

11231



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

16

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

ACTITUDES Y CONOCIMIENTOS DE ESTUDIANTES DE
MEDICINA MEXICANOS HACIA EL TABAQUISMO.

296699

T E S I S

PARA OBTENER EL GRADO DE:

N E U M O L O G O

P R E S E N T A :

RICARDO ALFONSO SANDOVAL PADILLA

Alejandro Ramirez Venegas

TUTORA: DRA. ALEJANDRA RAMIREZ VENEGAS

CO-TUTORES: DR. RAUL SANORES MARTINEZ

INER

MEXICO, D.F.,

SEPTIEMBRE DEL 2001

INER INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS DIRECCION DE ENSEÑANZA



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## Dedicatoria

Quiero dedicar con todo mi cariño este trabajo

A Dios nuestro Señor

A mi querida familia de El Salvador

Danny, Gracia María, Anabella, Silvia Ruth, Nena, Rhyna y Gerardo Alfonso

A mi querida familia de México

Raúl, Alejandra Ramírez, Lourdes, Alejandra Velázquez, Candelaria Sánchez, Rafita, Ruth y Margarita De Gante

A los pacientes de la Clínica de EPOC y Tabaquismo del INER

A los Mártires de 11 años de conflicto en El Salvador

A Monseñor Oscar A Romero y mis queridos Padres Jesuitas del Externado de San José

Deseo Dedicar finalmente a los alumnos y profesores de todas las Escuelas de Medicina

Y a Ud. querido lector.

Créanme. Sin ninguno de ellos, ¿ cómo mi vida pudiera tener sentido?

R. Sandoval.

## Agradecimiento

Este trabajo fue posible Gracias a la Colaboración de:

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

Clínica para Dejar de Fumar del INER

Secretaría de Relaciones Exteriores

Departamento de Educación Médica Continua

# INDICE

<b>Contenido</b>	<b>Página</b>
<b>Resumen</b>	<b>V</b>
<b>I. Introducción</b>	
<b>I.1 El problema del Tabaquismo en México y el Mundo.</b>	
<b>Urgente necesidad por resolver.</b>	<b>6</b>
<b>I.2 Esfuerzos de Control y Prevención del Tabaquismo</b>	<b>7</b>
<b>II. Justificación</b>	<b>9</b>
<b>III. Objetivos Principales</b>	<b>9</b>
<b>IV. Objetivos Secundarios</b>	<b>9</b>
<b>V. Método y Sujetos de Estudio.</b>	
<b>V.1 El Instrumento de Estudio</b>	<b>10</b>
<b>V.2 Administración del Cuestionario</b>	<b>10</b>
<b>V.3 Proceso de Validación del Instrumento.</b>	<b>10</b>
<b>V.4 Infraestructura y Recursos</b>	<b>11</b>
<b>VI. Análisis de los Resultados</b>	<b>12</b>
<b>VII. Resultados</b>	
<b>VII.1 Datos Demográficos y Estatus de Fumador</b>	<b>12</b>
<b>VII.2 Actitudes. Análisis Bivariado</b>	<b>13</b>
<b>VII.3 Evaluación de los Conocimientos.</b>	<b>14</b>
<b>VII.4 Efecto de la Charra Tradicional</b>	<b>15</b>
<b>VII.5 Comparación con resultados Médicos Generales.</b>	<b>15</b>
<b>VIII. Discusión, Limitaciones y Conclusiones.</b>	
<b>VIII.1 Discusión</b>	<b>16</b>
<b>VIII.2 Limitaciones del Estudio Actual</b>	<b>18</b>
<b>VIII.3 Conclusiones</b>	<b>18</b>
<b>IX. Bibliografía</b>	<b>19</b>
<b>X. ANEXOS</b>	<b>24</b>
<b>ANEXO 1</b>	<b>24</b>
<b>ANEXO 2</b>	<b>28</b>
<b>ANEXO 3</b>	<b>32</b>

## **Actitudes y Conocimiento sobre el Tabaquismo en Estudiantes de Medicina Mexicanos.**

### **Resumen**

En este estudio se evalúan las actitudes y conocimientos sobre control y prevención del tabaquismo en estudiantes de Medicina. Se encuestaron 279 estudiantes de área clínica de tres universidades de la ciudad de México, la prevalencia de tabaquismo entre los estudiantes fue de 36% (Género femenino 34.7% y masculino 38%). La cantidad promedio de cigarrillos fumados fue de  $3.21 \pm 2.2$ , con un rango de 19; en el 53.4% de los fumadores se incrementó su consumo durante la carrera y el 17.9% de los individuos no fumadores comenzaron a hacerlo al ingresar a la escuela de Medicina. Este incremento fue entre 5 - 10 cigarrillos antes del 4° semestre en el 87% de los fumadores. De los estudiantes fumadores un 13.3% manifestó intención de dejar de fumar. El tabaquismo pasivo, constituido principalmente por amigos (58.3%) fue significativamente mayor en los estudiantes fumadores en un 23.6% ( $P < 0.0001$ ).

Sólo el 25.4% de los estudiantes cree que es responsabilidad del médico convencer a los pacientes para que dejen de fumar, el 1.8% considera que el consejo médico pueda inducir abstinencia en los pacientes. Un 20.8% de los estudiantes ante un paciente fumador sano no le aconsejaría que dejase de fumar y un 25.8% de los estudiantes ante un sujeto fumador sano no lo trataría de convencer para que deje la adicción. La proporción es aún mayor en los estudiantes fumadores ( $P = 0.023$  y  $0.005$  respectivamente). El 73.3% de todos los estudiantes consideran que el médico influye como ejemplo y el 70.9% no reconoce que fumar es una adicción.

Los conocimientos en cuanto a enfermedades relacionadas con tabaquismo son aceptables en las enfermedades relacionadas con la Neumología o la Cardiología, existe un porcentaje importante de estudiantes que no reconoce la asociación con otro tipo de enfermedades.

Las actitudes y conocimientos respecto al tabaquismo no se modificaron significativamente con una charla tradicional sobre el tema. Tampoco se encontró diferencia substancial en los resultados al compararlos con una encuesta de 1,216 médicos de la república.

En la discusión se proponen alternativas de solución en un intento de llevar al estudiante al cambio de actitud respecto al tabaquismo.

## I. Introducción

### I.1 El problema del Tabaquismo en México y el Mundo. Urgente necesidad por resolver.

Ciertamente parecen ser muy conocidos los efectos en la salud del tabaquismo; de igual forma no menos evidentes los resultados al dejar de fumar. La vigésima segunda edición del Reporte del Cirujano General<sup>(1)</sup>, editado en los Estados Unidos, hace énfasis en los principales beneficios del dejar de fumar, extensivos a todas las edades: 1. Los ex fumadores viven más que los que continúan fumando; por ejemplo, las personas que dejan de fumar antes de los 50 años tienen la mitad del riesgo de morir en los siguientes 15 años en comparación a los que continúan fumando. 2. El dejar de fumar disminuye el riesgo de cáncer pulmonar, infartos al miocardio, accidentes vasculares cerebrales y de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). 3. Las mujeres embarazadas que dejan de fumar disminuyen el riesgo de tener bebés con bajo peso. De acuerdo a la misma fuente, se espera que aquellas personas sin evidencia de EPOC que dejan de fumar presenten una mejoría hasta del 5% en su función pulmonar y que eventualmente la disminución de dicha función relacionada con la edad sea comparable a los que nunca han fumado.

Se estima que al rededor del mundo existen 100 mil millones de fumadores, de los cuales la mayor parte vive en los países llamados en desarrollo (800 millones)<sup>(2)</sup>. Mientras en los últimos 15 años la prevalencia del tabaquismo ha disminuido en los países desarrollados, se ha encontrado hasta un 50% de incremento en nuestros países<sup>(3)</sup>.

Es conocido, igualmente que el tabaquismo es la causa más importante de muerte prematura en el mundo. En Francia, es la causa del al menos 60,000 muertes prematuras por año<sup>(4)</sup>; en los Estados Unidos, para el año 1990, el tabaquismo fue responsable del 19% de todas las causas de muerte<sup>(5)</sup>. Si se sigue la tendencia actual se proyecta que para las muertes relacionadas con el tabaquismo se incrementarán de 3 millones en 1990 a 8.4 millones en el 2020 <sup>(6)</sup>, la EPOC pasaría en ese año del 6° al 3er lugar, solamente superada por la enfermedad coronaria y la cerebrovascular (también relacionadas con el tabaquismo)<sup>(6)</sup>. Por último, debe tenerse también en mente que entre el 80-90% de las muertes por EPOC y entre el 80-85% de las muertes por cáncer pulmonar se atribuyen al tabaquismo. Los fumadores tienen 6 veces más riesgo de desarrollar EPOC y 10 veces más riesgo de desarrollar cáncer pulmonar en relación a los que no tienen esta adicción.<sup>(1,7)</sup>

En México, se ha estimado que al rededor de 122 personas mueren diariamente por algunas de las enfermedades asociadas al tabaquismo<sup>(8)</sup>. De acuerdo a la misma fuente, para 1993, la

prevalencia de adicción a la nicotina entre los entrevistados, cuyas edades oscilaban entre los 12-65 años era del 25.6%, de los cuales el 38.3% en hombres y el 14.2% en mujeres. El 41% de los entrevistados manifestaron exposición a tabaquismo pasivo<sup>(8,9)</sup>. González-Villalpando y colaboradores<sup>(10)</sup> entrevistaron a 2155 individuos de la ciudad de México radicados en la Delegación Alvaro Obregón encontrando una prevalencia de 52.5% para los hombres y 17.9% en las mujeres.

La prevalencia de las enfermedades relacionadas con el tabaquismo no parece variar mucho respecto a la reportada para los países desarrollados aún sin tener datos de prevalencias exactas. En 1997 las cinco primeras causas de mortalidad se encontraron: las enfermedades del corazón, los tumores malignos (cáncer de pulmón 12%) y las enfermedades cerebrovasculares.

### **1.2 Esfuerzos de Control y Prevención del Tabaquismo**

Cualquiera que sea el enfoque, en vista de las claras repercusiones es claro que el tabaquismo es un problema relevante de salud pública que amerita la intervención urgente de todos los sectores, siendo virtualmente imposible deslegitimizar cualquier esfuerzo, local o internacional para su control total. Por ejemplo, los médicos generales o de primer nivel juegan un papel relevante no sólo en la detección sino en el tratamiento de la adicción a la nicotina. Los estudios demuestran que el sólo consejo médico lleva a tasas de abstinencia a la nicotina entre 5-10% al año de los fumadores que les han consultado por otras causas, incluso en aquellos que fuman más de 20 cigarros/día.<sup>(11,14)</sup>

Se han planteado muchas alternativas para que el individuo deje de fumar con resultados desalentadores. Las terapias de reemplazo farmacológico con la nicotina (TRN) bien sea en forma de parches, chicles o spray nasal, o bien el empleo de antidepresivos ha llevado a tasas de abstinencia al año entre el 15-23%<sup>(15,20)</sup>. La terapia cognitivo conductual para dejar de fumar que se lleva a cabo en la Clínica para Dejar de Fumar del INER ha reportado un éxito al año del 33%<sup>(21)</sup>.

Evidentemente están en desarrollo nuevas alternativas, mientras tanto nuestra tarea es formar parte de esa novel investigación así como ofrecer el trabajo con los recursos que se disponen. Se ha planteado que una forma importante de controlar la adicción a la nicotina es través del estímulo en las escuelas de medicina del mundo a que incluyan aspectos específicos del control del tabaquismo en los currícula<sup>(22,23)</sup>.

La profesión médica juega un papel clave en la prevención del tabaquismo tanto a nivel individual con la influencia médico-paciente, como en la opinión pública a través de sus actitudes,

conocimientos y comportamiento. Durante su entrenamiento, los estudiantes de medicina no solo adquieren los conocimientos y destrezas fundamentales para práctica profesional, sino que obtienen todo el marco normativo que regirá su conducta en el futuro como médicos. En esto juegan un papel importante la influencia positiva o negativa del comportamiento de tanto de sus profesores<sub>(24, 25)</sub> así como el resto de la red social de apoyo del estudiante, formada básicamente por familiares y amigos<sub>(26)</sub>.

No obstante para poder llevar a cabo una prevención eficaz es necesario que el estudiante tenga acceso y domine los conocimientos fundamentales sobre el tabaquismo, las sustancias que le componen al cigarro y que provocan adicción o apoptosis; las enfermedades relacionadas, las técnicas de control de la adicción, etc. Sin embargo, además del conocimiento, ¿acaso no se requiere también de motivación o de actitud para controlar una adicción que el mismo estudiante pudiese tener y negar conciente o inconscientemente?

Por esta razón se ha planteado un estudio como éste, que busque explorar primeramente los conocimientos y actitudes del estudiante hacia el tabaquismo en un afán de conocer cuáles son las deficiencias y sobretodo cuáles son las alternativas para que conocimiento y actitud hagan del "médico del futuro" un líder que lleve a su población el mensaje de cambio.

Los esfuerzos en este fin no son nuevos, desde 1985 el Comité de Tabaco y Salud de la Unión Internacional contra la Tuberculosis y Enfermedades Pulmonares con sede en París, se ha comprometido con la investigación de actitudes y conocimientos de los estudiantes en relación al tabaco(UICTER/IUATLD). Tessier y Crofton son de los principales investigadores habiendo realizado encuestas en gran cantidad de países de diversas situaciones socioeconómicas. Los objetivos de su estudio han sido: 1. Obtener datos basales contra los cuales se puedan medir cambios futuros; 2. Examinar actitudes y conocimientos hacia el tabaquismo como problema de salud pública y 3. Estimular el interés en el problema entre los futuros médicos y sus profesores. Los resultados de sus publicaciones incluyen exploración de Europa<sub>(27)</sub>, parte del medio oriente y África<sub>(28)</sub>; Asia<sub>(29)</sub> así como un esfuerzo global de incluir al resto de países<sub>(30)</sub>. En estos estudios se incluyen sobretodo reportes de prevalencia de tabaquismo en los estudiantes de medicina, que oscilan entre el 2% (Australia) al 48%(Ex URSS) en hombres y de 0% (Asia) al 22% (Europa) en mujeres. <sub>(30)</sub>

Esta investigación ha generado reportes en otras partes como los Estados Unidos, donde se ha explorado el uso de otras sustancias adictivas<sub>(31)</sub> o el alcohol<sub>(32)</sub>; Países Bajos<sub>(33)</sub> comparando prevalencia de médicos 32% contra 26% en los estudiantes. La mayor parte de esto estudios han

encontrado incremento hasta del 4% de la prevalencia durante la carrera en especial en el Internado. En los médicos holandeses la prevalencia de tabaquismo más elevada fue, de acuerdo a especialidad, para los psiquiatras (60%), anestesiólogos (37%), cirujanos (35%), medicina interna (33%) y pediatría (15%)

En Latinoamérica los reportes en la literatura mundial son limitados. Chile reportó de acuerdo a las estadísticas de UICTER prevalencia de 9% de fumadores en hombre y 15% en mujeres.<sup>(30)</sup> En México, hasta nuestro conocimiento no hay estudios reportados al momento publicados en medios locales o internacionales. Se han explorado a 4,422 médicos y trabajadores de salud mexicanos en los Institutos Nacionales de Salud encontrando una prevalencia del 28%, de los cuales el 46% lo hace en su trabajo. Esto es relevante entre otros aspectos por la imagen de ambivalencia que se ofrece a los estudiantes. Al igual que los holandeses, los psiquiatras mexicanos tienen la mayor prevalencia (39%) y según los resultados, el INER tuvo una prevalencia del 25.4%.<sup>(34,35)</sup>

## **II. Justificación**

### **Premisas**

1. Dado el tabaquismo y sus repercusiones, como problema de salud pública de urgente solución
2. En vista del potencial de control y prevención de los médicos y en especial de los estudiantes de medicina
3. La probable existencia de falta de actitud y/o conocimientos que lleve al fracaso de acciones en salud específicas contra el tabaquismo entre los estudiantes de medicina
4. La inexistencia de estudios similares en el mismo ambiente mexicano para establecer comparaciones

Se ha planteado un estudio inicial, exploratorio de corte transversal en el que se busquen prevalencia, conocimientos y actitudes ante el tabaquismo en estudiantes de medicina de las Universidades Mexicanas en el Distrito Federal. Por infraestructura y recursos se tomará una muestra de los estudiantes que asisten a ciclo clínico en el INER

## **III. Objetivos Principales**

1. Conocer Prevalencia, actitudes y conocimientos respecto al tabaquismo en estudiantes de medicina que sirva como base de estudios posteriores
2. Proponer pautas de solución de acuerdo a los resultados de los potenciales problemas de actitud y/o conocimiento
3. Ofrecer tratamiento a los estudiantes que fumen
4. Estimular la participación de cuerpo médico, profesores y estudiantes en el control y prevención de la adicción a la nicotina

#### **IV. Objetivos Secundarios**

1. Comparar los resultados con los obtenidos para los médicos de la república mexicana
2. Establecer el impacto de la enseñanza tradicional en el cambio de actitudes y/o conocimientos respecto al tabaquismo en los estudiantes de medicina sujetos de estudio.

## **V. Método y Sujetos de Estudio.**

### **V.1 El Instrumento de Estudio**

Se trata de un cuestionario basado en el diseñado por Tessier y colaboradores(27) el cual ha empleado participantes de la Organización Mundial de la Salud, de la Sociedad Americana del Cáncer y de la Unión Internacional contra el Cáncer. El instrumento fue adaptado al ambiente mexicano por reconocidos profesionales, neumólogos y sociólogos adscritos a la Clínica para dejar de fumar del INER; se administró de forma anónima fue auto aplicado, consta de cuatro partes y 70 preguntas:

- a) Variables demográficas: Edad, genero, etc
- b) Estatus de Fumador: Investiga calidad de fumador actual, ex fumador, cantidad de cigarros consumidos, modificación de la adicción al ingresar a la universidad, tabaquismo pasivo
- c) Actitudes. Se exploran cuatro dominios
  - c.1) Actitud frente a la responsabilidad como médico para prevenir y/o controlar el tabaquismo
  - c.2) Actitud frente a un sujeto fumador
  - c.3) Actitud respecto a las medidas de control o campañas contra el tabaquismo
  - c.4) Actitud respecto a la razón para dejar de ser fumador
- d) Conocimientos sobre las repercusiones del tabaquismo

Se exploran conocimientos generales sobre entidades conocidas relacionadas con esta enfermedad.

La totalidad del instrumento puede consultarse en el ANEXO I.

### **V.2. Administración del Cuestionario**

La forma de administrar el cuestionario era posterior a sus clases en un tiempo aproximado de 20 minutos previo consentimiento del sujeto y aprobación de los titulares de la cátedra. No hubo ninguna capacitación previa, el administrador del cuestionario era un Neumólogo adscrito a la Clínica de EPOC y Tabaquismo del INER.

A un subgrupo de 51 sujetos se administró el cuestionario antes y 48 hora después de una charla sobre los efectos del tabaquismo de 45 minutos de duración a cargo de un Neumólogo adscrito a la Clínica de EPOC y Tabaquismo. En esta charla se presentó información sobre los componentes adictivos y carcinogénicos del tabaco y se dejaba espacio para que los estudiantes expresaran sus inquietudes luego de la primera aplicación del cuestionario.

### **V.3 Proceso de Validación del Instrumento.**

La reproducibilidad del cuestionario se realizó por la administración del instrumento con 24 horas de diferencia a 20 sujetos de las misma edad y escolaridad que todos los sujetos de

estudio. El parámetro de reproducibilidad fue el estadístico *Kappa*, considerándose la misma mayor de 0.75 como *Excelente* y entre 0.4 y 0.75 como *Buena*<sub>(36)</sub>. El resultado global de la reproducibilidad del cuestionario fue de 0.8436; los resultados globales se describen por dominio en el ANEXO II.

#### **V.4 Infraestructura y Recursos**

Por conveniencia se determinó aplicar el instrumento a aquellos estudiantes de área clínica en 6° semestre ciclo clínico que cursan las materias previas a ingresar a su Internado Rotatorio de tres Universidades que tiene sede en Instituto: Universidad Autónoma de México, Instituto Politécnico Nacional y Universidad Panamericana.

## VI. Análisis de los Resultados

Tratándose de un estudio transversal se obtuvo la prevalencia en el tabaquismo entre los estudiantes. Las variables categóricas fueron estratificadas de acuerdo al estatus de fumador y se compararon por  $\chi^2$  de Pearson o Prueba exacta de Fisher según convenga, con corrección de Yates. Las variables continuas previa prueba de normalidad se compararon con  $t$  de Student<sub>(36)</sub>. La comparación entre las variables antes y después de la charla se estableció por  $\chi^2$  de McNemar. Finalmente se decidió comparar los resultados de los Estudiantes de Medicina con los obtenidos en los médicos de la república de una encuesta de 1,216 médicos realizada por el mismo cuerpo de investigadores<sub>(37)</sub>; para comparar dichos resultados se utilizó  $\chi^2$  de Pearson o Prueba Exacta de Fisher según el caso con corrección de Yates.

Se consideró un nivel de significancia a 0.05 a dos colas.

Todas las pruebas se corrieron bajo programa estadístico SPSS versión 10.(SPSS Inc, Chicago, IL)

## VII. Resultados

### VII.1 Datos Demográficos y Estatus de Fumador

279 estudiantes fueron encuestados en el período de marzo - septiembre del 2000. Los principales datos demográficos se describen en la tabla 1 (ANEXO 3). La edad promedio fue de  $21.99 \pm 1.66$  años; al género femenino perteneció el 58.4 %. Las tres Universidades tuvieron representación pero la UNAM tuvo el 72% contra sólo el 7.2% del IPN. La Universidad Panamericana quedó en un lugar intermedio con el 20%.

A la pregunta " Has fumado más de 100 cigarros (5 cajetillas) en toda tu vida?" el 40% respondió que sí. La prevalencia de tabaquismo al momento de hacer la encuesta reportó un 36% (Género femenino 34.7% y masculino 38%). Las respuestas a tabaquismo anterior y actual tiene una concordancia de 0.823, por lo que se empleó al Tabaquismo Actual como variable de estratificación y comparación ulterior.

De los fumadores un 13.3% manifestó intención de dejar de fumar y a aquellas estudiantes que así lo solicitaron se les ofreció apoyo para hacerlo. No se tienen resultados sobre la tasa de abstinencia en estos individuos. La cantidad promedio de cigarros fumados fue de  $3.21 \pm 2.2$ , con un rango de 19; en el 53.4% de los fumadores se incrementó su consumo durante la carrera y el 17.9% de los individuos no fumadores comenzaron a hacerlo al ingresar a la escuela de Medicina. Este incremento fue entre 5 - 10 cigarrillos antes del 4° semestre en el 87% de los fumadores.

El tabaquismo pasivo reportado fue del 78.9% en todos los individuos, con el que los amigos contribuyen en un 58.3%. La proporción de amigos y un familiar involucrados en el tabaquismo pasivo de los estudiantes fue del 29.38%.

El análisis bivariado correspondiente empleando la variable Tabaquismo Actual como estratificadora llegó a los siguientes resultados. No se encontraron diferencias significativas en cuanto a la distribución por sexo, edad o Universidad de proveniencia; en cuanto al incremento de la adicción durante la carrera existe una diferencia del 49.6%(65.7%-17.9%) que favorece a los fumadores, al igual que la presencia de tabaquismo pasivo con una diferencia de 23.6% (94.3%-70.7%) ambas con  $P < 0.0001$ .

### **VII.2 Actitudes. Análisis Bivariado**

Con una diferencia de proporciones del 40% los fumadores percibieron en forma estadísticamente significativa menos la molestia que pudiese causar estar cerca del humo del cigarro. Solamente el 25.4% de fumadores y no fumadores creyó que es responsabilidad del médico convencer a sus pacientes para que deje de fumar tan sólo el 1.8% de todos los encuestados creyó que de alguna forma el consejo médico puede inducir abstinencia en forma significativa en los pacientes. No obstante la mayoría (73.3%) considera que el médico influye como ejemplo y el 70.9% no reconocen que fumar es una adicción considerando que muchos fumadores pueden dejar de fumar "si realmente lo desean". El resto de resultados se exponen en la Tabla 5.

Aunque como "Médico del Futuro" la mayoría aconsejaría a un hipotético sujeto fumador para que dejar de fumar (79.2%), no importando que fuese sano (74.8%) o de edad madura (73.1%), los estudiantes fumadores tendieron a aconsejar menos con una diferencia estadísticamente significativa (Véase Tabla 6).

En la Tabla 7 se encuentran los resultados de las actitudes de los estudiantes en los que se exploraron las razones a su juicio por las cuales los médicos no aconsejan a los pacientes a que dejen de fumar. Solo el 23.5% consideró que es por falta de tiempo, el 29.2% creyó que depende de la especialidad del médico, el 36.9% consideró que al médico no le interesa convencer al paciente. La mayor parte (69.9%) reconoció que los hábitos del médico inciden pero la tendencia es menor en los fumadores ( $P = 0.043$ ). En este punto es interesante mencionar que el 50.5%, prácticamente la mitad de los estudiantes no cree que sea efectivo el consejo médico; de nuevo la tendencia es menor en los fumadores ( $P = 0.006$ ). Igualmente la tendencia en los fumadores (28.10%  $P = 0.005$ ) fue considerar que al médico *no le importa* dar consejo a sus pacientes sobre

dejar de fumar. El 46% de los encuestados opinó que hace falta entrenamiento, 32.4% opinó que es por falta de confianza y 29.7% respondió que no se da consejo por temor a perder al paciente.

Las actitudes de los estudiantes en relación a los esfuerzos o campañas para dejar de fumar se exponen en la Tabla 8. No se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos; es llamativo el acuerdo que existe en cuanto al entrenamiento requerido en los médicos, el 53.2% creyó que es necesario entrenamiento para ello y un 74.5% clamaba por un "buen entrenamiento"; el 65.6% opinó en favor de más clínicas para dejar de fumar y un porcentaje similar, el 61.8% estuvo de acuerdo con tener más hospitales libres de humo de cigarro. Ni los precios en la venta de los cigarro (33.5%), ni las leyendas en los paquetes que evidencien daño a la salud (36.4%) pareció impresionar a la mayoría de los fumadores. En cambio, los mensajes en los medios masivos gozaron de la aprobación de los estudiantes en un 74.9%, probablemente en relación al impacto que tienen en la opinión pública.

*Cuál es una buena razón para No ser Fumador?* Era la pregunta fundamental de la parte final del cuestionario, cuyos resultados se resumen en la Tabla 9. El 96.7% estuvo de acuerdo en proteger su salud, el 69.3%, el 86.6% y el 57.2% en dar ejemplo a los pacientes, niños y trabajadores respectivamente. La disciplina constituyó un factor en el 42.2% teniendo los fumadores una cifra menor con tendencia a la significancia ( $P < 0.096$ ), el ahorro representó una buena razón en el 52.4%. La presión familiar tuvo de las proporciones más bajas con 16.5%, el No incomodar a las personas un 49.4%. La adicción es reconocida en el 68.10% y el mejorar la autoestima es una buena razón en el 62.10%. El 49.80% de los estudiantes cree que el dejar de fumar no tiene que ver con las expectativas futuras. La proporción de los fumadores es significativamente menor ( $P = 0.007$ ) en mejoría de la autoestima para dejar de fumar y considera en una proporción mucho menor ( $P < 0.0001$ ) que el dejar de fumar no tiene que ver con las expectativas.

### **VII.3 Evaluación de los Conocimientos.**

El sondeo sobre conocimientos de entidades nosológicas relacionadas con el tabaquismo se describe en la Tabla 10 del ANEXO 3 en la cual se presentan la proporción de estudiantes que respondió desconocer la relación. Con excepción de los cánceres de próstata y colon en que la proporción de desconocimiento es significativamente menor en los fumadores, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos.

La mayoría pudo encontrar asociación entre tabaquismo y cáncer de pulmón, enfermedad coronaria, enfisema y asma, aunque hay un porcentaje cercano al 4% que aún no conoce de la asociación. La deficiencia en términos generales provienen de enfermedades algunas de ellas

alejadas del ambiente neumológico o cardíaco como la muerte súbita (42.7%), osteoporosis (42.1%), aborto espontáneo (28.10%). Todavía hay un porcentaje importante de estudiantes que ciertamente estando en área clínica no conoce la relación entre tabaquismo y las entidades expuestas.

#### **VII.4 Efecto de la Charla Tradicional**

Cuarenta y ocho horas posterior a una charla dictada bajo las condiciones ya descritas, se volvió a pasar el cuestionario a los estudiantes. Los resultados se encuentran en las Tablas 11-16 comparándose desde el punto de vista estadístico con  $\chi^2$  de McNemar. Obsérvese que hubieron cambios sobretodo en los conocimientos hubo en general menor proporción de No Se en la segunda encuesta, sin embargo la única diferencia que alcanzó significancia estadística fue la Otitis Media ( $P = 0.004$ ). Las actitudes no tuvieron ninguna modificación significativa.

#### **VII.5 Comparación con resultados Médicos Generales.**

La prevalencia de tabaquismo al momento de ser la encuesta entre los estudiantes y el grupo de médicos así como la proporción de tabaquismo anterior siempre es mayor en los estudiantes aunque las diferencias no alcanzaron significancia estadística (Tabla 17). En la Tabla 18 se describen las actitudes que luego de comparar los grupos tuvieron alguna diferencia; obsérvese que la proporción de estudiantes que reconoce el proceso de adicción es significativamente menor que en los médicos (*Muchos fumadores pueden dejar de fumar si lo desean*, 89.8% contra 71.2.  $P = 0.001$ ). Ambos grupos no reconocen la capacidad del consejo médico para controlar la adicción a la nicotina, sin embargo la proporción es significativamente menor en los estudiantes (1.5% contra 9.5% en los médicos). En cuanto al control tributario, los dos grupos tienen cifras similares, favoreciendo a los médicos quienes reconocen más aunque en un porcentaje bajo (35.3%) que el elevar los precios de los cigarrillos podría contribuir al control de la adicción. De igual forma los mensajes en los medios masivos tuvieron un mayor reconocimiento en favor de los médicos (88.3% contra 75% respectivamente médicos y estudiantes,  $P = 0.044$ ).

Existieron diferencias en las proporciones a favor de los médicos en relación a la percepción de mejorar la salud y la autoestima para dejar de fumar. Repárese en la Tabla 18 que estas diferencias no alcanzaron la significancia estadística.

## VIII. Discusión, Limitaciones y Conclusiones.

### VIII.1 Discusión

La prevalencia de tabaquismo en esta muestra de estudiantes de estas Universidades es del 36%, ciertamente elevada, comparable a la de países de Europa Oriental y el Sur de Africa, pero un poco menos que las cifras de la ex URSS (30). Se encuentran por encima de los datos presentados por Chile(30). Es llamativa la prevalencia del 34.7% en el género femenino cifras únicamente comparables a las de la ex URSS, Turquía y el Reino Unido, por tradición países reconocidos como grandes fumadores.

Al margen de la validez externas de los resultados y del tamaño reducido de la muestra en relación a otras encuestas, las cifras son alarmantes, no sólo por la magnitud en sí sino por los resultados obtenidos en las actitudes y conocimientos sobre el tabaquismo. Estamos hablando de los médicos del futuro, que al momento no demostraron tener diferencia amplia con respecto a los médicos de hoy día.

Este porcentaje nada despreciable de estudiantes de medicina, reconoce menos la adicción a la nicotina, cree menos en el consejo médico como agente de control para el tabaquismo; reconoce menor impacto en la autoestima y poca certidumbre sobre las expectativas futuras al dejar de fumar. Es razonable suponer que estas actitudes potencialmente pudieran impedir una prevención y control efectiva sobre el tabaquismo.

Un 65.5% de los estudiantes reconoce la necesidad de abrir más clínicas para dejar de fumar para controlar y prevenir la adicción. Es muy probable adquirir la actitud cómoda de evadir la responsabilidad de tratar a los adictos y referirlos a estas clínicas cuando ya es sabido el porcentaje reducido de éxito que tienen, desestimando el potencial que pudiese aportarse si además de referir al paciente a cualesquiera clínica para dejar de fumar, comenzara por tratar al individuo desde su consultorio.

Es interesante la cantidad de estudiantes que adquirieron la adicción durante la carrera: 17.9%. Se carece de reportes en la literatura para comparar este resultado; por otra parte, en los fumadores, el consumo de cigarrillos aumentó en un 65.7%. Este fenómeno es bien reconocido en la mayor parte de estudios (27,33,38-40), incluso en estudiantes de otras disciplinas universitarias como la ingeniería por ejemplo(39). Sería todavía más pertinente realizar estudios que indaguen sobre el impacto del tabaquismo en los docentes, o la influencia del tabaquismo pasivo(amigos, familiares), los medios masivos de comunicación en el incremento de la prevalencia del tabaquismo en los estudiantes mientras cursan durante la universidad. El tabaquismo pasivo fue mayor para los estudiante fumadores (94.30% contra 70.7% en No fumadores  $P < 0.001$ ) y

seguramente juega un importante papel; no obstante, dado que la mayoría (73.3%) reconoció que los hábitos del médico tienen alguna participación en el control de la adicción es importante buscar específicamente el impacto que pudiesen tener no solo los amigos, sino los docentes que son el paradigma de comparación para los estudiantes.

Sobre esto hay estudios<sup>(22)</sup> que cuestionan la ambivalencia de aquellos docentes que aún fumando enseñan como combatir enfermedades relacionadas con el tabaquismo y la influencia de esta realidad cotidiana en la iniciación o profundización de la adicción en el estudiante. Al momento se desconocen de estudios que investiguen específicamente esta influencia.

Finalmente existe un 46% de los estudiantes encuestados que piensa que a los médicos les hace falta un buen entrenamiento sobre las técnicas para dejar de fumar en las escuelas de medicina. Aún más un 74.5% está en favor de un "buen entrenamiento".

Richmond <sup>(22,38,41)</sup> ha estudiado extensamente el impacto de estudios como el presente o los conducidos por Tessier en su oportunidad. En Italia por ejemplo donde un estudio inicial encontró que para 1996 no existía enseñanza específica sobre el tabaquismo, sino sólo indirectamente bajo la responsabilidad de los docentes encargados del ciclo clínico<sup>(22,42)</sup>. El mismo panorama ha sucedido en otros países como China o Turquía. Las cifras presentadas previamente nos persuaden a pensar que la realidad de nuestro México no es diferente de la de estas naciones: muy probablemente no existe una cátedra específica para prevenir el tabaquismo o para inducir a la reflexión y el cambio de actitud en los estudiantes fumadores.

Para llegar a ello hace falta más que la aproximación docente-estudiante tradicional. El efecto de la charla de 45 minutos impartida por un Neumólogo de la clínica de EPOC y tabaquismo del INER tuvo cambios marginales en los conocimientos y prácticamente ningún cambio en las actitudes. Esto es plenamente esperable de estudios previos<sup>(43)</sup>, pero la intención no sólo es hacer investigación para señalar los puntos deficientes, el interés es corregir una situación factible de serlo.

La experiencia de la Escuela de Medicina Comunitaria de la Universidad de New South Wales, de Sydney, Australia<sup>(22)</sup> es plenamente aplicable. A partir de los resultados de las encuestas de UICTER, Richmond emprendió el llamado corregir con la inclusión de medidas específicas de prevención y control de la adicción a la nicotina en el curriculum de la Escuela de Medicina. El programa llamado Smokescreen Education Program<sup>(44)</sup>, basado en las guías para enseñar a estudiantes de medicina sobre los efectos del tabaco de la UICTER desarrolladas previamente

por Crofton<sup>(45)</sup>. El programa consta de 9 etapas en la que el estudiante durante las prácticas de medicina comunitaria tiene un módulo específico que le permite integrar las clases teóricas con grupos de pacientes como parte de un equipo multidisciplinario en las clínicas para dejar de fumar o en los consultorios de atención ambulatoria.

No se conocen los impactos de este programa, pero en países desarrollados la tendencia actual es a una disminución en la prevalencia de estudiantes de medicina fumadores<sup>(46)</sup>. Se espera igualmente que luego de involucrar al estudiante, pueda darse el esperado cambio de actitud. El programa ha sido adoptado por UICTER/IUATLD y adaptado a la mayor parte de países de Europa occidental y oriental y algunos en el Pacífico sur.

Esta iniciativa no es la única, existen otros esfuerzos como el de Ockene<sup>(47)</sup> quien desarrolla un programa conductivo para residentes aplicable a estudiantes.

### **VIII.2 Limitaciones del Estudio Actual**

Existen varias limitaciones, evidentemente el tamaño de muestra pequeño en comparación con estudios internacionales; la falta de comparación con estudiantes de áreas pre clínicas para no sobreestimar la prevalencia de fumadores. Sin embargo, los resultados de esta investigación clínica puede ofrecer la pauta para ulteriores estudios mejor controlados en cuanto al tamaño muestral.

Del instrumento existen diferencias con respecto al cuestionario original desarrollado por Tessier, sobretodo en cuanto a expectativas futuras sobre querer dejar de fumar. No existió una traducción del inglés ni retraducción al mismo idioma, sin embargo, no se pretendía aplicar el cuestionario original sino desarrollar un instrumento útil a nuestro medio. La reproducibilidad del instrumento lo valida a nuestra población

### **VIII.3 Conclusiones**

Teniendo en cuenta las limitaciones del estudio puede concluirse que existe una alta prevalencia de tabaquismo en los estudiantes de medicina de la ciudad de México, sobretodo en el género femenino. Existe menor percepción del consejo médico y de la adicción al tabaquismo en los estudiantes fumadores, actitudes que pudiesen intervenir negativamente en el control y prevención del tabaquismo como futuros médicos. Aún falta conocimiento sobre enfermedades relacionadas con el tabaquismo. La enseñanza tradicional tiene poco efecto en el cambio de actitud del estudiante ante el tabaquismo. Finalmente las actitudes y conocimientos entre estudiantes y médicos son muy similares, de mantenerse el panorama como está el médico de hoy es el espejo del estudiante del futuro.

## IX. Bibliografía

1. US Department of Health and Human services. Reducing the health consequences of smoking: 25 years of progress. A report of the Surgeon General. US Department of Health and Human Services, Public Health Services, Centers for Disease Control, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. DHHS Publication No (CDC) 89-8411, 1989
2. Collinshaw NE, Lopez AD. The tobacco epidemic: a global public health emergency. Tobacco Alert. Geneva: World Health Organization, 1996
3. Yu JJ, Shopland DR. Cigarette smoking behavior and consumption characteristics for the Asia-Pacific region. *World Smoking and Health* 1989;14:7
4. Arrêt de la consommation du tabac-Conférence de Consensus. *Rev Pneumol Clin* 1999; 55:109-117.
5. McGinnis J, Foege W. Actual causes of death in the United States. *JAMA* 1993; 270:2270-2212.
6. Murray CJL, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997;349:1498
7. Fielding JE, Smoking: health effects and control. *N Engl J Med* 1985;313:491.
8. Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología, Instituto Mexicano de Psiquiatría. encuesta Nacional de las Adicciones al Tabaco. México D.F., 1993
9. Kuri-Morales P, Revuelta-Herrera A, Tapia-Conyer R. Prevalencia del consumo de tabaco en México. *Gac Med Mex* 1996;131:605.
10. González-Villalpando C, Stem MP, Arredondo-Pérez B, Mitchell B, Valdéz R, Haffner S. Consumo de Tabaco en la Ciudad de México. *Salud Pública Mex* 1994;36:46.
11. Russell MAH, Wilson C, Taylor C. Effects of general practioners' advice against smoking. *BMJ* 1979;42:845
12. Centers for Disease Control and Prevention. Physician and other health-care professional counseling of smokers to quit - United States, 1991, *MMWR* 1993;42:854
13. Russell MAH, Merriman R, Stapleton J. Effect of nicotine chewing gum as an adjunct to general practitioners' advice about smoking. *BMJ* 1983;306:1308
14. Russell MAH, Stapleton JA, Feyeraben C. Targeting heavy smokers in general practice: randomised controlled trial of transdermal nicotine patches. *BMJ* 1993;306:1308
15. Fiore MC, Smith SS, Jorenby DE, Baker TB. The Effectiveness of the Nicotine Patch for Smoking Cessation. *JAMA* 1994; 27:1940-1947.
16. Puska P, Korhonen H, Vartiainen E, Urjanheimo EL, Gustavsson G, Westin A. Combined use of nicotine patch and gum compared with gum alone in smoking cessation: a clinical trial in North Karelia. *Tobacco Control* 1995; 4:231-235.

17. Murray RP, Bailey WC, Daniels K, Bjomson WM, Kurnow K, Connett JE, et al. Safety of Nicotine Polacrilex Gum Used by 3,094 Participants in the Lung Health Study. *CHEST* 1996; 109:438-445.
18. Blondal T, Gudmundsson LJ, Olafsdóttir I, Gustavsson G, Westin A. Nicotine nasal spray with nicotine patch for smoking cessation: randomised trial with six year follow up. *BMJ* 1999; 318:285-289.
19. Hurt RD, Sachs DPL, Glover DE, Offord KP, Johnston JA, Dale LC, et al. A comparison of sustained-release Bupropion and placebo for smoking cessation. *N Engl J Med* 1997; 337:1195-1202.
20. Jorenby DE, Leischow SJ, Nides MA, Rennard SI, Johnston JA, Hughes AR, et al., A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. *N Eng J Med* 1999; 340:685-691.
21. Sansores RH, Córdoba-Ponce MP, Espinosa-Martínez M, Herrera-Kiengelher L, Ramírez-Venegas A, Martínez Dossier LA, Villalba-Caloca J. Evaluación del Programa Cognitivo-Conductual para Dejar de Fumar del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. *Rev Ins Nac Enf Resp.* 1998;11:29
22. Richmond R. Teaching medical students about tobacco. *Thorax* 1999;54:70
23. Parrot S, Godfrey C, Raw M, West R, McNeil A. Guidance for Commissioners on the Cost Effectiveness of Smoking Cessation Interventions. *Thorax* 1998;53:S1-38
24. Elkind AK. Smoking: How Medical Students see Doctor's Role. *Publ Hlth (Lond)* 1983;97:38
25. Meakin RP, Lloyd MH. Disease prevention and health promotion: a study of medical students and teachers. *Med Educ* 1996;30:97
26. Øygard L, Klepp K-I, Tell GS, Vellar OD. Parental and peer influences on smoking among young adults: ten-years follow-up of the Oslo youth study participants. *Addiction* 1995;90:561
27. Tessier JF, Fréour PP, Crofton J, Kombou L. Smoking habits and attitudes of medical students towards smoking and anti-smoking campaigns in fourteen European countries. *Eur J Epidemiol* 1989;5:311
28. Tessier JF, Fréour PP, Nejari C, Belougne D, Crofton JW. Smoking behavior and attitudes of medical students towards smoking and anti-smoking campaigns: a survey in ten African and Middle Eastern countries. *Tobacco Control* 1992;1:95
29. Tessier JF, Fréour PP, Belougne D, Crofton J. Smoking Habits and Attitudes of Medical Students towards Smoking and Antismoking Campaigns in Nine Asian Countries. *Int J Epidemiol.* 1992;21:298
30. Crofton JS, Fréour PP, Tessier JF. Medical education on tobacco: implications of a worldwide survey. *Med Educ* 1994;28:187

31. Conard S, Hughes P, Baldwin DC, Achenbach KE, Sheehan DV. Substance use by fourth-year students at 13 U.S. medical schools. *J Med Educ* 1988;63:747
32. Maynard L, Goldberg R, Ockene J, Levy B, Howe J, Dalen J. Behaviors and attitudes among medical students concerning cigarette smoking and alcohol consumption. *J Med Educ* 1986;61:921
33. Waalkens HJ, Schotanus JC, Adriaanse H, Knol K. Smoking habits in medical students and physicians in Groningen, The Netherlands. *Eur Respir J* 1992;5:49
34. Sansores RH, Villalba-Caloca J, Herrera L, Soriano A, Ramírez-Venegas A. Prevalence of cigarette smoking among employees of the Mexican National Institutes of Health. *Salud Pública Mex* 1999;41:381
35. Sansores RH, Ramírez-Venegas A, Villalba-Caloca J, Herrera L, Soriano A. Tabaquismo en médicos mexicanos. Un análisis comparativo con fumadores que no son médicos. *Rev Inv Clin* 2000;52:161
36. Rossner B. *Fundamentals of Biostatistics*. 4<sup>th</sup> Ed. Duxpury Press. 1995. Pp 426
37. Vega DS, Sandoval RA, Ramírez-Venegas A, Sansores RH. Actitudes y conocimientos sobre tabaquismo en médicos mexicanos. Tesis UNAM 2001. En prensa.
38. Richmond RL, Kehoe L. Smoking behaviour and attitudes among Australian medical students. *Med Educ* 1997;31:169.
39. Nachtigal D, Rishpon S, Epstein LM. Smoking among medical and engineering students. *Med Educ* 1989;23:196
40. Kocabas A, Burgut R, Bozdemir N. Smoking patterns in different medical schools in Turkey. *Tobacco Control* 1994;3:228
41. Richmond RL, Kehoe L, Debono DS. Worldwide survey of education on tobacco in medical schools. *Tobacco Control* 1998;7:247
42. Melani AS, Verponziani W, Boccoli E, Trianni GL, Federici A, Amerini R, Vichi MG, Sestini P. Tobacco smoking habits, attitudes and beliefs among nurse and medical students in Tuscany. *Eur J Epidemiol* 2000;16:607
43. Roche AM, Eccleston P, Sanson-Fisher R. Teaching smoking-cessation skills to senior medical students; a block-randomized controlled trial of four different approaches. *Prev Med* 1996;25:251
44. Richmonds R. Educating medical students about tobacco: Teachers' manual and students' handouts. En: Richmond R. ed *Educating medical students about tobacco: planning and implementation*. Paris. IUATLD. 1997. Pp15
45. Crofton J. Guidelines for teaching medical students about the health effects of tobacco: a checklist. In: Richmond R, ed. *Educating medical students about tobacco: planning and implementation*. Paris. IUATLD. 1997

46. Coe RM, Cohen JD. Cigarette Smoking among Medical Students. *Am J Public Health* 1980;70:169
47. Ockene JK, Quirk ME, Goldberg A. A residents' training program for the development of smoking intervention skills. *Arch Intern Med* 1988;148:1039

# ANEXO 1

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION EN TABAQUISMO

## ENCUESTA SOBRE TABACO

Este cuestionario forma parte de un proyecto de investigación para mejorar la atención médica preventiva en nuestro país. Las respuestas que nos proporcionen son muy valiosas y confidenciales.

Muchas gracias por tu ayuda.

Instrucciones por favor encierra en un círculo o tache según

Instrucciones : Por favor encierra en un círculo o tache según  
Corresponda a la pregunta, tratando de reflejar  
Tu opinión lo mejor posible. No hay respuestas  
Incorrectas.

ESTADO : \_\_\_\_\_  
MEDICO GENERAL : \_\_\_\_\_  
MEDICO ESPECIALISTA : \_\_\_\_\_  
ESPECIALIDAD : \_\_\_\_\_

- 1.- ¿Qué edad tienes? \_\_\_\_\_ años
- 2.- Sexo  Mujer  Hombre
- 3.- ¿Has fumado más de 100 cigarros (5 cajetillas) en toda tu vida? Si No
- 4.- ¿Fumas actualmente? Si no fumas pasa a la pregunta 10 Si No
- 5.- ¿Cuál de las siguientes definiciones te describe mejor?
- a) Un(a) fumador(a) que quiere dejar de fumar
  - b) Un(a) fumador(a) que no quiere dejar de fumar
  - c) Un(a) fumador(a) que alguna vez ha dejado de fumar
  - d) Un(a) ex fumador(a)
  - e) Una persona que nunca ha fumado
- 6.- ¿Cuántos cigarros fumas al día? \_\_\_\_\_
- 7.- ¿Se incrementó tu consumo desde que ingresaste a la carrera Si continúa No    
Pasa a la pregunta 10
- 8.- ¿Cuántos se incrementó? a) 5-10 b) 11-15 c) 16-20 d) Más de 21
- 9.- ¿A partir de que semestre se incrementó? \_\_\_\_\_
- 10.- ¿Convives con personas fumadoras? Si No
- 11.- ¿Quiénes? a) Padre b) Madre c) Abuelos d) Amigos

Encierra en un círculo la respuesta que mejor refleja tu opinión

		No estoy de acuerdo	No estoy totalmente de acuerdo	Estoy totalmente de acuerdo
12.	¿Es responsabilidad del doctor convencer a las personas para que dejen de fumar?			
13.	¿Muchos fumadores pueden dejar de fumar si ellos realmente lo desean?			
14.	¿Es molesto estar cerca de personas fumadoras?			
15.	¿El médico podría ser un buen ejemplo de una persona no fumadora?			
16.	¿Los médicos deben de advertir a sus pacientes sobre los daños a su salud ocasionados por el tabaco?			
17.	¿El consejo del médico es suficiente para que los pacientes dejen de fumar?			
18.	¿El aconsejar a los pacientes que dejen de fumar es una parte necesaria de una rutina sin importar la especialidad del médico?			

A continuación se te presentan 4 situaciones. Como un futuro doctor tú que crees que harías. (Encierra tu respuesta en un círculo)

		Siempre (100%)	Algunas Veces (80%)	Rara vez (40%)	Nunca (40%)
19.	Te llega un paciente fumador, ¿Tú le aconsejarías que dejara de fumar?				
20.	Tratarías de convencer a un paciente fumador completamente sano para que deje de fumar?				
21.	Te llega un hombre de edad madura (60 años), ¿Le aconsejarías que dejara de fumar?				
22.	¿Le preguntarías a tu paciente si convive con personas fumadoras?				

De los siguientes padecimientos, ¿Cuáles crees que están relacionados al uso del tabaco?

	Si	No	No se		Si	No	No se
23. Cáncer de pulmón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33. Cataratas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Enfermedades coronarias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34. Pulmonía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Enfisema pulmonar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35. Colesterol alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Cáncer de cervix	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36. Cáncer de próstata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Infertilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37. Cáncer de colon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Cáncer de seno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38. Otitis media	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39. Muerte súbita en el recién nacido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40. Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Gripe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	41. Aborto espontáneo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32. Cáncer de boca

  

42. Infecciones respiratorias en la infancia.

  

¿Por qué razón cree que los médicos no le aconsejan a sus pacientes fumadores que DEJEN DE FUMAR?

- 43. No hay tiempo
- 44. Especialidad del médico
- 45. Hábitos de salud del médico (Ej. El médico que fuma)
- 46. Al médico no le importa
- 47. El médico no cree que sea efectivo decirle a su paciente que deje de fumar
- 48. El paciente fumador no está motivado en dejar de fumar
- 49. El médico no tiene el entrenamiento suficiente
- 50. El médico no tiene confianza para aconsejar a su paciente fumador
- 51. Teme perder a su paciente


Usted cree que el tabaquismo se reduciría si....

	No estoy de acuerdo	No estoy totalmente de acuerdo	Estoy totalmente de acuerdo
52. En los paquetes de cigarrillos las leyendas sobre los daños a la salud fueran más evidentes			
53. Si los profesionales de la salud tuvieran entrenamiento.			
54. Si el precio de los cigarros se incrementara más.			
55. Si la venta de cigarros a los niños no se llevara a cabo			
56. Si en todos los hospitales se prohibiera fumar			
57. Si los médicos tuvieran un buen entrenamiento Para recomendar a sus pacientes sobre los métodos para dejar de fumar.			
58. Si se abrieran más clínicas para dejar de fumar			
59. Si pasaran más mensajes en medios masivos de comunicación sobre los efectos nocivos a salud por el tabaquismo.			

Marca a continuación una buena razón para no ser fumador.

	No estoy de acuerdo	No estoy totalmente de acuerdo	Estoy totalmente de acuerdo
60. Por proteger mi salud			
61. Por disciplina			
62. Ejemplo a los pacientes			
63. Ejemplo a los niños			
64. Por ahorrar dinero			
65. Presión de familiares y amigos			
66. Para no incomodar a las personas			
67. Ejemplo para todos los trabajadores del hospital			
68. Autoestima			
69. Por no ser adicto			
70. No tiene nada que ver con mis expectativas de Vida			

## ANEXO 2.

Reproducibilidad Cuestionario.

Kappa Ponderada Total = 0.84936

**Parte 1. Variables Demográficas. Kappa ponderada del Estrato = 1**  
Variables Demográficas

Variables	Kappa	Significancia
Edad	1	0.0001
Género	1	0.0001

Kappa ponderada: 1

**Parte 2. Estatus de Fumador. Kappa ponderada del Estrato = 0.91622**

### Estatus de Fumador

Variables	Kappa	Significancia
Has fumado > 100 cigarrillos en toda tu vida	1	0.0001
Fumas Actualmente	1	0.0001
Cual de las siguientes definiciones te describe mejor	0.916	0.0001
Cuántos cigarros fumas al día	1	0.0001
Se incrementó tu consumo desde que ingresaste a la carrera	1	0.014
Cuánto se incrementó	1	0.15
A partir de qué semestre se incrementó	0.4	0.386
Convives con fumadores	1	0.0001
Quiénes	0.93	0.0001

Kappa Ponderada del Estrato: 0.91622

**Parte 3. Actitudes. Capa Ponderada del Estrato = 0.69172**  
**Actitudes. Responsabilidad como Futuro Médico**

Variables	Kappa	Significancia
Es responsabilidad del doctor convencer a las personas para que dejen de fumar	0.86	0.0001
Muchos fumadores pueden dejar de fumar si ellos realmente lo desean	0.684	0.002
Es molesto estar cerca de personas fumadoras	0.783	0.0001
El médico podría ser un buen ejemplo de una persona no fumadora	1	0.0001
Los médicos deben advertir a sus pacientes sobre los daños a su salud ocasionados por el tabaco	1	0.0001
El consejo del médico es suficiente para que los pacientes dejen de fumar	1	0.0001
El aconsejar a los pacientes que dejen de fumar es una parte necesaria de una rutina sin importar la especialidad del médico	1	0.0001

Kappa ponderada del Estrato: 0.9038

**Actitudes. Situaciones Específicas**

Variables	Kappa	Significancia
Te llega un paciente fumador, ¿Tú le aconsejarías que dejara de fumar?	0.3	0.18
Tratarías de convencer a un paciente fumador completamente sano para que deje de fumar	0.609	0.005
Te llega un hombre de edad madura (60 años) ¿Le aconsejarías que dejara de fumar?	0.471	0.043
¿Le preguntarías a tu paciente si convive con personas fumadoras?	0.892	0.0001

Kappa ponderada del estrato: 0.568

## Actitudes

### Razones por las que no se da Consejo para dejar de Fumar

Variables	Kappa	Significancia
No hay tiempo	0.64	0.006
Especialidad del médico	0.886	0.0001
Hábitos de salud del médico	0.507	0.026
Al médico no le importa	0.526	0.011
El médico no cree que sea efectivo decirle a su sujeto que deje de fumar	0.182	0.423
El paciente fumador no está motivado en dejar de fumar	0.87	0.0001
El médico no tiene el entrenamiento suficiente	0.333	0.114
El médico no tiene confianza para aconsejar a su paciente fumador	0.684	0.002
Teme perder a su sujeto	1	0.0001

Kappa ponderada del Estrato: 0.6256

## Actitudes

### Respuesta ante campañas para dejar de Fumar

Variables	Kappa	Significancia
En los paquetes de cigarrillos las leyendas sobre los daños a la salud fueran más evidentes	0.657	0.0001
Si los profesionales a la salud tuvieran entrenamiento	1	0.0001
Si el precio de los cigarros se incrementara más	0.463	0.003
Si la venta de cigarros a los niños no se llevara a cabo	1	0.0001
Si en todos los hospitales se prohibiera fumar	0.906	0.0001
Si los médicos tuvieran un buen entrenamiento para recomendar a sus pacientes sobre los métodos para dejar de fumar	0.217	0.28
Si se abrieran más clínicas para dejar de fumar	1	0.0001
Si pasaran más mensajes en medios masivos de comunicación sobre los efectos nocivos a la salud por el tabaquismo	0.684	0.001

Kappa ponderada del Estrato: 0.74

## Actitudes

### Razones para dejar de Fumar

VARIABLES	KAPPA	SIGNIFICANCIA
Por proteger mi salud	1	0.0001
Por disciplina	0.749	0.0001
Ejemplo a los pacientes	0.538	0.002
Ejemplo a los niños	1	0.0001
Por ahorrar dinero	0.408	0.006
Presión de familiares y amigos	0.238	0.201
Para no incomodar a las personas	1	0.0001
Ejemplo para todos los trabajadores del Hospital	0.351	0.053
Autoestima	0.635	0.0001
Por no ser adicto	0.362	0.049
No tiene nada que ver con mis expectativas de vida	0.552	0.001

Kappa ponderada del Estrato: 0.6212

### Parte 4. Conocimientos. Kappa ponderada del Estrato = 0.7895 Conocimientos

VARIABLES	KAPPA	SIGNIFICANCIA
Cáncer de Pulmón	1	0.0001
Enfermedad Coronaria	1	0.0001
Enfisema	1	0.0001
Cáncer de Cérvix	0.765	0.0001
Infertilidad	0.58	0.003
Cáncer de Seno	0.814	0.0001
Asma	0.455	0.021
Osteoporosis	0.625	0.0001
Gripe	0.882	0.0001
Cáncer de la Boca	1	0.0001
Cataratas	0.766	0.0001
Neumonía	0.621	0.0001
Colesterol Alto	0.903	0.0001
Cáncer de Próstata	0.6	0.0001
Cáncer de Colon	0.654	0.0001
Otitis Media	0.662	0.0001
Muerte Súbita	0.827	0.0001
Diabetes Mellitus	0.832	0.0001
Aborto Espontaneo	0.804	0.0001
Infecciones en la Infancia	1	0.0001
Kappa Ponderada Estrato	0.7895	

## ANEXO 3.

Tabla 1  
Variables Demográficas Generales

Variable	N°	Promedio/Proporción	DS
Edad	268	21.99	1.66
Total Género	279		
Femenino	163	58.4	
Masculino	116	41.6	
Universidad	279		
UNAM†	201	72	
IPN‡	20	7.2	
Panamericana	58	20.8	

\*: Las discrepancias en los totales se deben a la cantidad de individuos que respondieron

†: UNAM: Universidad Nacional Autónoma de México

‡: IPN: Instituto Politécnico Nacional

Tabla 2  
Prevalencia Tabaquismo en los Estudiantes

Variable	N°	Proporción (%)/Promedio	DS
Tabaquismo Actual	225	36	
Tabaquismo Anterior	250	40	
"Un fumador que quiere dejar de fumar"	33/	13.3	
Cantidad de cigarros día	117	3.21	2.2
Sí se incrementó el consumo en la carrera	63/118	53.4	
Incremento de 5-10 cigarrillos en la carrera	51/58	87.9	
Incremento antes del 4° Semestre	55/63	87.3	
Convivencia con fumadores	209/265	78.9	

Tabla 3  
Tabaquismo Pasivo

Variable	N°	Proporción
Amigos	123	58.3
Amigos y un familiar	62/211	29.38
Padre	12/211	5.7
Madre	8/211	2.9
Padre y madre	4/211	1.4

Tabla 4  
Demografía y tabaquismo por Estatus Fumador <sup>§</sup>

Variable	No. Fumadores	Fumadores	P
Género Femenino	59.50%	55.80%	0.586
Edad	22.06	22.07	0.583
Universidad UNAM	79.70%	66.70%	0.072
Si se incrementó	17.90%	67.50%	< 0.0001*
< 4° Semestre	100%	87.6	0.802
Tabaquismo Pasivo	70.70%	94.30%	< 0.0001*

§: Variables categóricas comparadas por  $\chi^2$ . Datos en proporciones

La variable edad comparada por t de student. Datos en promedio

\*: Valor con significancia estadística

Tabla 5.  
Exploración de Actitudes por Estatus de Fumador.  
Respuesta: Totalmente de acuerdo

Pregunta (†)	Proporción cruda	No Fumadores	Fumadores	P
Es responsabilidad médico convencer para que dejen de fumar	25.40%	28.50%	21.30%	0.167
Muchos fumadores pueden dejar de fumar si realmente lo desean	70.90%	73.2%	65.6%	0.4
Es molesto estar cerca de fumadores	67.30%	80%	40%	< 0.0001*
El médico podría ser buen ejemplo de una persona no fumadora	73.30%	77.7%	66.3%	0.148
Los médicos deben advertir a los pacientes sobre los daños a la salud del tabaco	98.90%	99.4%	98.9%	0.597
El consejo médico es suficiente para que los pacientes dejen de fumar	1.80%	1.9%	0%	0.356
El aconsejar a los pacientes es parte de la rutina diaria sin importar la especialidad	87.50%	89.2%	84.4%	0.072

†: Texto modificado para efectos de presentación

\* Valor con significancia estadística

Tabla 6  
Actitudes como "Futuro Doctor" por Estatus de Fumador  
Respuesta: Siempre

Pregunta	Proporción cruda	No Fumador	Fumador	P
Te llega un sujeto fumador. ¿Le aconsejas dejar de fumar?	79.20%	83.50%	70.00%	0.023*
¿Tratarías de convencer a un fumador sano para que deje de fumar?	74.80%	80.30%	63.30%	0.005*
Te llega un hombre de edad madura. ¿Le aconsejarías que deje de fumar?	73.00%	74.50%	70.00%	0.317
¿Le preguntarías a tu sujeto si convive con personas fumadoras?	73.10%	75.50%	66.70%	0.173

\* Valor con significancia estadística

Tabla 7  
Por qué razón los médicos no aconsejan que dejen de fumar  
por Estatus de Fumador  
Respuesta: De Acuerdo

Pregunta	Proporción cruda	No Fumador	Fumador	P
No hay tiempo	23.50%	24.10%	22.50%	0.779
Especialidad	29.20%	29.10%	30.30%	0.84
Hábitos del Médico	69.90%	75.20%	62.90%	0.043*
Al médico no le importa	39.60%	46.20%	28.10%	0.005*
El médico no cree que sea efectivo decirle a su sujeto que deje de fumar	50.50%	58.60%	40.40%	0.006*
El sujeto fumador no está motivado en dejar de fumar	56.20%	55.40%	57.30%	0.774
El médico no tiene el entrenamiento suficiente	46.00%	45.90%	43.80%	0.757
El médico no tiene confianza para aconsejar a su sujeto	32.40%	33.30%	30.30%	0.629
Teme perder a su sujeto	29.70%	29.00%	29.20%	0.976

\* Valor con significancia estadística

Tabla 8.

*Usted cree que el tabaquismo se reduciría si...* Distribución por Estatus de Fumador  
 Respuesta: Totalmente de Acuerdo

Pregunta	Proporción cruda	No Fumador	Fumador	P
En los paquetes de cigarrillos las leyendas sobre los daños deben ser más evidentes	36.40%	37.60%	34.80%	0.875
Si los profesionales de la salud tuvieran entrenamiento	53.30%	53.20%	50.60%	0.359
Si el precio de los cigarrillos se incrementara	33.50%	34.80%	31.80%	0.883
Si la venta de cigarrillos a los niños no se diera	71.40%	72.20%	70.80%	0.182
Si en todos los hospitales se prohibiera fumar	61.80%	62.40%	56.20%	0.162
Si los médicos tuvieran buen entrenamiento para sobre los métodos para dejar de fumar	74.50%	74.50%	70.80%	0.737
Si se abrieran más clínicas para dejar de fumar	65.60%	59.90%	67.40%	0.35
Si pasaran más mensajes en los medios masivos sobre los efectos del tabaquismo	74.90%	72.60%	75.30%	0.404

Tabla 9

*Una buena Razón para No ser Fumador.* Distribución por Estatus de Fumador  
 Respuesta: Totalmente de Acuerdo

Pregunta	Proporción Cruda	No Fumador	Fumador	P
Por proteger mi salud	96.70%	96.80%	95.50%	0.83
Por disciplina	42.20%	43.10%	31.40%	0.096
Por Ejemplo a los pacientes	69.30%	71.20%	62.20%	0.168
Por Ejemplo a los niños	86.60%	84.50%	88.40%	0.542
Por Ahorrar	52.40%	51.60%	56.30%	0.544
Por presión familiar	16.50%	15.60%	17.40%	0.343
Por No incomodar	49.40%	45.80%	51.70%	0.059
Por Ejemplo a los trabajadores	57.20%	58.10%	50.60%	0.209
Por autoestima	62.10%	67.10%	48.30%	0.007*
Por No ser adicto	68.10%	67.30%	67.80%	0.146
No tiene que ver con mis expectativas	49.80%	53.70%	35.30%	< 0.0001*

\* Valor con significancia estadística

**Tabla 10**  
**Conocimientos. Distribución por Estatus de Fumador**  
**Enfermedades Relacionadas con el Tabaquismo. Respuesta: No se**

<b>Pregunta</b>	<b>Proporción Cruda</b>	<b>No Fumador</b>	<b>Fumador</b>	<b>P</b>
Cáncer de Pulmón	0.00%	0.00%	0.00%	0.999
Enfermedad Coronaria	3.30%	3.20%	2.20%	0.776
Enfisema	0.70%	0.60%	1.10%	0.592
Cáncer de Cerviz	32.80%	35.00%	33.00%	0.064
Infertilidad	32.50%	31.60%	34.10%	0.743
Cáncer de Seno	32.20%	32.90%	34.80%	0.202
Asma	5.90%	5.80%	8.00%	0.59
Osteoporosis	42.10%	43.90%	42.00%	0.292
Gripe	17.20%	17.40%	20.20%	0.86
Cáncer de Boca	3.20%	3.80%	3.40%	0.832
Cataratas	52.40%	50.60%	55.20%	0.794
Neumonía	18.30%	17.90%	21.60%	0.699
Colesterol Alto	18.60%	19.50%	20.70%	0.905
Cáncer de próstata	32.60%	35.30%	33.70%	0.011*
Cáncer de colon	32.70%	39.40%	27.00%	0.009*
Otitis Media	39.10%	39.60%	40.40%	0.605
Muerte Súbita	42.70%	44.90%	44.90%	0.829
Diabetes	31.60%	32.10%	36.40%	0.79
Aborto Espontáneo	28.10%	30.40%	25.80%	0.715
Infecciones respiratorias en infancia	9.70%	8.20%	12.40%	0.574

\* Valor con significancia estadística

Tabla 11  
Cambio en las Actitudes del Estudiante después de una Charla  
Respuesta: Totalmente de acuerdo

Pregunta	Antes	Después	Diferencia	P
Es responsabilidad médico convencer para que dejen de fumar	37.30%	47.10%	9.80%	0.067
Muchos fumadores pueden dejar de fumar si realmente lo desean	68.00%	70.60%	2.60%	0.79
Es molesto estar cerca de fumadores	74.50%	70.60%	-3.90%	0.727
El médico podría ser buen ejemplo de una persona no fumadora	80.40%	82.40%	2.00%	0.999
Los médicos deben advertir a los pacientes sobre los daños a la salud del tabaco	100.00%	100.00%	0.00%	0.999
El consejo médico es suficiente para que los pacientes dejen de fumar	2.00%	3.90%	1.90%	0.18
El aconsejar a los pacientes es parte de la rutina diaria sin importar la especialidad	84.30%	88.20%	3.90%	0.727

Tabla 12  
Actitudes como "Futuro Doctor". Cambio después de una Charla  
Respuesta: Siempre

Pregunta	Antes	Después	Diferencia	P
Te llega un sujeto fumador. Le aconsejas dejar de fumar?	74.50%	76.50%	2.00%	0.727
Tratarías de convencer a un fumador sano para que deje de fumar?	62.70%	66.70%	4.00%	0.581
Te llega un hombre de edad madura. Le aconsejarías que deje de fumar?	66.70%	62.70%	-4.00%	0.791
Le preguntarías a tu sujeto si convive con personas fumadoras?	78.40%	82.40%	4.00%	0.999

Tabla 13

*Por qué razón los médicos no aconsejan que dejen de fumar*  
Cambio después de una charla. Respuesta: De Acuerdo.

Pregunta	Antes	Después	Diferencia	P
No hay tiempo	35.30%	35.30%	0.00%	0.999
Especialidad	35.30%	35.30%	0.00%	0.999
Hábitos del Médico	72.00%	64.70%	-7.30%	0.581
Al médico no le importa	44.00%	49.00%	5.00%	0.549
El médico no cree que sea efectivo decirle a su paciente que deje de fumar	58.00%	52.00%	-6.00%	0.754
El sujeto fumador no está motivado en dejar de fumar	66.00%	52.90%	-13.10%	0.07
El médico no tiene el entrenamiento suficiente	50.00%	47.10%	-2.90%	0.999
El médico no tiene confianza para aconsejar a su paciente	38.80%	44.00%	5.20%	0.581
Teme perder a su paciente	31.90%	41.20%	9.30%	0.298

Tabla 14

*Usted cree que el tabaquismo se reduciría si...* Efecto de una charla  
Respuesta: Totalmente de Acuerdo

Pregunta	Antes	Después	Diferencia	P
En los paquetes de cigarrillos las leyendas sobre los daños deben ser más evidentes	49.00%	41.20%	-7.80%	0.815
Si los profesionales de la salud tuvieran entrenamiento	54.80%	58.80%	4.00%	0.607
Si el precio de los cigarrillos se incrementara	41.20%	43.10%	1.90%	0.481
Si la venta de cigarrillos a los niños no se diera	72.50%	64.70%	-7.80%	0.727
Si en todos los hospitales se prohibiera fumar	66.70%	68.60%	1.90%	0.774
Si los médicos tuvieran buen entrenamiento para sobre los métodos para dejar de fumar	70.60%	64.70%	-5.90%	0.999
Si se abrieran más clínicas para dejar de fumar	72.50%	78.40%	5.90%	0.999
Si pasaran más mensajes en los medios masivos sobre los efectos del tabaquismo	86.30%	82.40%	-3.90%	0.999

Tabla 15  
Una buena Razón para No ser Fumador. Cambio posterior a una charla  
Respuesta: Totalmente de Acuerdo

Pregunta	Antes	Después	Diferencia	P
Por proteger mi salud	98.00%	100.00%	-2.00%	0.999
Por disciplina	45.80%	58.80%	13.00%	0.092
Por Ejemplo a los pacientes	76.50%	78.40%	1.90%	0.999
Por Ejemplo a los niños	84.00%	88.20%	4.20%	0.267
Por Ahorrar	62.00%	68.60%	6.60%	0.999
Por presión familiar	22.00%	25.50%	3.50%	0.999
Por No incomodar	60.80%	62.70%	1.90%	0.999
Por Ejemplo a los trabajadores	62.70%	64.70%	2.00%	0.999
Por autoestima	60.80%	62.70%	1.90%	0.999
Por No ser adicto	74.50%	72.50%	-2.00%	0.999
No tiene que ver con mis expectativas	56.30%	52.00%	-4.30%	0.791

Tabla 16  
Conocimientos. Proporción de cambio después de una Charla  
*Enfermedades Relacionadas con el Tabaquismo.* Respuesta: No se

Pregunta	Antes	Después	Cambio	P
Cáncer de Pulmón	0.00%	0.00%	0.00%	0.999
Enfermedad Coronaria	2.00%	0.00%	-2.00%	0.776
Enfisema	2.00%	0.00%	2.00%	0.592
Cáncer Cérvix	36.00%	30.00%	-6.00%	0.988
Infertilidad	36.00%	28.00%	-8.00%	0.267
Cáncer Seno	34.00%	33.30%	-7.00%	0.999
Asma	6.00%	0.00%	-6.00%	0.78
Osteoporosis	34.00%	24.50%	-9.50%	0.999
Gripe	16.00%	20.00%	4.00%	0.999
Cáncer de Boca	0.00%	0.00%	0.00%	0.999
Cataratas	77.60%	64.00%	-13.60%	0.065
Neumonía	17.60%	12.00%	-5.60%	0.344
Colesterol Alto	24.50%	24.00%	-0.50%	0.999
Cáncer de próstata	44.00%	47.10%	3.10%	0.503
Cáncer de colon	43.80%	49.00%	5.20%	0.629
Otitis Media	53.10%	24.00%	-29.10%	0.004*
Muerte Súbita	42.00%	26.00%	-16.00%	0.143
Diabetes	48.00%	42.00%	-6.00%	0.581
Aborto Espontáneo	34.00%	25.50%	-8.50%	0.267
Infecciones respiratorias en infancia	11.80%	7.80%	-4.00%	0.999

\* Valor con significancia estadística

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

Tabla 17  
Comparación entre proporción de Estudiantes y Médicos

Estatus de Fumador

Variable	Médicos	Estudiantes	P
Tabaquismo previo	45.7	39.3	0.083
Tabaquismo actual	26.8	35.1	0.936

Tabla 18  
Proporción de Actitudes con Diferencia Estadística Médicos y Estudiantes  
Respuesta: Totalmente Acuerdo o Acuerdo

Pregunta	Médicos	Estudiantes	P
Muchos fumadores pueden dejar de fumar si realmente lo desean	89.80%	71.20%	0.001
El consejo médico es suficiente para que los pacientes dejen de fumar	9.50%	1.50%	0.013
Si el precio de los cigarrillos se incrementara	35.30%	33.50%	0.047
Si pasaran más mensajes en los medios masivos sobre los efectos del tabaquismo	88.30%	75.00%	0.044
Una buena razón para dejar de fumar es por proteger mi salud	98.10%	97.00%	0.018
Por mejorar autoestima	88.80%	62.30%	0.087*
Por No Incomodar a las personas	64.20%	48.60%	0.084*

\* Tendencia a la significancia