



ORIGINAL

## Características del consumo de tabaco, dependencia y motivación para el cambio de los especialistas internos residentes de Andalucía (España)<sup>☆</sup>



M.V. Juárez-Jiménez<sup>a</sup>, F.J. Valverde-Bolívar<sup>b</sup>, A. Pérez-Milena<sup>c,\*</sup>  
y A. Moreno-Corredor<sup>d</sup>

<sup>a</sup> Médica de Familia, Centro de Salud El Valle, Servicio Andaluz de Salud, España

<sup>b</sup> Médico de Familia, Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria, Distrito Sanitario de Jaén, Servicio Andaluz de Salud, Jaén, España

<sup>c</sup> Doctor en Medicina, Médico de Familia, Centro de Salud El Valle, Servicio Andaluz de Salud, España

<sup>d</sup> Médico de Familia, Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria, Distrito Sanitario de Jaén, Servicio Andaluz de Salud, Jaén, España

Recibido el 7 de febrero de 2014; aceptado el 9 de julio de 2014

Disponible en Internet el 19 de septiembre de 2014

### PALABRAS CLAVE

Internado y residencia;  
Internado no médico;  
Tabaquismo;  
Dependencia a la nicotina;  
Motivación

### Resumen

**Objetivo:** Existen pocos trabajos sobre el consumo de tabaco entre los especialistas en formación en ciencias de la salud (residentes), por lo que se desea conocer la prevalencia del tabaquismo, la dependencia nicotínica y la motivación para el cambio, así como su relación con otras variables personales, laborales y de consumo de otras drogas.

**Material y métodos:** Estudio multicéntrico transversal mediante cuestionario en el año 2012. Participan los residentes de todos los centros sanitarios docentes de Andalucía (España) mediante un cuestionario enviado por correo electrónico, recogiendo la edad, el sexo, la especialidad, el país de origen, el consumo cualitativo-cuantitativo de tabaco, la edad de inicio/abandono, el test de Fagerström y el estadio de cambio (Proschaka).

**Resultados:** Dos mil seiscientos sesenta y siete residentes (63% del total). Edad media 29,1 años ( $\pm 5,2$ ), 69% mujeres, 89% españoles, 86% médicos. El 17% fuman (patrón diario: 47%, intermitente: 41%, asociado al ocio: 3%), inicio con 17,4 años ( $\pm 3,5$ ) y media de 7,5 cigarrillos/día ( $\pm 7,1$ ), superior en especialidades médicas ( $p=0,067$  ANOVA) y en hombres ( $p=0,074$  «t» de

<sup>☆</sup> El presente trabajo ha recibido una beca de investigación de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria («Isabel Fernández») en su convocatoria del año 2013, y ha sido presentado de forma parcial como comunicación tipo póster al XX Congreso de la WONCA, celebrado en Praga del 25 al 29 de junio de 2013.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [alejandro.perez.milena.sspa@juntadeandalucia.es](mailto:alejandro.perez.milena.sspa@juntadeandalucia.es) (A. Pérez-Milena).

Student). El 82% con baja dependencia nicotínica, siendo mayor en especialidades médicas hospitalarias ( $p=0,078$ , Chi cuadrado). El 7% son exfumadores y el 48% quieren dejar de fumar (contemplación 38%, preparación 10%). Mediante análisis multivariante se aprecia una relación entre el tabaquismo y el consumo de alcohol (OR: 2,84) y drogas ilegales (OR: 3,57), sin diferencias por edad ni país.

**Conclusiones:** El consumo de tabaco es inferior a la población general, con una baja dependencia y buena predisposición para el cambio, por lo que sería aconsejable realizar actividades preventivas en los residentes para conseguir el cese del consumo de tabaco.

© 2014 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## KEYWORDS

Internship and residency;  
Internship non-medical;  
Smoking;  
Tobacco use disorder;  
Motivation

## Characteristics of smoking, nicotine dependence and motivation for change in specialists training in health sciences (residents) in Andalusia (Spain)

### Abstract

**Objective:** As there are few studies on the smoking habits of specialists training in health sciences (residents), it is of interest to determine the prevalence of smoking, nicotine dependence and motivation for change, and their relationship with other variables (personal, work and consumption of other drugs).

**Material and methods:** A multicentre, cross-sectional study using a questionnaire was conducted in 2012. All the residents who were studying in Teaching Health Centres in Andalusia (Spain) completed a questionnaire, which was sent by e-mail, collecting: age, sex, specialty, country of origin, qualitative-quantitative consumption of tobacco, age of onset/cessation, Fagerström test and stage of change (Proschaka).

**Results:** A total of 2667 residents (63% of total) completed the questionnaire. The mean age was 29.1 years ( $\pm 5.2$ ), 69% female, 89% Spanish, and 86% physicians. Of the 17% who smoked (daily pattern-47%, intermittently-41%, related to leisure-3%), starting at 17.4 years ( $\pm 3.5$ ) and mean of 7.5 cigarettes per day ( $\pm 7.1$ ), higher medical specialties ( $P = .067$  ANOVA), and in men ( $P = .074$ , Student-*t*). More than three-quarters (82%) had a low nicotine dependence, being higher in hospital medical specialties ( $P = .078 \chi^2$ ). Of the total, 7% were former smokers, and 48% wanted to quit smoking (contemplation 38%, preparation 10%). In the multivariate analysis there was a link between smoking and alcohol consumption (OR 2.84) and illegal drugs (OR 3.57). There were no differences by age or country.

**Conclusions:** The consumption of tobacco in residents is less than the general population, with a low dependence and better willingness to change. The period of specialised training is a good time to offer tobacco interventions.

© 2014 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

## Introducción

El tabaquismo es un trastorno adictivo crónico y la primera causa de muerte prevenible, de años de vida perdidos de forma prematura y de años vividos con discapacidad en los países desarrollados<sup>1</sup>. Es consecuencia de un proceso en el cual intervienen factores conductuales y sociales, antes incluso del primer consumo, en general durante la adolescencia y con unas motivaciones que parecen girar en unos ejes fundamentales: determinantes personales y sociales, accesibilidad para la compra de tabaco y dependencia/adicción<sup>2</sup>. El tabaquismo puede prolongarse durante años, pese a que más del 70% de los fumadores presentan una baja dependencia nicotínica y casi el 60% han intentado dejar de fumar en alguna ocasión<sup>3</sup>.

España es uno de los países con mayores prevalencias de consumo en Europa<sup>4</sup>, con porcentaje de fumadores diarios del 24% en la población mayor de 14 años, casi un 20% de exfumadores y un 3% de consumo ocasional<sup>5</sup>. En Andalucía el tabaquismo también es uno de los principales problemas de salud pública y su consumo diario se ha asociado al fenómeno del policonsumo<sup>6</sup> de varias drogas diferentes. La inmensa mayoría de la población fumadora se encuentra en estadios precontemplativos respecto al abandono del consumo<sup>7</sup>.

El personal sanitario es uno de los grupos sociales que mayor poder de influencia tiene sobre la población en cuanto a la cesación del hábito de fumar, tanto por la información que transmiten a sus pacientes sobre el riesgo de fumar como por sus actitudes personales<sup>8,9</sup>. En España el

número de fumadores entre el colectivo sanitario es elevado, con unos porcentajes de consumo de tabaco que se sitúan entre el 31 y el 46%<sup>9-11</sup>, aunque parece existir un descenso en los últimos años<sup>12</sup>. El presente estudio tiene como objetivo cuantificar el consumo de tabaco entre los especialistas en formación en ciencias de la salud (residentes) de la comunidad autónoma de Andalucía, valorando tanto el consumo cuantitativo como cualitativo, el grado de dependencia nicotínica y la motivación para el cese del tabaquismo.

## Material y métodos

Se diseña un estudio multicéntrico descriptivo transversal mediante encuesta autoadministrada. La población de estudio está compuesta por todos los especialistas en formación en ciencias de la salud (o residente, según Real Decreto 183/2008) que cursan sus estudios de posgrado en Andalucía durante el año 2012, en total 4.245 profesionales. Se calcula un tamaño muestral mínimo de 1.800 encuestas (considerando una prevalencia del tabaquismo del 40%, una precisión del 50% y un nivel de confianza del 95%). Los criterios de inclusión son: estar en situación activa en el momento de la encuesta y estar dado de alta en PORTALEIR, la página Web para el seguimiento y formación de los residentes en Andalucía ([www.portaleir.es](http://www.portaleir.es)). Se excluyen aquellos profesionales que no desearon participar y/o con cuestionarios no cumplimentados totalmente.

La encuesta ha sido previamente validada por los autores para población española<sup>13</sup> y se presenta en el anexo 1. Recoge datos demográficos (edad, sexo, país de origen) y la especialidad cursada, agrupada en 4 grandes bloques según la afinidad del programa formativo de las mismas (fig. 1); datos de consumo, dependencia y motivación para el abandono del hábito tabáquico: la edad de inicio, la cantidad de tabaco fumado (expresado en cigarrillos al día) y el patrón de consumo definido como consumo intermitente (de prueba u ocasional), asociado al ocio y diario<sup>13</sup>. La dependencia nicotínica se cuantifica mediante el test de Fagerström<sup>14</sup>, considerándose dependencia alta un resultado  $\geq 7$  puntos, y dependencia baja si el valor era  $\leq 3$  puntos. Se valora el estadio del ciclo de cambio de Proschaka: precontemplación (no desea dejar de fumar), contemplación (se plantea el cambio en los próximos 6 meses) y preparación (desea el cese del tabaquismo en los próximos 30 días)<sup>14</sup>. También se indaga sobre la condición de exfumador (fase de mantenimiento), el número de intentos y la edad del cese del tabaquismo, el consumo de alcohol (medido en unidades de bebida estándar por semana) y otras drogas ilegales (patrón de consumo y tipo).

El cuestionario se difunde a través de un correo electrónico personal a cada residente como una invitación para participar, al tiempo que se explica el propósito del estudio y se asegura el carácter privado de sus respuestas, con una explotación de forma global. En ese mismo correo disponen de un enlace directo que les dirige al cuestionario, empujado en una página Web personalizada (dentro del dominio [www.e-encuesta.com](http://www.e-encuesta.com)). Para minimizar las pérdidas se reenvía la encuesta hasta en 3 ocasiones, con una periodicidad quincenal.

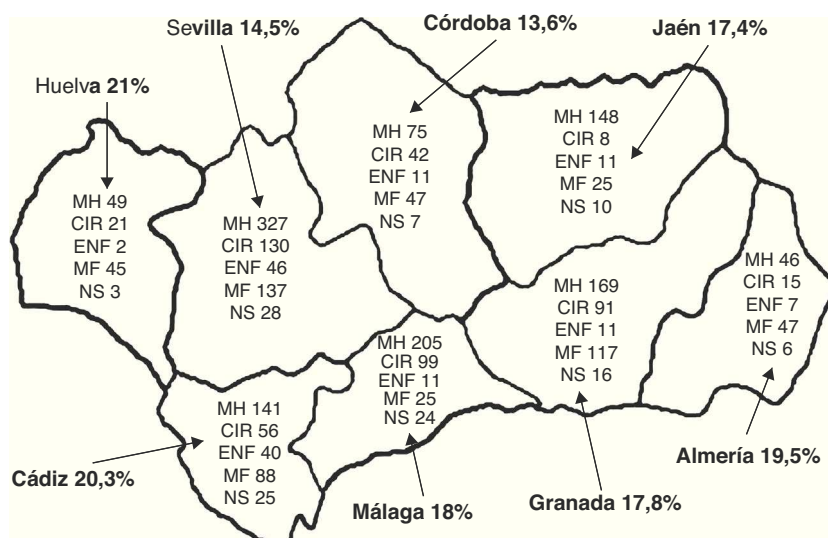
El análisis estadístico se realiza con el software RCommander, comprobando la normalidad de los datos y realizando un análisis descriptivo de los mismos, expresando frecuencias (absolutas y porcentaje) para las variables cualitativas, y medias con su desviación típica para las cuantitativas. En el análisis bivalente se fija la significación estadística en  $p < 0,05$ , empleándose la prueba de Chi cuadrado para variables cualitativas, y la «t» de Student (o ANOVA) para la comparación de medias. Finalmente, se realiza un análisis multivariante mediante regresión logística binaria por pasos hacia atrás con criterio razón de verosimilitud (RV), entendiendo como variable dependiente el consumo de tabaco (variable dicotómica sí/no) y como variables independientes las características sociodemográficas y de la especialidad cursada, así como el consumo de alcohol y otras drogas.

El proyecto de investigación está aprobado por la comisión de ética e investigación sanitaria del hospital de referencia (según normativa del RD 223/04). El tratamiento de los datos de carácter personal de los sujetos que participaron en el estudio se ajusta a lo establecido en la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal, 15/1999 de 13 de diciembre, informando al participante de sus derechos ARCO. Con los datos obtenidos se crean 2 bases de datos para el análisis estadístico, una con la identificación personal de los residentes, solo accesible a 2 investigadores, y otra con el resto de variables codificadas por claves para proteger la confidencialidad.

## Resultados

Se obtienen un total de 2.667 encuestas sobre 4.245 residentes encuestados (62,8% total). En la figura 1 se indica la distribución de los mismos por ciudad y especialidad. Los datos por especialidad cursada se presentan en la tabla 1 (46% especialidades médicas hospitalarias, 25% medicina familiar, 18% especialidades quirúrgicas hospitalarias, 6% enfermería y 5% otras especialidades no sanitarias). El 89% son de nacionalidad española, un 7% proceden de África, un 2% de Latinoamérica y el 2% del resto de países europeos. El 69% son mujeres, siendo más frecuente en las especialidades de enfermería y no sanitarias ( $p < 0,001$  Chi cuadrado). La media de edad es de 29,1 años ( $\pm 5,1$ ) con un rango de edad entre 21 y 66 años. El 82% de los residentes han consumido alcohol, con una ingesta media de  $5,4 \pm 5,7$  unidades de bebida estándar (UBE) por semana, mientras que un porcentaje inferior al 5% reconoce haber consumido alguna droga ilegal (tabla 1).

Los datos relacionados con el consumo de tabaco en cada uno de los grupos de especialidades y según el sexo se muestran en las figuras 2 y 3. Un 19% de los residentes han consumido tabaco (intervalo de confianza al 95% [15,6%; 22,4%]), con una desigual distribución por provincias (figura 1,  $p = 0,031$  Chi cuadrado). La prevalencia de consumo de tabaco es superior en hombres frente a mujeres (tabla 2) ( $p = 0,046$  Chi cuadrado). Los patrones de consumo más frecuentes son el intermitente (41%) y el diario (47%), con una baja prevalencia de uso exclusivo asociado al ocio (3%), sin diferencias según la especialidad cursada ni el sexo (tablas 1 y 2). La media de la edad de



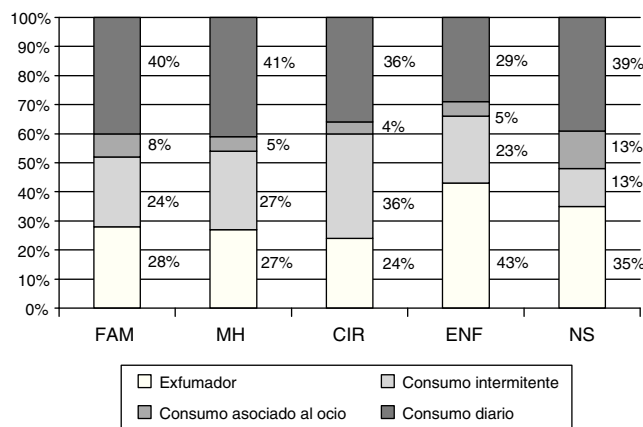
Diferencias significativas con  $p = 0,031$  test  $\chi^2$ .  
 MH: residentes de medicina hospitalaria (análisis clínicos, anestesiología, digestivo, endocrinología, hematología, medicina del trabajo, UCI, medicina interna, pediatría, psiquiatría, radiodiagnóstico);  
 CIR: residentes de cirugía hospitalaria (traumatología, cirugía general, ginecología, oftalmología, ORL);  
 ENF: residentes de enfermería (enfermería familiar, enfermería del trabajo, matronas);  
 MF: residentes de medicina familiar;  
 NS: residentes no sanitarios (farmacia hospitalaria, psicología)

**Figura 1** Prevalencia del consumo de tabaco en cada provincia y número total de encuestados según especialidad cursada. CIR: residentes de cirugía hospitalaria (traumatología, cirugía general, ginecología, oftalmología, ORL); ENF: residentes de enfermería (enfermería familiar, enfermería del trabajo, matronas); FAM: residentes de medicina familiar; MH: residentes de medicina hospitalaria (análisis clínicos, anestesiología, digestivo, endocrinología, hematología, medicina del trabajo, UCI, medicina interna, pediatría, psiquiatría, radiodiagnóstico); NS: residentes no sanitarios (farmacia hospitalaria, psicología). Diferencias significativas con  $p = 0,031$ , test Chi cuadrado.

inicio del tabaquismo es de 17,4 años ( $\pm 3,5$ ) con un consumo cuantitativo de 7,5 cigarrillos diarios ( $\pm 7,1$ ), superior entre las especialidades de medicina familiar y médicas hospitalarias (tabla 1,  $p = 0,067$  test ANOVA) y cuando el consumo es diario ( $11,1 \pm 6,9$ ) frente al intermitente ( $1,7 \pm 1,1$ ;  $p < 0,001$  ANOVA). Los hombres fuman 2,6 cigarrillos al día ( $\pm 0,8$ ) más que las mujeres (tabla 2) ( $p = 0,074$  «t» de Student).

La dependencia a la nicotina, valorada mediante el test de Fagerström, es baja en el 82% de los fumadores y alta solo en un 1%. Hay diferencias significativas entre especialidades, estando presente una alta dependencia nicotínica solo en las especialidades médicas hospitalarias (tabla 1) ( $p = 0,078$  Chi cuadrado). No se encuentran diferencias por sexo (tabla 2).

El 51% del total de fumadores ha realizado al menos un intento para dejar de fumar, con una media de 5,2 intentos ( $\pm 3,8$ ). Los fumadores de las especialidades médicas hospitalarias y no sanitarias han realizado más intentos de media que el resto para dejar de fumar, mientras que los internos de medicina familiar son los que menos intentos han hecho ( $p < 0,001$  Chi cuadrado) (tabla 1). Sin embargo, no existen diferencias para las fases del ciclo de Proschaka entre las diferentes especialidades (tabla 1) ni para el sexo (tabla 2): el 52% de los fumadores se encuentra en la fase



MH: residentes de medicina hospitalaria;  
 CIR: residentes de cirugía hospitalaria;  
 ENF: residentes de enfermería;  
 FAM: residentes de medicina familiar;  
 NS: residentes no sanitarios.

**Figura 2** Patrones de consumo de los especialistas internos residentes respecto al tabaquismo. CIR: residentes de cirugía hospitalaria; ENF: residentes de enfermería; FAM: residentes de medicina familiar; MH: residentes de medicina hospitalaria; NS: residentes no sanitarios.

**Tabla 1** Principales resultados obtenidos sobre el consumo de tabaco, la dependencia a la nicotina y la motivación para el cambio según la especialidad cursada

	Medicina familiar	Médicas hospital	Quirúrgicas hospital	Enfermería	No sanitarios
<i>Tamaño de muestra</i>	668	1227	480	160	132
<i>Sexo: mujer*</i>	74%	66%	58%	87%	82%
<i>Edad (años)</i>	29,9 ± 5,7	29,4 ± 5,3	28,0 ± 3,3	27,4 ± 5,6	28,7 ± 4,1
<i>Consumo de tabaco</i>	18%	16%	19%	15%	14%
Edad de inicio del tabaquismo	17,9 ± 3,5	17,6 ± 3,6	17,0 ± 3,3	16,7 ± 2,2	16,9 ± 2,3
Consumo cuantitativo (cigarrillos/día)**	8,3 ± 8,1	8,2 ± 7,2	5,6 ± 5,9	5,6 ± 3,1	7,5 ± 7,40
<i>Test de Fagerstrom***</i>					
Dependencia baja	87,7%	74,6%	85,1%	91,3%	87,5%
Dependencia moderada	12,3%	23,1%	14,9%	8,7%	12,5%
Dependencia alta	0%	2,3%	0%	0%	0%
<i>Motivación para el cambio</i>					
Intentos para el cese del tabaquismo	48%	52%	54%	62%	38%
N.º de intentos****	2,2 ± 2,7	6,3 ± 3,5	3,8 ± 4,1	4,4 ± 3,6	6,5 ± 3,2
<i>Estadio de cambio de Proschaka</i>					
Precontemplación	53%	51%	55%	48%	56%
Contemplación	35%	40%	37%	40%	44%
Acción	13%	9%	8%	12%	0%
<i>Edad de cese del tabaquismo</i>	29,1 ± 7,5	27,8 ± 6,1	25,6 ± 4,2	26,0 ± 3,6	28,1 ± 5,1

Las medias se presentan con su correspondiente desviación estándar.

\*p < 0,001 test chi cuadrado.

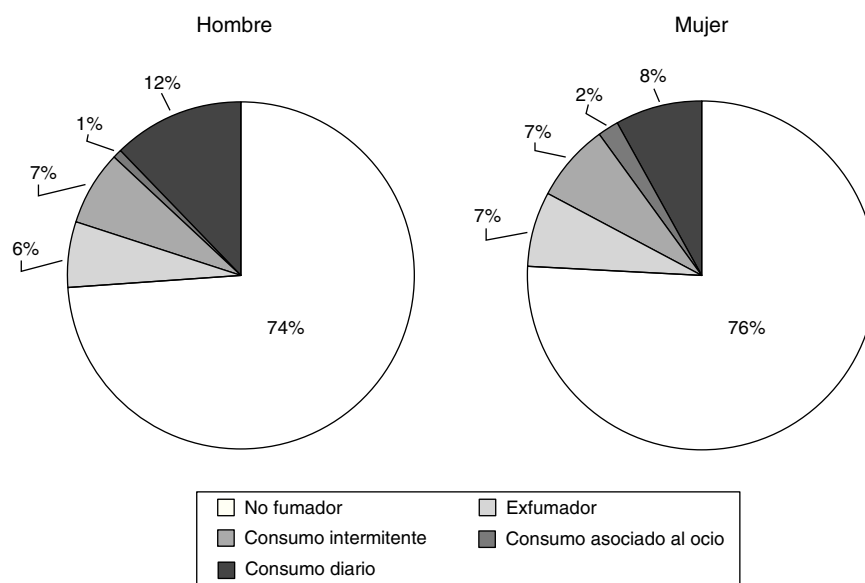
\*\*p = 0,067 test ANOVA.

\*\*\*p = 0,078 test Chi cuadrado.

\*\*\*\*p < 0,001 test ANOVA.

de precontemplación y no desea dejar de fumar, un 38% está en fase de contemplación y el restante 10% se encuadra en la preparación para la acción. Un 7% del total de encuestados son exfumadores (fase de mantenimiento), con una media de edad de cese del consumo de 27,6 años ( $\pm 6,0$ ) (figs. 2 y 3).

Mediante regresión logística multivariante se obtiene un modelo que relaciona el consumo de alcohol y de drogas ilegales con el consumo de tabaco (tabla 3). Se aprecia que el consumo de alcohol incrementa el riesgo en 2,84 odds para el consumo de tabaco, y cada UBE por semana que se consume incrementa de forma significativa el riesgo en 1,07



**Figura 3** Diferencias en el patrón de consumo de tabaco según el sexo del especialista interno residente.

**Tabla 2** Características del consumo de tabaco según el sexo del especialista interno residente

	Hombre	Mujer
<i>Tamaño de muestra</i>	817 (31%)	1.850 (69%)
<i>Edad (años)</i>	29,9 ± 5,5	28,8 ± 5,1
<i>Consumo de tabaco*</i>	20%	17%
Edad de inicio del tabaquismo	17,7 ± 3,4	17,3 ± 3,4
Consumo cuantitativo (cigarrillos/día)**	9,2 ± 7,7	6,6 ± 6,7
<i>Test de Fagerstrom</i>		
Dependencia baja	76,7%	84,9%
Dependencia moderada	22,0%	14,3%
Dependencia alta	1,3%	0,8%
<i>Motivación para el cambio</i>		
Intentos para el cese del tabaquismo	46,2%	50,2%
Número de intentos de cese del tabaquismo	5,0 ± 3,6	5,3 ± 4,0
<i>Estadio de cambio de Proschaka</i>		
Precontemplación	49%	54%
Contemplación	42%	36%
Acción	9%	10%
Edad de cese del tabaquismo	28,4 ± 6,3	27,2 ± 5,9

Las medias se presentan con su correspondiente desviación estándar.

Diferencias significativas: \*p=0,046 test Chi cuadrado; \*\*p=0,074 test «t» de Student.

*odds*. El consumo de drogas ilegales aumenta el riesgo en 3,57 *odds* para el consumo de tabaco. Tanto la edad como cursar estudios de medicina familiar (frente a medicina hospitalaria) presentan significación estadística, pero aportan unas *odds ratio* cercanas a 1. No se aprecia en ningún modelo

una relación entre el tabaquismo y el sexo, el año de especialidad ni la provincia.

## Discusión

Hay pocos estudios realizados sobre el consumo de tabaco de los especialistas internos residentes en formación posgraduada en España<sup>10</sup>. El análisis de la encuesta realizada en esta población, habiéndose encontrado una menor prevalencia respecto a la población general<sup>4,5</sup>. En segundo lugar, se comprueba una asociación con el consumo de alcohol y otras drogas ilegales, con un elevado porcentaje de tabaquismo asociado al ocio (tanto en su patrón intermitente como en el consumo asociado al ocio)<sup>6</sup>. Por último, la dependencia a la nicotina parece ser baja, con una alta motivación para el cambio, por lo que este período de la vida constituye una excelente oportunidad para el cese del tabaquismo<sup>3,7</sup>.

El consumo de tabaco en los residentes estudiados presenta una prevalencia inferior a la población general de referencia, que se aproxima al 30% de consumo diario<sup>4,5</sup>, y a la encontrada en otros estudios realizados sobre personal sanitario en formación, cuyo consumo oscila desde la quinta parte hasta la mitad de la población de los encuestados<sup>10,11,15,16</sup>, aunque similar a estudios más recientes<sup>12,17</sup>. Se encuentran características similares a otras poblaciones como enfermeros o estudiantes de medicina<sup>8,9,18,19</sup>, aunque el tabaquismo en los estudiantes de medicina en Cataluña parece ser ligeramente superior<sup>20</sup>. Estas diferencias en la prevalencia del consumo pueden estar causadas tanto por los cambios sociales ante el consumo y las diferentes políticas sanitarias (se ha constatado un descenso del tabaquismo en la sociedad española tras la aprobación de la ley contra el consumo de tabaco en lugares públicos)<sup>21</sup> como por las etapas culturales y de concienciación ciudadana en las que cada sociedad se encuentre. Ello provoca una elevada disparidad de cifras de consumo de tabaco entre los médicos adjuntos, con unas prevalencias que oscilan desde un 4% en Estados Unidos hasta un 40% en Bosnia o Turquía, aunque en general se ha constatado

**Tabla 3** Modelo explicativo del consumo de tabaco entre los residentes obtenido mediante regresión logística

Variable	Consumo de tabaco				
	Coefficiente	OR	Intervalo de confianza 95%	Chi cuadrado	Nivel de significación
Constante	-4,019695	-	-	-9,852	<0,0001
Consumo de alcohol	1,042317	2,84	[1,83; 4,58]	4,481	<0,0001
UBE/semana	0,070648	1,07	[1,05; 1,09]	7,104	<0,0001
Consumo de drogas ilegales	1,271552	3,57	[2,39; 5,31]	6,261	<0,0001
Edad	0,032992	1,03	[1,01; 1,05]	3,090	0,0020
Especialidad (CIR)	0,093875	1,10	[0,81; 1,48]	0,607	0,5435
Especialidad (ENF)	0,178583	1,20	[0,72; 1,91]	0,716	0,4741
Especialidad (FAM)	0,258310	1,29	[0,98; 1,69]	1,862	0,0625
Especialidad (NS)	-0,089102	0,91	[0,51; 1,56]	-0,310	0,7565

CIR: residentes de cirugía hospitalaria (traumatología, cirugía general, ginecología, oftalmología, ORL); ENF: residentes de enfermería (enfermería familiar, enfermería del trabajo, matronas) FAM: residentes de medicina familiar; NS: residentes no sanitarios (farmacia hospitalaria, psicología); UBE: unidades estándar de bebida.

una disminución constante de las tasas de tabaquismo en médicos durante los últimos años<sup>22</sup>.

La distribución del consumo por sexo es similar a la población española de menos de 35 años<sup>5,13,18</sup> y similar a otros colectivos médicos<sup>8</sup>. Es destacable el mayor consumo cuantitativo en hombres frente a mujeres, al igual que ocurre en otros estudios sobre médicos<sup>23</sup>. El consumo según la especialidad cursada es diferente de la encontrada en otros estudios, donde el personal médico fuma menos que enfermería y odontología<sup>22</sup>. Los cambios encontrados en este estudio pueden atribuirse al sexo, ya que la mayoría de residentes de enfermería son mujeres, quienes presentan en general un menor consumo<sup>19</sup>. La edad de inicio del tabaquismo se sitúa entre el final de la educación secundaria obligatoria y el inicio de los estudios universitarios<sup>10,15,23</sup>, de forma similar a la población española<sup>5</sup>. Otros estudios muestran cómo la gran mayoría de los residentes fumadores comenzaron a fumar antes del inicio de su periodo de residencia, mientras que los que inician el tabaquismo durante la formación posgrado solo supone un 10% del total<sup>10</sup>. Si siguen la tendencia de la población general<sup>5</sup>, los residentes han adquirido un hábito que pueden mantener durante toda su vida.

El consumo diario de tabaco es un 10% superior al de la población general<sup>5</sup>, al de los estudiantes universitarios<sup>20</sup> y al de la población adolescente<sup>13</sup>. Llamamos la atención los patrones de consumo intermitente y asociado al ocio, superiores al 40% de los fumadores, que puede estar asociado a consumo recreativo nocturno y no solo durante el fin de semana<sup>10</sup>. De hecho, en el análisis multivariante las únicas variables asociadas al tabaquismo son el consumo de alcohol y de drogas ilegales, que incrementa por 3 el riesgo de fumar. Parece ser, pues, que los residentes adoptan con los hábitos propios de la etapa adolescente<sup>3</sup> y universitaria un consumo concentrado en los momentos de ocio y asociado al policonsumo<sup>10,13</sup>. Este consumo de tabaco se ha asociado, en algunos estudios, a unos peores hábitos de vida entre los residentes, asociados a mayor riesgo cardiovascular frente a los estudiantes de pregrado<sup>17</sup>.

La dependencia a la nicotina es baja en general, similar a la población general<sup>3,7</sup>. Aunque existen diferencias estadísticas entre los diferentes grupos de especialidades, parece que el sexo actúa como una variable de confusión, dado que la mayoría de los residentes con dependencia alta a la nicotina son hombres<sup>3</sup>.

Un alto porcentaje de los residentes se encuentran motivados para dejar de fumar: desde casi la mitad, como muestran las encuestas de este trabajo, hasta las tres cuartas partes de los fumadores<sup>3,10</sup> indican grados diferentes de motivación para la abstinencia del consumo. Estos porcentajes son superiores a los que ofrecen la población universitaria (un 30%)<sup>20</sup>, mientras que en la población general de más de 40 años la mayoría de los fumadores ha intentado dejar de fumar al menos en una ocasión, sobre todo motivados por alcanzar un mejor estado de salud<sup>24</sup>. En cuanto al porcentaje de exfumadores, la prevalencia encontrada es algo menor que en otros estudios (hasta un 14% en una encuesta realizada en Cataluña)<sup>10</sup>, lo que puede ser debido a la menor prevalencia de tabaquismo encontrada en la población de residentes de Andalucía.

Los resultados obtenidos pueden estar influenciados por un sesgo de memoria; también es posible que la prevalencia del tabaquismo esté infraestimada debido a un sesgo de deseabilidad social (que se intenta evitar al asegurar el anonimato y mediante el uso un cuestionario validado) y a las pérdidas previas al estudio (aquellos residentes que no responden al cuestionario). Sin embargo, el porcentaje de respuestas obtenidas puede considerarse satisfactorio y superior a otros estudios similares<sup>10,24</sup>. El formato del cuestionario deja fuera aspectos como la motivación o la percepción de riesgo que puede asociarse con el tipo de consumo<sup>18,19</sup>, pero está ajustado a los objetivos marcados al principio de la investigación.

La población general opina que los profesionales de la salud son modelos a seguir para sus pacientes<sup>8,9</sup>. Parece existir una vinculación entre el tabaquismo, los hábitos de vida de los médicos de atención primaria<sup>17</sup> y las actividades preventivas que realizan<sup>12,25</sup>. Así, el tabaquismo en el colectivo de residentes debe entenderse como un serio reto para su futuro laboral. Al igual que en los adolescentes<sup>26</sup>, hay una magnífica oportunidad para el cese del tabaquismo en esta etapa formativa, ya que hasta las tres cuartas partes de los fumadores están pensando dejar de fumar. Por tanto, deberían implementarse intervenciones para reforzar actitudes saludables durante la etapa de la residencia, potenciando elementos motivadores para la abstinencia tabáquica de forma paralela al incremento de conocimientos y habilidades propio de la formación de posgrado de los especialistas internos residentes<sup>25</sup>.

## Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes y que todos los pacientes incluidos en el estudio han recibido información suficiente y han dado su consentimiento informado por escrito para participar en dicho estudio.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Agradecimientos

A todos los residentes participantes en el trabajo, a M<sup>ª</sup> del Carmen Rosa Garrido (Fundación de Investigación Biosanitaria Alejandro Otero) por su ayuda en el análisis de datos, y a Teresa Martínez Cañavate (IAVANTE) por su apoyo logístico.

## Anexo 1. Cuestionario empleado para la valoración del consumo de drogas entre los especialistas en formación en ciencias de la salud

Datos personales		
Edad	Sexo 0 hombre 0 mujer	País de origen
Especialidad en curso		
Año de residencia	Provincia donde trabajas	
<b>Tabaco</b>		
<i>Consumo de tabaco 0 Sí 0 No</i>	<i>Tipo de consumo</i>	
0 Exfumador (edad del cese:----)	0 Intermitente	
Edad de inicio	0 Fin de semana (asociado al ocio)	
N.º de cigarrillos al día consumidos	0 Diario	
¿Cuanto tiempo transcurre desde que te levantas hasta el primer cigarrillo?	5 min o menos De 6 a 30 min De 31 a 60 min Más de 60 min	
¿Encuentras dificultad para abstenerte de fumar en lugares donde esta prohibido (cines, hospitales)?	Sí No	
¿Qué cigarrillo te costaría más abandonar?	El primero de la mañana Otros	
¿Cuántos cigarrillos fumas al día?	Menos de 11 Entre 11 y 20 Entre 21 y 30 Más de 30	
¿Fumas más durante las primeras horas de la mañana que durante el resto del día?	Sí No	
¿Has intentado dejar de fumar en alguna ocasión?	Sí (n.º de veces)---- No	
¿Estás pensando en dejar de fumar?	No Sí, en los próximos 6 meses Sí, en las próximas 2 semanas Otro (por favor, especifica)	
<b>Alcohol</b>		
<i>Consumo de alcohol 0 Sí 0 No</i>	<i>Tipo de consumo</i>	
N.º de cervezas por semana:	0 Intermitente	
N.º de copas de vino por semana:	0 Fin de semana (asociado al ocio)	
N.º de copas de licor o combinados por semana:	0 Diario	

### Drogas ilegales

<i>Consumo de drogas 0 Sí 0 No</i>	<i>Tipo de consumo</i>
Tipo de drogas consumidas:	0 Intermitente 0 Fin de semana (asociado al ocio) 0 Diario

### Bibliografía

- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). State-specific smoking-attributable mortality and years of potential life lost—United States, 2000-2004. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2009;58:29-33.
- Pérez-Milena A, Martínez Fernández ML, Redondo Olmedilla M, Álvarez Nieto C, Jiménez Pulido I, Mesa Gallardo MI. Motivaciones para el consumo de tabaco entre adolescentes de un instituto urbano. *Gaceta Sanitaria.* 2012;26:51-7.
- Rodríguez Ibáñez ML, Pérez Trullén A, Clemente Jiménez ML, Barrio Gamarra JL, Herrero Labarga I, Rubio Gutiérrez A. Dependencia nicotínica, patologías concomitantes y cese del tabaquismo en atención primaria. *Semergen.* 2004;30:105-9.
- Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta domiciliar sobre alcohol y drogas en España (EDADES 2011). Madrid: Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales; 2013 [consultado 18 Ene 2014]. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/EDADES2011.pdf>
- Encuesta Nacional de Salud de España 2011/12. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Gobierno de España [consultado 18 Ene 2014]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/va/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/NotaTecnica2011-12.pdf>
- Junta de Andalucía. La población andaluza ante las drogas XII 2011. Consejería de Salud y Bienestar Social 2012 [consultado 18 Ene 2014]. Disponible en: [www.dipgra.es/documentos/documentos\\_interes/epidemiologia\\_2011.pdf](http://www.dipgra.es/documentos/documentos_interes/epidemiologia_2011.pdf)
- Fu M, Martínez-Sánchez JM, López MJ, Nebot M, Raich A, Fernández E. Dependencia a la nicotina y preparación para dejar de fumar en la población española. *Adicciones.* 2011;23:103-9.
- Voigt K, Twork S, Mittag D, Göbel A, Voigt R, Klewer J, et al. Consumption of alcohol, cigarettes and illegal substances among physicians and medical students in Brandenburg and Saxony (Germany). *BMC Health Services Research.* 2009;9:219.
- La Torre G, Kirch W, Bes-Rastrollo M, Ramos RM, Czaplicki M, Gualano MR, et al. Tobacco use among medical students in Europe: Results of a multicentre study using the global health professions student survey. *Public Health.* 2012;126:159-64.
- Blancafort X, Masachs E, Valero S, Arteman A. Estudio sobre la salud de los residentes de Cataluña. Barcelona: Fundación Galatea; 2009. Disponible en: [http://www.fgalatea.org/pdf/estudi\\_mir\\_cast.pdf](http://www.fgalatea.org/pdf/estudi_mir_cast.pdf).
- Martínez Lanz P, Medina-Mora ME, Rivera E. Consumo de alcohol y drogas en personal de salud: algunos factores relacionados. *Salud mental.* 2004;27:17-27.
- Fonseca M, Fleitas G, Tamborero G, Benejama M, Leiva A. Estilos de vida de los médicos de atención primaria: percepción e implicaciones sobre la prevención cardiovascular. *Semergen.* 2013;39:421-32.
- Pérez-Milena A, Leal Helmling FJ, Jiménez Pulido I, Mesa Gallardo I, Martínez Fernández ML, Pérez Milena R. Evolución del consumo de sustancias tóxicas en los adolescentes



- de una zona urbana (1997-2004). *Aten Primaria*. 2007;39:299-304.
14. Becoña Iglesias E, Lorenzo Pontevedra MC. Evaluación de la conducta de fumar. *Adicciones*. 2004;16 Supl 2:201-26.
  15. Akvardar Y, Demiral Y, Ergor G, Ergor A. Substance use among medical students and physicians in a medical school in Turkey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2004;39:502-6.
  16. Ferrero F, Castaños C, Durán P, Cutri A, Ossorio MF, Ferrero F. Prevalencia del consumo de tabaco en médicos residentes de pediatría en Argentina. *Rev Panam Salud Publica*. 2004;15:395-9.
  17. Rye PL, Reeson ME, Pekrul CM, Asfour NA, Kundapur R, Wilson MP, et al. Comparing health behaviours of internal medicine residents and medical students: An observational study. *Clin Invest Med*. 2012;35:E40-4.
  18. Cauchi D, Mamo J. Smoking health professional student: An attitudinal challenge for health promotion? *Int J Environ Res Public Health*. 2012;9:2550-61.
  19. O'Donovan G. Smoking prevalence among qualified nurses in the Republic of Ireland and their role in smoking cessation. *Int Nurs Rev*. 2009;56:230-6.
  20. Salamero M, Baranda L, Mitjans A, Baillés E, Càmara M, Parramon G, et al. La salud del estudiante de medicina: estudio sobre la salud, estilos de vida y condicionantes académicos de los estudiantes de medicina de Cataluña. Barcelona: Fundación Galatea; 2012 [Consultado 18 Ene 2014]. Disponible en: <http://www.fgalatea.org/pdf/estudiant.cast.baixa.pdf>
  21. Bauzá-Amengual ML, Blasco-González M, Sánchez-Vázquez E, Pereiró-Berenguer I, Ruiz-Varea N, Pericás-Beltrán J. Impacto de la Ley del tabaco en el lugar de trabajo: estudio de seguimiento de una cohorte de trabajadores en España 2005-2007. *Aten Primaria*. 2010;42:309-13.
  22. Smith DR, Leggat PA. An international review of tobacco smoking in the medical profession: 1974-2004. *BMC Public Health*. 2007;7:115.
  23. Chattopadhyay S, Saha A, Mondal SK, Kundu SK, Azam M, Sur PK. Patterns of tobacco usage and cessation practice among the doctors of a tertiary hospital in Kolkata. *J Indian Med Assoc*. 2012;110:438.
  24. Hull SK, DiLalla LF, Dorsey JK. Prevalence of health-related behaviors among physicians and medical trainees. *Acad Psychiatry*. 2008;32:31-8.
  25. Oberg EB, Frank E. Physicians' health practices strongly influence patient health practices. *J R Coll Physicians Edinb*. 2009;39:290-1, 12.
  26. Pérez-Milena A, Martínez-Fernández ML, Pérez-Milena R, Jiménez-Pulido I, Leal-Helmling FJ, Mesa-Gallardo I. Tabaquismo y adolescentes: ¿buen momento para dejar de fumar? Relación con factores sociofamiliares. *Aten Primaria*. 2006;37:452-6.