

Estudiantes de medicina que fuman ¿qué hace la escuela por ellos y su ambiente social?

Juan Manuel Muñoz Cano*

Rubén Pérez López**

Karla Gabriela Trejo Cerino**

UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO

ARTICULO ORIGINAL

Fecha de recibido:

29 de junio de 2010.

Fecha de aceptación:

02 de agosto de 2010.

DIRECCIÓN PARA RECIBIR CORRESPONDENCIA

Centro de Investigación en Ciencias de la Salud, Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, Avenida Gregorio Méndez 2838-A, CP 86150. +52 (993) 3140698. juan.munoz@dacs.ujat.mx

*Profesor-Investigador de la División Académicas de Ciencias de la Salud, Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.

**Estudiantes de medicina en la División Académicas de Ciencias de la Salud, Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.

Salud Pública
Juan Manuel Muñoz Cano¹
Rubén Pérez López²
Karla Gabriela Trejo Cerino²
HORIZONTE SANITARIO

RESUMEN

Objetivo • Evaluar las aptitudes y conductas de estudiantes de medicina para afrontar el hábito del consumo de tabaco, tanto en sus situaciones personales como en la posibilidad de ayudar a sus pacientes.

Material y método • Se aplicó una encuesta acerca de tabaquismo con estudiantes de medicina. Se realizó durante el curso del semestre enero a junio del 2009. Se empleó el cuestionario de la Encuesta Mundial sobre Tabaquismo en Jóvenes, desarrollada por la Organización Panamericana de la Salud. Resultados. La prevalencia de tabaquismo fue de 40%, con inicio desde los 10 años de edad. A los 16 ya habían consumido tabaco y alcohol por primera vez. Sólo 11% de los estudiantes no había probado ninguna droga, lícita o ilícita. Se encontró permisividad familiar pues hubo prevalencia en ambos padres en 13%. Se encontró que algunos maestros fuman en el campus, sitio donde los estudiantes también fuman como sitio de mayor frecuencia, seguido de las fiestas. No hubo mención de estrategias de mercadotecnia social para inducirlos a dejar de fumar, o para formar sus capacidades para ayudar a sus pacientes en este propósito.

Conclusiones • Es necesario modificar la estructura educativa para formar las capacidades necesarias para afrontar el problema del tabaquismo, las Universidades deben contribuir en la promoción social de la salud.

Palabras clave • Prevención de enfermedades crónicas no transmisibles; promoción de la salud; mercadotecnia social; factores de riesgo de enfermedades crónicas.

ABSTRACT

Objective • Assess the abilities and behaviors of medical students to deal with the habit of snuff consumption, both in their personal situations as possible to help their patients.

Material and methods • A survey was about smoking in medical students. The study was made during the course of the semester January to June 2009. It was used the questionnaire from the Global Youth Tobacco developed by the Pan American Health Organization.

Results • Smoking prevalence was 40%, beginning from 10 years of age. At 16 years old, they had used snuff and alcohol for the first time. Only 11% of the students had not tried any drugs, legal or illegal. Relative permissivity was found because snuff was found in both parents in 13%. It was found that some teachers smoking on campus, a place where students also smoke as the most frequent site, followed by the holidays. There was no mention of social marketing strategies from the medicine school to induce them to quit, or to build their capacities to help their patients in this purpose.

Conclusions • It is necessary to modify the educational structure to form the capabilities needed to address the problem of smoking. Universities must contribute to the social promotion of health.

Key words • Prevention of chronic noncommunicable diseases; health promotion; mercadotecnia social; risk factors for chronic diseases.

INTRODUCCIÓN

El panorama epidemiológico en México ha transitado, desde uno donde dominaban las enfermedades infecciosas, a uno matizado con las crónicas no transmisibles. Bases para la disminución de la mortalidad por enfermedades infecciosas son las campañas de vacunación, la prestación de servicios públicos y mejores tratamientos contra procesos que, como la neumonía y la diarrea infecciosa, aún tienen gran prevalencia.

Con el incremento de la expectativa de vida, las enfermedades que tienen un proceso largo de evolución subclínica han aumentado, por lo que es importante evaluar su etiología y patogenia con el propósito de disminuir su impacto mediante estrategias de prevención y detección temprana. Aunque en algunos casos no se ha determinado de manera transparente cómo interactúan los factores ambientales con los genéticos, se ha logrado, aunque no incluye todos los casos de las mismas, hacer correlaciones con las conductas fomentadas desde la publicidad y los medios, lo cual reproduce un “patrón de consumo globalizado” [1]. El estilo de vida resultante produce daños a la salud, como son el caso de la hipertensión y el consumo elevado de sodio, el sobrepeso y la obesidad y la diabetes mellitus de tipo 2, la hipercolesterolemia y la aterosclerosis, así como el tabaquismo, enfisema pulmonar y diferentes tipos de cáncer, de los cuales el de mayor asociación es el broncogénico. Este panorama tiene como resultado que el 80% de las muertes por enfermedades crónicas no transmisibles, pero prevenibles, ocurren en los países en desarrollo. Eso lleva a estimar que 388 millones de personas morirán por estas causas en los próximos diez años [2], lo cual se torna crítico pues estos decesos irán precedidos de una

altísima carga de discapacidad y sufrimiento [3]. Tales costos ponen en peligro la seguridad nacional (entendida como acceso a servicios de educación, salud, el abasto de alimentos y productos tecnológicos), pues sólo a causa de la atención a los daños a la salud por el tabaquismo se gastan en México \$75 mil millones de pesos al año [4].

Aunque el tabaquismo y su asociación con varias enfermedades crónicas productoras de muerte prematura e invalidez se demostró desde hace varios decenios —es causa de 25 enfermedades mortales y discapacitantes [5]— las compañías tabacaleras han opuesto resistencia a que la gente deje de fumar y mantienen campañas agresivas de promoción del fumar que se complementan con demandas contra los países que obstaculizan la venta del tabaco [6, 7]. Esta adicción, junto con la dieta inadecuada y la inactividad física, factores que se refuerzan mutuamente [8], son responsables del 60% de las muertes del mundo [3]. Por ello, en algunos países se ha logrado disminuir los impactos mercadotécnicos que lo promueven, lo cual no sucedió en México tras la prohibición de la publicidad en radio y televisión [9, 10]. La industria del tabaco comprendió que no hay merma al consumo mientras la distribución y accesibilidad a los productos se mantenga, no haya acciones relevantes de mercadotecnia social que desencanten el tabaquismo, o las mismas puedan ser soslayadas [11].

Los gobiernos de América Latina tienen decenios implementando acciones para disminuir la prevalencia del tabaquismo con resultados inconsistentes, tanto en la comparación de países como en áreas dentro de ellos. Blanco [12] menciona la disminución de la prevalencia en

Uruguay de 32 a 25% en cinco años, que se acompañó de una disminución del ingreso del infarto agudo de miocardio al 17.2%. Los incrementos en los impuestos al tabaco en Uruguay no se acompañaron de disminución sostenida de la prevalencia, debido al aumento en los ingresos de las familias que se pudieron derivar a pagar el gasto en tabaco [13]. Por el contrario, en México se observó la disminución más constante del consumo en la medida en que se han aumentado los impuestos al tabaco, pues en este país hay un deterioro paralelo al salario.

Posteriormente a entrada en vigor de las leyes que restringen el consumo de tabaco en público, en la Ciudad de México se observaron disminuciones de fumadores en bares y restaurantes mayores a los que hubo en otras ciudades como Guadalajara o Monterrey [14], aunque esto no se acompañó de aire libre de humo de tabaco en edificios públicos de la misma ciudad [14, 15]. Acciones como la prohibición para que se fume en instalaciones de salud, lugares cerrados, lugares públicos aunque sean cerrados, y el aumento en los impuestos al tabaco, aunque han tenido efectos en disminuir la prevalencia, no han sido suficientes pues parten de procesos restrictivos, no educativos. De este modo, las adicciones, sea con drogas lícitas o ilícitas, continúan con niveles altos de prevalencia.

El profesional de la medicina toma un papel relevante tanto en la prevención del hábito de fumar por los niños y los adolescentes, como en la motivación para que sus pacientes abandonen el tabaquismo. A pesar de esto, se ha observado reiteradamente que ni el personal de salud, ni los estudiantes de estas disciplinas, tienen las capacidades necesarias para acompañar a los pacientes con el fin de fomentar conductas del

estilo de vida saludable o el desarrollo de estrategias de prevención y apego a dejar de fumar [16, 17, 18, 19]. De esta manera, es poco lo que pueden hacer para modificar el ambiente de consumo y contribuir a la creación de un contexto social más saludable [20]. El personal de salud, especialmente los médicos, deben ser un ejemplo para los pacientes. Deben tener las capacidades necesarias para proponerles estrategias y mecanismos para dejar de fumar, más allá de acciones meramente prescriptivas, y aplique la regla de las 5 Aes (Averigüe, Aconseje, Analice, Apoye y Arregle) [21]. Los médicos también deben poder guiar la formación de nuevos papeles necesarios de la sociedad civil en el control de las adicciones [22], pues son parte de un comercio cuya prohibición es contraproducente. En este sentido, se realizó este trabajo, para evaluar las aptitudes y conductas de estudiantes de medicina para afrontar el hábito del consumo de tabaco, tanto en sus situaciones personales como en la posibilidad de ayudar a sus pacientes.

Material y método

Se realizó una investigación transversal, analítica, en una muestra de estudiantes de medicina de la División Académica de Ciencias de la Salud (DACS) de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco en el curso semestral de enero a junio del 2009, como parte de las actividades del curso Proyecto de investigación. Esta es una institución situada en el sureste de México, y en el *campus* se atiende a estudiantes de medicina, enfermería, nutrición, odontología y psicología.

Instrumento de recolección de datos. Se empleó el cuestionario de la Encuesta Mundial sobre Tabaquismo en Jóvenes, desarrollada por la Organización Panamericana de la Salud [23] y

aplicada en México en 2003 [24]. Esta encuesta explora varios aspectos: a) consumo de tabaco, b) conocimientos y actitudes ante el tabaco, c) exposición al humo de los fumadores, d) actitud de dejar de fumar, e) conocimientos de los mensajes de los medios de comunicación y publicidad acerca del fumar, f) lo aprendido en la escuela acerca del tabaco, g) la opinión acerca de las compañías tabacaleras.

Estudiantes participantes. A diferencia de las recomendaciones de la OPS para la aplicación de la encuesta, dirigida a una clase antes que una muestra aleatoria, se decidió realizar la segunda ya que la investigación se realizó durante el ciclo escolar y no se paralizarían clases a causa de la misma, pues se les podría contactar de manera individual. Con base en el número de estudiantes inscritos, se seleccionó la muestra aleatoria con reemplazo, de 166 estudiantes. La muestra se ajustó para que hubiera equivalencias entre mujeres y hombres al efectuar los reemplazos de los estudiantes que se rehusaran a participar.

Consideraciones éticas. La aplicación de los cuestionarios fue voluntaria y anónima por lo que no se puso en riesgo la confidencialidad de quienes accedieron a ser entrevistados.

Resultados

La investigación mostró que los estudiantes veían a algunos profesores de la DACS fumando en los pasillos de las instalaciones del campus. Podían comprar cigarrillos sueltos con quienes venden golosinas, y en las cafeterías escolares. En la DACS no había letreros restrictivos, aunque se difundió la ley que prohibía fumar en el interior de las aulas. Esto se hizo mediante la colocación de copias en las paredes del oficio de la Secretaría

de Salud, aunque pronto desaparecieron pues fueron destruidas paulatinamente.

Consumo de tabaco. La primera droga que los estudiantes consumieron fueron el alcohol (49%) y el tabaco (40%). Sólo 11% dijo no haber probado ninguna droga lícita o ilícita. De la muestra, 16% había probado el tabaco a los 10 años, y a los 16 años el 40% ya lo había consumido por primera vez. La prevalencia de estudiantes que fumaban, o lo habían hecho, fue del 60%, 30 de mujeres y 30 de hombres. De estos, 23% había dejado de fumar y 37% eran consumidores activos. Mencionaron que se iniciaron en el tabaquismo predominantemente por curiosidad, ser parte de un grupo de amigos (46%) o porque pensaron que ya tenían edad para hacerlo (9%). Aunque mencionan que las fiestas son detonante para fumar (23%), 22% pueden hacerlo y lo hacen en las instalaciones de la DACS como lugar habitual de mayor frecuencia.

Conocimientos y actitudes ante el tabaco. Se encontró alta prevalencia de tabaquismo en los padres, 13% fumaban ambos, 30% el padre, y 15% la madre. La mayoría respondió que definitivamente el tabaco es dañino para la salud (87%), y probablemente sí lo es (12%). De la muestra, 69% mencionó las enfermedades consecuencia del tabaquismo, pero 20% dijo no saber y 11% se mostró inseguro acerca de si producía daños a la salud o no; consiguientemente, 7% no consideraban como droga al tabaco y 4% dijo no saber.

Exposición al humo. La mayoría de los estudiantes mencionaron que estarían dispuestos a que se prohibiera fumar en las instalaciones de la DACS (72%), esto incluye al 40% que no fuma, por lo que 32% de los fumadores no está

dispuesto a dejar de fumar en la escuela, el resto (6%) no tiene una posición definida.

Dejar de fumar. Todos los estudiantes mencionaron saber que es causa de enfermedades graves e incapacitantes pero que en la DACS no hay una estrategia para disminuir la prevalencia, dirigida a ellos, o a través de ellos hacia la población.

Enseñanza acerca del tabaco. Todos los estudiantes mencionaron que en la DACS no habían visto mensajes contra el tabaquismo ni se les había invitado a talleres o conferencias para formar sus capacidades para dejar de fumar o apoyar a sus pacientes.

Discusión

De acuerdo a la OMS, desde 1995 se considera al tabaquismo como una enfermedad crónica y se le maneja con el código F-17. Es la primera causa evitable de muerte, además de que se asocia con otras enfermedades crónicas, tanto transmisibles (tuberculosis) como no transmisibles (enfisema, cáncer de pulmón, cáncer de cuello uterino). Ya que se sabe que el 60% de la carga de morbilidad es evitable, la formación para la prevención debería ser parte relevante en el proceso de la construcción de la competencia del médico en las universidades.

Si bien 69% de los estudiantes refirieron tener conocimiento acerca de los daños producidos por el tabaquismo, 31% no tienen un concepto construido. La falta de un programa escolar consistente es parte de la permisividad para la persistencia del tabaquismo, es semejante a la de otras escuelas de medicina del continente [17]. En este caso, el que los docentes y los estudiantes

puedan fumar dentro de las instalaciones de la universidad afecta uno de los principales derechos humanos, el derecho a respirar aire libre de tabaco y a la salud [25]. También documenta la invisibilidad de los resultados de la Encuesta Nacional de Tabaquismo en Jóvenes, donde se explicita la responsabilidad de maestros y maestras de acuerdo al cuestionario dirigido al personal de las escuelas [24], al menos para estos docentes de ciencias de la salud. Esto sustenta la urgencia de transitar hacia convertir a las escuelas de todos los niveles, en espacios libres de humo de tabaco, como parte de un proceso educativo [16, 21], mucho más allá de la memorización de conceptos, tampoco como acción o política pública restrictiva, sino enfocada al fomento del estilo de vida saludable, como es el caso de la campaña de mercadotecnia social *Hablemos hoy de tabaquismo*, del Consejo Mexicano Contra el Tabaquismo [26], a la que las universidades deben ser adherentes.

La permisividad, por otra parte, refleja el impacto de las estrategias del mercado al interior de las familias, pues 16% de estos estudiantes había consumido tabaco a los 10 años, y 40% antes de los 16, esto hace que también hayan tenido un contacto temprano con el alcohol, ya que para 49 % fue su primera droga lícita. Aunque este no es un papel de la escuela de medicina, si lo es el propiciar campañas y difundir entra la población un proceso de mediación para invitar a que los niños y los adolescentes puedan tener mejores opciones para su tiempo libre.

Tal como se observa en los resultados de esta encuesta, con 60% de estudiantes con antecedentes de tabaquismo, las escuelas del área de la salud, pero principalmente las de medicina, no se han caracterizado por su énfasis

en evitar o dejar el tabaquismo [19, 27, 28, 29, 30] e incluso se ha visto un incremento en el consumo a medida de que transcurre el tiempo en la escuela [17, 18]. Ya que se ha observado que los patrones sociales se reproducen de acuerdo a imaginarios jerárquicos, las maestras y maestros que fuman en la escuela, como en el caso de la DACS, influyen en la persistencia de este hábito [31]. Es importante que los docentes se comprometan a participar activamente en disminuir los impactos del consumo de tabaco, pero además, urgen estrategias de mercadotecnia social para disminuir el impacto del tabaquismo en la salud pública, desde la visión de una costumbre eventualmente molesta, hacia la identificación de una de las adicciones más graves que existen [26].

En este sentido es urgente que las estrategias para afrontar este problema se trabaje en la etapa escolar como parte de las capacidades del estudiante que egresa [16, 32]. Uno de los principales obstáculos para la formación de las capacidades para afrontar problemas de salud en las universidades Latinoamericanas, es el curriculum centrado en asignaturas y la memorización mecánica para el examen. Esto no ha demostrado formar la competencia para poder disminuir la carga de sufrimiento y mortalidad a causa de las enfermedades crónicas, como el tabaquismo. Si acaso, sólo hay mayor número de reactivos correctos en los exámenes escritos [17, 33], y no las mayores capacidades necesarias para que los estudiantes aprendan a afrontar graves problemas de salud, como es el caso del consumo de tabaco [17, 26, 32].

Declaración de conflicto de intereses

Declaramos no tener conflicto de intereses.

REFERENCIAS

1. Torres Torres F. Rasgos perennes de la crisis alimentaria en México. *Estudios Sociales*, 2010;18(36):125-154. URL: <http://www.ciad.mx/desarrollo/revista/PDFS/R ES36.pdf#page=125>
2. Organización Mundial de la Salud. Prevención de las enfermedades crónicas: una inversión vital. URL: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/overview_sp.pdf
3. Colagiuri R. La carga mundial de enfermedades crónicas: ¿qué hacemos al respecto? *Diabetes Voice*, 2008;53:5-8.
4. Instituto Nacional de Salud Pública. México gasta \$75 mil millones para tratar el tabaquismo. URL: <http://www.insp.mx/noticias/salud-poblacional/1420-produce-tabaquismo-enfermedades-mortales-y-discapacitantes.html>
5. Grupo Interinstitucional sobre Estudios en Tabaco. Información relevante para el control del tabaquismo en México (monografía en internet). México: Salud. 2003. URL: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/publicaciones/inf_tabaco.pdf
6. Sebríe EM, Blanco A, Glantz SA. Cigarette labeling policies in Latin America and the Caribbean: progress and obstacles. *Salud Publica Mex*, 2010;52(2):233-243.
7. Stillman FA. Capacity building and human resource development for tobacco control in Latin America. *Salud Publica Mex*, 2010;52(2):340-346.
8. Larson NI, Story M, Perry CL, Neumark-Sztainer D, Hannan PJ. Are diet and physical activity patterns related to cigarette smoking in adolescents? Findings from Project EAT. *Prev Chronic Dis*, 2007;4(3):1-12. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1955390/pdf/PCD43A51.pdf>
9. Sáenz de Miera Juárez B, Iglesias R. Impuestos para el control del tabaquismo: las experiencias de Brasil y México. *Salud Publica Mex*, 2010;52(2):172-185.
10. Valdés Salgado R, Reynales Shigematsu LM, Lazcano Ponce E, Hernández Ávila M. Antes y después del Convenio Marco en México: una comparación desde la Encuesta sobre Tabaquismo en Jóvenes 2003 y 2006. *Salud Publica Mex*, 2007;49(2):155-169. URL: <http://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2007/sals072f.pdf>
11. González JF. Camel, Marlboro y Delicados no incluyen los pictogramas de ley. *Red México sin tabaco*. Entrevista en La Jornada, sección Sociedad. 25 de enero de 2011. URL: <http://www.jornada.unam.mx/2011/01/25/index.php?section=sociedad&article=044n1soc>
12. Blanco E. The tobacco epidemic and its control in Latin America. *Salud Publica Mex*, 2010;52(2):94-95.
13. Ramos Carbajales A, Curti D. Política fiscal, asequibilidad y efectos cruzados de precios en la demanda de productos de tabaco: el caso de Uruguay. *Salud Publica Mex*, 2010;52(2):186-196.
14. Thrasher JF, Swayampakala K, Arillo Santillán E, Sebríe E, Walsemann K, Bottai Matteo. Differential impact of local and federal smoke-free legislation in Mexico: a longitudinal study among adult smokers. *Salud Publica Mex*, 2010;52(2):244-253.
15. Reynales Shigematsu LM, Ortega Ceballos PA, Gimeno D, Barrientos Gutiérrez T. Exposición a humo de tabaco ajeno en lugares públicos de la ciudad de México,

- Guadalajara y Monterrey. *Salud Publica Mex*, 2010;52(2):168-171.
16. Ponciano Rodríguez G. The urgent need to change the current medical approach on tobacco cessation in Latin America. *Salud Publica Mex*, 2010;52(2):366-372.
 17. De Grazia J, Faivovich D, Falcón F, Díaz R, Yentzen G, Kunstmann S. Prevalencia de tabaquismo y actitud de cambio frente al hábito tabáquico en universitarios chilenos: Importancia de la formación médica. *Rev Chil Salud Pública* 2009;13(2):72-81
 18. Muñoz Cano JM, Maldonado Salazar TNJ. Competencias para la promoción del estilo de vida saludable. *Horizonte Sanitario*, 2007;6(3):4-11. URL: http://www.publicaciones.ujat.mx/publicaciones/horizonte_sanitario/ediciones/2007_sep_dic/02%20Competencias%20para%20la%20promocion%20del%20estilo%20de%20vida%20saludable2.pdf
 19. Herrera Abián M, Pérez Santar JL, Suárez Rueda C, Perona Caro J, Paz Martín D. Evaluación de conocimientos y actitudes ante el tabaquismo en estudiantes de medicina. *Prevención del Tabaquismo*, 2002;4(2):76-81. URL: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd37/pt42p76.pdf>
 20. Calleja N. Estrategias efectivas en la prevención del tabaquismo. *Rev Med Hosp Gen Mex* 2010; 73 (2): 129-139. URL: <http://www.medigraphic.com/pdfs/h-gral/hg-2010/hg102i.pdf>
 21. Sansores RH, Pérez Bautista O, Ramírez Venegas A. Guías de atención médica para dejar de fumar. Una propuesta para Latinoamérica. *Salud Publica Mex*, 2010;52(2):355-365.
 22. Champagne BM, Sebríe E, Schoj V. The role of organized civil society in tobacco control in Latin America and the Caribbean. *Salud Publica Mex*, 2010;52(2):330-339.
 23. Organización Panamericana de la Salud. Encuesta Mundial sobre Tabaquismo en la Juventud: estado de su ejecución en América Latina y el Caribe. *Boletín Epidemiológico OPS*, 2001;22(2):12-14. URL: http://www.paho.org/spanish/sha/BE_v22n2.pdf
 24. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Tabaquismo en Jóvenes. Cuernavaca: INSP. 2004. <http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/pie/etj2003.pdf>
 25. Cabrera OA, Madrazo A. Human rights as a tool for tobacco control in Latin America. *Salud Publica Mex*, 2010;52(2):288-297
 26. Zinzer JW. Hablemos hoy del tabaquismo. *Salud Publica Mex*, 2010;52(2):267-269.
 27. Leong SH, Lewis PR, Curry WJ, Gingrich DL. Tobacco world: evaluation of a tobacco cessation training program for third-year medical students. *Acad Med*, 2008;83(10):25-28. URL: http://journals.lww.com/academicmedicine/Fulltext/2008/10001/Tobacco_World_Evaluation_of_a_Tobacco_Cessation.7.aspx
 28. Oviedo G, Morón de Salim A, Santos I, Sequera S, Soufrontt G, Suárez P, Arpaia A. Factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles en estudiantes de la carrera de medicina, Universidad de Caraobo, Venezuela, año 2006. *Nutr Hosp*, 2008;23(3):288-293. <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v23n3/original13.pdf>
 29. Horwitz B, Miranda M, Wolfenson A, Santelices F, Martínez L, Domancic P,

- Romero C, Bustamante M. Prevalencia de hábitos, conductas e intereses de estudiantes de medicina de 5 escuelas del país. Rev Chil Salud Pública, 2007; 11(1): 5-11. URL: <http://www.revistas.uchile.cl/index.php/RCSP/article/viewFile/8297/8047>
30. Mas A, Nerín I, Barrueco M, Cordero J, Guillén D, Jiménez Ruiz C, Sobradillo V. Consumo de tabaco en estudiantes de sexto curso de medicina de España. Arch Bronconeumol, 2004;40(9):403-408. URL: http://www.archbronconeumol.org/watermark/ctl_servlet?f=10&pident_articulo=13065174&pident_usuario=0&pident_revista=6&fichero=6v40n09a13065174pdf001.pdf&ty=90&accion=L&origen=abn&web=www.archbronconeumol.org&lan=es
31. Sharma R, Grover VL, Chaturvedi S. Tobacco use among adolescent students and the influence of role models. Indian J Community Med, 2010;35(2):272-275. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2940184/>
32. Geller AC, Brooks DR, Powers CA, Brooks KR, Rigotti NA, Bognar B, McIntosh S, Zapka J. Tobacco cessation and prevention practice reported by second and fourth year students at US medical schools. Journal General Internal Medicine, 2008;23(7):1071-1076. URL: <http://www.springerlink.com/content/p530452016237133/fulltext.pdf>
33. Muñoz Cano JM. Obstáculos curriculares a la formación de la competencia del médico. En: Muñoz Cano JM, coordinador. Sobrepeso, obesidad y diabetes: diversos enfoques para su estudio. Villahermosa: UJAT. 2011.