

## Consumo de tabaco y uso del consejo médico estructurado como estrategia preventiva del tabaquismo en médicos chilenos

M. VIRGINIA ARAYA A.<sup>1</sup>, FRANCISCO LEAL S.<sup>2,a</sup>,  
PATRICIO HUERTA G.<sup>2,b</sup>, NORA FERNÁNDEZ A.<sup>1,c</sup>,  
GONZALO FERNÁNDEZ O.<sup>2,d</sup>, JUAN P. MILLONES E.<sup>2,d</sup>

### The influence of smoking habits of Chilean physicians on the use of the structured medical advice about smoking

**Background:** Structured medical advice on smoking is the prevention strategy with better cost-effectiveness ratio. **Aim:** To evaluate smoking among health care providers affect the application of this preventive strategy. **Material and Methods:** We surveyed 235 physicians working in public and private hospitals in different cities over the country, about their smoking habits, their views on smoking as cardiovascular risk factor and the implementation of three key points of the structured medical advice about smoking. **Results:** Physicians aged less than 44 years had the lower frequency of smoking and the higher frequency of ex-smokers concentrated among those aged 60 years or more. All surveyed physicians agreed that smoking is a cardiovascular risk factor. However, 21% considered that this risk appears only among those that smoke more than three cigarettes per day. Independent of their smoking habits, 18% of physicians not always ask their patients about smoking, 25% do not warn about the risk of smoking and 22% not always give advice about quitting. This last action is carried out with a significantly lower frequency by smoking physicians. **Conclusions:** To improve physician's compliance with their preventive role in clinical practice, it is essential to consider their own smoking habits, and the information and attitudes that they have towards smoking as a cardiovascular risk factor.

(Rev Med Chile 2012; 140: 347-352).

**Key words:** Physicians; Questionnaires; Smoking; Tobacco.

El tabaco produce el deceso de casi seis millones de personas anualmente, incluyendo más de medio millón de no fumadoras, y es directamente responsable de 10% de muertes de adultos a nivel mundial<sup>1</sup>. El consumo de tabaco (CT) se asocia a múltiples consecuencias perjudiciales para la salud<sup>2</sup> y contribuye al 40% de las muertes cardiovasculares y al 18% de las cerebrovasculares<sup>3</sup>. Según el estudio Framingham<sup>4</sup>, los fumadores tienen mayor mortalidad cardio-

vascular que los no fumadores y mayor riesgo de sufrir eventos cardiovasculares, como infarto al miocardio y muerte súbita, además de mayor incidencia de hipertensión arterial<sup>5</sup>.

El tabaquismo resulta de la acción crónica del CT, incluyendo dependencia física y psicológica<sup>6</sup>. Según la Organización Mundial de la Salud, fumador es una persona que ha consumido diariamente durante el último mes cualquier cantidad de cigarrillos, incluso uno. En la práctica habitual,

<sup>1</sup>Sociedad Chilena de Cardiología, Departamento de Prevención. Santiago, Chile.

<sup>2</sup>Universidad de Tarapacá. Iquique, Chile.

<sup>3</sup>Psicólogo.

<sup>4</sup>Magíster en Salud Pública.

<sup>5</sup>Enfermera Universitaria.

<sup>6</sup>Estudiante de Psicología.

Recibido el 23 de junio de 2011, aceptado el 28 de noviembre de 2011.

Correspondencia a:  
Francisco Leal Soto  
Universidad de Tarapacá,  
Avda. Luis Emilio  
Recabarren 2477, Iquique,  
Chile.

Fono: 56-57-425775  
Fax: 56-57-484148  
Celular: 09-87568719.  
E-mail: fleal@uta.cl

fumador es la persona que responde afirmativamente a la pregunta “¿fuma usted?”<sup>7</sup>.

En la práctica clínica, se llama “consejo médico estructurado” (CME) a un proceso de intervención breve resumido en el modelo de las “cinco aes” (*Ask, Advice, Assess, Assist, Arrange*), que esquematiza lo que un médico debe realizar cuando atiende a un paciente fumador: Averiguar sobre el CT, Advertir acerca de sus riesgos, Aconsejar la cesación del hábito, Acordar un plan para la cesación, y Acompañar, ayudar y hacer seguimiento del mismo<sup>8</sup>. Se calcula que al menos 5% de los fumadores que reciben esta simple intervención pueden abandonar el hábito; esto supondría, por ejemplo, que en España, 500.000 fumadores abandonarían el tabaco anualmente<sup>9</sup>. Por esto, se considera que la intervención breve sobre el tabaquismo tiene una excelente relación coste-efectividad para actuar sobre el tabaquismo como factor de riesgo cardiovascular (FRCV), siendo 30 veces más efectiva que tratar una hipertensión arterial y unas 100 veces más efectiva que tratar una hipercolesterolemia<sup>10</sup>.

Un rol principal de los médicos es la prevención mediante la educación para la salud<sup>11</sup>, sea ejerciendo el consejo profesional referido a prácticas poco saludables (como es el caso del tabaquismo), ayudando a los individuos y la sociedad a modificar dichas conductas<sup>12</sup> o modelando a través del propio estilo de vida<sup>13</sup>, concluyéndose que es importante incrementar la formación académica y laboral en tabaquismo, ya que la mitad de los profesionales informan no sentirse preparados para su manejo.

Esto es importante en un país como Chile, en que el tabaquismo no parece ceder terreno: Rojas et al.<sup>14</sup> encontraron que la prevalencia de vida de CT en Santiago de Chile es menor que en países desarrollados, como Estados Unidos de Norteamérica, Gran Bretaña o Canadá, y la prevalencia actual es más alta, lo que parece indicar que en la población chilena hay una menor proporción de personas que han dejado de fumar; el CT en Chile ha disminuido menos que en países desarrollados con esfuerzos en prevención más intensos y continuos, cuyas experiencias indican que es posible disminuir de manera importante el CT.

La prevalencia de tabaquismo en médicos chilenos es similar a la observada en otros países, a pesar de la mayor prevalencia en la población general. Sin embargo, sólo un poco más de la mitad de los médicos realiza educación con respecto al

tabaco como FRCV a sus pacientes, y un estudio exploratorio ha mostrado que la frecuencia con que lo hace se relaciona con su propio CT<sup>15</sup>, por lo que una intervención futura a este nivel podría tener un impacto en disminuir la prevalencia de tabaquismo en Chile.

Entre funcionarios de la salud chilenos, la proporción de fumadores es alta en jóvenes y disminuye con la edad, y los funcionarios no médicos del sistema de salud son tan fumadores como la población general, con un patrón de consumo similar; mientras que los médicos fuman en menor porcentaje, aunque aún en niveles altos considerando el rol de moderadores sociales que les corresponde, sobre todo tomando en cuenta que los médicos no fumadores mostraron más interés en realizar actividades de consejería y cesación tabáquica que sus colegas fumadores<sup>16</sup>.

### Objetivos

a) Determinar la prevalencia del CT en una muestra de médicos del sistema hospitalario chileno; b) Conocer la apreciación de los médicos sobre el CT como FRCV; y c) Determinar el efecto del CT del médico en la aplicación del consejo médico estructurado sobre CT como FRCV.

La hipótesis de este trabajo fue que el CT de los profesionales médicos influye en la administración de estrategias preventivas del tabaquismo como FRCV; específicamente, se postula que habrá diferencias significativas en la proporción en que médicos fumadores activos y no fumadores o ex fumadores administran el CME sobre tabaquismo como FRCV en su práctica clínica.

### Personas y Metodología

#### Participantes

La muestra fue obtenida en el contexto de un proyecto de investigación realizado por el Departamento de Prevención, de la Sociedad Chilena de Cardiología, entidad que invitó a médicos de hospitales y clínicas en las principales ciudades del país a través de su organización administrativa habitual. Los participantes fueron médicos que accedieron a colaborar, bajo consentimiento informado y resguardando los criterios éticos aplicables, por lo que no hubo un esquema muestral previo. Así, la muestra quedó constituida por 235 profesionales médicos (174 hombres y 57 mujeres)

que se desempeñaban en diferentes servicios (29 en pabellón, 67 en salas de servicio, 43 en unidades de pacientes críticos y 90 en servicios de emergencia) de 19 hospitales y clínicas chilenas, 14 públicas y 5 privadas, 9 ubicadas en la capital y 10 en otras ciudades del país (Arica, Iquique, Antofagasta, Viña del Mar, Valparaíso, Talca, Concepción, Temuco, Puerto Montt y Punta Arenas). Las diferencias entre la suma de estos y los siguientes datos parciales con el n muestral se debe a la omisión de algunos datos de identificación por parte de un pequeño número de participantes. En cuanto a especialidad, 75,8% eran médicos especialistas, 8,5% médicos generales y 15,7% becados.

#### *Instrumento y variables analizadas*

Se utilizó un cuestionario que recogió información demográfica, CT, apreciación del CT como FRCV y cumplimiento de tres de las conductas consideradas en el CME sobre tabaquismo como FRCV (preguntar, advertir y aconsejar respecto a CT). Se consideraron sólo estos tres primeros pasos del consejo médico estructurado, ya que son universales, es decir, pueden y deben realizarse con todos los pacientes, independientemente de su CT y de su intención de dejarlo; los dos pasos siguientes, acordar un procedimiento de cesación y acompañarlo en el proceso, sólo son válidos en el caso de los fumadores que manifiestan intención de cesación. La recolección de datos se realizó a través de coordinadores en cada hospital, quienes entregaron el instrumento y el formato para expresar el consentimiento informado a los médicos que respondieron la invitación a participar, dentro de un sobre cerrado, la misma forma en que fueron devueltos una vez cumplimentados, en el período comprendido entre octubre de 2009 y enero de 2010.

#### *Tipo de análisis*

Los resultados fueron analizados con técnicas estadísticas descriptivas (distribuciones de frecuencia uni y bivariadas) y comparativas ( $\chi^2$ ), y el nivel predefinido de significación para las pruebas estadísticas fue de  $p < 0,05$ .

#### **Resultados**

De los 235 encuestados, 47,2% eran no fumadores, 36,6% eran ex fumadores y 16,2% eran fumadores activos (Tabla 1). No se encontraron diferencias significativas en el CT según sexo, especialidad (médico general, especialista y becado), lugar de desempeño (sala de servicio, pabellón, policlínico y unidad de pacientes críticos), dependencia hospitalaria (públicos y privados), realización de turnos y CT del jefe directo (fumador, no fumador).

Los médicos de hasta 29 años y entre 30 y 44 años obtuvieron los porcentajes más altos de no fumadores (55,6% y 56,4%, respectivamente); en cambio, los profesionales de 60 y más años de edad concentran la mayor proporción de ex fumadores (74,1%, Tabla 2). También se encontraron diferencias significativas según la residencia, sea con fumadores o no fumadores: entre quienes viven con fumadores o viven solos, la mayor proporción corresponde a los no fumadores (51,5% y 41,2%, respectivamente,  $p < 0,05$ ), mientras que entre quienes viven con no fumadores, la proporción entre fumadores, ex fumadores y no fumadores se distribuye aproximadamente en tercios.

Respecto de la relación entre el CT del médico y la administración del CME sobre tabaquismo como FRCV (preguntarle al paciente si fuma, advertirle de los riesgos del CT y aconsejarle dejar de fumar, Tabla 3), se encuentra una diferencia sig-

**Tabla 1. Consumo de tabaco según sexo (Porcentaje)**

Consumo de tabaco	Sexo			Total (n=235)
	No informa (n=5)	Femenino (n=56)	Masculino (n=174)	
No fumador	60,0%	42,9%	48,3%	47,2%
Exfumador	40,0%	32,1%	37,9%	36,6%
Fumador	0%	25,0%	13,8%	16,2%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

$\chi^2 = 4,960$ ,  $gl = 4$ ,  $p = N.S.$

**Tabla 2. Consumo de tabaco según rango de edad (Porcentaje)**

Consumo de tabaco	Rango de edad				Total (n = 235)
	Hasta 29 años (n = 18)	Entre 30 y 44 años (n = 94)	Entre 45 y 59 años (n = 96)	Sesenta y más años (n = 27)	
No fumador	55,6%	56,4%	44,8%	18,5%	47,2%
Exfumador	11,1%	28,7%	38,5%	74,1%	36,6%
Fumador	33,3%	14,9%	16,7%	7,4%	16,2%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

$\chi^2 = 26,684$ , gl = 6,  $p < 0,001$ .

**Tabla 3. Cumplimiento del Consejo Médico Estructurado (CME) según Hábito Tabáquico (Porcentaje)**

Hábito tabáquico	Cumplimiento del CME	Pasos del Consejo Médico Estructurado			
		Pregunta <sup>1</sup>	Advierte <sup>2</sup>	Aconseja <sup>3</sup>	Todos
No, nunca he fumado	Siempre	82,0	76,4	79,1	69,1
	No siempre	18,0	23,6	20,9	30,9
No, dejé de fumar	Siempre	82,4	80,0	83,7	71,4
	No siempre	17,6	20,0	16,3	28,6
Sí, fumo	Siempre	78,9	60,5	63,2	55,3
	No siempre	21,1	39,5	36,8	44,7
Total	Siempre	81,6	75,1	78,2	67,7
	No siempre	18,4	24,9	21,8	32,3

<sup>1</sup> $\chi^2 = 0,221$ , gl = 2,  $p = N. S.$  <sup>2</sup> $\chi^2 = 5,502$ , gl = 2,  $p = N. S.$  <sup>3</sup> $\chi^2 = 6,634$ , gl = 2,  $p < 0,05$ .

nificativa en el tercero de los pasos, aconsejar dejar de fumar: el grupo de médicos fumadores declara hacerlo siempre en una proporción significativamente menor que sus colegas no fumadores y ex fumadores, siendo este último grupo el que lo hace siempre en mayor proporción. Al mismo tiempo, se aprecia que una proporción relevante de los médicos, con independencia de su CT, no realiza siempre cada una de estas acciones preventivas: 18,4% no siempre pregunta, 24,9% no siempre advierte de los riesgos, y 21,8% no siempre aconseja. Por otra parte, todos los médicos consideran que el CT es un FRCV; sin embargo, un grupo no menor (21,1% de la muestra general) considera que fumar se constituye en FRCV sólo a partir del consumo de tres cigarrillos diarios.

Un resultado no previsto que llama la atención, es que los médicos de la Región Metropolitana ejecutan siempre los elementos seleccionados del CME en una proporción significativamente mayor

que los médicos ubicados en las demás regiones del país, siendo la diferencia más amplia al momento de advertir sobre los riesgos del tabaquismo (81,2% versus 65,6%,  $p < 0,01$ ).

## Discusión

Concordando con los antecedentes al respecto, los médicos de la muestra, pertenecientes a hospitales y clínicas chilenas, presentan una prevalencia de CT por debajo de la población general del país (40,6% según la Encuesta Nacional de Salud 2010), y en niveles comparables a sus colegas en otros países<sup>17</sup>. En cambio, no mostraron diferencias en CT según sexo, contrariamente a lo que ocurre en la población general, en que los hombres fuman en una proporción significativamente mayor que las mujeres (44,2% versus 37,1%, respectivamente, según la misma encuesta nacional). Esta diferencia

entre los médicos y la población general en el CT, no obstante, podría reflejar un sesgo de la muestra, en que la población femenina podría estar subrepresentada; esto, sin embargo, resulta difícil de determinar, ya que no ha sido posible establecer con claridad ni la cantidad total de médicos que trabajan en el sistema hospitalario (sólo se dispone datos parciales para los servicios públicos) ni su distribución por sexo.

Tampoco se encontraron diferencias según especialidad, lugar de desempeño y CT del jefe directo. Sin embargo, un aspecto que influye en el CT del médico es la convivencia o no con otros fumadores. Contraviniendo el “sentido común”, proporcionalmente hay más no fumadores entre quienes conviven con fumadores que entre quienes lo hacen con personas no fumadoras. A la luz de este particular aspecto, es posible pensar que la conducta de fumar en los profesionales médicos es, principalmente, una conducta personal más que social y que, por su conocimiento profesional, o sus características personales, los médicos no fumadores son más resistentes a la influencia social.

El abordaje clínico del tabaquismo es una labor que compete a todos los profesionales sanitarios y en todos los niveles asistenciales. Ayudar a los fumadores a dejar de fumar y hacerlo cuanto antes es el reto más importante de salud pública al que se enfrentan los países occidentales, en los que hoy el tabaco es la primera causa evitable de morbimortalidad<sup>18</sup>. Hacerlo de una forma eficiente y garantizar la equidad para todos los fumadores es una necesidad y una obligación profesional y ética, de lo contrario, se está en presencia de prácticas subóptimas en el desempeño laboral<sup>19</sup>. Los resultados de este trabajo muestran que la aplicación del CME para la prevención de tabaquismo como FRCV es relativamente frecuente, pero se ubica en el nivel subóptimo en una proporción relevante de los profesionales y que, además, el CT del médico ejerce una influencia significativa sobre su aplicación. Para los médicos fumadores, aconsejar dejar de fumar resulta, aparentemente, más complejo que para quienes no fuman; y haber dejado de fumar tiene un efecto importante sobre la relevancia que los profesionales le dan a este consejo, transformándose en el grupo que lo realiza en mayor proporción.

Un dato concordante con el nivel subóptimo de realización del CME, pero que, por sí solo, llama la atención, es que más de un quinto de los

médicos de la muestra consideran que sólo a partir del consumo de tres cigarrillos diarios se podría considerar como FRCV. Esta creencia contraviene tanto la evidencia empírica como los criterios generalmente aceptados y remite a un problema de formación, información o actitud de los médicos respecto del tabaquismo como FRCV, que ameritaría ser considerado con mayor detenimiento tanto teórica como empíricamente.

Otro resultado que merece atención es la diferencia encontrada entre los profesionales que ejercen en hospitales y clínicas de la Región Metropolitana respecto de los que ejercen en hospitales y clínicas ubicados en otras regiones del país. Esta diferencia se sostiene cuando se controla otras variables que podrían confundirse con ella –por ejemplo, el carácter público o privado o el grupo etario– lo que sugiere que podría haber variables asociadas a las condiciones de desempeño, las características de los usuarios, los protocolos o estándares de atención o las características de los profesionales que pudieran diferenciar a estos dos grupos, incidiendo en su comportamiento frente a la prevención del tabaquismo como FRCV.

Creemos importante insistir en la idea de que es necesario que los médicos adopten una actitud más activa en el enfoque del paciente fumador y en el problema que el tabaquismo supone para la salud pública. Se deben aumentar los esfuerzos por conseguir una reducción del CT en los pacientes; este interés debe aplicarse también a la población general. Al realizarse este cambio de actitud se obtendría un impacto en las enfermedades cardiovasculares mayor que con cualquiera de las intervenciones ligadas a la alta tecnología<sup>20</sup>. Por esto, parece relevante explorar las razones por las cuales, pese al conocimiento disponible y a los criterios impulsados a través de los servicios sanitarios respecto del tabaquismo como FRCV, una proporción todavía relevante de los profesionales médicos hospitalarios muestra prácticas subóptimas o manifiesta creencias contradictorias con los criterios científicamente levantados al respecto. Al mismo tiempo, nos parece insoslayable abordar el CT en los propios profesionales médicos, ya que éste no sólo atenta contra su salud, sino que incide directamente en la calidad de la atención profesional que ofrecen a sus pacientes.

En conclusión, el CT de los profesionales médicos de hospitales y clínicas incide en la proporción de prácticas subóptimas en la aplicación

del CME en relación al tabaquismo como FRCV: los médicos fumadores fracasan en aconsejar el abandono del CT a sus pacientes fumadores en una proporción mayor que los médicos no fumadores. Aproximadamente un quinto de los médicos, fumadores y no fumadores, no siempre realizan el CME en relación al tabaquismo como FRCV y la misma proporción no cree que el consumo diario de hasta tres cigarrillos actúa como FRCV. A la luz de esta información, parece indispensable abordar tanto el CT de los propios médicos, como su información y actitud hacia el tabaquismo como FRCV, con vista a mejorar el cumplimiento de su rol preventivo y modelador en la práctica clínica.

## Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. WHO Report on the global tobacco epidemic, 2011. Warnings about the danger of tobacco. [Internet] (Acceso 26 agosto 2011). Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240687813\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240687813_eng.pdf)
2. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2002: Reducir los riesgos y promover una vida sana. [Internet] (Acceso 20 agosto 2011). Disponible en: [http://www.who.int/entity/whr/2002/en/whr02\\_es.pdf](http://www.who.int/entity/whr/2002/en/whr02_es.pdf)
3. Lugones M, Ramírez M, Pichs LA, Miyar E. Las consecuencias del tabaquismo. *Rev Cubana Hig Epidemiol* [Internet] (Acceso 22 octubre 2010) 2006; 44 (3) [10 p.]. Disponible en: [http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?id\\_revista=65&id\\_ejemplar=4126](http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?id_revista=65&id_ejemplar=4126)
4. Wilhelmsen L. Coronary Heart disease: epidemiology of smoking and intervention studies of smoking. *Am Heart J* 1998; 15 (102): 242-9.
5. López García-Aranda V, García-Rubira JC. Tabaco y enfermedad coronaria. *Cardiovascular Risk Factors* [Internet] (Acceso 18 nov 2010) 2000; 9 (6) [8 p.]. Disponible en: <http://crf.medynet.com/contenido/2000/6/408-416.pdf>
6. Carmo J, Andrés-Puello A, Álvarez E. La evolución del concepto de tabaquismo. *Cad. Saúde Pública* 2005; 21 (4): 999-1005.
7. Bello S, Flores C, Bello M, Chamorro H. Diagnóstico y tratamiento psicosocial del tabaquismo. *Rev Chil Enf Resp* 2009; 25: 218-30.
8. Angueira M, Rey S. Intervención Breve. Simposio Tabaco o Salud. FAC-Federación Argentina de Cardiología. 5º congreso internacional de cardiología por Internet. 5º congreso virtual de cardiología-QCVC. Publicado en septiembre 2007. Disponible en: <http://www.fac.org.ar/qcvc/llave/sts002/angueiram.php>
9. Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo, CNPT. Documento Técnico de Consenso sobre la Atención Sanitaria del Tabaquismo en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008. p. 33.
10. Lekuona I, Salcedo A, Morillas M, Umaran J. Tabaco y enfermedad arterial no coronaria. Intervenciones para el abandono del consumo de tabaco. *Rev Esp Cardiol Supl* 2009; 9: 39D-48D.
11. Pericás J, Ayensa J, Milán J, Contreras P, Serra F, Sureda A. El consumo de tabaco en el colectivo de colegiados en enfermería de la Comunidad de las Islas Baleares, 2007. (aprox. 3p.). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962007000300005&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962007000300005&script=sci_arttext&tlng=es)
12. Rice VH, Stead L. Nursing intervention and smoking cessation: meta-analysis update. *Heart Lung* 2006; 35 (3): 147-63.
13. Martínez C. El rol de la enfermera en la atención al tabaquismo. *Prev Tab* 2003; 5 (3): 186-9.
14. Rojas G, Gaete J, González I, Ortega M, Figueroa A, Fritsch R, et al. Tabaquismo y salud mental. *Rev Med Chile* 2003; 131: 873-80.
15. Sommer S, Galleguillos B, Nissin R, Rivera P, Águila V, Tello G, et al. Consumo de tabaco entre los médicos y la influencia de éste en la actitud preventiva antitabaco. *Rev Chil Cardiol* 2008; 27, Libro Resúmenes: 395-6.
16. Bello S, Soto M, Michalland S, Salinas J. Encuesta nacional de tabaquismo en funcionarios de salud. *Rev Med Chile* 2004; 132: 223-32.
17. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2009-2010. Santiago: Ministerio, 2010, 1064 p.
18. Romero T, Romero CX. Prevención cardiovascular estancada: tendencias alarmantes y barreras socioeconómicas persistentes. *Rev Esp Cardiol* 2010; 63 (11): 1340-8.
19. Castaño I, García M, Leguizamón L, Novoa M, Moreno I. Asociación entre el síndrome de estrés asistencial en residentes de medicina interna. El reporte de sus prácticas médicas de cuidados subóptimos y el reporte de los pacientes. *Univ.Psychol* 2006; (3): 549-61.
20. Cardiologists should be less passive about smoking cessation. *The Lancet*, 9667 (373): 867, 2009. Disponible en: <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2809%2960518-3/fulltext>