

Grado de dependencia a la nicotina en el personal sanitario de plantas de hospitalización en un hospital de Galicia: un estudio descriptivo

Iglesias Francesch, Belén
Médico de Atención Primaria. CAP Casa do Mar.
Responsable de tabaco en la XAP A Coruña

Martín Lancharro, Pablo
Unidad de Prevención de Riesgos Laborales.
Complejo Hospitalario Universitario de Santiago

De Castro-Acuña Iglesias, Nuria
Xefa do Servizo Central de PRL e Condicións de Traballo.
S.X. de Xestión e Políticas de Persoal. Dirección de RRHH.

Iglesias Díaz, Cristina
Médico de Atención Primaria. C.S. Mera-Oleiros

Cad Aten Primaria
Ano 2009
Volume 16
Páx. 290-294

RESUMEN

Objetivo: Analizar las características sociodemográficas y socioeconómicas de una población laboral asistencial en un centro sanitario hospitalario así como su grado de dependencia a la nicotina.

Diseño

Periodo de estudio: Marzo-Septiembre 2007

Ámbito de estudio: Hospital del Servizo Galego de Saúde (SERGAS)

Tipo de estudio: descriptivo

Participantes: profesionales sanitarias (enfermería, auxiliares de enfermería y celadores) de los diferentes servicios de hospitalización.

Mediciones principales: El método de recogida de datos seleccionado fue un cuestionario que se pasó a todos los trabajadores para que lo contestasen de forma anónima, donde se establecen las variables primordiales que definen la situación socio-económico y laboral. Estas variables son: sexo, edad, nivel académico, categoría profesional, antigüedad en el empleo, horario de trabajo y tipo de relación laboral con la empresa. Dichas variables, excepto sexo, fueron agrupadas en rangos para simplificar la respuesta y mantener el anonimato. A estas variables se añadió el Índice de la dureza de fumar de Heatherton et al., para clasificar a los fumadores en ligeros, medios y altamente dependientes.

Resultados: La prevalencia de tabaquismo fue del 21,9% (El 21,9% de la población objeto de estudio era fumadora). El porcentaje de respuesta global fue del 51,4%. La distribución por sexo fue un 90% mujeres y el 10% hombres. En cuanto a la edad el 50% estaba en el grupo de 46-55 años.

El resultado final para la dependencia muestra que un 61,7% de la población participante tiene un nivel de dependencia bajo mientras que un 33,3% muestra un nivel de dependencia medio y sólo un 5% de los casos tiene un nivel de dependencia alto.

Conclusiones: La prevalencia de tabaquismo fue del 21,9%. El porcentaje de mujeres fumadoras es superior al de hombres.

El grado de dependencia en el personal asistencial de hospitalización es bajo en el 61,7% de los casos.

PALABRAS CLAVE: dependencia nicotina, Heatherton, sector sanitario.

INTRODUCCIÓN

El tabaquismo es la primera causa de muerte evitable en el mundo, catalogada por la OMS, como enfermedad adictiva crónica, que requiere diagnóstico y tratamiento.

Constituye un problema de salud pública de primera magnitud en nuestro país, es responsable de una elevada mortalidad y morbilidad, es la primera causa aislada de mortalidad y morbilidad en cáncer de pulmón y enfermedades cardiovasculares, y se calcula que es el responsable de unas 50.000 muertes anuales¹.

El sobrecoste sanitario y social generado por el tabaco en 2008 ascendió a 16.474 millones de euros, lo que supone 433 euros por cada ciudadano adulto, informa el Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT), que reúne a cuarenta entidades científicas y profesionales sanitarias²⁻³.

Los costes sanitarios directos de las cinco enfermedades más frecuentemente asociadas al consumo de tabaco suman en España cerca de 7.700 millones de euros anuales. Entre ellas, la más gravosa es la enfermedad coronaria (infarto de miocardio), con casi 3.650 millones de euros anuales, seguida por la enfermedad pulmonar obstructiva crónica cuyo gasto sanitario supera los 2.900 millones de euros.

Correspondencia

Cristina Iglesias Díaz

C.S. Mera-Oleiros. Rúa dos Vinculeiros, s/n. Mera, A Coruña
cristina.iglesias.diaz@sergas.es

Los/as profesionales de la salud tienen un papel especialmente relevante en cuanto al tabaquismo de la población general, porque pueden influir en el mismo de cuatro maneras: sirviendo como ejemplos o modelos; actuando como educadores sanitarios; promoviendo la aplicación de la legislación sobre consumo de tabaco en los centros sanitarios; y sensibilizando a la sociedad sobre los problemas derivados del tabaquismo^{4,5}.

Se ha demostrado que el propio hábito tabáquico de los/as profesionales tiene una influencia relevante en cuanto a sus actitudes al respecto^{5,6}, y a la hora del cambio social respecto al tabaquismo.

Las diferentes encuestas que se han realizado entre profesionales de la salud en España⁷⁻¹⁴ revelan que, aparte de que la prevalencia de tabaquismo es mayor entre los/as profesionales de la salud que entre la población general, se está produciendo, como también ocurre en la población general, un aumento del consumo entre las mujeres y una disminución entre los hombres, lo que hace que en las edades más jóvenes predominen las fumadoras¹⁷.

Existe en la bibliografía una prevalencia entre los profesionales de la salud que varía entre 30.3% (OMS 1997) en médicos argentinos y 46.8% en enfermeras y médicas de la comunidad de Madrid (1999). A nivel internacional, muy especialmente en Europa, el tabaquismo entre las profesionales de la salud es netamente inferior al que se encuentra en España (en el Reino Unido la prevalencia es inferior al 10%)¹.

El objetivo principal de este estudio es identificar la prevalencia y nivel de dependencia tabáquica de los profesionales sanitarios en un hospital de Galicia, así como los perfiles socioeconómicos y laborales de los fumadores.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo transversal, realizado entre los 533 trabajadores de un hospital del Sevizto Galego de Saúde, que tienen una actividad asistencial exclusiva en plantas de hospitalización, lo que excluye de este análisis a la categoría profesional de facultativo y administrativo, entre Marzo y Septiembre de 2007.

TABLA 1

Variables sociodemográficas y laborales

Sexo	Hombre, Mujer
Edad	Menos de 26 años; Entre 26 y 35 años; Entre 36 y 45 años; Entre 46 y 55 años; Más de 55 años
Nivel académico	EGB/Primaria; BUP/ESO; COU/Bachillerato; Diplomatura; Licenciatura; Doctor
Categoría profesional	Celador; Auxiliar de enfermería; ATS/DUE; FEAS/MIR
Tiempo trabajado	Menos de 30 días; Entre 1 mes y hasta 6 meses; Más de 6 meses y hasta 2 años; Más de 2 años y hasta 5 años; Más de 5 años y hasta 10 años; Más de 10 años y hasta 20 años; Más de 20 años
Horario de trabajo	Turno fijo de mañana; Turno fijo de tarde; Turno fijo de noche; Turnos rotatorios; Turnos rotatorios excepto el de noche
Relación laboral	Fijo (funcionario, contrato indefinido, fijo discontinuo...); Temporal (interinidad, contrato por obra o servicio, etc.); Temporal con contrato formativo (prácticas, residencia...); Becario

Después de valorar distintas opciones, el método de recogida de datos seleccionado fue un cuestionario autoaplicado donde se establecen las variables primordiales del estudio: sexo, edad, nivel académico, categoría profesional, antigüedad en el empleo, horario de trabajo y tipo de relación laboral con la empresa. Dichas variables, excepto sexo, fueron agrupadas en rangos para simplificar la respuesta y mantener el anonimato (Tabla 1).

A estas variables se añadió el Índice de la dureza de fumar de Heatherton et al (1991). Estos autores sugieren utilizar sólo dos ítems del cuestionario: el que evalúa la hora del primer cigarrillo del día y el número de cigarrillos por día (Tabla 2).

TABLA 2

Variables del Índice de la dureza de fumar

¿Cuánto tiempo pasa entre el momento en que te despiertas y el momento en que enciendes el primer cigarrillo del día?	5'	Entre 6-30'	Entre 1/2-1h	1 hora o más
¿Cuántos cigarrillos fumas en promedio por día?	Menos de 10	Entre 11 y 20	Entre 21 y 30	Más de 30

En el estudio de Becoña, Vázquez y Cerqueiro (1998), resulta ser una buena herramienta para clasificar a los fumadores en ligeros, medios y altamente dependientes¹⁸. En el estudio de Chabrol H, Niezborala M, Chastan E y de León J¹⁹ se demuestra que el cuestionario de Fagerström y el de Heatherton tienen una medida de la dependencia a la nicotina similar con una alta concordancia entre ellos, y establece que este cuestionario es especialmente apropiado para estudios epidemiológicos tanto en hombres como en mujeres.

Teniendo en cuenta que la población trabajadora sanitaria es especialmente femenina, se optó por emplear el cuestionario de Heatherton.

Los cuestionarios fueron proporcionados a cada trabajador, disponiendo de una urna para su entrega durante el periodo descrito.

La base de datos creada se exportó al editor del paquete estadístico SPSS 15.0. Se realizó un análisis preliminar para detectar incongruencias y factores fuera de rango, y se llevó a cabo un análisis univariante, describiéndose las variables cualitativas por frecuencia absoluta y por porcentajes. Los gráficos también se obtuvieron a partir del editor de gráficos del SPSS.

Por otro lado, teniendo en cuenta que el método de recogida de datos se ha basado en un cuestionario, cuya principal limitación es el bajo índice de participación, se han tenido en cuenta los siguientes aspectos para favorecer la participación²⁰⁻²²:

- cuestionario anónimo.
- respuesta confidencial.
- formato del cuestionario atractivo para conseguir una actitud favorable hacia su cumplimentación por los trabajadores.

RESULTADOS

De los 533 trabajadores que potencialmente podrían participar en el estudio, se cumplimentaron 274 cuestionarios por lo que el porcentaje de respuesta global fue del 51,4%. Entre los trabajadores que respondieron al cuestionario 60 son fumadores en la actualidad, (21.9%), "la prevalencia de fumadores es del 21.9%".

De los 274 que respondieron a la encuesta el 72% eran mujeres y el 28% hombres. En el grupo de fumadores, (población objeto de este estudio), el 90% eran mujeres y el 10% hombres. Esto confirma clara y rotundamente la posición de la mujer en relación con el tabaquismo.

La distribución por edad muestra que la mayor parte se encuentra en el intervalo de edad de 46-55 años (50%) (Figura 1).

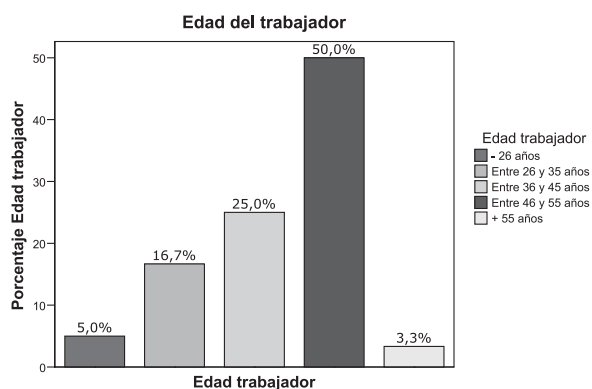


FIGURA 1

Distribución de los trabajadores según edad

En cuanto a nivel académico el 50% son diplomados. El grupo de auxiliares es el más numeroso (48.3%), seguido del grupo de enfermería (46.7%), y celadores (5.0%) (Tabla 1).

Los resultados en función del tiempo trabajado muestran que el grupo donde hay más fumadores es el correspondiente a los grupos de mayor antigüedad (de 10 a 20 años (43.3%), seguido por el de más de 20 años (25.0%)) (Tabla 1).

La mayoría tienen un turno rotatorio (96.7%), salvo aquellos puestos de supervisora que permitan un turno fijo.

TABLA 3

Índice de Dureza de Fumar: ¿Cuánto tiempo pasa entre el momento en que te despiertas y el momento que enciendes el primer cigarrillo del día?

	Frecuencia	Porcentaje
Más de 1 hora	27	45,0
Entre 31 minutos y 1 hora	12	20,0
Entre 6 y 30 minutos	15	25,0
Menos de 5 minutos	6	10,0
Total	60	100,0

El 76,7% de la muestra tienen un contrato fijo, con plaza, y el 23,2% mantienen una relación laboral temporal (Tabla 1).

Los resultados del Índice de Dureza de Fumar (Tabla 2-4) indican que el 45% de fumadores encienden el primer cigarrillo del día más de una hora después de levantarse y que el 58,3% fuman entre 11 y 20 cigarrillos al día.

TABLA 4

Índice de Dureza de Fumar: ¿Cuánto tiempo pasa entre el momento en que te despiertas y el momento que enciendes el primer cigarrillo del día?

	Frecuencia	Porcentaje
Más de 1 hora	27	45,0
Entre 31 minutos y 1 hora	12	20,0
Entre 6 y 30 minutos	15	25,0
Menos de 5 minutos	6	10,0
Total	60	100,0

El resultado final para la dependencia (Valor del índice de Heatherton) muestra que un 61,7% de la población participante tiene un nivel de dependencia bajo (Figura 2) y sólo un 5% un nivel alto.

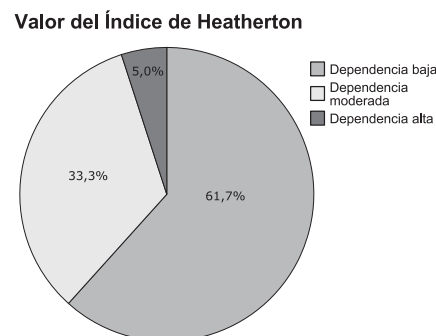


FIGURA 2

Índice de Dependencia (Heatherton)

DISCUSIÓN

La dependencia y abstinencia a la nicotina se consideran trastornos derivados del consumo de tabaco, tal como se refleja en la cuarta edición del Manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales de la American Psychiatric Association, y causa la muerte prematura a más de la mitad de las personas que la padecen. La nicotina es una droga de altísimo poder adictivo con efectos muy complejos sobre el sistema nervioso central. Sin embargo difiere del resto de drogas en dos circunstancias que la hacen mucho más peligrosa: su ubicuidad, que genera una inmensa accesibilidad, y su amplia aceptabilidad social.

El tabaquismo es actualmente el principal problema de salud pública en los países desarrollados. En España la prevalencia del tabaquismo es del 31% en la población adulta, una de las mayores de Europa y el sobrecoste sanitario y social generado por el tabaco en 2008 ascendió

a 16.474 millones de euros. Se ha observado un cambio en los últimos años, una disminución del consumo en varones y un incremento en mujeres, que ya fuman más que ellos en edades más jóvenes lo cual constituye un motivo de preocupación cada vez mayor¹.

En este sentido existen diferentes factores en las mujeres que determinan el inicio (edad, tamaño, estructura y posición socioeconómica de la familia, el consumo de los padres, y las campañas publicitarias de las tabaqueras en muchos casos dirigidas específicamente a las chicas) y mantenimiento de la dependencia del tabaco (factores fisiológicos relacionados con la dependencia, aunque no está claro si la nicotina les afecta de forma diferente; y factores psicológicos como la depresión y el stress ya que parece que la mujer fuma como reacción a experiencias negativas, y por otra parte su relación con la imagen corporal y en concreto con el mantenimiento de su peso). La controvertida asociación entre abandono del consumo de tabaco y aumento de peso es uno de los mayores impedimentos en los programas de abandono dirigidos a mujeres. Por otro lado los cambios políticos, sociales y económicos, acaecidos en nuestro país en las últimas cinco décadas, pueden explicar en gran medida porque la epidemia de tabaquismo en las mujeres empezó más tarde aquí en relación a otros países europeos²⁷.

El enorme beneficio individual de la persona que logra dejar esta adicción en cuanto a expectativa y calidad de vida genera un gran beneficio en términos de salud pública, medido como una disminución de la prevalencia, la morbimortalidad y los costes derivados muy superior a la de otras actuaciones médicas que se desarrollan hoy en día de forma sistemática y son hoy en día incuestionables. Dejar de fumar se ha mostrado más eficaz y eficiente para mejorar la salud que controlar otros problemas como la hipertensión arterial y la hipercolesterolemia. Es decir, un fumador que padezca hipertensión arterial y/o hipercolesterolemia obtendrá más beneficios para su salud si abandona el consumo de tabaco que si controla cualquiera de los otros procesos, o ambos a la vez.

Se ha demostrado que el papel de los/as profesionales es muy importante a la hora del cambio social respecto al tabaquismo, y que el propio hábito tabáquico de los/as profesionales tiene una influencia relevante en cuanto a sus actitudes al respecto⁵⁻⁶.

Los profesionales sanitarios siempre han tenido una prevalencia más alta de tabaquismo que los de otras profesiones, aunque los hallazgos son muy variables según la bibliografía consultada y los diferentes lugares del mundo. En los profesionales de enfermería no hay estudios representativos de ámbito estatal, aunque las referencias señalan una prevalencia mayor de tabaquismo¹⁶.

El porcentaje de respuesta fue del 51,4%. La distribución por categorías muestra un porcentaje similar de auxiliares (48,3%) y enfermeras (46,7%), y un 5% celadores.

Al analizar la prevalencia de tabaquismo en nuestro estudio (21,9%) los resultados son inferiores a los encontrados en otros estudios a nivel estatal, en Cataluña los datos publicados refieren una cierta tendencia a la disminución: 42,4% en 1985 y 40,6% en 1990⁵, en otras Comunidades Autónomas las cifras son variables pero en márgenes elevados (51,5% en La Rioja, 57,7% en Asturias, 57,7% en el País Vasco)⁹⁻¹⁴. En Madrid en el Área 1 se ha señalado una prevalencia del 42,62%²⁷. Sin embargo Salmeon-Castro encontró una prevalencia de 12,5%²³, en Nueva Zelanda encontraron una prevalencia del 18%²⁴, y en una población de enfermeras oncológicas reportó una de las prevalencias más bajas 7%²⁵ probablemente influenciada por el entorno laboral que puede sensibilizarlas de forma más marcada.

En cuanto a la distribución por edad hemos encontrado una mayor prevalencia entre el grupo comprendido entre 46-55 años (50%), similar a lo encontrado por otros autores: 48% en enfermeras de hospital de Valencia de 30-49 años, 76,6% en enfermeras de Asturias 35-50 años, 43,4% enfermeras de Madrid mayores de 50 años.

Respecto al sexo el 90% eran mujeres y el 10% hombres, esto supone probablemente un sesgo por el predominio femenino en este colectivo (72%) pero pone de manifiesto de cualquier forma la posición de la mujer en relación con el tabaquismo.

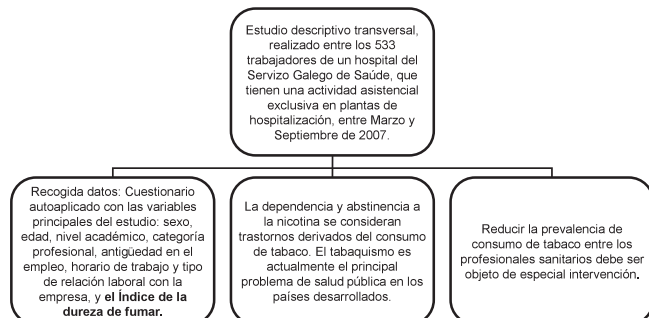
Al analizar el nivel de dependencia medido por el índice de la dureza de fumar de Heatherston et al (1991) (Becoña, Vázquez y Cerqueiro refieren que resulta ser una buena herramienta para clasificar a los fumadores en ligeros, medios y altamente dependientes, y Chabrol et al establecen que este cuestionario es especialmente apropiado para estudios epidemiológicos tanto en hombres como en mujeres), el resultado obtenido en este estudio muestra un bajo nivel de dependencia (61,7%), un 33,3% muestra un nivel de dependencia medio y sólo un 5% de los casos tiene un nivel de dependencia alto; sorprende el bajo nivel de dependencia obtenido.

Reducir la prevalencia de consumo de tabaco entre los profesionales sanitarios debe ser objeto de especial intervención, y lo que sí parece claro es que existe el deber de cuidar la propia salud cuando existe un compromiso para con otros, y determinadas profesiones entre las que se encuentran los profesionales sanitarios cuyos actos, gestos y actitudes tiene una gran trascendencia sobre el resto de la población de diversas maneras, sirviendo como ejemplos o modelos; actuando como educadores sanitarios; promoviendo la aplicación de la legislación sobre consumo de tabaco en los centros sanitarios; y sensibilizando a la sociedad sobre los problemas derivados del tabaquismo⁴.

Los profesionales de la salud y el propio sistema sanitario deben estar preparados para afrontar las consecuencias sanitarias y sociales del consumo de tabaco que van a ser cada vez más evidentes en las mujeres. Este aumento del consumo de tabaco conducirá al incremento de la incidencia de Cáncer de Pulmón, que podría convertir-

se en la 1ª causa de muerte por cáncer en mujeres no sólo en países desarrollados sino también países en vías de desarrollo

ESQUEMA DO TRABALLO



PUNTOS CLAVE

HECHOS CONOCIDOS

- El tabaquismo es una enfermedad crónica, altamente adictiva, clasificada en el DSM-IV/CIE-10, y la mayor causa de enfermedad evitable y muerte prematura.
- La prevalencia de fumadores entre los profesionales sanitarios es más alta que en la población general, aunque los datos son muy variables
- El consumo de tabaco ha aumentado de forma alarmante entre las mujeres, tanto en población general como en la profesión.
- El papel que desempeñan los profesionales sanitarios con el consejo antitabaco redundan en un abandono de la adicción mayor que los que no recibieron el consejo

APORTACIONES DE ESTE ESTUDIO

- El porcentaje de mujeres fumadoras es superior al de hombres.
- En el grupo de edad de más de 45 años es donde encontramos el mayor porcentaje de fumadores (43.3%).
- No encontramos diferencias significativas entre fumadores del grupo de enfermería y auxiliares, siendo ligeramente superior el de enfermería.
- El 61.7% del personal objeto del estudio tenía un nivel de dependencia bajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo: Libro blanco sobre el tabaquismo en España. Barcelona: Glosa; 1998.
2. Bartechi CE, Mc Kenzie TD, Schrier RW: The human costs of tobacco use (First of two parts). *N Engl J Med*; 1994;330:907-912.
3. Bartechi CE, Mc Kenzie TD, Schrier RW: The human costs of tobacco use (Second of two parts). *N Engl J Med*, 1994;330:975-980.
4. Salvador LLivina T: Tabaquismo y responsabilidad profesional en el ámbito de la Salud Pública. *Rev San Hig Publica* 1990;64:585-588.
5. Abelin T: Working with professional groups to increase priorities for smoking education. En: *Proceeding Third World Conference on Smoking and Health*. Washington 1975. DHEN.
6. Russell MAH, Wilson C, Baker CD: Effect of general practitioners advice against smoking. *BMJ* 1979;2:231-235.
7. Salleras LI, Pardell H, Canela J, Vaque J, Plans P, Cobo E: tabac i professionals sanitaris. *Salut Catalunya* 1987;1:69-74.
8. FADSP: Conocimientos y actitudes relacionados con el tabaco de los médicos del sector público de la Comunidad de Madrid. *Tabaco Hoy* 1995;1:5-25.
9. Rubio Montaner L, Urueña Guzmán A, Santamaria Roa A, de la Hoz Olalla J, Machín Aguilera P, Acitores Augusto JM: Prevalencia del hábito de fumar en los profesionales sanitarios de la Rioja. *Aten Primaria* 1994;13:373-377.
10. Martínez Sande JL, Casariego Roson JR, Alonso Orcajo N, Rodríguez Llorian A: Estudio del tabaquismo en profesionales sanitarios del medio hospitalario de Asturias. *Rev Esp Cardiol* 1990;43:219-226.
11. Berraondo I, Antero E, Millet M, Saez M, Sampedro E: Consumo de tabaco entre los médicos de atención primaria de la Comunidad Autónoma del País Vasco. *Aten Primaria* 1994;14:838-840.
12. Sampedro Martínez E, Narzabal Goñi MA, Frías Oyaga O, Antero Berganzos E, Saez Salazar M, Aranegui Lasuen MC, Millet Sampedro M: Actitud ante el tabaco y prevalencia de fumadores en médicos de Atención Primaria de Guipúzcoa. *Aten Primaria* 1994;14:1073-1076.
13. López Pérez P, García Sadaba I, Simarro Bravo MD, Blasco Cabrera L, Cebrian Valero T, Méndez Martínez C: Hábito tabáquico y otros aspectos relacionados con el tabaco en los profesionales de Atención primaria de la provincia de Córdoba. *Semergen* 1996: 635-646.
14. Arévalo Alonso JM, Baquedano Arriazu FJ. Prevalencia del tabaquismo en los trabajadores de un hospital. *Rev Esp Salud Publica*, 1997;71:451-462.
15. Valero Alonso R, Sainz Sáenz-Torre N, Torres Jiménez JI, Castañeado Saiz JA, Salido Cano A. Enfermería y tabaquismo. *Rol Enfermería* 1988;122:17-19.
16. Heras Tebar A: Tabaquismo en enfermería. *Rol de Enfermería* 1997; 232:57-60.
17. Chollat-Traquet C: La mujer y el tabaco. *Ginebra: OMS*;1993.
18. Begoña Iglesias E, Lorenzo Pontevedra MC. Evaluación de la conducta de fumar. www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd66/ElisardoBeconalglesias.pdf.
19. Chabrol H, Niezborala M, Chastan E, de León J. Comparison of the Heavy Smoking Index and of the Fagerstrom Test for Nicotine Dependence in a sample of 749 cigarette smokers. *Elsevier* 2005; *addictive behaviours* 30.
20. M Oncins de Frutos. Encuestas: metodología para su utilización. NTP 283. Centro nacional de condiciones de trabajo. Barcelona. INSHT. 1991.
21. S Royo. Diseño y realización de entrevistas. NTP 107. Centro de investigación y asistencia técnica. Barcelona. INSHT. 1984.
22. C Nogareda. El grupo de discusión. NTP 296. Centro nacional de condiciones de trabajo. Barcelona. INSHT. 1993.
23. Salmerón CJ, Arillo SE, Campuzano RJC, López AFJ, Lazcano PEC. Tab Mexicano del Seguro Social, Morelos. *Salud Pública Mex* 2002; 44 Supl 1: 53-57
24. Hay DR. Cigarette smoking by New Zealand doctors and nurses: results from the 1996 population census. *N Z Med J* 1998;111:102-104
25. Reeve K, Adams J, Kouzkanani k. The nurse as exemplar: smoking status as a predictor of attitude toward smoking and smoking cessation. *Cancer Pract* 1996; 41:31-33.
25. Fernández Ruiz ML, Sánchez Bayle M: Hábitos, actitudes y conocimientos de los profesionales de enfermería en atención primaria respecto al tabaco. *Centro de Salud* 1997;5:186-191.
26. Fernández Ruiz ML y Sánchez Bayle M. Prevalencia de consumo de tabaco entre las médicas y enfermeras de la comunidad de Madrid. *Rev. Esp. Salud Pública*, Mayo/Jun. 1999, vol.73, no.3, p.355-364. ISSN 1135-5727.
27. Fernández E, Schiaffino A, Peris M. Tabaquismo en mujeres: un problema de salud emergente. *Enf Emerg* 2001;3(4): 184-190