

Personal de salud como agente preventivo del tabaquismo en Santiago de Cuba

Health Personnel as Preventive Agents of Smoking in Santiago de Cuba Province

Bonal Ruiz R,* Poll Cabrera M,* Capdesuñer AS,* Rodríguez Salcedo I,* Revé Sigler L.*

**Especialista de Medicina General Integral, profesor asistente, Policlínico "Ramón López Peña". Santiago de Cuba. Cuba.*

Recibido: 08-02-07

Aceptado: 14-06-07

Correspondencia: Dr. Rolando Bonal Ruiz. bonal@medired.scu.sld.cu

RESUMEN

Objetivo: Identificar en el personal de salud capacidades esenciales contra el tabaquismo. **Diseño:** Estudio descriptivo, de tipo transversal. **Método:** Se evaluó una muestra de 129 trabajadores de salud (75 médicos (as), 54 enfermeras(os), de los diferentes municipios de la provincia Santiago de Cuba, a los cuales se le aplicaron técnicas cuantitativas y cualitativas en la secuencia siguiente: entrevistas en profundidad, encuestas, grupos focales y observación, en instituciones educacionales: El tratamiento estadístico o la información obtenida incluyendo el cálculo de medidas de resumen y aplicación de χ^2 . **Resultados:** El 84 % de trabajadores de salud no fumaban en su puesto, sólo el 7 % consideraba como droga el tabaquismo, un 36 % referían que no habían carteles prohibitivos del hábito de fumar en su institución, el 69% recomienda habitualmente a los educadores no fumar delante de los niños. El 79% del personal de salud considera necesario que lo capaciten en tabaquismo, pues no se sienten preparados la mayoría confunde orientar e informar con aconsejar, en ninguna historia clínica de niños con problemas respiratorios, se reflejó la orientación antitabáquica hacia los padres. **Conclusiones:** Hay incompetencia en el personal de salud de estas instituciones que limitan su desempeño exitoso contra el tabaquismo por falta de formación académica, falta de exigencia y sostenibilidad en las instituciones educacionales para cumplir las disposiciones antitabáquicas vigentes, no hay diferencias entre médicos(as) y enfermeras(os) con relación a sus actitudes y competencias antitabáquicas

Palabras claves: Tabaquismo, Trastorno por uso de tabaco, Personal de salud.

ABSTRACT

Objective: To identify essential abilities against smoking in health personnel. **Design:** Descriptive and cross-sectional study. **Methods:** We evaluated a sample of 129 health workers (75 physicians and 54 nurses) from different Santiago de Cuba Province municipalities, in whom quantitative and qualitative techniques were applied in the following sequence: in-depth interview; survey; focus group, and direct observation at children's educational facilities. Statistical treatment of the obtained information including calculation of measures of summary, estimated by 95% confidence interval reliability of events-of-interest probabilities, and application of the χ^2 test. **Results:** A total of 84% of health workers did not smoke at their place of work, only 7% of workers considered smoking as a drug, 36.4% referred that there was visible ban such as posters against smoking at their workplace, and 69% usually recommends that educators not smoke where they can be observed by the children. A total of 79% of health personnel consider it necessary to be offered courses on smoking, because they do not feel prepared; the majority confuses the concepts of orienting and informing with that of counselling. No clinical file of children with respiratory problems reflected anti-smoking orientation for their parents. **Conclusions:** Incompetence in the performance of health personnel at these facilities limits success in their work against smoking, due to lack of academic formation, and mainly lack of insistence and sustainability at these educational facilities in carrying out anti-smoking regulations. There is no difference between physicians and nurses regarding attitudes and anti-smoking competency.

Key words: Smoking, Tobacco use disorder, Health Personnel.

Introducción

El tabaquismo produce la muerte de millones de personas. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), actualmente el 7.5 % de los 53 millones de defunciones anuales en el mundo se atribuyen al consumo de tabaco. Se espera que de no tomarse medidas preventivas el número de defunciones causadas por él hasta el año 2025 ascenderá a 10 millones anuales, con lo cual se superará el número de defunciones combinadas por el SIDA, la tuberculosis, los accidentes automovilísticos, la mortalidad materna, los homicidios y el suicidio. El consumo de cigarros y tabaco continúa siendo la principal causa de muertes prevenibles y discapacidad en adultos a nivel mundial¹. Cuba es uno de los países con una de las más altas tasas de incidencia en América Latina², la última encuesta nacional de factores de riesgo arrojó un 31.9 % de fumadores y en la provincia de Santiago de Cuba el 32.4 % de prevalencia, que excede a la cifra nacional y se sitúa en una de las dos más alta del país³. El tabaquismo pasivo, sobre todo el que afecta a infantes y niños, es un aspecto no suficientemente tratado en la literatura nacional; en este sentido, uno de los agentes preventivos para su control y prevención puede ser el médico de familia de escuela. *El médico y el maestro deberían ser modelos a seguir.*

El tabaquismo pasivo en niños y escolares puede ser causa de muerte súbita⁴, infecciones respiratorias⁵, aumento del asma⁶; otitis⁷, disfunción pulmonar⁸ etc. No olvidemos las consecuencias del tabaquismo, durante el embarazo, considerado en un estudio cubano como la cuarta causa de bajo peso al nacer⁹, además de contribuir a la Diabetes Mellitus a largo plazo en la descendencia¹⁰ y trastornos del desarrollo neurológico¹¹.

No sólo es deseable en las escuelas combatir el tabaquismo pasivo, tanto en niños (sobre todo en los más pequeños durante la lactancia y primera infancia), como en adultos, así como intentar frenar el inicio en el consumo (preadolescencia y adolescencia), además de ayudar a dejar de fumar a los fumadores trabajadores del sector educacional, padres y familiares de alumnos y a los propios trabajadores de salud que trabajan en estas instituciones, en este sentido existen resoluciones y circulares que prohíben fumar en ellas^{12,13}. Pero no sólo su cumplimiento es necesario, también una serie de actividades relacionadas alrededor de la prevención y cesación del tabaquismo realizadas por el médico de familia^{14, 15}

La prevención del tabaquismo, sobre todo en edades tempranas es doblemente importante, pues el tabaquismo es una droga “portera” de otras drogas ilícitas¹⁶. La mayoría de los consumidores de drogas fuertes, sobre todo de marihuana, han sido fumadores; en ambas adicciones predominan casi los mismos factores causales. Existen suficientes evidencias científicas internacionales de que es efectivo el consejo médico antitabáquico para dejar de fumar y prevenir el tabaquismo¹⁷, de que los programas de prevención antitabáquica, orientados a las escuelas, pueden ser útiles¹⁸ y que los entrenamientos para profesionales de la salud en cesación tabáquica tienen éxito en sus destinatarios¹⁹. Aunque el sistema de salud cubano cuenta con un amplio programa antitabáquico que incluye también a los centros educacionales y de salud, los resultados obtenidos no están en correspondencia con los esperados por el mismo. Hernández Mustelier²⁰ encontró que la actividad antitabáquica no es un componente fuerte para la atención que brindan los médicos de familia escolares, derivada de la propia formación académica recibida. En los textos básicos de Medicina General Integral el tabaquismo es un tema, casi ausente²¹, en tanto que en el libro de Educación para la Salud en las escuelas²², el tema se trata escasamente, en forma muy general. El objetivo de este estudio es caracterizar al personal de salud según el ambiente laboral y las capacidades esenciales para el desempeño contra el tabaquismo, en las instituciones educacionales en que trabajan.

Material y Métodos

Se realizó un estudio descriptivo y transversal, cuya población blanco estuvo definida por todos los trabajadores de la salud que laboran en instituciones educacionales para niños de la provincia de Santiago de Cuba. A partir de la población accesible, constituida por todos los trabajadores de la salud que trabajaban en instituciones educacionales para niños de la provincia de Santiago de Cuba, en el mes octubre del 2003; con una razón estimada de fumadores en la misma de 0.14 y una probabilidad de 0.95 de obtener como máximo un error de 0,03, se seleccionó una muestra aleatoria de 129 trabajadores que quedó integrada por 75 médicos(as) y 54 enfermeras(os). En el estudio se aplicaron técnicas cuantitativas y cualitativas, en la secuencia siguiente: entrevista en profundidad, encuesta, grupos focales y observación en centros escolares. Las entrevistas en profundidad se realizaron en los centros de trabajo de siete médicos(as) y seis enfermeras(os), de diferentes tipos de instituciones educacionales.

Los entrevistados fueron seleccionados mediante un muestreo intencional²³; con los criterios de elegibilidad de: experiencia, elocuencia y capacidad resolutive demostrada. Los resultados de estas entrevistas permitieron el diseño de la encuesta y de la guía para las sesiones de trabajo con grupos focales²⁴. Como parte del acopio de información, se empleó un cuestionario autoadministrado, anónimo, diseñado a tal efecto. El contenido del cuestionario abarcó variables sociodemográficas: edad, sexo, centro escolar donde trabaja, cargo y antigüedad, algunas relacionadas con el hábito de fumar: número de cigarrillos que fuma al día, fecha de cesación, orientación preventiva y percepción del riesgo; y otras relativas al ambiente antitabáquico en su centro de trabajo: presencia de niños y de educadores fumando y exposición de carteles educativos y prohibitivos de fumar. Después de aplicada la encuesta, se conformaron tres grupos focales, a partir de una muestra nominada²⁵. El empleo del grupo focal tuvo como propósito ampliar y consolidar la información antes recogida con la encuesta. Finalmente, se recogió una muestra aleatoria de once instituciones escolares: tres escuelas primarias, una escuela secundaria y siete círculos infantiles. Previo consentimiento de la Dirección de cada una de ellas, se realizaron observaciones *in situ*, incluyendo la revisión de algunas historias clínicas de niños con afecciones respiratorias y con padres fumadores. El análisis estadístico incluyó: el cálculo de medidas de resumen (porcentaje, media aritmética y desviación estándar) estimaciones por intervalos del 95% de confianza de las probabilidades de los sucesos de interés, cuando los datos lo requirieron, se observó un nivel de significación del 5%.

Resultados

Las edades más frecuentes de los encuestadores quedaron comprendidas en el intervalo de 30 a 34 años (34,1%). Las edades extremas fueron las de menor frecuencia. (Tabla I)

Poco más del 60% de los entrevistados consideraron que el cigarro era tóxico, igual que en ambos tipos de personal de salud. El 29.5% consideraron al cigarro como un placer, sin embargo es llamativo que sólo el 7.7% de los consultados identificaran al cigarro como una droga lícita y que los 10 que así respondieron fueron médicos o médicas. La apreciación de ser fumador como algo “muy riesgoso” correspondió al 58.9% de todos los encuestados, casi 6 de cada 10. Es notorio que 11 casos no respondieron esta pregunta, quedando la duda si ello fue por ignorancia o por no querer comprometerse con sus respuestas.

El ser fumador pasivo alcanzó la condición de “muy riesgoso” en poco más de la mitad de los casos (51.2%) cuando ocuparon esta posición y 53.5% cuando se referían a los que le rodean. La frecuencia de la categoría de “riesgoso” correspondió a la tercera parte de los casos, en ambas situaciones. Fumar más de 10 cigarrillos al día se consideró “muy riesgoso” por el 55.8% de los casos. Sólo el 10.1% ubicaron como “algo riesgoso” tal condición o no ofrecieron respuesta (dos médicos).

TABLA I
Encuestados según edad y profesión

PERSONAL Y PROFESIÓN						
EDAD (Años)	Médico		Enfermera		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
20 a 24	5	6,7	6	11,1	11	8,5
25 a 29	23	30,7	10	18,1	33	25,6
30 a 34	27	36,0	17	31,5	44	34,1
35 a 39	16	21,3	9	16,7	25	19,4
40 y más	4	5,3	12	22,2	16	12,4
Total	75	100,0	54	100,0	129	100,0
Prom. ± De	31,4 ± 5,1	33,2 ± 8,3	32,6 ± 6,2			
	$\chi^2=8,307$	P=0,04007				

La percepción del riesgo de tabaquismo es independiente del tipo de personal, con la excepción de la concepción de ser fumador que sí arrojó asociación, por una apreciable subvaloración del riesgo por parte del personal de enfermería con relación a la ofrecida por el personal médico.

A partir de los resultados muestrales se hicieron las estimaciones por intervalos -del porcentaje de trabajadores de la salud- que consideraron riesgoso o “muy riesgoso” el hábito de fumar:

indicador de riesgo	porcentaje estimado
Ser fumador	entre 73,3 y 89,0
Que otros fumen en el local donde estoy	entre 77,1 y 90,3
Que yo fume ante otros en el mismo local	entre 80,6 y 92,7
Fumar más de 10 cigarrillo al día	entre 83,4 y 94,5

Entre el límite inferior y el punto medio de los intervalos quedaría un porcentaje no despreciable de los que consideraron “poco riesgoso” cada una de tales situaciones. La prevalencia del hábito de fumar alcanzó el 13,2% en la muestra, estimándose la misma para el universo correspondiente entre 7,9% y 20,3%. Las categorías consideradas con relación al hábito de fumar arrojaron resultados similares por tipo de personal, en concordancia con la independencia estadística obtenida entre ambas variables.

Más de la tercera parte de los entrevistados afirmaron que en su escuela no había carteles que prohibieran fumar (36,4%); ni educativos para no fumar (34,1%); los porcentajes estimados se ubicaron en los intervalos (28,5; 45,2) y (26,3; 42,7) respectivamente. La observación de educadores fumando en las escuelas fue hecha por 8 de cada 10 encuestados (81,4%) con estimación del verdadero porcentaje en el intervalo de confianza (73,6; 87,7). Poco más de la cuarta parte de la muestra (27,1%) ha visto a escolares fumando en la escuela, cuyo porcentaje en el universo se estimó comprendido en el intervalo de confianza (19,2 ; 35,2). Este resultado es importante si se tiene en cuenta que entre las instituciones en que laboran los encuestados incluyen a círculos Infantiles y escuelas primarias cuyas matrículas con certeza quedan eximidas de estar entre dichos fumadores infantiles.

La tercera parte de los encuestados (33,3%) aseveraron que nunca habián tomado alguna medida contra educadores que fumaran en la institución entre sus discípulos. El porcentaje estimado de los que así actuaron se encontró en el intervalo (25,5; 41,9). El 69,8% de la muestra indicó que habitualmente recomienda a los educadores no fumar ante los niños. Consecuentemente, se estimó el porcentaje de recomendación no habitual entre 19,8 y 35,2. Se estima que entre el 30% y 46% de los trabajadores de la salud, que laboran en las instituciones escolares de Santiago de Cuba rara vez u ocasionalmente recomiendan a los padres no fumar ante sus hijos. En este aspecto también hubo falta de respuesta. La frecuencia de las acciones educativas consideradas, en todos los casos, indican que son independientes del tipo de personal. Con relación a la aseveración: *Consideramos necesario capacitar al personal de salud para establecer acciones contra el tabaquismo* opinaron 8 de cada 10 encuestados (79,8 %), resultado que permite estimar el porcentaje del personal de salud que opinó de tal forma en el intervalo (71,9 ; 86,4). Resultó notable que 10 trabajadores respondieron que no saben o que no es su función.

Del trabajo con los grupos focales y coincidiendo con las entrevistas a profundidad iniciales, se obtuvieron los siguientes resultados: *La mayoría coinciden en que el médico y la enfermera de la familia no están preparados para enfrentar el tabaquismo./ La mayoría percibe la intervención contra el tabaquismo como importante, pero no tanto como para hacer una intervención muy seria./ Algunos se sienten escépticos ante el combate contra el tabaquismo activo y pasivo./ Todos se sienten confiados con aconsejar y se sienten responsables de hacerlo./ La mayoría confunde informar y orientar con aconsejar./ Ninguno tiene conocimiento de las técnicas de consejería./ Pocos se sienten satisfechos por haber logrado que algunos niños de círculos infantiles combatan el tabaquismo de sus padres./ La administra-----*

ción de los centros sólo se ocupa del cumplimiento formal de las resoluciones del sector educacional contra el tabaquismo./ No poseen formación académica contra el tabaquismo./ El tema no se trata en los textos básicos, si fue incluido en el Diplomado de Salud Escolar desarrollado en la Provincia./ La mayoría manifestó que muy pocos están concientizados contra el tabaquismo, sólo se hace patente ante la proximidad de alguna inspección cuando algunos promueven el tema entre los dirigentes, trabajadores y padres de los niños matriculados./ Casi todos conocían la existencia de la consulta de cesación tabáquica en su policlínico, pero sólo dos entrevistados enviaron fumadores a ella./ Hubo consenso en la necesidad de un adiestramiento para enfrentar el tabaquismo activo y pasivo./ La observación en los centros educacionales escogidos, arrojó los siguientes resultados: Muy pocas escuelas exhibían carteles prohibitivos de fumar o educativos contra el tabaquismo, o bien orientadores para ayudar en la cesación del hábito de fumar./Las actividades educativas con los trabajadores del centro y con los padres de los niños matriculados cuando se realizan, son poco participativas y carentes de un enfoque interactivo./ Ninguna historia clínica de niños con problemas respiratorios reflejó, como conducta a seguir la orientación o el consejo antitabáquico a los padres./ No se observó educador, trabajador de apoyo ni de la salud fumando, así como tampoco, la presencia de ceniceros, en cambio fueron encontradas colillas de cigarrillos en una escuela primaria.

Discusión

El hecho de que el 33,3% de los trabajadores y trabajadoras de salud señalen que nunca habían tomado medidas sobre educadores que fuman, es algo que exige la necesidad de tomar acciones inmediatas y reorientar nuestras estrategias; necesidad percibida también por el 79.8% de los entrevistados que consideraron necesario capacitar al personal de salud en tabaquismo. Tampoco alcanzaron un porcentaje mayoritario los que habitualmente recomiendan no fumar delante de los niños, ni a los educadores 69.8% ni a los padres 54.3%

Análisis cualitativo: Los trabajadores de salud percibieron como importante el tabaquismo, pero no “tan importante” como para entablar una intervención seria, al mismo tiempo se sintieron confiados para “aconsejar” pero no todos esperaron resultados positivos de sus intervenciones y algunos se sienten escépticos, por el hecho además de que refieren que no están preparados para enfrentar efectivamente ni el tabaquismo pasivo, ni el activo, estos resultados son similares a otros estudios internacionales que evalúan las prácticas de médicos y enfermeras de atención primaria con relación al tabaquismo²⁶⁻²⁸. En las visitas a las instituciones infantiles y escolares se constató el bajo número de carteles que prohibieran fumar, escasas advertencias e informaciones educativas, que orientaron hacia dónde buscar ayuda, actividades educativas no interactivas. No se reflejó la orientación antitabáquica en la historia clínica individual de niños con problemas respiratorios con padres fumadores, muchos de estos hallazgos coinciden con los encontrados por Ellerbeck²⁷.

La mayoría de los médicos plantean que no están preparados para abordar el tabaquismo, tanto activo, como pasivo y necesitan, capacitación, adiestramiento, aunque algunos dudan que puedan tener éxito. Hoy por hoy existen numerosos estudios y ensayos clínicos que demuestran que puede abordarse con eficacia el tabaquismo pasivo. Aunque muchos fumadores, dejan de fumar por su propia voluntad, los médicos y enfermeras juegan un rol importante en acelerar el proceso de abandono en sus pacientes fumadores que aunque no tengamos en el país medicamentos como el Bupropion, ni terapia de sustitución nicotínica, consideradas de primera línea en la medicina occidental, si existen otros métodos considerado altamente efectivos por la Medicina Basada en la Evidencia, como el consejo médico en la intervención breve y otras alternativas valoradas en Cuba sobre todo en Atención Primaria³⁰⁻⁴⁰.

Consideramos necesario: Implantar cursos de postgrado en forma presencial o a distancia, para solucionar las necesidades de aprendizaje identificadas. Diseñar, ampliar, controlar y evaluar un programa de acciones contra el tabaquismo, específicamente para el personal de salud de las instituciones educacionales infantiles, no como un programa más, sino como un perfeccionamiento de su quehacer habitual.

Referencias

1. World Health Organization: Tobacco or Health: A global status report. Geneva. WHO. 2002.
2. OPS. Vigilancia y evaluación del tabaquismo en América Latina. Proyecto Interagencial. Tabaco o Salud en Latinoamérica 1998.
3. Instituto Nacional de Higiene; Epidemiología y Microbiología, MINSAP. Principales Resultados del Tabaquismo y sus características en la II Encuesta Nacional de Factores de Riesgos y Enfermedades Crónicas no Transmisibles. Año 2001.
4. Anonimus. Sudden infant death syndrome. Clin Evid 2002.Jun (7):367-68.
5. Manning P, Goodman P. Kinsella PT. Bronchitis symptoms in young teenagers who actively or passively smoke cigarettes. Ir Med J. 2002; 95(7): 2002-4
6. Goodman P. Asthma in infants and young children. Prevention challenge of the 21st Century? Arch Pediatr 2002; 9. (Suppl 3): 408-44
7. Liev J, Feinstein RA. Effect of gestacional and passive smoke exposure on ear infections in children. Arch Pediatr Adolesc Med 2002;156:147-154.
8. Xuxi J, Weiss L. Exposure response relationship between paternal smoking and children's pulmonary function. Am J Respir Crit Care Med 2002;166 (5): 775.
9. Carabaloso MH. Bajo peso al nacer y tabaquismo. Rev Cubana Salud Pública. 1999; 25 (1): 64-9.
10. Montgomery S, Exbom A. Smoking during pregnancy and Diabetes Mellitus in british longitudinal birth cohort Br Med J 2002; 324:26-27
11. Mendola P, Selevan SG, Gutters N, Rice P. Environmental factors associated with a spectrum of neurodevelopmental deficit mental retard. Dev Disabil Res Rev 2002; 8 (3): 188-191
12. MINED. Circular No. 4/99. Disposición 10.Cuba
13. MINSAP. Resolución 130/2000. Cuba.

14. CNPEPS, MINSAP. Centro sin humo. Carpeta metodológica para Municipios por la Salud. C. Habana 1997.
15. MINSAP. Funciones del medico de familia en centros educacionales 1995.
16. Luengo MA, Romero ET, Gómez F, Guerra L A. La prevención del consumo de drogas y la conducta antisocial en la escuela: análisis y evaluación de un programa. Univ. Santiago de Compostela 1999.
17. Silagy C, Stead L.F. Physician advice for smoking cessation (Cochrane Review) In: The Cochrane Library, issue 3, 2002-Oxford: update software.
18. Thomas R. School-based programmes for preventing smoking (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4 2002. Oxford: update software.
19. Lancaster T, Silagy C, Fowler G. Training health professionals in smoking cessation (Cochrane Review) In: The Cochrane Library. Issue 4. 2002. Oxford: update software.
20. Hernández Mustelier M. Diseño de superación posgraduada para médicos escolares. Trabajo de terminación de maestría Ciencias Educ. Superior. Santiago de Cuba. Univ de Oriente 2001.
21. Castañer JF, Céspedes LA. Síndrome de Cardiopatía Isquémica. En: Alvarez Sintés. Temas de Medicina General Integral. Vol II. Edit Ciencias Medicas. La Habana 2001:542.
22. Carvajal RC, Castellanos S, Cortes A. Educación para la Salud en las Escuelas. Edit Pueblo y Educación. 2000.
23. O.P.S. Técnica de entrevistas en profundidad En: Lecturas de comunicación social en salud: Introducción a métodos cualitativos de investigación. Reproducción de documentos. Serie No. 11. Traducido de U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service National Institutes of Health. Individual in Depth interviews. En: Pretesting in health communications. Methods, examples and resources for improving health messages and materials. Bethesda, MD: USV DIHHS, NIH. Pub No 84-1493, 1984:15-16.
24. Debus M, Parter/Novelli. Manual para excelencia en la investigación mediante grupo focales. Communication for child survival. health Com HPP/HPS/1994.
25. Fernández de Sanmamed MJS. Introducción a la investigación cualitativa. Formación Medica Continuada en Aten Primaria 1995;2 (1):23-28.
26. Mowat DL, Mecredy D, Lee F, Hajela R, Wilson L. Family physicians and smoking cessation. Survey of practices, opinions and barriers. Can Fam Phys 1996;42 (1): 46-51.
27. Ellerbeck EF, Ahluwalia JS, Jolicoeur DG. Direct observation of smoking cessation activities in primary care practice. J Fam Pract 2001;50 (8): 688-693.
28. Eckert T, Junker C. Motivation for smoking cessation: What role do doctors play? Swiss Med Wkly 2001; 131:521-526.
29. National Institute for Clinical Excellence: Guidance on the use of nicotine replacement therapy and bupropion for smoking cessation. London. NICE.2002 .Disponible en: <http://www.nice.org.uk> (20-01-2003).
30. Silagy C, Stead L.F. Physician advice for smoking cessation (Cochrane Review) In: The Cochrane Library, issue 3, 2002-Oxford: update software.
31. Castellanos ME, Nebor M, Rovirac A. Impacto del consejo médico para dejar de fumar durante la gestación. Atención Primaria 2002; 30 (9): 556-560.
32. Céspedes LA , Lorenzo AR , Castañer JF, Perez PC. Consideraciones y papel del médico de familia en la desestimulación del hábito de fumar. Rev Cubana Med Gen Integr 2001;17 (6):606-610.
33. Conde Requejo C, Ariosa MT, Tirado LM: Intervención sobre tabaquismo en atención primaria de salud. Rev. Cubana Oncolog 1997;13 (2): 111-117.
34. Maldonado B, Gelpi M, Miyar R. Ensayo de Intervención para desestimar el hábito de fumar en un área de salud. Rev. Cubana Med. Gen Integ 1992;8 (2):152-155.
35. Rollnick S, Mason P, Butler C. Health behavior change: a guide for practitioner. New York. Churchill Livingstone 1999.
36. Miller RW, Rollnick S. La entrevista motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas. Edit Paidós. Barcelona 1999.
37. McIlvain H, Crabtree BF, Backer E, Turner P, Use of office-based smoking cessation activities in family practices. J Fam Pract 2000;49 (11): 1025-1029.
38. Jaen CR, Crabtree BF, Zyzansky ST, Goodwing MA. Making time for tobacco cessation counseling. J Fam Pract 1998; 46 (5): 425-428.
39. Cheng TL, Dewitt TG, Saragera JA, O'connor KG. Determinants of counseling in primary care pediatric practice: physician attitudes about time, money and health issues. Arch Pediatric Adolesc Med 1999;153 (6): 629-635.