

Hábitos y creencias de salud en médicos y estudiantes de Medicina

Emilio Moreno San Pedro¹, Jesús Gil Roales-Nieto²

José Luis Blanco Coronado^{2,3}

¹Universidad Autónoma de Tamaulipas, México ²Universidad de Almería, España
³Hospital Universitario Torrecárdenas, España

ABSTRACT

Health habits, and health beliefs among physicians and medical students. Data available on health habits and health beliefs in Spanish medical population is scarce. The objective of this study was to explore some health habits (i.e., tobacco and alcohol consume) as well as the knowledge and beliefs regarding those habits among physicians and medical students. The sample was 147 participants from various hospitals in Spain. A questionnaire specifically designed for this study was used to obtain data about the target variables. Results show that 47,6% of participants are smokers, and 71,7% inform to be alcohol consumers. A positive relation between age and frequency of consumption was found in both habits. Participants demonstrate to have an adequate level of knowledge and beliefs in relation to the risks for health that the use of tobacco and alcohol entails, contrasting clearly with their consumption patterns. The health habits of this sample do not differ from those founded in the general population, even though participants show a correct level of knowledge and beliefs on these habits, thus emphasizing the lack of correspondence between health knowledge, beliefs and health habits.

Key words: tobacco, alcohol, physicians, health habits, health beliefs.

RESUMEN

Los datos sobre hábitos y creencias de salud de la población médica española son escasos. Este estudio tiene como objetivo explorar, en una muestra de médicos y estudiantes de Medicina, los hábitos de salud (consumo de tabaco y alcohol) y los conocimientos y creencias sobre los mismos. La muestra se compuso por 147 participantes de distintos hospitales de España. Se utilizó un cuestionario diseñado para recabar información sobre las variables estudiadas. Los resultados indicaron que el 47,6% eran fumadores y el 71,7% consumidores de alcohol, encontrándose una relación positiva entre edad y frecuencia de consumo en ambos casos. Los participantes mostraron un adecuado nivel de conocimientos y creencias respecto a los riesgos para la salud del consumo de tabaco y alcohol, que contrasta claramente con sus hábitos de consumo. Los hábitos de salud en la muestra no difieren de los encontrados en la población general, si bien el nivel de conocimientos y creencias es más preciso. Destaca la falta de correspondencia entre creencias y conocimientos en salud y los hábitos de salud.

Palabras clave: tabaco, alcohol, médicos, hábitos de salud, creencias de salud.

*La correspondencia sobre este artículo puede ser dirigida al primer autor: Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros-UAT, Avenida del Maestro y Marte, s/n. Colonia Alianza. Matamoros (Tamaulipas) 87410, México. E-mail: esanpedro@uat.edu.mx.

Los comportamientos de salud o de riesgo de los profesionales sanitarios pueden constituir un importante punto de referencia para las personas, pacientes o no, con quienes interaccionan, pues la población general tiende a considerar a los médicos como modelos a seguir, de tal forma que el estudio de los hábitos cotidianos del estamento médico cobraría importancia, no sólo por las implicaciones que tengan sobre la propia salud, sino también por las posibles influencias sobre la salud de sus pacientes, familiares y amigos (Aristizábal y San Martín, 1998; Melani, Verponziani, Boccoli, Trianni, Federici, Amerini *et al.*, 2000). Además, existe cierta evidencia empírica en cuanto a que los hábitos de salud del personal sanitario, junto a sus creencias y nivel de conocimientos respecto a los mismos, representan un papel esencial a la hora de aconsejar a sus pacientes sobre conductas de riesgo tales como el consumo de tabaco o de alcohol (Melani, Verponziani, Boccoli *et al.*, 2000; Martínez, Knapp y Kottke, 1993; Herity, Horgan, Bourke y Wilson, 1977; Lipp y Benson, 1972; Wells, Lewis, Leake y Ware 1984; Wells, Ware y Lewis, 1984; Tessier, Freour, Nejari, Belougne, Crofton, 1993; Nagle, Schofield y Redman, 1999; Ohida, Osaki, Kobayashi, Sekiyama y Minowa, 1999). Este importante papel en la modificación de hábitos es puesto de manifiesto por el metaanálisis de 39 estudios llevado a cabo por Kottke, Battista, DeFriese y Brekke (1988), cuyos resultados indicaron cómo una de las condiciones que optimizaba el éxito en el abandono del tabaco era que el tratamiento fuera llevado a cabo por un médico, independientemente del tipo de tratamiento, del número de sesiones o del tipo de paciente.

Ahora bien, una condición previa para ello es que los médicos y demás profesionales de la salud dispongan del conocimiento y las creencias adecuados acerca de las consecuencias negativas que el tabaco tiene sobre la salud y actúen según ese conocimiento (Barnoya y Glantz, 2002; McIlvain, Backer, Crabtree y Lacy, 2002; Richmond, 1996; Rigotti, 2002). En los últimos años, varios estudios han explorado los conocimientos, creencias y actitudes en estudiantes de medicina, enfermería y otras disciplinas de la salud, como una forma de predecir los conocimientos, creencias y actitudes hacia los hábitos de riesgo que tendrán los profesionales sanitarios del futuro (Tessier, Freour, Nejari, Belougne, Crofton, 1993; Richmond, 1996; Sestini, 1999; Richmond, 1999; Richmond y Kehoe, 1997; Allen, 1999; Chada, 1995; Ferry, Grissino y Runfola, 1999; Richmond, Debono, Larcos y Kehoe, 1998).

Aunque se dispone de datos provenientes de numerosos países (Barnoya y Glantz, 2002; Kocabas, Burgut, Bozdemir *et al.*, 1994; Buechner, Perry, Scott, Freedman, Tierney y Waters, 1986; Flores, Granero, Linfa, Benítez, 2000; Grossman, Nash y Jiménez, 1999; Nelson, Giovino, Emont *et al.*, 1994; Ohida, Sakurai, Mochizuki, *et al.*, 2001; Rosselli, Rey, Calderón, Rodríguez, 2001; Sakhujá y Barnoya, 2001; Sansores, Ramírez, Villalba, Herrera y Soriano, 2000), en el caso de España los estudios disponibles son muy escasos (Bruguera, Gurí, Arteman y Grau Valldosera, 2001; Laporte, Cami, Gutiérrez y Laporte, 1977) y los pocos existentes son anteriores a los años noventa, cuando aún no se habían desarrollado plenamente las campañas en contra del tabaco y las normativas gubernamentales prohibiendo o limitando su uso (muy especialmente, en hospitales y centros de salud) (Longo, Brownson, Johnson *et al.*, 1996; Becker, Conner, Waranch, Swank, Weida y Oski, 1989). Por tanto, cabría preguntarse

cómo han evolucionado los hábitos de consumo de tabaco entre la población médica española desde aquellos primeros estudios de anteriores décadas en las que el contexto social era más tolerante con el tabaco y no era tan evidente la preocupación por los hábitos de riesgo para la salud. Un avance de resultados sobre consumo de tabaco en médicos y estudiantes de medicina españoles indicaba una importante prevalencia del hábito con niveles similares a los de la población general (Moreno San Pedro, Gil Roales-Nieto y Blanco Coronado, 2006), de manera que el presente estudio pretende abundar en el análisis de los hábitos de salud de los profesionales de la salud añadiendo datos sobre los conocimientos, creencias y hábitos de consumo.

MÉTODO

Participantes

La muestra consta de 147 sujetos, 88 hombres y 59 mujeres, con edades comprendidas entre los 20 y 67 años, médicos y estudiantes de Medicina reclutados en distintos hospitales de España. La muestra es representativa de la población total de médicos colegiados en España, así como su distribución por sexos, de acuerdo con los datos aportados por el Instituto Nacional de Estadística.

Material, diseño y procedimiento

Para la realización del presente estudio se diseñó un Cuestionario de factores de riesgo para la salud relacionados con el estilo de vida (una copia del cual puede solicitarse a los autores), que consta de once preguntas con diferente modalidad de respuesta, que recogen información sobre distintas variables demográficas, hábitos de salud y comportamientos de riesgo (consumo de tabaco y alcohol, principalmente) y creencias y conocimientos relacionados con dichos hábitos y comportamientos. Con el fin de detectar posibles errores, se administró una primera versión del cuestionario a 19 médicos de un hospital local, introduciendo pequeños cambios en algunas preguntas a la luz de los resultados obtenidos. Los datos de estos 19 sujetos se descartaron para el presente estudio. Una vez establecida la versión final del cuestionario, se implementó en distintos hospitales y facultades de Medicina de las ciudades de Almería, Barcelona, La Coruña, Huelva, Madrid y Sevilla, mediante un diseño epidemiológico transversal. Ninguno de los cuestionarios recogidos tuvo que ser invalidado.

Análisis estadístico

Se utilizó la prueba chi-cuadrado para evaluar las relaciones entre variables categóricas, la prueba t de Student para detectar las relaciones entre grupos de variables continuas y el coeficiente de correlación de Pearson para examinar las correlaciones entre variables continuas.

RESULTADOS

La tabla 1 presenta la distribución de las variables sociodemográficas. La media de edad de los participantes es de 34 años (DT= 10,8), y de ellos el 59,6% eran hombres y el 40,4% mujeres; los médicos constituían el 71,9% del total de la muestra. La distribución por edades indica que la mayoría de la muestra está formada por menores de 50 años, estando muy equilibrada la distribución por edades, puesto que aproximadamente se encuentran el mismo número de participantes por décadas (menores de 30 años, entre 31 y 40 años y entre 41 y 50 años).

Tabla 1. Variables sociodemográficas de la muestra (N= 147).

Características	Muestra	Hombres	Mujeres	Estudiantes	Médicos
Edad (media \pm SD)	34 \pm 10,8	37 \pm 10,9	29,7 \pm 9,1	21,1 \pm 2,5	39,1 \pm 8,3
Distribución	-	59,6%	40,4%	28,1%	71,9%
Hasta 30 años	39,7%	16,4%	23,3%	27,4%	12,3%
De 31 a 40 años	30,1%	18,5%	11,6%	0,7%	29,5%
De 41 a 50 años	23,3%	19,2%	4,1%	0%	23,3%
Mayor de 50 años	6,8%	5,5%	1,4%	0%	6,8%

Tabla 2. Consumo de tabaco y alcohol.

Características	Total	Hombres	Mujeres	Estudiantes	Médicos
Bebedores	71,7%	44,3%	27,5%	21,4%	50,4%
Fumadores	47,6%	27,5%	19,8%	11,5%	35,9%
Exfumadores	20,4%	14,5%	6,1%	2,3%	18,4%
Nunca han fumado	32%	15,3%	16,8%	17,6%	14,5%

En cuanto al consumo de tabaco y alcohol, los resultados se muestran en la tabla 2. Cabe destacar que, en el momento de realizar el estudio, el 47,6% del total de la muestra informan ser fumadores activos. Son fumadores el 27,5% de los hombres y el 19,8% de las mujeres, y considerados por el rango profesional, informan fumar el 35,9% de los médicos y el 11,5% de los estudiantes de Medicina.

Sólo el 32% de la muestra total informan no haber fumado nunca, y la distribución entre las diferentes condiciones de la muestra indica que el porcentaje de hombres y mujeres que nunca fumaron es muy similar (15,3 y 16,8%, respectivamente), al igual que sucede entre estudiantes y médicos (17,6 y 14,5%, respectivamente).

Los exfumadores alcanzan el 20,4% de la muestra y en este subgrupo sí se aprecian importantes diferencias, dado que frente al 6,1% de las mujeres que informan ser exfumadoras, los hombres exfumadores son el 14,5%. Más acusado es el contraste entre médicos (18,4% exfumadores) y estudiantes con sólo el 2,3%.

Los datos sobre consumo de alcohol se pueden apreciar también en la tabla 2, e indican que el 71,7% de los sujetos afirmaron ser consumidores de alcohol, con una mayor frecuencia entre hombres y médicos respecto a mujeres y estudiantes (44,3% hombres y 27,5% mujeres, 21,4% estudiantes y 50,4% médicos). Entre los consumidores de alcohol, el 3,2% afirma beber de forma esporádica, mientras que el 26,6%

informa consumir alcohol de dos a tres veces por semana, y el 21,3% a diario, mientras que el porcentaje más alto (48,9%) se definieron como bebedores de fin de semana.

Datos más detallados sobre consumo de tabaco se muestran en la tabla 3, encontrando que más de la mitad de los fumadores (51,6%) informa consumir entre 11 y 20 cigarrillos/día, mientras que el 37,1% informa fumar hasta 10 cigarrillos diarios, y el 11,3% más de 20 cigarrillos al día. Por sexos, el patrón menos saludable de consumo lo muestran los hombres puesto que su tasa promedio como grupo es de 17,7 cigarrillos/día frente a 12 en el caso de las mujeres, con el 32,3% de ellos consumiendo entre 11-20 cigarrillos/día y el 11,3% más de 20, mientras que ninguna mujer consume más de 20 cigarrillos/día, y sólo el 19,4% supera los 10 cigarrillos al día. Las diferencias entre estudiantes y médicos son todavía más acusadas, puesto que la tasa de consumo de los médicos casi dobla la de los estudiantes (17,2 frente a 9,5 cigarrillos /día).

Tabla 3. Tasa de consumo de tabaco.

Características	Muestra	Hombres	Mujeres	Estudiantes	Médicos
Cigarrillos/día (media \pm SD)	15,3 \pm 7,5	17,75 \pm 7,5	12 \pm 6,2	9,5 \pm 7,5	17,2 \pm 6,5
Hasta 10 cigarrillos/día	37,1%	14,5%	22,6%	17,7%	19,4%
11-20 cigarrillos/día	51,6%	32,3%	19,4%	4,8%	46,8%
Más de 20 cigarrillos/día	11,3%	11,3%	0%	1,6%	9,7%

Sin embargo, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en esta variable (fumadores versus no fumadores) según el sexo (chi-cuadrado= 0,032; $p=0,859$) cuando se contempla toda la muestra, y tampoco se encontraron diferencias significativas en la variable edad entre fumadores (edad media de 34,23) y no fumadores (edad media de 33,77) (prueba $t= -0,233$; $p=0,816$). Ahora bien, si se considera sólo al grupo de fumadores aparecen diferencias estadísticamente significativas en la tasa de consumo entre hombres y mujeres (prueba $t= 3,194$; $p<0,01$). Además, se detecta una correlación significativa para el grupo de fumadores entre la variable edad y el número de cigarrillos consumidos diariamente (coeficiente de correlación de Pearson $r=0,483$; $p<0,01$), lo que indica que, a mayor edad, mayor es el consumo de tabaco.

Por lo que respecta a la variable dicotómica médicos-estudiantes, no se encontraron diferencias en relación con ser fumador o no (chi-cuadrado= 2,763; $p=0,096$) si se contempla toda la muestra. Sin embargo, sí se detectaron en la variable número de cigarrillos fumados para las muestras de estudiantes y médicos fumadores (prueba $t= -3,857$; $p<0,01$).

También se analizó la posible relación entre sexo y dicotomía bebedores-abstemios, sin encontrar diferencias estadísticamente significativas (chi-cuadrado= 2,665; $p=0,103$). De igual forma, tampoco aparecieron diferencias significativas atendiendo a la edad entre bebedores y no bebedores (prueba $t= 1,361$; $p=0,176$), ni se detectaron diferencias entre la condición de médico o estudiante y la dicotomía bebedores-abstemios (chi-cuadrado= 0,636; $p=0,425$). No obstante, sí se encuentra una correlación positiva y estadísticamente significativa entre edad y frecuencia en consumo de alcohol ($r=0,494$; $p<0,01$), en el sentido de que los sujetos de mayor edad consumen mayores cantidades de alcohol.

En cuanto a las interacciones entre consumo de tabaco y de alcohol, no se encontraron relaciones significativas entre las variables categóricas bebedores-abstemios y fumadores-no fumadores ($\chi^2= 1,251$; $p= 0,263$). Sin embargo, sí se detectó una relación positiva y estadísticamente significativa entre número de cigarrillos consumidos diariamente y frecuencia en el consumo de alcohol ($r= 0,495$; $p< 0,01$), en el sentido de que un mayor número de cigarrillos consumidos se relaciona con un mayor consumo de alcohol.

Con respecto a los resultados sobre las creencias y conocimientos acerca de los hábitos de salud, en primer lugar se evaluó la creencia sobre el número diario de cigarrillos a partir del cual el consumo de tabaco debería considerarse perjudicial para la salud, resultados que se ofrecen en la tabla 4. Como puede apreciarse, los resultados indican que las mujeres, como grupo, tienden a estimar perjudicial para la salud un número significativamente menor de cigarrillos que los hombres (4,6 frente a 6 cigarrillos/día; prueba $t= 2,351$; $p< 0,05$). Algo similar ocurre con los no fumadores y los fumadores (4,8 frente a 6 cigarrillos/día), si bien no se alcanza significatividad estadística (prueba $t= 1,955$; $p= 0,053$). El contraste entre los resultados ofrecidos por los

Tabla 4. Creencias sobre el consumo de tabaco (en cuanto a número de cigarrillos perjudiciales para la salud).

Cigarrillos considerados perjudiciales	Total muestra	Hombres	Mujeres	Estudiantes	Médicos	Fumadores	No fumadores
Desde 1	21,8%	8,8%	12,9%	4,1%	17,7%	8,4%	13,4%
Desde 5	57,1%	36,1%	21%	22,4%	34,7%	25,2%	31,9%
Desde 10	18,4%	12,9%	5,4%	0,7%	17,7%	12,2%	6,2%
Desde 15	2,0%	1,4%	0,7%	0%	2,0%	0,8%	1,2%
Desde 20	0,7%	0,7%	0%	0,7%	0%	0,7%	0%

Tabla 5. Conocimiento sobre los daños para la salud derivados del consumo de tabaco o alcohol.

Daños para la salud	Relación con tabaco	Relación con alcohol
Cáncer de piel	7,5%	0%
Hipertensión	65,3%	45,9%
Cáncer de pulmón	100%	2,7%
Cirrosis	3,4%	99,3%
Hipercolesterolemia	8,8%	28,8%
Cáncer de colon	21,1%	13,7%
Infarto de miocardio	93,2%	34,2%
Obesidad	4,8%	45,2%
Trombosis	70,7%	19,2%
Diabetes	8,2%	27,4%
Enfermedad coronaria	89,8%	32,2%
Caries o problemas dentales	55,8%	15,7%

subgrupos de médicos y estudiantes, no mostró diferencias entre ambos (prueba $t=1,088$; $p=0,280$); sin embargo, considerando sólo los fumadores, sí se encontró significación estadística (prueba $t=9,062$; $p<0,01$) entre el número de cigarrillos consumidos (media 15,3) y el número de cigarrillos que consideran perjudiciales (media 6).

Otra forma de evaluar las creencias y conocimientos respecto a los posibles daños para la salud derivados de los comportamientos de riesgo estudiados, implicó solicitar a los participantes que relacionaran los comportamientos con determinadas alteraciones de salud (en concreto, cáncer de piel, hipertensión, cáncer de pulmón, cirrosis, hipercolesterolemia, cáncer de colon, infarto de miocardio, obesidad, trombosis, diabetes, enfermedad coronaria y caries o problemas dentales). Los resultados se recogen en la tabla 5, en la que puede apreciarse cómo el consumo de tabaco es considerado, por casi el total de los sujetos, como un comportamiento de riesgo que se relaciona, principalmente, con cáncer de pulmón (100%), infarto de miocardio (93,2%), enfermedad coronaria (89,8%), trombosis (70,7%), hipertensión (65,3%) y caries o problemas dentales (55,8%). El consumo de alcohol, sin embargo, es considerado un comportamiento de riesgo menos peligroso para la salud a tenor de los resultados encontrados, ya que sólo en el caso de la cirrosis se encuentra casi unanimidad en establecer la relación (99,3%), mientras que las relaciones que se informan entre consumo de alcohol e hipertensión (45,9%), obesidad (45,2%), infarto de miocardio (34,2%), y enfermedad coronaria (32,2%) son menores.

DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio sugieren varias cuestiones. En primer lugar, de los datos sobre prevalencia en el consumo de tabaco parece desprenderse la idea de que los médicos encuestados se sitúan en un nivel de consumo que no difiere apreciablemente del de la población general. Sin embargo, el número de estudiantes fumadores en la muestra examinada (11,4%) es significativamente menor que el encontrado en investigaciones similares. Por ejemplo, en el estudio realizado en Italia por Melani et al. (2000) se encontró una prevalencia de fumadores entre estudiantes de Medicina de un 30%. Por contra, los datos para la submuestra de médicos arrojan resultados claramente superiores a los encontrados en los estudios realizados en diversos países y referenciados anteriormente; más aún si tenemos en cuenta el elevado porcentaje de no fumadores que informan ser exfumadores (20,4%).

Por lo que respecta al consumo de alcohol, destaca el alto número de sujetos (71,7%) que declaran beber alcohol con regularidad, cifras equivalentes a las presentadas en otros estudios similares (Laporte, Cami, Gutiérrez y Laporte, 1977; Lipp y Benson, 1972). También resulta destacable que la muestra estudiada no se diferencie de la población general, especialmente de jóvenes, en cuanto a que la mayor frecuencia de consumo la realizan los fines de semana (48,9%).

En cuanto a las relaciones del consumo de tabaco con otras variables, hay que señalar en primer lugar el hecho de que no existan diferencias entre hombres y mujeres respecto al hecho de ser o no fumador, resultado que confirma la tendencia de la

población femenina a igualarse en este hábito con la masculina. No obstante, los médicos varones presentan un consumo de tabaco significativamente mayor que sus colegas de sexo femenino, circunstancia ésta que también se observa en la población general (Kumra V, Markoff, 2000).

Así mismo, es de destacar que, a tenor de los datos expuestos, no parece haber una remisión apreciable del hábito tabáquico según la edad, en el sentido que los más jóvenes muestren menores tasas de prevalencia al haber crecido en un ambiente que reconoce y señala el consumo de tabaco como un factor de riesgo. Sin embargo, no se han encontrado diferencias entre la edad y el hecho de ser o no fumador, si bien es cierto que, atendiendo sólo al grupo de fumadores, existe cierta tendencia a fumar más con la edad, aunque esta relación resultaría explicable por la cronificación del hábito.

No parecen existir contrastes en la muestra estudiada atendiendo al hecho de ser médico en ejercicio o aún estudiante, respecto al hábito de fumar. Sin embargo, también se debe advertir que, si consideramos sólo la submuestra de fumadores, los estudiantes presentan una tasa de consumo diario significativamente menor que la de los médicos. Este dato, no obstante, debe ser interpretado con cautela, pues esta diferencia puede deberse con mayor probabilidad a la edad, más elevada entre los médicos, que a la diferenciación médico-estudiante, de modo que no encontraríamos diferencias cualitativas pero sí cuantitativas entre fumar y ser médico en ejercicio o estudiante de Medicina.

En cuanto a las relaciones entre consumo de alcohol y otras variables tales como el género, la edad o el hecho de ser médico o estudiante, no parece haber diferencias entre bebedores y abstemios en función de estas características. Sin embargo, como sucedía con la tasa de consumo de tabaco, existe aquí también una correlación significativa entre la edad y la frecuencia de consumo de alcohol, si se atiende sólo al grupo de sujetos que beben.

Es de sobra conocido el efecto sinérgico perjudicial para la salud que tienen el consumo conjunto de alcohol y de tabaco (Freixa, 1990), no obstante lo cual, en la muestra evaluada se encontró una correlación estadísticamente muy significativa entre número de cigarrillos fumados diariamente y frecuencia en el consumo de alcohol, en una proporción equivalente a la hallada en la población general.

Otros datos interesantes del estudio hacen relación al análisis de las creencias de los sujetos encuestados. En primer lugar, las mujeres de la muestra estiman como perjudicial una tasa de consumo de cigarrillos significativamente menor que los varones, lo que estaría en consonancia con el hecho de que, como ya se ha señalado, tienden a fumar menos que sus compañeros. También es destacable el hecho de que, si bien por muy poco, no existan diferencias al respecto entre fumadores y no fumadores. Este dato se puede interpretar en el sentido de que ambos grupos estiman peligroso el consumo de tabaco en forma similar, por lo que el hecho de fumar o no dependería de otras variables y no de su grado de información al respecto.

Lo anterior se confirma si consideramos que la relación estadística que más significatividad alcanza de todas las analizadas es la relación entre promedio de cigarrillos consumidos diariamente y número de cigarrillos que los fumadores consideran perjudiciales, ya que la mayoría de los fumadores estiman como peligrosa una tasa de

consumo (promedio 6) muchísimo menor que la que realmente presentan (promedio 15,3), lo que viene a señalar que la práctica totalidad de fumadores muestra incoherencia entre sus creencias y su comportamiento a este respecto. Ello confirma, en una muestra de médicos y estudiantes de Medicina, los resultados aportados por numerosos estudios que señalan cómo unas determinadas creencias o un nivel de conocimientos adecuado en salud no garantizan la presencia de un adecuado repertorio en cuanto a hábitos de salud o la ausencia de comportamientos de riesgo (Gil Roales-Nieto, López y Moreno San Pedro, 2001a, b; Guerin, 1994; Guerin y Foster, 1994; Lloyd, 1994; Lau, 1988; Weinstein y Nicolich, 1993; Catania, 1995; Visdómine y Luciano, 2002; Wells, Lewis, Leake, Ware, 1984)

En la misma línea de lo anterior está el hecho de que la totalidad de los encuestados identifican la relación entre tabaquismo y cáncer de pulmón, y que el 93,2% lo relaciona también con infarto de miocardio y el 89,8% con la enfermedad coronaria. Esto es, los sujetos encuestados presentan un adecuado nivel de conocimientos sobre la naturaleza del hábito de fumar como un importantísimo factor de riesgo y, sin embargo, ello no predice ni garantiza un menor consumo. Algo similar sucede para el caso del alcohol, al cual se atribuye una muy clara relación con la cirrosis (el 99,3% de los encuestados), aunque esto ni controla ni covaría con el consumo propio.

No obstante, los datos expuestos deben ser valorados a la luz de las limitaciones del presente estudio, una de las cuales se halla en la metodología empleada, en tanto se basa en las informaciones aportadas, de forma retrospectiva, por la muestra estudiada.

En definitiva, los hábitos de salud de la población médica no parecen diferir notablemente de los de la población general, al menos, en lo que se refiere al consumo de tabaco y de alcohol. Si, como se ha señalado reiteradamente, los médicos en particular, y los profesionales sanitarios en general, juegan un papel determinante como modelos de -y en el consejo para- la salud de la población general, sería conveniente, en primer lugar, llevar a cabo nuevos estudios más amplios y mejor controlados que confirmasen y precisasen los datos hasta ahora disponibles. En segundo lugar, y en caso de confirmarse los resultados aportados por este estudio, sería conveniente diseñar programas específicos orientados a la modificación de los hábitos de salud y los comportamientos de riesgo de la población médica, no sólo por los beneficios sobre su propia salud, sino también por el importantísimo efecto derivado sobre la salud de los pacientes de los que son responsables.

REFERENCIAS

- Allen, MB (1999). Medical students' knowledge of smoking. *Thorax*, 54, 2.
- Aristizábal I y San Martín L (1998). Hábitos de salud de los profesionales de enfermería. *Revista de Enfermería*, 21, 15-18
- Barnoya J y Glantz S (2002) Knowledge and use of tobacco among Guatemalan physicians. *Cancer Causes Control*, 13, 879-81.

- Becker DM, Conner HF, Waranch HR, Swank R, Weida S y Oski F (1989). Banning smoking in a children's hospital: Are employees supportive? *Preventive Medicine*, 18, 72-78.
- Bruguera M, Gurí J, Arteman A y Grau Valldosera J (2001). La atención de los médicos hacia el cuidado de su propia salud. Resultados de una encuesta postal. *Medicina Clínica*, 117, 492-494.
- Buechner JS, Perry DK, Scott HD, Freedman BE, Tierney JT y Waters WJ (1986). Cigarette smoking behavior among Rhode Island physicians, 1963-1983. *American Journal of Public Health*, 76, 285-286.
- Catania AC (1995). Higher-order behavior classes: contingencies, beliefs, and verbal behavior. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 26, 191-200.
- Chada N (1995). Medical students should be educated about their exemplary role. *British Medical Journal*, 311, 945.
- Ferry LH, Grissino LM y Runfola PS (1999). Tobacco dependence curricula in US undergraduate medical education. *Journal of the American Medical Association*, 282, 825-829.
- Flores Finizola A, Granero R, Linfa Homes G y Benítez E (2000). Gender influence and major determinants of tobacco addiction among health science students in Lara State, Venezuela. *CVD Prevention*, 3, 59-63.
- Freixa F (1990). Bebidas alcohólicas, tabaco y cáncer. *Adicciones*, 2, 129-141.
- Gil Roales-Nieto J, López F y Moreno San Pedro E (2001a). Características del consumo de tabaco: un estudio transversal. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 1, 79-91.
- Gil Roales-Nieto J, López F y Moreno San Pedro E (2001b). Concepto, creencias y comportamientos de salud en preadolescentes. *Análisis y Modificación de Conducta*, 27, 875-903.
- Grossman DW, Nash C y Jiménez JG (1999). Smoking: attitudes of Costa Rican physicians and opportunities for intervention. *Bulletin of the World Health Organization*, 77, 315-322.
- Guerin B (1994). Attitudes and beliefs as verbal behavior. *The Behavior Analyst*, 17, 155-163.
- Guerin B y Foster TM (1994). Attitudes, beliefs, and behavior: saying you like, saying you believe, and doing. *The Behavior Analyst*, 1, 127-129.
- Herity BA, Horgan JM, Bourke GJ y Wilson Davis K (1977). Tobacco, alcohol and other drug use among medical students. *Irish Medical Journal*, 70, 532-539.
- Kocabas A, Burgut R, Bozdemir N, Akkoclu A, Çıldag O, Dagli, E *et al.* (1994). Smoking patterns at different medical schools in Turkey. *Tobacco Control*, 3, 228-235.
- Kottke TE, Battista RN, DeFries GH y Brekke ML (1988). Attributes of successful smoking cessation interventions in medical practice. *Journal of the American Medical Association*, 259, 2883-2889.
- Kumra V y Markoff BA (2000). Who's smoking now? The epidemiology of tobacco use in the United States and abroad. *Clinics in Chest Medicine*, 21, 1-9.
- Laporte JR, Cami J, Gutiérrez R y Laporte J (1977). Caffeine, tobacco, alcohol and drug consumption among medical students in Barcelona. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 11, 449-453.
- Lau RR (1988). Beliefs about control and health behavior. En DS Gochman (Ed.), *Health Behavior: Emerging Research Perspectives* (pp. 43-63). New York: Plenum Publishing Corporation.
- Lipp MR y Benson SG (1972). Physician use of marijuana, alcohol, and tobacco. *American Journal of Psychiatry*, 129, 612-616.
- Longo DR, Brownson RC, Johnson JC, Hewett JE, Kruse RL, Novotny TE *et al.* (1996). Hospital

smoking bans and employee smoking behavior: Results of a national survey. *Journal of the American Medical Association*, 275, 1252-1257.

- Lloyd KE (1994). Do as I say, not as I do. *The Behavior Analyst*, 1, 131-139.
- Martínez PJ, Knapp J y Kottke TE (1993). Beliefs and attitudes of Minnesota pharmacists regarding tobacco sales and smoking cessation counselling. *Tobacco Control*, 2, 306-310.
- McIlvain HE, Backer EL, Crabtree BF y Lacy N (2002). Physician attitudes and the use of office-based activities for tobacco control. *Family Medicine*, 34, 114-119.
- Melani AS, Verponziani W, Boccoli E, Trianni GL, Federici A, Amerini R *et al.* (2000). Tobacco smoking habits, attitudes and beliefs among nurse and medical students in Tuscany. *European Journal of Epidemiology*, 16, 607-611.
- Moreno San Pedro E, Gil Roales-Nieto J y Blanco Coronado JL (2006). Tobacco use among Spanish physicians and medical students. *Tobacco Control*, *in press*.
- Nagle A, Schofield M y Redman S (1999). Australian nurses' smoking behaviour, knowledge and attitude towards providing smoking cessation care to their patients. *Health Promotion International*, 14, 133-144.
- Nelson DE, Giovino GA, Emont SL *et al.* (1994). Trends in cigarette smoking among US physicians and nurses. *Journal of the American Medical Association*, 271, 1273-1275.
- Ohida T, Osaki Y, Kobayashi Y, Sekiyama M y Minowa M (1999). Smoking prevalence of female nurses in the national hospitals of Japan. *Tobacco Control*, 8, 192-195.
- Ohida T, Sakurai H, Mochizuki Y, Kamal AM, Takemura S, Minowa M *et al.* (2001). Smoking prevalence and attitudes toward smoking among Japanese physicians. *Journal of the American Medical Association*, 285, 2643-2648.
- Richmond RL (1999). Teaching medical students about tobacco. *Thorax*, 54, 70-78.
- Richmond RL (1996). *Educating medical students about tobacco: Planning and implementation*. París: International Union against Tuberculosis and Lung Disease.
- Richmond RL, Debono DS, Larcos D y Kehoe L (1998). Worldwide survey of education on tobacco in medical schools. *Tobacco Control*, 7, 247-252.
- Richmond RL y Kehoe L (1997). Smoking behaviour and attitudes among Australian medical students. *Medical Education*, 31, 169-176.
- Rigotti NA (2002). Treatment of tobacco use and dependence. *New England Journal of Medicine*, 346, 506-512.
- Rosselli D, Rey O, Calderón C y Rodríguez MN (2001). Smoking in Colombian medical schools: the hidden curriculum. *Preventive Medicine*, 33, 170-174.
- Sakhuja R y Barnoya J (2001). Perceptions and prevalence of smoking among people in the highlands of Guatemala. *Cancer Causes and Control*, 12, 479-481.
- Sansores RH, Ramírez Venegas A, Villalba Caloca J, Herrera Kiengelher L y Soriano Rodríguez A (2000). Smoking among Mexican physicians. A comparative analysis with smokers who are not physicians. *Revista de Investigación Clínica*, 52, 161-167.
- Sestini P (1999). Medical students' knowledge of tobacco. *Thorax*, 54, 562.
- Tessier JF, Fréour P, Nejjarí C, Belougne D y Crofton JW (1993). Smoking behaviour, and attitudes of medical students towards smoking and antismoking campaigns in Australia, Japan, USA and the former USSR (Russia and Estonia). *Tobacco Control*, 2, 24-29.
- Visdómine Lozano JC y Luciano Soriano MC (2002). Formación de locus de control por transferencia de funciones. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 2, 57-73.

- Weinstein ND y Nicolich M (1993). Correct and incorrect interpretations of correlations between risk perceptions and risk behaviors. *Health Psychology, 12*, 235-245.
- Wells KB, Lewis CE, Leake B y Ware JE, Jr. (1984). Do physicians preach what they practice? A study of physicians' health habits and counseling practices. *Journal of the American Medical Association, 252*, 2846-2848.
- Wells KB, Ware JE y Lewis CE (1984). Physicians' practices in counseling patients about health habits. *Medical Care, 22*, 240-246.

Recibido, 14 febrero 2005

Aceptado, 16 enero 2006