organización Mundial de la Salud [en línea]. Ginebra: OMS; 2004 [citado 18 Mar 2014]. La Organización Mundial de la Salud afirma que el tabaco es malo para toda la economía. [aprox. 6 pant.]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr36/es/>
48. Cheryl P. The tobacco industry and underage youth smoking: tobacco industry documents from the Minnesota litigation. *Arch Pediatr Adolesc Med [en línea]* 1999 [citado 8 Mar 2014]; 153: 935-941. Disponible en: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/poa8441.pdf>
49. Gilpin EA, Pierce JP. Trends in adolescent smoking initiation in the United States: is Tobacco Marketing an Influence?. *Tob Contr [en línea]* 1997 [citado 8 Mar 2014]; 6: 122-127. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1759547/pdf/v006p00122.pdf>
50. Sarría-Santander A, Cortés-Blanco M, Elder J. Análisis de la campaña publicitaria de la marca de tabaco Fortuna durante el bienio 1999-2000. *Rev Esp Salud Pública [en línea]* 2001 [citado 6 Mar 2014]; 75 (2): 107-114. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v75n2/v75n2a03.pdf>
51. Montes J, Álvarez ML. Tabaco y medios de comunicación escritos en España: una atracción fatal. *Gac Sanit [en línea]* 2006 [citado 9 Mar 2014]; 20(1): 59-62. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/gsv20n1/original_breve1.pdf

52. Álvarez Requejo A. La investigación sobre tabaquismo en España. Rev Esp Salud Pública [en línea] 1999 [citado 8 Mar 2014]; 73 (3): 329-332. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/resp/v73n3/editorial.pdf>
53. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Ministerio de Salud. Guía para el tratamiento del tabaquismo basada en la evidencia. [en línea] Buenos Aires: El Ministerio; 2010. [citado 8 Mar 2014]. Disponible en: http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/salud/programas/tabaco/archivos/guia_tratamiento_tabaquismo.pdf
54. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmaceuticos. Tabaquismo y deshabituación tabaquica. [en línea] Madrid: cofpo.org; 2008 [citado 8 Mar 2014]. Disponible en: http://cofpo.org/tl_files/Docus/Puntos%20Farmacologicos%20CGCOG/20100226-TABAQUISMO%20Y%20DESHABITUACION%20TABAQUICA.pdf
55. Encuesta mundial de profesionales de la salud: el uso de tabaco en estudiantes de tercer año de medicina, enfermería y farmacia, Peru 2006. [en línea]. Lima: CEDRO; 2007. [citado 9 Mar 2014]. Disponible en: <http://www.bvcedro.org.pe/bitstream/123456789/314/1/4483-DR-CEDRO.pdf>
56. Higes Martínez E B, Ramos Pinedo Á. Diferencias de género en el abandono del tabaco. Prev Tab [en línea] 2013 [citado 15 Mar 2014]; 15 (3): 114-120. Disponible en: http://issuu.com/separ/docs/revista_prevencion_del_tabaquismo__/22
57. March M, Travé P, Via M, Fuentes M, Badia J. Servicio farmacéutico de deshabituación tabáquica. Barcelona: Universidad de Barcelona; 2010
58. Tobacco Control [en línea]. Guatemala: Tobaccocontrol.bmj.com; 2011 [citado 16 Mar 2014]. Smoking cessation medications and cigarettes in Guatemala pharmacies [aprox. 2 pant.]. Disponible en: <http://tobaccocontrol.bmj.com/content/early/2011/06/29/tc.2011.044040.abstract?petoc>
59. Abdullah AS, Stillman FA, Yang L, Luo H, Zhang Z, Samet JM. Tobacco use and moking cessation practices among physicians in developing countries: a literature review (1987- 2010). Int J. Environ Res Public Health [en línea] 2014 [citado 6 Mar 2014]; 11: 429-455. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3924453/pdf/ijerph-11-00429.pdf>
60. Universidad Francisco Marroquin. Medicina [en línea]. Guatemala: UFM; 2008 [citado 19 Mar 2014]. Salud Estudiantil [aprox. 5 pant.]. Disponible en: http://medicina.ufm.edu/index.php/Salud_estudiantil
61. Bobadilla O. Cíinica de cesación del tabaco. Nuestro Diario, 22 May 2009; Actualidad Nacional: 49.
62. Organización Mundial de la Salud. Protocolo para la eliminacion del comerecion llicito de productos del tabaco. [en línea] Ginebra: OMS; 2013 [citado 13 Mar 2014]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/80881/1/9789243505244_spa.pdf

63. Guatemala. Congreso de la República. Código de salud. Decreto Numero 74-2008. Ley de creación de los ambientes libres de humo de tabaco. Guatemala : El Congreso; 2008.
64. Arevalo JM, Baquedano FJ. Prevalencia del tabaquismo en los trabajadores de un hospital. Rev Esp Salud Pública [en línea] 1997 Sep-Oct [citado 9 Mar 2014]; 71(5): 451-462. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v71n5/tabaquismo.pdf>
65. Organización Panamericana de la Salud. Jóvenes y tabaco en las Américas: resultados de la encuesta mundial de tabaquismo en jóvenes 2000-2010. [en línea] Washington, D.C.: OPS; 2010 [citado 9 Mar 2014]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=24893&Itemid=
66. Calleros-Camarena AI, Arias-González NP, Arenas-Lugo JA, Sánchez-Casillas JC. Tabaquismo en estudiantes de medicina: prevalencia y conocimiento de sus consecuencias. Rev Méd MD [en línea] 2013 [citado 8 Mar 2014]; 4(3): 171-173. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmed/md-2013/md133f.pdf>
67. OPS, OMS. Encuesta mundial de tabaquismo en profesionales de la salud. [en línea]. Chile: OPS; 2008. [citado 19 Mar 2014]. Disponible en: <http://epi.minsal.cl/epi/html/invest/InformeFinalEMTESChile2008.pdf>
68. Hernández Saenz ME. Tabaquismo en médicos de la ciudad capital de Guatemala: Estudio descriptivo sobre la frecuencia y características principales relacionadas con el tabaquismo, en 367 médicos de la ciudad de Guatemala, realizado en los meses de abril y mayo de 1987.[tesis Médico y Cirujano]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 1987.
69. Castro Martínez SR. Tabaquismo y Salud: estudio transversal descriptivo en personal de salud pública que labora en turno matutino en los hospitales departamentales de Amatitlán, Escuintla y Antigua Guatemala, [tesis Médico y Cirujano]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 1989.
70. Zeceña. D. Tabaquismo, alcoholismo, obesidad y condición física en médicos residentes. [tesis de Maestría]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 1994.
71. Barnoya J, Glantz S. Knowledge and use of tobacco among Guatemalan Physicians. Can Caus & Cont. 2002 Nov; 13(9): 879-881.
72. Kajana K, Barnoya J. Smoking prevalence and acceptance of smoke-free environments among medical students in Guatemala City, 2006. 1st. Society of Research on Nicotine and Tobacco Latin American meeting. Rio de Janeiro, Brazil; 2007. [S.l.:s.n.]
73. Monzon JC, Arévalo R, Barnoya J. Tabaquismo en Guatemala: situación actual. Rev Gua Card [en línea] 2014 Mar [citado 8 Mar 2014]; 24 (1). Disponible en: <http://revista.agcardio.org/wp-content/uploads/2014/02/Tabaquismo-en-Guatemala-Situaci%C3%B3n-Actual.pdf>

74. Real Academia Española.[en línea] España: RAE; 2014. [citado 22 mayo 2014]. Disponible en:<http://www.rae.es/>
75. Hernández MA, García MJ, Calvo A, García MJ, Rodríguez M, Torrecilla M. Encuesta de prevalencia y actitudes ante el tabaquismo de los trabajadores del Ayuntamiento de Salamanca. Prev Tab [en línea]. 2001 [citado 20 Jul 2014]; 3 (2): 64-69. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd37/pt32p64.pdf>



11. ANEXOS



ANEXO 1 TEST DE MASLACH



Instrucciones: Este test se utilizará para evaluar la presencia de estrés laboral, señale la frecuencia en que suceden los siguientes enunciados de acuerdo a la siguiente numeración:

- | | |
|--|------------------------------------|
| 0 = NUNCA | 4 = UNA VEZ A LA SEMANA |
| 1 = POCAS VECES AL AÑO O MENOS | 5 = POCAS VECES A LA SEMANA |
| 2 = UNA VEZ AL MES O MENOS | 6 = TODOS LOS DÍAS |
| 3 = UNAS POCAS VECES AL AÑO O MENOS | |

ENUNCIADO	RESPUESTA
1. Me siento defraudado en mi trabajo.	
2. Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado.	
3. Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento agotado.	
4. Siento que puedo entender fácilmente a las personas que tengo que atender.	
5. Siento que estoy tratando a algunos beneficiarios de mi trabajo como si fueran objetos impersonales.	
6. Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.	
7. Siento que trato con mucha eficacia los problemas de las personas que tengo que atender.	
8. Siento que mi trabajo me está desgastando.	
9. Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo.	
10. Siento que me he hecho más duro con la gente.	
11. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.	
12. Me siento con mucha energía en mi trabajo.	
13. Me siento frustrado en mi trabajo.	
14. Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.	
15. Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a las personas que tengo que atender.	
16. Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.	
17. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo.	
18. Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con quienes tengo que atender.	
19. Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.	
20. Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.	
21. Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada.	
22. Me parece que los beneficiarios de mi trabajo me culpan de alguno de sus problemas.	

PARA USO EXCLUSIVO DEL INVESTIGADOR

Clasificación según punteo obtenido

ASPECTO	RANGO		
	BAJO	MEDIO	ALTO
Agotamiento emocional	16	17 – 26	27
Despersonalización	6	7 – 12	13
Falta de realización personal	39	38 - 32	31

Áreas evaluadas	Punteo
Agotamiento emocional	
Despersonalización	
Logros personales	

Resultado: _____

Para clasificar el *síndrome de burnout* las puntuaciones altas en agotamiento emocional y despersonalización, y bajas en falta de realización personal, son indicativas de alto nivel de afectación; y las puntuaciones bajas en agotamiento emocional y despersonalización y elevadas en falta de realización personal, son indicativas de bajo nivel de afectación.

ANEXO 2

Universidad de San Carlos de Guatemala

Facultad de Ciencias Médicas

“CONSUMO DE TABACO EN MÉDICOS RESIDENTES DE HOSPITALES ESCUELA POSTERIOR AL DECRETO 74-2008”.

Instrucciones: Por favor marque con una “X” una de las respuestas de cada pregunta.

Código: _____

Fecha: __/__/__.

Serie I

Edad: _____ años

Sexo: M____ F____

1. ¿Cuál es su estado civil?

- | | | |
|---------------|------------|-----------------------|
| a. Casado | b. Unido | c. Separado |
| d. Divorciado | e. Soltero | f. Soltero por viudez |

2. ¿Qué maestría está realizando?

- | | |
|------------------------------|--------------|
| a) Medicina Interna | b) Cirugía |
| c) Ginecología y Obstetricia | d) Pediatría |

3. ¿Qué año de residencia cursa?

- | | | | |
|-------------|-------------|-------------|------------|
| a. 1er. Año | b. 2do. Año | c. 3er. Año | d. 4to Año |
|-------------|-------------|-------------|------------|

Serie II

4. ¿Sus padres fuman o han fumado?

- | | |
|-------|-------|
| a. Si | b. No |
|-------|-------|

5. ¿Ha recibido diagnóstico de ansiedad, hiperactividad, depresión o déficit de atención?

- | | |
|-------|-------|
| a. Si | b. NO |
|-------|-------|

FUMADOR	Ha fumado 100 o más cigarrillos en su vida y fuma todos los días o algunos días.
EXFUMADOR	Fue fumador, sin embargo se ha mantenido en abstinencia al menos por los últimos 6 meses.
NUNCA FUMADOR	Nunca ha fumado o ha fumado menos de 100 cigarrillos en toda su vida.

6. ¿Según la anterior clasificación, usted es?

- a. Fumador
- b. Ex Fumador
- c. Nunca fumador

Si su respuesta a la pregunta anterior fue "FUMADOR" responda las siguientes preguntas.

7. ¿A qué edad inició a fumar? _____

Serie III

8. ¿Habitan más personas en la casa en donde vive?

- a. Si
- b. No

9. ¿Habita o convive usted con algún fumador?

- a. Si
- b. No

Serie IV

10. Cuando fuma, ¿En dónde fuma?

- a. En el Hogar
- b. En el lugar de trabajo
- c. En lugares de recreación
- d. En calles y aceras

11. ¿Ha visto usted publicidad de tabaco en el último mes?

- a. Si
- b. No

ANEXO 3

Código

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Médicos residentes de maestría; Mi nombre es : _____ (encargado de cada hospital) _____. Como estudiantes de séptimo año de la carrera de Médico y Cirujano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, estamos realizando el trabajo de graduación “**CONSUMO DE TABACO EN MÉDICOS RESIDENTES DE HOSPITALES ESCUELA POSTERIOR AL DECRETO 74-2008**” (Ley de Creación de Ambientes Libres de Humo de Tabaco).

El objetivo general del estudio, es describir los factores de riesgo para consumo de tabaco presentes en los médicos residentes de los hospitales escuela de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, y los objetivos específicos son 1) Identificar los factores de riesgo sociodemográficos presentes en médicos residentes 2) Identificar los factores de riesgo personales y biológicos presentes en los médicos residentes 3) Identificar los factores de riesgo sociales presentes en los médicos residentes, 4) Identificar los factores de riesgo ambientales presentes en los médicos residentes, 5) Estimar la prevalencia de médicos residentes fumadores, ex fumadores y nunca fumadores de hospitales escuelas de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

El tabaquismo se define como consumo crónico y adicción por sus componentes, principalmente la nicotina, que conduce a una dependencia física y psicológica; siendo la principal causa de muerte prevenible en el mundo, por lo que se considera una epidemia por las graves consecuencias para la salud pública. En el 2008, se aprobó el decreto 74-2008 de la Ley de Ambientes Libres de Humo de Tabaco; con el objetivo de proteger a los no fumadores y promocionar el cese del consumo de tabaco.

El estudio se realizará en médicos residentes ya que son miembros del personal de salud y se les considera parte esencial en la influencia estratégica en la población para la reducción de tabaquismo, por lo que es necesario identificar cuáles son los factores de riesgo asociados al consumo de tabaco en esta población.

Toda información recolectada será utilizada únicamente con fines estadísticos y científicos y se garantizará la privacidad de la misma. La revisión y supervisión del estudio se realizará por médicos expertos en el tema y catedráticos con experiencia en metodología de la investigación, cuyo único interés es la capacitación de los participantes de la investigación.

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria, usted puede elegir participar o no hacerlo. Se le entregará un cuestionario de 11 preguntas, las cuales le solicitamos responder honestamente.

Si tiene alguna duda sobre la investigación o alguna pregunta del cuestionario, está en la libertad de plantearla al investigador quien personalmente le resolverá su duda.

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

He sido invitado (a) a participar en la investigación " **CONSUMO DE TABACO EN MÉDICOS RESIDENTES DE HOSPITALES ESCUELA POSTERIOR AL DECRETO 74-2008**".

Entiendo que se me entregará un cuestionario de 11 preguntas y Test de Maslach de 22 preguntas, las cuales responderé honestamente. He sido informado (a) que los datos proporcionados serán confidenciales.

He leído y comprendido la información proporcionada. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me han contestado satisfactoriamente las dudas que he realizado. He participado voluntariamente en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento inclusive habiendo firmado el presente consentimiento sin que me afecte de ninguna manera.

Nombre del participante

_____ .

Firma del participante _____ .

Fecha: __/__/__.

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante y la persona ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que la persona ha dado consentimiento libremente.

Nombre del investigador: _____ Teléfono: _____ .

Firma del Investigador: _____ .

Fecha: __/__/__.

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de consentimiento informado.

ANEXO 5

ÁRBOL DE PROBLEMAS

