

Neumología y Cirugía de Tórax

Volumen
Volume **65**

Número
Number **1**




2006

Artículo:




Fumadores de tabaco en el ISSSTE: Disposición para dejar de fumar

Derechos reservados, Copyright © 2006:
Sociedad Mexicana de Neumología y Cirugía de Tórax, AC

**Otras secciones de
este sitio:**

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

***Others sections in
this web site:***

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



Fumadores de tabaco en el ISSSTE: Disposición para dejar de fumar

Jaime Villalba Caloca,¹ Héctor Noé Morales,² Manuel Urbina Fuentes²

RESUMEN. Antecedentes: En México la Encuesta Nacional de Adicciones 2002 registró 26.4% de fumadores en población urbana y 14.3% en población rural, en sujetos de 12 a 65 años de edad, es decir 16 millones de fumadores. El personal de salud es una población de alto riesgo de tabaquismo. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de fumadores de tabaco, la disposición o no para dejar de fumar, los niveles de adicción y los factores cognitivo/conductuales que pudieran influir en la cesación del consumo de tabaco entre los trabajadores del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). **Material y métodos:** Se incluyó al personal de salud y administrativo de 17 dependencias del ISSSTE en el Distrito Federal. La participación fue voluntaria y anónima. Se utilizó el cuestionario de Fagerström. El análisis se hizo mediante la prueba de Chi cuadrada y ANOVA, utilizándose el programa estadístico STATA 9.0. **Resultados:** La prevalencia de mujeres fumadoras fue de 32.3%, y de hombres 47.4%. La proporción de personas que quieren dejar de fumar fue de 77.9%; por motivos de salud 71.6%. **Conclusión:** Aunque existe un gran número de fumadores que desean dejar de fumar, la tercera parte de ellos presentan niveles altos de adicción.

Palabras clave: Tabaquismo, ISSSTE, Fagerström, adicción, prevalencia, abandono.

ABSTRACT. Rationale: In Mexico, the National Survey of Addictions found in the year 2002, 16 million smokers, aged 12 to 65 years old, 26.4% were found in the urban population and 14.3% in the rural population. Health workers are in high risk of tobacco smoking. **Objective:** To determine, among ISSSTE employees, the prevalence of smoking, the willingness to quit from smoking, to define addiction levels and to identify the cognitive/conductual factors that can influence quitting tobacco use. **Material and methods:** Health and administrative workers from 17 ISSSTE offices and hospitals in Mexico City were interviewed with the Fagerström's questionnaire. χ^2 was used for categorical variables and ANOVA for continuous variables, using the STATA 9.0 statistical program. **Results:** There were 32.3% smoker women and 47.4% smoker men. 77.9% wish to quit smoking, and 71.6% said that health problems are the main reason to quit from smoking. **Conclusion:** There are an important number of smokers that wish to quit from smoking but 30.7% had high levels of addiction.

Key words: Tobacco smoking, ISSSTE, fagerström, addiction, prevalence, quit smoking.

INTRODUCCIÓN

En México, la Encuesta Nacional de Adicciones 2002, registró el 26.4% de fumadores en la población urbana de 12 a 65 años de edad, lo que representa alrededor de 14 millones de personas. En población rural, el 14.3% de

fumadores representa dos y medio millones de personas. La región norte del país fue la que presentó la mayor prevalencia de tabaquismo de 28.4%. Cercana a ésta se ubica la región centro con 27.6% y por debajo del promedio nacional se encuentra la región sur con 16.2%. Entre la población rural de estas mismas regiones, se observó también en la región norte una prevalencia de fumadores de 18.8%, seguida del centro con el 15.7% y la sur con 11%.¹ En esta encuesta se observó que desafortunadamente el número de fumadores ha aumentado con relación a encuestas previas.

En la república mexicana el resultado final que deja el tabaco en términos de mortalidad, habla por sí solo de la dimensión que tiene este problema de salud pública, al considerar que 117 mexicanos mueren diariamente por problemas asociados al tabaquismo.²

Al inicio de la década de 1960, en los Estados Unidos el Reporte del Cirujano General advirtió a la población de

¹ ISSSTE/Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.

² Subdirección General Médica del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

Correspondencia y solicitud de sobretiros:

Dr. Jaime Villalba Caloca

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

Calzada de Tlalpan Núm. 4502, Colonia Sección XVI.

México, DF., 14080

Teléfono: 56-66-45-39, extensión 180.

Fax: 56-66-83-52

E-mail: jaimevc@iner.gob.mx

ese país sobre los daños que causa el humo del tabaco, al considerar que el fumar cigarrillos es un peligro a la salud lo suficientemente importante para justificar las acciones apropiadas que reparen estos daños. La misma organización, en los siguientes años hizo énfasis en los daños perinatales, en el sistema inmunológico, en su relación con el desarrollo del cáncer, las enfermedades cardiovasculares y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica asociados al tabaco.³ Para 1986 se enfocó más a las enfermedades del fumador involuntario y la salud de los no fumadores y al cumplir 25 años del primer reporte, se enfatizó sobre la adicción a la nicotina. Durante este tiempo, las campañas de información al público y las políticas gubernamentales que han expuesto los daños a la salud, dieron por resultado una caída sustancial del número de fumadores adultos de 41 a 25%. En el año 2000 en los Estados Unidos se calcularon 46 millones de adultos fumadores, de los cuales alrededor de 22 millones eran mujeres. Las más altas prevalencias fueron encontradas en algunos grupos minoritarios que se caracterizaban por un nivel bajo de educación y de escasos recursos económicos.⁴ Datos recientes del Centro de Control de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC) mencionan que la prevalencia de consumo de tabaco en adultos 25% no ha tenido cambios importantes y que la prevalencia en adolescentes se ha mantenido estable desde 1985.⁴ En una revisión de las estadísticas de mortalidad de las más de 2 millones de muertes en los Estados Unidos ocurridas en 1990, alrededor de 400,000 fueron por enfermedades atribuibles al tabaquismo. Las muertes de los fumadores involuntarios se estimaron alrededor de 100,000.

El tabaco también daña la economía de la sociedad, la Universidad de California y el CDC calculó en 1993 que los costos por enfermedades relacionadas con el tabaquismo, fue de \$50 billones de dólares ó \$2.06 por paquete de cigarrillos.

Los patrones de consumo ya causan alarma en el mundo y en los países en desarrollo los datos sugieren un crecimiento de 3% por año de la tasa de fumadores. Por ser un grave problema, causante de morbilidad y muerte prematura evitables y por originar gastos catastróficos, la Organización Mundial de la Salud, logró el primero de marzo de 2003, que delegados de 172 países, firmaran el Convenio Marco para el control del Tabaco.⁵

Tres padecimientos, el SIDA, la tuberculosis y el paludismo matan a 15,000 personas al día y la enfermedad del tabaquismo mata ese mismo día a 13,500 individuos. Cada año mueren 2.8 millones de personas por SIDA en los países en desarrollo y 2.5 por tabaco. El SIDA es una catástrofe y el tabaco también.

El estudio titulado "Mortalidad en relación a fumar: seguimiento de 50 años", realizado en médicos británicos

por Doll y Peto y publicado en 2005, tuvo por objetivo comparar los riesgos de esta adicción en cuanto al tiempo del hábito y la reducción del riesgo cuando se cesa de fumar.⁶ Se concluyó en este estudio, que hay una disminución progresiva en la mortalidad entre no fumadores y un aumento de la mortalidad en el uso más temprano y por más años de la adicción. Asimismo, entre hombres nacidos alrededor de 1920 y que iniciaron la adicción en su juventud, se triplicaron las tasas de mortalidad. En cambio si se cesó la adicción alrededor de los 50 años de edad, se reduce el riesgo, y si cesa la administración de nicotina a los 30 años de edad, prácticamente se elimina el riesgo. El grupo de personal de salud se ha considerado en mayor riesgo de uso de tabaco que otros grupos de trabajadores.

El objetivo de este estudio fue determinar en un grupo representativo de trabajadores del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), la prevalencia puntual de fumadores de tabaco; la disposición o no para dejar de fumar y/o tratarse la adicción a la nicotina; definir los niveles de adicción e identificar los factores cognitivo/conductuales que puedan influir en la cesación definitiva del consumo de tabaco.

MATERIAL Y MÉTODOS

Población de estudio

Este estudio incluyó a los trabajadores de todas las dependencias del ISSSTE en el Distrito Federal, tanto personal de salud, como personal administrativo. El cuestionario se aplicó a aquellos trabajadores que consintieron en participar, de manera anónima y voluntaria. Como se trató de un estudio exploratorio, no se calculó un tamaño de muestra, ni se contó con un marco muestral. El número de cuestionarios enviados se determinó arbitrariamente.

Se incluyó en este estudio al personal de todas las dependencias del ISSSTE en el Distrito Federal y que son: Centro Médico Nacional "20 de Noviembre", Clínica de Especialidades "Churubusco"; Coordinación Nacional de Capacitación y Desarrollo Educativo, Delegación Norte, Delegación Oriente, Delegación Poniente, Delegación Sur, Hospital Regional "1º de Octubre", Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza", Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos", Subdirección de Abasto de Insumos Médicos, Subdirección de Administración de Servicios de Salud, Subdirección de Conservación y Mantenimiento, Subdirección de Infraestructura, Subdirección de Planeación y Evaluación, Subdirección de Regulación de Atención a la Salud y la Subdirección General Médica.

En este estudio se utilizó un cuestionario que contenía 3 preguntas del cuestionario cualitativo de Fagerström para medir dependencia del tabaco.⁷ El cuestionario

incluía los siguientes datos: fecha de llenado del cuestionario, dependencia del ISSSTE, estado civil, si fuma o no actualmente, edad en que empezó a fumar, edad en que empezó a fumar todos los días, número de cigarrillos que fuma actualmente, marca de cigarrillos que fuma, cuánto tiempo después de levantarse fuma el primer cigarro, cuál cigarro le es más difícil de omitir, si estaría dispuesto a dejar de fumar y porqué estaría dispuesto a hacerlo. Los cuestionarios fueron enviados a todas las dependencias del ISSSTE en el Distrito Federal, y la participación de los trabajadores de salud mayores de 18 años fue voluntaria y anónima.

Para el análisis estadístico del estudio se utilizaron las siguientes definiciones: a) nunca fumador; b) exfumador: persona que consiguió dejar de autoadministrarse nicotina por lo menos durante un año y c) fumador actual, las cuales fueron consideradas como variables dependientes. También la disposición a dejar de fumar (variable dicotómica, sí o no) fue analizada como variable dependiente. Las variables centro de trabajo, sexo, edad, grupo de edad, estado civil y motivos para dejar de fumar fueron consideradas como variables independientes. El análisis se hizo mediante la prueba de Chi cuadrada para las variables categóricas y mediante análisis de varianza para variables continuas. Los datos fueron analizados en el programa estadístico de STATA versión 9.0.

RESULTADOS

Se enviaron 4,200 cuestionarios a las dependencias del ISSSTE, de los cuales 3,730 fueron contestados (88.8%). El mayor porcentaje de respuestas correspondió a la Delegación Sur (641/3,730) 17.2% y el menor a la Subdirección General (30/3,730) 0.8%. No se determinó la proporción de médicos, enfermeras y personal administrativo de cada dependencia, por lo que se ignora cuál fue el tipo de personal que reportó mayor consumo de tabaco. Por este motivo no se presentan las características de cada subgrupo de trabajadores de la salud.

Se registraron 1,428 fumadores actuales (38.3%); 1,015 exfumadores (27.2%) y 1,287 personas que nunca habían fumado (34.5%). Del total de participantes (2,245/3,730) 60.2% correspondió al sexo femenino y (1,485/3,730) 39.8% al sexo masculino. La prevalencia de mujeres fumadoras fue de 32.3% y la de los hombres de 47.4% ($p < .0001$) (Cuadro 1).

La media y desviación estándar de la edad fue de 41.1 (± 10.5) para los nunca fumadores; de 42.0 (± 11.0) para los exfumadores y de 40.4 (± 10.5) para los que fuman actualmente ($p < .0001$). El grupo de edad con mayor proporción de fumadores fue el de 18-24 años con 48.5% seguido por el de 25-29 años con 42.6%. El grupo con menor tasa de fumadores fue el de 35-39 años con 31.2%.

En general la tasa de tabaquismo actual fue alta en todos los grupos de edad. Con relación al estado civil las personas en unión libre y separados tuvieron la mayor frecuencia de tabaquismo, de 50% y 60.9%, respectivamente (Cuadro 1).

En el cuadro 2 se muestran los resultados de las personas que estarían dispuestas a dejar de fumar del total de fumadores que son 1,409. De éstos (1,121/1,409) 79.6% estarían dispuestos a dejar de fumar. Las mujeres tienen menor proporción de personas que estarían dispuestas a dejar de fumar que los hombres (77.8% versus 81.4%, $p = .09$). Las personas que quieren dejar de fumar fueron significativamente más jóvenes que las que no lo desean ($p = .002$). En todos los grupos de edad hubo interés en dejar de fumar, siendo los grupos de 50-54 y de 55 y más años los que mostraron menor disposición a dejar de fumar. Finalmente, el grupo de personas separadas mostró menor disposición a dejar de fumar de 64.3%.

Cuando se analizan las variables relacionadas con adicción entre los fumadores que quieren dejar de fumar, el 77.9% fuma el primer cigarro de la mañana después de 60 minutos, lo que hablaría de menores niveles de adicción en comparación con los que lo fuman menos de 5 minutos después de levantarse de 5.5%. De 913 fumadores, (280/913) 30.7% opinaron que el cigarro más difícil de omitir fue el primer cigarro por la mañana. Finalmente, el número de cigarrillos fumados por día entre los que quieren dejar de fumar fue significativamente menor del número fumado por día entre los que no quieren dejar de fumar 5.67 (± 5.55) versus 8.67 (± 9.20), $p < .0001$. De 1,302 personas que dieron información sobre los motivos para dejar de fumar, (931/1,302) 71.6% fueron por motivos de salud.

DISCUSIÓN

El porcentaje de fumadores en este grupo de trabajadores del ISSSTE fue 38.3% que es superior a lo reportado en diferentes estudios que se han realizado en el país. La mayor parte de los trabajadores que contestaron el cuestionario fueron mujeres y la mayor proporción de tabaquismo se observó entre los hombres.

El personal de salud ha sido considerado siempre como un grupo de alto riesgo de tabaquismo y de padecer los daños a la salud ocasionados por el tabaco. Los estudios clásicos de Doll y Hill han mostrado un exceso de mortalidad entre médicos que es atribuible al consumo de tabaco.⁸

En esta cohorte de médicos, aquellas personas que cesaron de fumar tabaco a la mitad de su edad, subsecuentemente evitaron casi todo el exceso de riesgo que pudieran haber sufrido, pero aun aquellos que dejaron de fumar a la mitad de su edad estuvieron consecuentes y

Cuadro 1. Características del personal de salud de acuerdo a tabaquismo y características sociodemográficas.

Centro de trabajo	Población de cada centro que respondió al cuestionario (n = 3,730)	Nunca fumador (%) (n = 1,287)	Ex fumador (%) (n = 1,015)	Fumador actual (%) (1,428)	Valor de p*
CMN 20 de Noviembre	400	43.0	20.0	37.0	< .0001
HR Adolfo López Mateos	185	17.8	35.7	46.5	
HR 1º de Octubre	202	23.3	32.7	44.0	
Zaragoza	177	35.6	29.9	34.5	
Subdirección General	30	33.3	30.0	36.7	
Planeación y Evaluación	58	29.3	41.4	29.3	
Coordinación-Administración	56	10.7	35.7	53.6	
Abasto de Insumos Médicos	60	30.0	35.0	35.0	
Conservación y Mantenimiento	59	37.3	25.4	37.3	
Infraestructura	53	34.0	43.4	22.6	
Delegación Regional Sur	121	27.3	39.7	33.0	
Zona Norte	629	30.5	25.3	44.2	
Zona Oriente	554	39.0	28.5	32.5	
Zona Poniente	504	33.5	27.4	39.1	
Zona Sur	641	42.3	21.0	36.7	
Sexo					
Femenino	2,245	42.1	25.6	32.3	< .0001
Masculino	1,485	23.0	29.6	47.4	
Edad					
Promedio		41.1	42.0	40.4	.001
Desviación estándar		10.5	11.0	10.5	
Grupo de edad					
18-24	196	23.0	28.5	48.5	< .0001
25-29	376	34.8	22.6	42.6	
30-34	498	38.2	23.2	38.6	
35-39	525	40.8	28.0	31.2	
40-44	678	32.0	27.7	40.3	
45-49	615	32.9	25.6	41.5	
50-54	432	34.5	30.1	35.4	
55 y más	372	33.1	34.1	32.8	
Estado civil**					
Casado(a)	2,222	34.3	28.3	37.4	.02
Divorciado(a)	92	28.3	23.9	47.8	
Soltero(a)	1,173	35.2	26.8	38.0	
Unión libre	58	25.9	24.1	50.0	
Viudo(a)	63	49.2	17.5	33.3	
Separado(a)	23	17.4	21.7	60.9	

* Valor de P que compara las categorías de nunca fumó, exfumadores y fumadores actuales con cada una de las características (centro de trabajo, sexo, edad, grupo de edad y estado civil). ** Muestra la distribución de las categorías de fumador con relación al estado civil de los que contestaron el cuestionario.

sustancialmente sujetos a menor riesgo que aquellos que continuaron fumando.⁹ El consumo de tabaco ha sido repetidamente asociado a una mayor frecuencia de tuberculosis¹⁰⁻¹² cáncer pulmonar,^{6,8} enfisema, y otras enfermedades pulmonares.⁶ Se ha descrito inclusive un incremento en el riesgo de tuberculosis¹³ y de cáncer pulmonar⁹ de acuerdo al número de cigarrillos fumados. El tabaquismo pasivo también ha sido asociado a un incremento en el

riesgo de padecer tuberculosis pulmonar.¹⁴ A pesar de esta evidencia de daños a la salud entre médicos, estudios recientes muestran una reducción sustancial en la mortalidad atribuible al tabaco entre personal de salud, como por ejemplo en Japón,¹⁵ lo que significa que los programas de cesación pueden ser útiles entre esta población.

En México, la prevalencia de tabaquismo entre médicos varía de 19%¹⁶ a 61.6%,¹⁷ variando también de acuer-

Cuadro 2. Porcentaje de personas dispuestas a dejar de fumar según variables sociodemográficas e indicadores de la intensidad y dependencia del tabaco.

Centro de trabajo	Población de cada centro que respondió al cuestionario (n = 1,409)	¿Estaría dispuesto a dejar de fumar?		Valor de p*
		Sí (%) (n = 1,121)	No (%) (n = 288)	
CMN 20 de Noviembre	148	77.0	23.0	.02
HR Adolfo López Mateos	83	86.8	13.2	
HR 1° de Octubre	89	88.8	11.2	
ZARAGOZA	59	86.4	13.6	
Subdirección General	12	83.3	16.7	
Planeación y Evaluación	17	76.5	23.5	
Coord.-Admon.	30	83.3	16.7	
Abasto de Insumos Med.	21	76.2	23.8	
Cons. y Mantenimiento	21	76.2	23.8	
Infraestructura	13	100.0	0.0	
Delegación Regional S	36	66.7	33.3	
Zona Norte	279	82.1	17.9	
Zona Oriente	178	82.0	18.0	
Zona Poniente	196	71.9	28.1	
Zona Sur	226	75.7	24.3	
Sexo				
F	710	77.8	22.2	.09
M	699	81.4	18.6	
Edad				
Promedio		39.9	42.0	.002
Desviación estándar		10.4	10.9	
Grupo de edad				
18-24	94	88.3	11.7	.1
25-29	158	81.6	18.4	
30-34	190	79.0	21.0	
35-39	165	83.0	17.0	
40-44	264	81.1	18.9	
45-49	252	79.0	21.0	
50-54	150	74.0	26.0	
55 y más	122	74.6	25.4	
Estado civil				
Casado(a)	824	80.8	19.2	.6
Divorciado(a)	44	77.3	22.7	
Soltero(a)	438	79.0	21.0	
Unión libre	30	83.3	16.7	
Viudo(a)	22	72.7	27.3	
Separado(a)	14	64.3	35.7	

* Valor de P que compara la población que quiere dejar de fumar y la que no quiere dejar de fumar con cada una de las características (centro de trabajo, sexo, edad, grupo de edad y estado civil). ** Muestra la distribución de los que quieren o no dejar de fumar, con relación al estado civil de los que contestaron el cuestionario.

do a tipo de institución de salud. Entre los médicos del IMSS del estado de Morelos la prevalencia fue de 19%;⁸ de 20.7% entre médicos del ISSSTE;¹⁸ de 22% en médicos de los Institutos Nacionales de Salud;¹⁹ de 27% entre los médicos de 36 delegaciones del IMSS;²⁰ de 26.9% en un estudio realizado en IMSS, ISSSTE y SSA²¹ y de

61.6% en un hospital general en la ciudad de México.¹¹ Con excepción de este último hospital, la prevalencia encontrada en este estudio de 38.3% es la más alta que se ha encontrado en trabajadores de la salud. Hay que señalar que éste es el primer estudio que se hace en México en el cual participaron todo tipo de personal de

salud, desde intendencia, administrativo, enfermería y médicos. En este estudio, el grupo de personal administrativo fue el que tuvo la mayor tasa de tabaquismo con una prevalencia de 53.6%.

La prevalencia de tabaquismo entre enfermeras es de 12.5% en la delegación del IMSS en Morelos⁸ y de 62.6% en el ISSSTE en el estudio realizado en 1998.¹⁰ Dos estudios analizaron la distribución por sexo del tabaquismo. En el estudio del hospital general de la ciudad de México, la frecuencia para hombres en comparación con mujeres fue de 29.9% *versus* 20.8%, respectivamente,⁹ en comparación con el 20.9% *versus* 16.0% entre médicos, respectivamente y de 12.5% *versus* 12.5% en personal de enfermería de la delegación del IMSS en Morelos.⁸ En este estudio la prevalencia de tabaquismo entre hombres fue de 47.4% y de mujeres de 32.3%, la cual fue estadísticamente significativa ($p < .0001$). Por último, la prevalencia de exfumadores en este estudio fue de 27.2%, la que es similar a la observada en los otros estudios.⁸⁻¹⁰ Un estudio reciente ha mostrado que la cesación del consumo de tabaco entre un grupo de enfermeras danesas estuvo significativamente asociado al estilo de vida, estado de salud y al ambiente de trabajo,²² por lo que todos estos aspectos deben de ser considerados en un programa de cesación dirigido a estos grupos de alto riesgo.

Como en otros protocolos de estudio, el porcentaje de personas que manifestaron deseos de dejar de fumar es importante, lo que refleja el conocimiento de los daños que provoca el tabaco en los fumadores, pero que por su adicción a la nicotina les es difícil dejar de fumar. Esta intención de dejar de fumar también coloca a este grupo en una posición favorable para la intervención y el cambio de comportamiento.²³⁻²⁵

Este estudio tiene varias limitaciones que hacen que las tasas de tabaquismo encontradas se deban de considerar con cautela. En primer lugar el que la encuesta se haya realizado entre personas que participaron voluntariamente introduce un sesgo de selección. Es posible que justo las personas fumadoras, con mayor número de años de fumar o con algún daño a la salud debido al tabaco hayan estado más interesadas en contestar el cuestionario que las personas sin estas características. Es posible también que el personal médico y de enfermería haya estado más informado acerca de los daños a la salud producidos por el tabaco y que también hubieran tendido a responder el cuestionario que el personal administrativo o de intendencia. El no contar con un marco muestral o con una determinación de tamaño de muestra también fueron desventajas importantes del estudio. No obstante estas limitaciones, en este estudio exploratorio se obtuvo una tasa elevada de tabaquismo en este grupo de trabajadores que debiera motivar al ISSSTE a realizar un programa de intervención. Los lineamientos y reco-

mendaciones acerca del tratamiento del tabaquismo elaborado por un grupo de expertos han sido recientemente publicados.²⁶

En esta encuesta realizada en personal del ISSSTE del Distrito Federal y en el que la participación fue voluntaria, se observó una elevada frecuencia de fumadores, tanto en hombres como en mujeres. El personal administrativo fue el que reportó mayor consumo de tabaco. La mayor parte de los fumadores de este estudio tuvieron bajos niveles de adicción y un número importante de sujetos expresaron deseos de dejar de fumar, lo que puede favorecer hacer un programa de cesación entre este grupo de trabajadores de la salud.

REFERENCIAS

1. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). Secretaría de Salud (SSA) Encuesta Nacional de Adicciones 2002.
2. Instituto Nacional de Salud Pública. Departamento de Investigación sobre Tabaco. Reporte Anual de Mortalidad Atribuible al Tabaco en México, 2000.
3. 1964 Surgeon General Report: Reducing the Health Consequences of Smoking. Disponible en: <http://www.cdc.gov/tobacco/overview/anniversary.htm>
4. CDC. Cigarette Smoking Among Adults — United States. MMWR, 2003; 52: 953-956.
5. Organización Mundial de la Salud. Convenio Marco para el Control del Tabaco. Disponible en: http://www.who.int/gb/fctc/S/S_Index.htm
6. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality from cancer in relation to smoking: 50 years observations on British doctors. Br J Cancer 2005; 92: 426-429.
7. Fagerstrom KO. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. Addict Behav 1978; 3: 235-241.
8. Doll R, Hill AB. Lung cancer and other causes of death in relation to smoking. A second report on the mortality of British doctors. BMJ 1956; 2: 1071-1076.
9. Doll R, Peto R, Wheatley K, Gray R, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors BMJ 1994; 309: 901-911.
10. Dong B, Ge N, Zhou Y. Smoking and alcohol consumption as risk factors of pulmonary tuberculosis in Chengdu: a matched case-control study. Hua Xi Yi Ke Da Xue Xue Bao 2001; 32: 104-106.
11. Alcaide J, Altet MN, Plans P, Parron I, Folguera LI, Salto E, Dominguez A, Pardell H, Salleras LI. Cigarette smoking as a risk factor for tuberculosis in young adults: a case-control study. Tubercle and Lung Disease 1996; 77: 112-116.
12. Gajalakshmi V, Peto R, Kanaka TS, Jha P. Smoking and mortality from tuberculosis and other diseases in India: retrospective study of 43,000 adult male deaths and 35,000 controls. Lancet 2003; 362(9383): 507-515.
13. Kolappan C, Gopi PG. Tobacco smoking and pulmonary tuberculosis. Thorax 2002; 57: 964-966.

14. Altet MN, Alcaide J, Plans P, Taberner JL, Salto E, Folguera LI, Salleras L. Passive smoking and risk of pulmonary tuberculosis in children immediately following infection. A case-control study. *Tuber Lung Dis* 1996; 77: 537-544.
15. Shin YC, Kang JH, Kim CH. Mortality among medical doctors based on the registered cause of death in Korea 1992-2002. *J Prev Med Pub Health* 2005; 38: 38-44.
16. Salmerón-Castro J, Arillo-Santillán E, Campuzano-Rincón JC, López-Antuñano FJ, Lazcano-Ponce EC. Tabaquismo y profesionales de la salud del Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelos. *Salud Pública Méx* 2002; 44 Supl 1: S67-S75.
17. Ramírez-Casanova ME, González E, Ocampo A, Sánchez S, Cicero R. Hábito tabáquico entre trabajadores de un Hospital General. Informe de una encuesta. *Gac Méd Mex* 1991; 127: 283-288.
18. Rojo-Padilla JA, Borunda FO, Herrera-Moro JA. Encuestas en médicos y paramédicos del ISSSTE. En: El consumo de tabaco en México. Secretaría de Salud, México D.F. 2000: 79-84.
19. Sansores RH, Villalba-Caloca J, Herrera Kiengelher L, Soriano-Rodríguez A, Ramírez-Venegas A. Prevalence of cigarette smoking among employees of the Mexican National Institutes of Health. *Salud Publ Mex* 1999; 41: 381-388.
20. Peña-Corona MP, Díaz-Mejía G, Mondragón-López MR, Zárate-Aguilar A. Consumo de tabaco en trabajadores del IMSS. En: El consumo de tabaco en México. Secretaría de Salud, México D.F. 2000: 71-77.
21. Tapia-Conyer R, Cravioto P, de la Rosa B, Galván F, García-de la Torre G, Kuri P. Cigarette smoking; knowledge and attitudes among Mexican physicians. *Salud Públ Méx* 1997; 39: 507-512.
22. Sanderson DM, Ekholm O, Hundrup YA, Rasmussen NK. Influence of lifestyle, health, and work environment on smoking cessation among Danish nurses followed over 6 years. *Prev Med* 2005; 41: 757-760.
23. Ockene JK. Smoking intervention: the expanding role of the physician. *Am J Public Health* 1987; 77: 782-783.
24. Franke DL, Leistikow BN, Offord KP, Schmidt L, Hurt RD. Physician referrals for smoking cessation; outcome in those who show and don't show. *Preventive Medicine* 1995; 24: 194-200.
25. Secker-Walker RH, Solomon LJ, Flynn BS, Skelly JM, Mead PB. Smoking relapse prevention during pregnancy: A trial of coordinated advice from physicians and individual counseling. *Am J Prev Med* 1998; 15: 25-31.
26. Guías Mexicanas para el Tratamiento del Tabaquismo. Un Consenso Nacional de Expertos. *Neumología y Cirugía de Tórax* 2005; 64: Suplemento 2.

