

RELACIÓN ENTRE ESTRÉS Y HÁBITO DE FUMAR EN PERSONAL DE SALUD, CIUDAD DE LA PAZ BOLIVIA, 2014

RELATIONSHIP BETWEEN STRESS AND SMOKING HABITS, CITY OF LA PAZ BOLIVIA 2014

Carlos Tamayo Caballero*, Jimmy L. Alejo Pocoma **, Ivar Chambi Huanaco ***

* Msc. Salud Pública y Educación Superior, Lic. en Medicina y Ciencias de la Educación, Docente – Investigador Titular Emérito IINSAD

** Msc. en Salud Pública Mención Epidemiología Docente – Investigador Contratado IINSAD

*** Médico Cirujano Pasante del IINSAD

Lugar donde se realizó la investigación.- INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD Y DESARROLLO (IINSAD), La Paz, Bolivia.

Autor para correspondencia:

Carlos Tamayo Caballero, carlostamayocaballero@gmail.com

RESUMEN

Pregunta de investigación.- ¿Cuál será el perfil del consumo de tabaco y el estrés en personal del sector salud?

Objetivo.- Describir las características del consumo de tabaco del personal de salud relacionado al Estrés percibido, por las variables de edad, sexo.

Método.- Investigación observacional de corte transversal analítico.

Resultados.- Los resultados muestran que una diferencial importante entre ocupación de los profesionales en salud, son los médicos en servicios los que están en condición de estrés en un porcentaje de 48,8%. La prevalencia de hábito de fumar en el personal de salud es de 26,9% (IC 24,4 – 29,4), siendo mayor la prevalencia en el sexo masculino con 30,87 (IC 26,9 -34,9), si consideramos la prevalencia de la exposición la más alta fue en el sexo femenino con 57,99% (IC 55,2 – 60,08). Se determinó la dependencia probabilística de la condición de estrés y el hábito de fumar con la prueba de $\chi^2 = 7,06$ p valor=0,008, que indica un nivel de asociación significativa entre el estrés y el hábito de fumar. Las personas en situación de estrés tienen 1,4 veces más probabilidad de tener hábito de fumar que los que no se encuentran con estrés (RMP= 1,4 IC 1,09 -1,81). El 14% de los casos de personas con hábito de fumar se pudieron haber prevenido si las personas no estuvieran con estrés. Se podría prevenir el 29,1% de los casos de hábito tabáquico si las personas que están con estrés salieran de esta condición.

Conclusiones.- Se estableció que existe una alta prevalencia de consumo de tabaco en el personal de salud, vinculado al estrés. Es evidente la diferencia de condiciones de tabaquismo y estrés valorados por razón de género y ocupación.

PALABRAS CLAVES.- Estrés, hábito de consumo de tabaco.

ABSTRACT

Research question.- What is the profile of tobacco consumption and stress in personnel of the health sector?

Goal.- Describe the characteristics of tobacco consuming in personnel of the health sector related to perceived stress, by the variables of age, sex.

Method.- Analytical observational cross-sectional research, observational research.

Results.- The results show that an important difference between occupation of physician practices, medical services are those in stress condition at a rate of 48.8%. The prevalence of smoking among health personnel is 26.9% (CI 24.4 to 29.4), with a higher prevalence in males with 30.87 (CI 26.9 -34.9), considering the prevalence of exposure was highest in women with 57,99% (CI 55.2 to 60.08). Probabilistic dependence on the condition of stress and smoking with χ^2 test = 7.06 $p = 0.008$ value, indicating a level of significant association between stress and smoking was determined. People under stress have 1.4 times more likely to have smoking than those who are under stress (RMP = 1.4 CI 1.09 -1.81). 14% of cases of people with smoking could be prevented if people were not stressed. It could prevent 29.1% of the cases of smoking if the people who are under stress come out of this condition.

Conclusions.- It was established that there is a high prevalence of tobacco on health personnel, linked to stress. The difference in terms of smoking and stress valued by gender and occupation is evident.

Key words: stress, tobacco, smoking habits

INTRODUCCIÓN

En Epidemiología los estilos de vida son un conjunto de comportamientos o actitudes que desarrollan las personas, que unas veces son saludables y otras son nocivas para la salud. En países desarrollados los estilos de vida poco saludables son causa de la mayoría de enfermedades, son considerados como factores determinantes para un grupo de enfermedades no transmisibles, contribuyendo a un perfil epidemiológico de transición.

El hábito de fumar es un aspecto complejo de la conducta humana, tiene efecto multiplicador en la relación con la familia, relaciones sociales y afecta al ambiente mediada por la publicidad, los incentivos y con la propia persona. Debido a esto y tratándose de un hábito negativo por el hecho de ser nocivo para la salud, mucho más preocupante cuando se supone que el personal de salud es el encargado de realizar una promoción de hábitos saludables.¹ Según Gallegos y colaboradores para la década de los 90s estableció que el tabaco produce o colabora a producir alrededor de 40.000 muertos anuales en España, 500.000 en Europa y 390.000 en Estados Unidos, siendo perjudicial incluso para los fumadores pasivos. Esta relación es bien conocida por la mayoría de los ciudadanos y por todo el personal de salud, aunque actualmente existen muy pocos fumadores que desconozcan los efectos nocivos del tabaco sobre la salud, este conocimiento no les induce a

abandonar el hábito de forma definitiva, ni a los no fumadores a no iniciarse en él.

Una gran mayoría de los fumadores probaron su primer cigarrillo en situaciones sociales, e incluso aquellos que no siguieron fumando también habían probado sus primeros cigarrillos en compañía de otros, de hecho, la presión de los iguales, particularmente en la adolescencia, es uno de los más importantes factores que llevan al inicio del tabaquismo, debemos recordar que el ser humano es sobre todo un ser social y, por ello es proclive a adoptar las decisiones del grupo.²

En Bolivia logramos avances significativos respecto a la reglamentación, y somos signatarios de convenios internacionales ante el consumo de tabaco, de conformidad al artículo 59 de la constitución política del estado Plurinacional boliviano, se ratifica el “Convenio Marco Para El Control Del Tabaco”, adoptado en Ginebra – Suiza, (21 de mayo de 2003).³ La normativa busca proteger a la población generando estilos de vida saludables libre del consumo de tabaco en sus múltiples formas y maneras, protección contra la exposición al humo de tabaco; reglamentación del contenido de los productos de tabaco, reglamentación de la divulgación de información sobre los productos de tabaco y otros.⁴ En el decreto supremo de control del tabaco (D.S.29376) norma el expendio, consumo y fabricación del tabaco así como la protección del medio ambiente además de su educación y concienciación en la

población boliviana.⁵

Abundante evidencia científica demuestra que la inhalación de humo de tabaco ajeno genera enfermedades e incluso la muerte en las personas que no fuman. Asimismo, la exposición al humo de tabaco ajeno obstaculiza el ejercicio de derechos humanos básicos reconocidos en tratados internacionales tales como el derecho a la vida, el derecho a la integridad física, el derecho a la salud y el derecho a condiciones de trabajo dignas y equitativas, manifestando espacios libres de tabaco.⁶

El estrés y el desgaste profesional se consideran puntos finales de un proceso en el que se intentan restaurar recursos perdidos que pueden proceder tanto del ámbito laboral como de otros entornos. En una aproximación de Hobofoll y Shirom, 2000 analiza dicha relación y señala a la familia y al trabajo como ámbitos generadores de posibles estresores, pero a la vez elementos que interactúan generando recursos de afrontamiento. Teóricamente se asumen dos procesos: 1) Un Proceso energético, por el que altas demandas laborales agotan las reservas energéticas del individuo y 2) Un proceso motivacional, en el que la carencia de recursos impide ser efectivo frente a las altas demandas laborales y esto promueve una pérdida de implicación y compromiso.⁷

Se han identificado factores de riesgo -FR- como el estrés al consumo del tabaco. Este factor de riesgo contribuye a la conducta humana y actitudes negativas que provocan otro tipo de patologías⁸. Determinar la medida en que los estilos de vida y los valores interpersonales difieren según la categoría en la que se ubican dentro de cada factor de personalidad según Caprara y Barbaranelli en un estudio con 374 jóvenes, del departamento de Huánuco, se evidenció que los factores de personalidad no plantean diferencias significativas sobre los estilos de vida y los valores interpersonales.⁹

Se exploró los estilos de vida de los estudiantes de la facultad de Psicología de la Universidad de Manizales, situada en Manizales, Caldas (Colombia) cuyos resultados mostraron un 65,1% de no fumadores; y un 21,1% presenta dependencia del alcohol. Resalta un 62,9% de disfunción familiar, entre leve y severa, 40% de la

población presenta problemas de ansiedad y 7,7% problemas de depresión; riesgo suicida de 14,8%. Los altos indicadores de factores de riesgo para la salud en esta población confirman lo descrito en otras investigaciones efectuadas con jóvenes universitarios¹⁰.

Desde finales de la década de 1960 hay estudios que relacionan el comportamiento con las enfermedades y con la salud; independientemente del papel de la genética y la herencia en la aparición de algunos padecimientos, los profesionales de la epidemiología y los psicólogos han demostrado tales relaciones. De esta forma, se puede hablar de comportamientos pro -saludables, como por ejemplo la realización de ejercicio, una alimentación balanceada, el no fumar y el beber pequeñas cantidades de alcohol. Es entonces que se puede hablar de comportamientos patógenos.^{11,12}

El estudio es una separata de un estudio global que incluyen otras variables, para el fin de la publicación formulamos como Objetivo General: Establecer los estilos de vida en hábitos y conductas relacionadas con la salud, que permitan tomar acciones de prevención y promoción de la salud en este segmento poblacional y los Objetivos Específicos: a) Describir las características del consumo de tabaco del personal de salud; b) Explorar el stress percibido por las variables de edad, sexo, y establecer la relación con el consumo de tabaco.

MÉTODOS

Investigación observacional de corte transversal analítico.

Las unidades de observación son médicos/as y Enfermeras en diferentes categorías de desempeño en docencia, personal asistencial, residente y trabajador en salud pública en las ciudades de La Paz y El Alto.

Para medir el hábito tabáquico y el estrés se aplicó un cuestionario perteneciente a la fundación Galatea (Barcelona-España) adaptado para nuestro medio en el uso de terminología. El instrumento auto administrado se entregó a sujetos de la investigación mediante estudiantes de 4to y 5to año de la Carrera de Medicina y otro personal entrenado, cada encuestador/a

asumió la responsabilidad de administrar hasta 10 encuestas de forma personalizada. Se llegó a cubrir más del 20% de “no respuesta”, por lo que se logró un total de 1243 encuestas útiles.

El análisis estadístico considero las variables por edad y sexo, especialidad, utilizando estadígrafos descriptivos, proporciones, y analíticos la prueba de Chi² para determinar dependencia probabilística entre el estrés y el hábito de fumar, además de calcular la razón de momios de prevalencia y las fracciones etiológicas para la población en estudio y la exposición.

MUESTRA

La muestra probabilística, aleatoria simple, el tamaño final es de 1216 sujetos, de universo estimado de 19.800 profesionales en salud en ejercicio, calculado con un error de 0,05; probabilidad esperada de 0,5; confianza de

95%, precisión de 3% y 20% de adición por no respuesta. El estudio se realizó con una total de 1243, sobrepasando el tamaño de la muestra calculada.

Las mediciones para el consumo de tabaco fueron clasificados en categorías fumador en función de su respuesta. Las categorías son: Fumador/a Habitual: Que fuman diariamente (un cigarrillo diario como mínimo); Ocasional: las personas que fuman menos de un cigarrillo diario; No fumador/a: No fuman actualmente y que no han fumado nunca, que habían sido fumadores habituales u ocasionales pero que ahora no fuman. Para el estrés las categorías fueron no, en absoluto, no más que habitualmente, un poco más que habitualmente y mucho más que habitualmente, las cuales fueron dicotomizadas.

RESULTADOS

Cuadro N° 1. Distribución de la Muestra Según Ocupación y Sexo
La Paz Bolivia 2014

OCUPACION ACTUAL	SEXO				TOTAL	
	MUJER		HOMBRE		N	%
	N	%	N	%		
Residentes SAFCI	8	57,10	6	42,90	14	100,00
Residentes Clínicos	111	55,80	88	44,20	199	100,00
Médicos en Servicios	261	39,50	400	60,50	661	100,00
Licenciadas en Enfermería	228	82,00	50	18,00	278	100,00
Docente Universitario	36	39,60	55	60,40	91	100,00
Total	644	51,80	599	48,20	1243	100,00

Cuadro N° 2. Distribución del Hábito de fumar según Ocupación actual.
La Paz Bolivia 2014

Hábito de fumar		Ocupación actual					Total
		Residente SAFCI	Residentes Clínicos	Médicos en Servicios	Licenciadas en enfermería	Docente universitario	
Actualmente no fumo nada	N	11	138	471	201	79	900
	%	78,6%	69,3%	71,5%	74,7%	86,8%	73,1%
Actualmente fumo ocasionalmente	N	3	49	157	64	9	282
	%	21,4%	24,6%	23,8%	23,8%	9,9%	22,9%
Actualmente fumo cada día	N	0	12	31	4	3	50
	%	0,0%	6,0%	4,7%	1,5%	3,3%	4,1%
Total	N.	14	199	659	269	91	1232
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

La prevalencia del consumo de tabaco por ocupación muestra una diferencia importante entre docentes universitarios 13,2% y el resto de ocupaciones, siendo los médicos y medicas residentes los que más contribuyen a este indicador 30,6 %, mientras que los médicos de servicio 28 de cada 100 son fumadores, 25 de cada 100 licenciadas en enfermería y los docentes

universitarios 13 de cada 100 globalmente son fumadores 27 de cada 100. El hábito de fumar por sexo muestra que 55% de mujeres no fuman comparado con 45 % de hombres, llama la atención que cada 5 de cada hombre y mujer fuman cada día mientras que ocasionalmente la mujeres fuman 45 de cada 100 y los hombres 58 de cada 100.

Cuadro N° 3. Distribución de Estrés según Ocupación, sexo y grupos de edad.

La Paz Bolivia, 2014.

VARIABLE	CATEGORIA	ESTRES				TOTAL	
		SI		NO			
		N	%	N	%	N	%
Ocupación	Residentes SAFCI	7	1,40	7	1,00	14	1,10
	Residentes Clínicos	142	27,50	56	7,80	198	16,10
	Médicos en Servicios	252	48,80	407	56,90	659	53,50
	Licenciadas en Enfermería	90	17,40	180	25,20	270	21,90
	Docente Universitario	25	4,80	65	9,10	90	7,30
	Total	516	100,00	715	100,00	1231	100,00
Sexo	Mujer	310	60,10	326	45,60	636	51,70
	Hombre	206	39,90	389	54,40	595	48,30
	Total	516	100,00	715	100,00	1231	100,00
Grupo de Edad	20 a 30	241	47,00	190	27,00	431	35,40
	30 a 40	157	30,60	238	33,80	395	32,50
	40 a 50	83	16,20	180	25,60	263	21,60
	50 a 60	27	5,30	77	10,90	104	8,50
	60 a mas	5	1,00	19	2,70	24	2,00
	Total	513	100,00	704	100,00	1217	100,00

Los resultados muestran que un diferencial importante entre ocupación de los profesionales en salud, son los médicos en servicios los que están en condición de estrés en un porcentaje de 48,8%.

Cuadro N° 4. Distribución del Hábito de fumar y Estrés en personal de salud.

La Paz - Bolivia, 2014

ESTRES	FUMA				TOTAL	
	SI		NO			
	N	%	N	%	N	%
SI	159	30,90	356	69,10	515	100,00
NO	171	24,10	540	75,90	711	100,00
TOTAL	330	26,90	896	73,10	1226	100,00

La prevalencia de hábito de fumar en el personal de salud es de 26,9% (IC 24,4 – 29,4), siendo

mayor en el sexo masculino con 30,87 (IC 26,9 -34,9), si consideramos la prevalencia de la exposición al estrés la prevalencia más alta es en el sexo femenino con 57,99% (IC 55,2 – 60,08).

Se determinó la dependencia probabilística de la condición de estrés y el hábito de fumar con la prueba de $\chi^2 = 7,06$ p valor=0,008, que indica un nivel de asociación significativa entre el estrés y el hábito de fumar. Las personas en situación de estrés tiene 1,4 veces más probabilidad de tener hábito de fumar que los que no se encuentran con estrés (RMP= 1,4 IC 1,09 -1,81). El 14% de los casos de personas con hábito de fumar se pudieron haber prevenido si las personas no estuvieran con estrés. Se podría prevenir el 29,1% de los casos de hábito tabáquico si las personas que están con estrés salieran de esta condición.

DISCUSIÓN

La epidemia mundial del consumo de tabaco, afecta con más rigor a poblaciones socialmente vulnerable, es responsable de más de dos millones de muertes cada año en todo el mundo, siendo esta prevenible, el 50% de las muertes de sujetos entre 35 y 65 años es atribuible al tabaco¹³. En Bolivia se estima que un 56% de la población es fumadora. Las muertes atribuibles al tabaco son del 14% y dentro de los cánceres que se producen en la población se calcula que el tabaco es responsable directo de al menos un 40%. Estos datos deben inevitablemente llevarnos a generar acciones que reduzcan el consumo de tabaco en la población y con particular atención en el personal de salud siendo que socialmente esta identidad es aceptada como un “modelo” a ser imitado para un estilo de vida saludable o no. Además; de ser los llamados para promover la salud y prevenir la enfermedad.

Los esfuerzos realizados por el Estado Boliviano en términos normativos no están siendo reflejados en la conducta de la población, es evidente que los acuerdos internacionales tienen su impacto en la normativa, tanto es así que el Decreto Supremo de control del tabaco norma y su reglamentación actual en términos de protección a la salud es todavía insuficiente aún más en su cumplimiento, tanto es así que persiste la exposición al humo de tabaco generando espacios insalubres.

Esta cultura del consumo de tabaco se inicia en edad muy temprana, un estudio realizado en el contexto universitario muestra que la principal causa para fumar e incrementar el hábito fue el estrés, la edad que agrupó el mayor número de fumadores fue 24 años, la edad media para el inicio del hábito fue de 17.7 años.¹⁴

La situación de género muestra una diferencia significativa entre hombres y mujeres este resultado ratifica una condición de inequidad en la relación de poder entre hombres y mujeres, no sorprende los resultados porque en nuestra realidad persisten tres condiciones: 1. La sobrecarga que lleva la mujer; ama de casa, trabajadora, madre; 2. La competitividad que por el pensamiento patriarcal la mujer tiene que hacer mucho más esfuerzo para competir con el varón. 3. La discriminación hacia las mujeres en conjunto

podemos asumir que la precarización del trabajo afecta más las mujeres que a los varones. Se observa una relación inversamente proporcional a menor edad mayor estrés.

En los países desarrollados existe la paradoja de que la mayoría de las enfermedades son producidas por los estilos de vida de su población sin embargo, los recursos destinados a salud se desvían hacia el propio sistema sanitario para intentar curar estas enfermedades, en lugar de destinar más recursos económicos en la promoción de la salud y prevención de las enfermedades.¹⁵

Frente a estos datos que son similares al nuestro deberán tomarse estrategias tales como la incorporación en los procesos formativos en todos los niveles escolares incidiendo en prácticas para evitar iniciarse en el consumo de tabaco; mostrar los efectos del tabaquismo y acciones operativas como control riguroso de ambientes donde naturalmente “es permisivo el consumo de tabaco”, estas medidas permitirán lograr una protección efectiva hacia el individuo, familia y la comunidad, debiendo articularse entre el estado nacional y subnacionales con énfasis en municipios y organizaciones sociales.

Se exploraron los estilos de vida del personal académico superior entre 21 y 53 años, a quienes se aplicaron cuatro instrumentos de evaluación sobre la percepción del estrés entre otros, reacciones fisiológicas ante eventos estresantes y conductas de hostilidad y competitividad. Los resultados muestran los diversos riesgos: los que suponen la probabilidad de aparición de enfermedad, los que coexisten con alguna o los que pueden ser factores de riesgo que la provoquen.¹¹

Un estudio ha demostrado en jóvenes del departamento de Huánuco –Perú comparado con los españoles, difieren significativamente, dejando entrever que los factores son influenciados socioculturalmente, por tanto, es posible que algunos de los componentes medidos resulten productos de aprendizajes más que de razones tipo rasgo.¹⁶

Se exploró los estilos de vida de los estudiantes de la facultad de Psicología de la Universidad de Manizales, situada en Manizales, Caldas (Colombia) cuyos resultados mostraron: edad

promedio de 21,42 años; el 39,4% tiene una actividad diferente al estudio, la cual corresponde al trabajo y al deporte en la misma proporción. Se identificó un 65,1% de no fumadores; 26,9% no consumen alcohol; 34,6% presenta problemas con el alcohol y un 21,1% presenta dependencia del alcohol. Relación en su mayoría muy estrecha solo con la familia, buena en su mayoría con amigos, compañeros de universidad, docentes y formación humana; distante con las restantes redes de apoyo que ofrece la universidad. Resalta un 62,9% de disfunción familiar, entre leve y severa. Los altos indicadores de factores de riesgo para la salud en esta población confirman lo descrito en otras investigaciones efectuadas con jóvenes universitarios.¹⁷

En el año 2004 el Colegio de Médicos de Barcelona publicó un estudio sobre los médicos de Barcelona (Rodríguez J.A. y Bosch J.L.C., 2004) y, dado que más del 75% de los médicos y médicas de Cataluña pertenecen a la circunscripción de Barcelona, en líneas generales algunos de los resultados de este estudio pueden ser extrapolados al colectivo médico de toda Cataluña.¹⁸

Se exploraron los estilos de vida de 40 miembros del personal académico de una institución de educación superior con edades de entre 21 y 53 años, a quienes se aplicaron cuatro instrumentos de evaluación de forma individual sobre factores hereditarios, peso, talla, uso de lentes, alimentación, transporte, recreación, autocuidado, percepción del estrés, reacciones fisiológicas ante eventos estresantes y conductas de hostilidad y competitividad. Los resultados muestran los diversos riesgos: los que suponen la probabilidad de aparición de enfermedad, los que coexisten con alguna o los que pueden ser factores de riesgo que la provoquen. Se discute la importancia de realizar estudios sobre estilos de vida en grupos con el propósito de diseñar, desarrollar y ofrecer programas de prevención y de tratamiento para modificar riesgos a la salud.¹¹

Desde finales de la década de 1960 hay estudios que relacionan el comportamiento con las enfermedades y con la salud; independientemente del papel de la genética y la herencia en la aparición de algunos padecimientos, los profesionales de la epidemiología y los psicólogos

han demostrado tales relaciones. De esta forma, se puede hablar de comportamientos pro-saludables, como por ejemplo la realización de ejercicio, una alimentación balanceada, el no fumar y el beber pequeñas cantidades de alcohol. Por otra parte, existe evidencia de la relación que hay entre la conducta de fumar y la probabilidad de desarrollar algún problema respiratorio, o bien de la relación entre la obesidad, el sedentarismo y la hipertensión arterial. Es entonces que se puede hablar de comportamientos patógenos.¹¹

Una nueva disciplina médica se abre paso para aclarar la confusión sobre las dietas, el estrés, el sueño y los hábitos saludables; hace dos años, un grupo de médicos fundó en EEUU una organización con el propósito de convertir la medicina del estilo de vida en una especialidad clínica acreditada y en parte de la formación médica básica. El tratamiento sintomático de la enfermedad sin una evaluación del estilo de vida del paciente o sin ofrecerle orientación sobre cómo cambiar es “irresponsable y roza la negligencia”. La medicina del estilo de vida es esencial para combatir las epidemias nacionales de la obesidad, la diabetes y la cardiopatía. “No podemos resolver los problemas de salud de la sociedad a menos que pasemos de una atención aguda y episódica al fomento de la salud y el bienestar: según “la medicina del estilo de vida” de John H. Kelly Jr., presidente del American College of Lifestyle Medicine.

Los médicos pueden recomendar vagamente que los pacientes pierdan peso o duerman más, por ejemplo, pero no necesariamente saben cómo ayudarles a hacerlo. Además, muchos médicos tienen hábitos poco saludables que podrían impedirles ofrecer consejo. Los médicos con falta de sueño que mordisquean caramelos para comer “tienden a sentirse inhibidos para aconsejar a otros cuando ellos no dan ejemplo, precisamente”. Por ser una enfermedad crónico-degenerativa la historia natural es de larga data donde intervienen muchos factores, entre los más significativos están los oncogenes, condiciones y estilos de vida¹⁹ no saludables (los estilos de vida no saludables implica cultura alimentaria, sedentarismo, consumo exagerado de tabaco y alcohol, exposiciones innecesarias a radiaciones, consumo de medicamentos sin prescripción médica, entre otros).

AGRADECIMIENTO

A la fundación Galatea por haber permitida adaptar a nuestro medio el instrumento elaborado por ellos en España.

Margarita Fuentes Almendras Docente del Departamento de Salud Pública de la Universidad de Barcelona – España, por la iniciativa y el impulso dado a esta investigación, apoyo en la adecuación del instrumento.

REFERENCIAS

1. De la Gálvez A. Hábito de fumar en estudiantes de medicina de la UMSA. *Cuad Hosp Clín.* 2007; 52 (1): 40 - 45 Disponible en: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1652-67762007000100006&lng=es&nrm=iso
2. Gómez R. Tabaquismo en el personal de salud: estudio en una unidad hospitalaria de salud pública de México. 1998; 40(1); Disponible en : <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10640108>
3. *Gaceta Oficial de Bolivia.*, Honorable congreso Nacional Ley 2029 27 de febrero de 2004
4. *Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco.* Organización Mundial de la Salud 2003, reimpresión actualizada, 2004, 2005
5. *Gaceta Oficial de Bolivia.* Presidencia De la República Decreto Supremo 22 de abril de 2005
6. *Fundación Interamericana del Corazón Argentina.* Hacia una Universidad Libre de Humo de Tabaco, Argentina 2011
7. Gálvez M, Moreno B. *El Desgaste del Profesional Médico,* Editorial Díaz de Santos, España 2009
8. *Ministerio de Salud y Deportes, Programa Nacional de Enfermedades no Transmisibles, Normas para la y procedimientos para la prevención y control de enfermedades No Transmisibles y sus factores de riesgo, Serie: Documentos Técnicos Normativos Nro. 1, La Paz Bolivia, 2007*
9. Campos C. *Los Estilos de Vida y los Valores Interpersonales Según la Personalidad en Jóvenes del Departamento de Huánuco.* Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco Perú, 2009; *Rev. Investig. Psicol;* 12 (2)
10. Páez Cala ML, Castaño Castrillón JJ. *Estilos de Vida y Salud en Estudiantes de una Facultad de la Universidad De Manizales.* 2010. *Psicología desde el Caribe,* 25: 155-178
11. García Hernández C, Ramos D, Serrano Encinas D, Sotelo Castillo M, Flores Ivich L, Reynoso Erazo L. *Estilos de Vida y Riesgos en la Salud de Profesores Universitarios: Un Estudio Descriptivo,* 2009. *Psicología y Salud;* 19(1):141-149
12. Reynales Shigematsu LM. *Vigilancia y Monitoreo de Políticas Para el Control del Tabaco en México; Agosto, 2013 al 29 de Abril del 2014.* <http://www.controltabaco.mx/publicaciones/vigilancia-y-monitoreo>
13. Brandt CJ, Petrie G. *Tabaco: Riesgo para la Salud.* 2010. *NetDoctor;* en <http://www.hola.com/salud/enciclopedia-salud/2010031245238/pediatria/enfermedades-transtornos-infantiles/tabaco-riesgos-para-la-salud/> obtenido el 18 de Marzo del 2013.
14. Pinzón de Salazar L. *Prevalencia del Consumo de Cigarrillo y Características de los Estudiantes Fumadores de la Facultad de Ciencias para la Salud de la Universidad de Caldas Departamento de Antropología y Sociología Línea cultura y drogas.* Universidad de Caldas, Facultad de Ciencias para la Salud, Manizales. 1999
15. *La Enciclopedia Libre Universal en Español* disponible en: http://enciclopedia.us.es/index.php/Estilo_de_vida, 13 de Marzo del 2015.
16. Campos LC. *Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco, Perú, “Los Estilos de Vida y los Valores Interpersonales Según la Personalidad en Jóvenes del Departamento de Huánuco” Rev. investig. psicol.* 2009; 12(2)

17. Páez Cala ML, Castaño Castrillón JJ. *Estilos de Vida y Salud en Estudiantes de una Facultad de Universidad de Manizales, Universidad del Norte - Colombia 2010; Psicología desde el Caribe; 25:155-178,*
18. *Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris (CAPS), Izabella Rohlfs, Pilar Arrizabalaga, Lucía Artazcoz, Carme Borrell, Mercè Fuentes y Carme Valls, "Salud, estilos de de vida y condiciones de trabajo de médicos y medicas de Cataluña, editado Fundacion Galateas Barcelona- España 2007.*
19. *Ministerio de Salud y Deportes, Dirección Nacional de Salud, "Normas Nacionales de Atención Clínica: Modulo 4, Tumores, Abril 2013.*