

Universidad Cardenal Miguel Obando Bravo

Vicerrectoría de Posgrado y Educación Continua



Tesis monográfica para optar al título de Doctor en salud pública

Salud y bienestar

Estrés y tabaquismo en personal sanitario nicaragüense: Atención primaria y hospitalaria

AUTORA

Rivas-Ramos, Yaoska Bellabia

<https://orcid.org/0000-0001-7080-8214>

TUTOR CIENTÍFICO Y METODOLÓGICO

Meneghel, Stela Nazareth PhD

Médica sanitarista, Doctora en Medicina

<https://orcid.org/0000-0001-7080-8214>

Managua, Nicaragua

Junio 2026

CARTA AVAL TUTOR CIENTÍFICO

Por medio de la presente, y en mi calidad de tutor científico y metodológico, certifico que el trabajo de investigación titulado:

Estrés y tabaquismo en personal sanitario nicaragüense: Atención primaria y Hospitalaria

Realizado por Yaoska Bellabia Rivas Ramos, cumple con las disposiciones institucionales, metodológicas y técnicas, que regulan esta actividad académica, y constituye su tesis monográfica para optar al título de doctor en salud pública que otorga UNICA].

Y para que así conste, en cumplimiento de la normativa vigente, autorizo a las y los egresados a reproducir el documento definitivo para su entrega oficial a la facultad correspondiente, para que puedan ser tramitadas su lectura y defensa pública.

Managua, Nicaragua, 15 de 05 de 2026.

Atentamente,



Documento assinado digitalmente

STELA NAZARETH MENEGHEL

Data: 23/01/2025 09:54:55-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Stela Nazareth Meneghel

Médica sanitarista
stelameneghel@gmail.com

Dedicatoria

Dedico este trabajo, en primer lugar, a Dios, por darme la fortaleza, la sabiduría y la perseverancia necesarias para culminar esta etapa académica.

A mi familia, por su amor incondicional, comprensión y apoyo constante a lo largo de este proceso. Su confianza en mí ha sido una fuente constante de motivación.

A todas las personas que, de una u otra manera, me acompañaron y alentaron en el camino hacia la realización de este sueño profesional.

Agradecimiento

Agradezco a Dios por permitirme culminar esta importante etapa de mi formación académica y profesional, brindándome salud, fortaleza y perseverancia para superar cada desafío.

Expreso mi más sincero y profundo agradecimiento a mi tutora, Stela Nazareth Meneghel, por su invaluable acompañamiento durante el desarrollo de esta investigación. Su amplia experiencia en salud pública, su rigurosidad científica, sus oportunas observaciones y su constante disposición para orientar cada etapa del proceso fueron fundamentales para la culminación de este trabajo. Agradezco especialmente su paciencia, dedicación y generosidad al compartir sus conocimientos, así como su capacidad para motivarme a mantener el compromiso con la excelencia académica y la investigación científica.

A la Universidad Cardenal Miguel Obando Bravo y a todos los docentes del Doctorado en Salud Pública, por su valiosa enseñanza y por contribuir significativamente a mi crecimiento académico y profesional.

A los profesionales de la salud que participaron voluntariamente en esta investigación, por su tiempo, disposición y valiosa colaboración, sin la cual este estudio no habría sido posible.

Finalmente, agradezco a mi familia por su amor, comprensión y apoyo incondicional a lo largo de este camino, constituyéndose en mi principal fuente de inspiración y fortaleza para alcanzar esta meta.

Resumen

Introducción: El tabaquismo en el personal de salud representa una paradoja epidemiológica y un desafío para la salud ocupacional. Al ser los profesionales sanitarios un modelo de conductas saludables, resulta prioritario evaluar el impacto de los entornos de práctica en sus estilos de vida.

Objetivo: Determinar la prevalencia de tabaquismo y los niveles de estrés percibido en el personal sanitario nicaragüense, comparando a los profesionales que laboran en atención primaria y en atención secundaria (ámbito hospitalario) durante el año 2026.

Metodología: Se realizó un estudio cuantitativo, observacional, descriptivo y analítico de corte transversal. La muestra final incluyó a 62 profesionales de la salud (médicos y personal de enfermería) de ambos niveles de atención en Nicaragua. La recolección de datos se efectuó mediante un cuestionario estructurado de variables sociodemográficas y de estilos de vida, la Escala de Estrés Percibido (PSS-10) y el Test de Fagerström para la Dependencia a la Nicotina. El análisis de asociación se evaluó mediante la prueba exacta de Fisher con un nivel de significancia del 5%.

Resultados: La prevalencia global de tabaquismo fue del 14.5% ($n = 9$). Respecto al estrés percibido, predominó el nivel bajo con un 61.3% ($n = 38$), mientras que el estrés alto se observó en el 38.7% ($n = 24$) de los participantes. Sobre el total global, el tabaquismo afectó al 8.1% del personal de atención primaria y al 6.5% de atención secundaria; la prueba exacta de Fisher no evidenció asociaciones estadísticamente significativas entre el tabaquismo, los niveles de estrés y el nivel de atención ($p > 0.05$), demostrando una distribución transversal del riesgo. En contraposición, se identificó una asociación estadísticamente significativa entre el tabaquismo y el consumo de alcohol ($p = 0.0189$), donde el 9.7% de la muestra general manifestó presentar ambos hábitos de forma concomitante.

Conclusiones: Aunque la prevalencia de tabaquismo es baja en la población estudiada, la presencia de estrés alto en más de un tercio de la muestra y el policonsumo asociado de alcohol y tabaco representan problemáticas críticas de salud laboral. Los hallazgos subrayan la urgencia de diseñar y fortalecer estrategias integrales de promoción de la salud, prevención del consumo de sustancias y manejo del estrés dentro de las políticas de salud ocupacional del sistema sanitario nacional.

Palabras clave: tabaquismo, estrés percibido, personal sanitario, atención primaria, hospitales, Nicaragua.

Abstract

Introduction: Smoking among healthcare personnel represents an epidemiological paradox and a challenge for occupational health. Since healthcare professionals serve as role models for healthy behaviors, evaluating the impact of practice environments on their lifestyles is a priority.

Objective: To determine the prevalence of smoking and perceived stress levels among Nicaraguan healthcare personnel, comparing professionals working in primary care and secondary care (hospital setting) during the year 2026.

Methodology: A quantitative, observational, descriptive, and analytical cross-sectional study was conducted. The final sample included 62 healthcare professionals (physicians and nursing staff) from both levels of care in Nicaragua. Data collection was carried out using a structured questionnaire for sociodemographic and lifestyle variables, the Perceived Stress Scale (PSS-10), and the Fagerström Test for Nicotine Dependence. Association analysis was evaluated using Fisher's exact test with a 5% significance level.

Results: The global prevalence of smoking was 14.5% ($n = 9$). Regarding perceived stress, a low level predominated with 61.3% ($n = 38$), while high stress was observed in 38.7% ($n = 24$) of the participants. Out of the global total, smoking affected 8.1% of primary care personnel and 6.5% of secondary care personnel; Fisher's exact test showed no statistically significant associations between smoking, stress levels, and the level of care ($p > 0.05$), demonstrating a transversal distribution of risk. Conversely, a statistically significant association was identified between smoking and alcohol consumption ($p = 0.0189$), where 9.7% of the overall sample reported engaging in both habits concomitantly.

Conclusions: Although the prevalence of smoking is low in the studied population, the presence of high stress in more than a third of the sample and the associated co-consumption of alcohol and tobacco represent critical institutional occupational health issues. The findings underscore the urgency of designing and strengthening comprehensive health promotion strategies, substance use prevention, and stress management within the occupational health policies of the national healthcare system.

Keywords: smoking, perceived stress, healthcare personnel, primary health care, hospitals, Nicaragua.

Índice de contenido

1.	Introducción.....	12
2.	Antecedentes.....	14
3.	Contexto del problema.....	17
4.	Pregunta de investigación	19
5.	Objetivos	20
5.1	Objetivo general	20
5.2	Objetivos específicos	20
6.	Justificación	21
7.	Limitantes de la investigación.....	23
8.	Marco teórico	26
8.1	Marco referencial	26
8.2	Marco conceptual.....	28
9.	Marco metodológico	45
9.1	Tipo de investigación	45
9.2	Hipótesis de investigación	46
9.3	Definición operativa de las variables.....	46
9.4	Criterios de inclusión y exclusión	48
9.5	Población y muestra	49
9.6	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	49
9.7	Validez y confiabilidad de los instrumentos.....	50
9.8	Procedimientos para el procesamiento y análisis de información	52
9.9	Consideraciones éticas	53
10.	Resultados y discusión	54
11.	Conclusiones	63
12.	Recomendaciones	65

13. Referencias	68
14. Apéndices / Anexos.....	75
14.1 Apéndices	75
14.2 Anexos	92

Índice de tablas

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra	56
Tabla 2. Asociación entre el tabaquismo y las variables estudiadas	60
Tabla 3. Nivel de estrés según ámbito laboral.....	62

1. Introducción

El tabaquismo continúa siendo una de las principales causas prevenibles de morbilidad y mortalidad en el mundo. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023), el consumo de tabaco provoca más de 8 millones de muertes anuales, de las cuales aproximadamente 1 millón ocurren en la región de las Américas, representando una carga significativa para los sistemas de salud. Además, su consumo está asociado con múltiples enfermedades crónicas, como cáncer de pulmón, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y patologías cardiovasculares (CDC, 2022). A pesar de los avances globales en políticas de control del tabaco, su consumo continúa siendo un problema persistente en diversos grupos poblacionales, incluido el personal de salud.

El tabaquismo en profesionales sanitarios representa un desafío particular, debido a su doble rol como individuos expuestos al riesgo y agentes clave en la prevención del tabaquismo. La literatura señala que los trabajadores de la salud que fuman tienden a aconsejar con menor frecuencia a sus pacientes sobre la cesación, además de experimentar dificultades para participar en programas de abandono del hábito (Minardi et al., 2021; Farver-Vestergaard et al., 2023). Esta realidad debilita los esfuerzos institucionales para promover estilos de vida saludables en la población general y afecta el ejemplo profesional que se espera de quienes laboran en el sector salud (OMS, 2021).

En Nicaragua, los datos sobre tabaquismo en profesionales de salud son limitados, pero la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2022) ha advertido que el país mantiene una de las prevalencias más altas de consumo de tabaco en jóvenes de Centroamérica. La falta de estudios actualizados y de investigaciones multicéntricas dificulta comprender la magnitud y los determinantes del tabaquismo en el ámbito hospitalario. Este vacío de información es especialmente relevante considerando que el personal sanitario enfrenta condiciones laborales caracterizadas por altos niveles de estrés, desgaste emocional y sobrecarga asistencial, factores que influyen en la iniciación o mantenimiento del hábito de fumar (Aguado-Martín et al., 2013; Gómez-Aranda et al., 2021).

Durante la maestría, el estudio previo realizado por la autora identificó que, aunque la mayoría del personal del área de emergencia no fumaba, el grupo fumador mostró baja motivación para dejar el

hábito, y la participación en actividades relacionadas con la cesación resultó limitada. Asimismo, la muestra reducida ($n=30$) dificultó realizar análisis estadísticos comparativos y limitó la generalización de los hallazgos. Estos resultados evidenciaron la necesidad de ampliar la población estudiada, incorporar nuevos centros hospitalarios y analizar con mayor profundidad los factores personales, organizacionales y psicológicos asociados al mantenimiento del tabaquismo.

La baja adherencia a programas de cesación en personal sanitario también ha sido documentada internacionalmente. Estudios recientes han señalado que, aunque existen intervenciones efectivas para dejar de fumar, la implementación se ve obstaculizada por factores como falta de tiempo, barreras institucionales, bajos niveles de apoyo organizacional y una percepción limitada de autoeficacia para dejar el hábito (Mersha et al., 2021; Vestergaard et al., 2023; OMS, 2023). Estos hallazgos resaltan la importancia de examinar no solo la prevalencia del tabaquismo, sino también las barreras individuales y contextuales que impiden la cesación en profesionales de la salud.

En este contexto, la presente investigación doctoral se plantea como una ampliación del estudio previo, con un enfoque multicéntrico y analítico, con el objetivo de identificar los factores asociados al consumo de tabaco y las barreras para la cesación del consumo de tabaco entre el personal sanitario de distintos hospitales de Managua. Este conocimiento permitirá diseñar estrategias de intervención más efectivas, adaptadas al entorno laboral de los trabajadores de la salud en Nicaragua, y contribuirá al fortalecimiento de las políticas de salud pública y promoción del bienestar laboral.

Por estas razones, surge la necesidad de ampliar y profundizar el estudio previo, incorporando una muestra multicéntrica, herramientas analíticas más robustas y un enfoque centrado en factores asociados al tabaquismo y barreras para la cesación entre personal de salud. Este capítulo presenta el planteamiento conceptual y metodológico que fundamenta la investigación doctoral propuesta.

2. Antecedentes

Los antecedentes de esta investigación permiten comprender el contexto global, regional y nacional del tabaquismo en personal sanitario, así como identificar vacíos de conocimiento que hacen necesaria la presente investigación doctoral. En particular, se destacan tres ejes: prevalencia del tabaquismo en trabajadores de la salud, relación entre estrés laboral y consumo de tabaco, y baja adherencia a los programas de cesación, tanto en la población general como entre profesionales sanitarios.

La literatura científica indica que, aunque el tabaquismo ha disminuido en la población general gracias a políticas de control, su presencia en trabajadores de la salud se mantiene de forma preocupante. En un metaanálisis realizado por Mersha et al. (2021), se observó que la adherencia a terapias de cesación, como el reemplazo de nicotina, continúa siendo baja incluso en entornos clínicos, lo cual impacta directamente la eficacia de estas intervenciones.

Investigaciones en hospitales europeos reportan prevalencias variables de tabaquismo entre profesionales sanitarios, oscilando entre un 7 % y 35 %, con tasas más altas en personal joven y en trabajadores sometidos a altos niveles de estrés (Vestergaard et al., 2023). Esta variabilidad se asocia a diferencias en políticas institucionales, cultura organizacional, apoyo al personal y disponibilidad de programas de cesación.

Otro aspecto ampliamente documentado es la relación entre estrés y consumo de tabaco. En el ámbito sanitario, la exposición constante a situaciones críticas, cargas excesivas de trabajo, presión asistencial y falta de recursos aumentan el riesgo de recurrir al tabaco como mecanismo de afrontamiento. De acuerdo con Aguado-Martín et al. (2013), el estrés ocupacional es uno de los predictores más fuertes del consumo de sustancias en trabajadores de hospitales, incluyendo cigarrillos. Asimismo, múltiples revisiones recientes (2020–2024) han demostrado que la baja adherencia de los trabajadores a programas de cesación se relaciona con falta de tiempo, falta de motivación, escaso apoyo institucional y percepciones de que “no necesitan ayuda” para dejar de fumar (Farver-Vestergaard et al., 2023; OMS, 2023). Estos hallazgos coinciden con la evidencia de que muchos profesionales de la salud subestiman la dependencia nicotínica y sobreestiman su capacidad para abandonar el hábito sin

apoyo.

En América Latina, la situación presenta características particulares. Aunque países como Uruguay y Panamá han avanzado significativamente en la regulación del tabaco, la prevalencia en profesionales sanitarios sigue siendo motivo de preocupación. Estudios realizados en Colombia, México y Cuba evidencian que el personal de salud enfrenta limitaciones similares a las encontradas en Europa: falta de formación en cesación, sobrecarga de trabajo y culturas organizacionales donde el tabaquismo aún persiste como práctica social aceptada entre colegas (Becerra Martínez et al., 2021; Cuesta et al., 2005).

La cesación del tabaco entre trabajadores sanitarios también se ve afectada por factores socioculturales, como normas sociales arraigadas, dificultades para acceder a terapias farmacológicas y la percepción de que las políticas institucionales no se aplican de forma homogénea. En algunos contextos hospitalarios, se ha observado que el personal que fuma evita participar en actividades preventivas por temor a estigma o presión social (Bonal Ruiz et al., 2007).

En Nicaragua, la disponibilidad de estudios específicos sobre tabaquismo en personal sanitario es limitada, lo que dificulta trazar un panorama claro de la magnitud del problema dentro de los hospitales. No obstante, la OPS (2022) señala que el país presenta una de las prevalencias más elevadas de consumo de tabaco entre jóvenes en Centroamérica, lo que podría reflejarse en cohortes más jóvenes del personal de salud.

El estudio de maestría desarrollado por la autora constituye uno de los pocos esfuerzos recientes para documentar el tema a nivel hospitalario. En dicha investigación, realizada en el área de emergencia de un hospital de Managua, se encontró que:

- La prevalencia de tabaquismo fue baja (aprox. 16 %), pero todos los fumadores declararon no tener intención de dejar de fumar.
- Hubo baja adherencia al cuestionario: varios participantes respondieron de forma incompleta y otros no devolvieron el instrumento.
- El tamaño muestral ($n = 30$) limitó el análisis estadístico, obligando, por ejemplo, a reducir las categorías de la Escala de Estrés Percibido (PSS-10) de tres niveles a dos (bajo–alto).

- No fue posible conformar un grupo piloto de cesación debido a falta de motivación, tiempo y voluntad del personal involucrado.

Estas limitaciones justifican la ampliación de la investigación hacia un enfoque multicéntrico y analítico que permita comprender mejor el fenómeno y sus determinantes.

3. Contexto del problema

El tabaquismo constituye una de las principales causas prevenibles de enfermedad y muerte en el mundo y continúa representando un importante desafío para los sistemas de salud. Según la Organización Mundial de la Salud, el consumo de tabaco provoca más de ocho millones de muertes cada año, incluyendo alrededor de 1,3 millones de defunciones atribuibles a la exposición al humo de segunda mano. Esta problemática genera un impacto considerable sobre la carga de enfermedad, la productividad laboral y los costos de atención sanitaria, especialmente en países de ingresos bajos y medios, donde los sistemas de salud enfrentan limitaciones estructurales y presupuestarias. En este contexto, el personal de salud ocupa una posición estratégica en la prevención y control del tabaquismo, dado que su conducta influye directamente en la credibilidad del mensaje preventivo y en la efectividad del consejo brindado a los pacientes.

La presente investigación se desarrolla en Managua y tiene como escenario principal un hospital de referencia de tercer nivel ubicado en esta ciudad, complementado con la participación de médicos de atención primaria que laboran en distintos establecimientos de salud del país. Este diseño permite integrar dos realidades del sistema sanitario nicaragüense: por una parte, el entorno hospitalario de alta complejidad, caracterizado por intensa demanda asistencial, turnos prolongados y exposición frecuente a situaciones críticas; y por otra, el contexto de la atención primaria, donde los profesionales enfrentan desafíos relacionados con la cobertura territorial, la prevención comunitaria y las limitaciones de recursos. La inclusión de ambos niveles de atención amplía la comprensión del fenómeno y permite identificar factores comunes y particulares asociados al tabaquismo y a las barreras para la cesación.

Desde el punto de vista socioeconómico, Nicaragua es un país de renta media baja con importantes desigualdades sociales y limitaciones en la disponibilidad de recursos humanos y materiales para la atención en salud. El personal sanitario, especialmente en el sector público, desempeña sus funciones en un contexto marcado por sobrecarga laboral, presión asistencial y necesidad de conciliar responsabilidades profesionales y familiares. Aunque los trabajadores de la salud poseen un elevado nivel de conocimiento sobre los efectos nocivos del tabaco, dicho conocimiento no siempre se traduce

en conductas protectoras, ya que el comportamiento en salud está condicionado por factores psicológicos, culturales y organizacionales que influyen en la adopción y mantenimiento de hábitos.

4. Pregunta de investigación

¿Cuál es la prevalencia de tabaquismo y cuáles son los niveles de estrés en el personal sanitario nicaragüense, y cómo se comparan estos indicadores entre los profesionales que laboran en los servicios de atención primaria y en el ámbito hospitalario durante el año 2026?

De esta pregunta general se derivan los siguientes cuestionamientos:

1. ¿Cuál es la prevalencia de tabaquismo en el personal sanitario nicaragüense que trabaja en atención primaria y en el ámbito hospitalario?
2. ¿Cuáles son los niveles de estrés percibido en el personal sanitario nicaragüense según el ámbito laboral (atención primaria y hospitalario)?
3. ¿Existen diferencias significativas en la prevalencia de tabaquismo entre los profesionales de salud que laboran en atención primaria y aquellos que trabajan en hospitales?
4. ¿Existen diferencias significativas en los niveles de estrés entre el personal sanitario de atención primaria y el de atención hospitalaria?
5. ¿Existe asociación entre el hábito de fumar y los niveles de estrés en el personal sanitario nicaragüense?
6. ¿Qué características sociodemográficas y laborales (edad, sexo, profesión, estado civil, consumo de alcohol, religión) se asocian con el tabaquismo y los niveles de estrés?
7. ¿El ámbito laboral (atención primaria u hospitalaria) influye en la relación entre el tabaquismo y el estrés percibido en el personal sanitario?

5. Objetivos

5.1 Objetivo general

Determinar la prevalencia del tabaquismo y los niveles de estrés en el personal sanitario nicaragüense, comparando a los profesionales que laboran en atención primaria y en el ámbito hospitalario durante el año 2026.

5.2 Objetivos específicos

1. Estimar la prevalencia de tabaquismo en el personal sanitario nicaragüense que trabaja en atención primaria y en el ámbito hospitalario.
2. Identificar los niveles de estrés percibido en el personal sanitario nicaragüense según el ámbito laboral.
3. Comparar la prevalencia de tabaquismo entre los profesionales de salud que laboran en atención primaria y aquellos que trabajan en hospitales.
4. Comparar los niveles de estrés percibido entre el personal sanitario de atención primaria y el de atención hospitalaria.
5. Analizar la asociación entre el hábito de fumar y los niveles de estrés en el personal sanitario nicaragüense.
6. Determinar el grado de dependencia nicotínica entre los profesionales de salud fumadores según el ámbito laboral.
7. Describir las características sociodemográficas y laborales (edad, sexo, estado civil, profesión, religión y consumo de alcohol) asociadas al tabaquismo y al estrés.
8. Evaluar si el ámbito laboral influye en la relación entre el tabaquismo y los niveles de estrés percibido en el personal sanitario.

6. Justificación

El rol del personal de salud como promotor de estilos de vida saludables es fundamental para el control del tabaquismo en la población general. Si el trabajador sanitario mantiene el hábito de fumar, se afecta su salud personal, pero también su función educativa y la coherencia del mensaje preventivo que transmite a los pacientes. Comprender las barreras que dificultan la cesación permitirá diseñar estrategias más sensibles a sus necesidades, contribuyendo al fortalecimiento de su bienestar, del entorno hospitalario y de la credibilidad de la institución frente a la comunidad.

Además, la cesación del tabaquismo entre profesionales de la salud representa un beneficio colectivo: disminuye el ausentismo, mejora el desempeño laboral y promueve entornos hospitalarios más seguros y libres de humo.

Desde una perspectiva académica, este estudio aporta a la literatura nacional e internacional un análisis más completo de los factores asociados al tabaquismo en personal sanitario, una población poco explorada en Nicaragua. La ampliación del universo muestral y la incorporación de múltiples centros hospitalarios permiten aumentar la validez externa del estudio.

Asimismo, el proyecto introduce un enfoque analítico que examina variables psicológicas, laborales, organizacionales y sociales, tales como:

- Estrés percibido
- Dependencia nicotínica
- Barreras institucionales
- Motivación para la cesación
- Cultura organizacional relacionada con el hábito de fumar

El análisis profundo de estas variables permitirá generar evidencia útil para intervenciones futuras y para la formulación de políticas internas en hospitales públicos del país.

Los hospitales son escenarios estratégicos para la prevención del tabaquismo. Sin embargo, muchos no cuentan con programas específicos de apoyo a su personal o los programas existentes no tienen buena adherencia. Identificar barreras internas permitirá a las instituciones:

- Mejorar sus protocolos de promoción de salud laboral.
- Diseñar intervenciones de cesación adaptadas al horario, carga laboral y cultura del personal.
- Integrar la cesación como parte de las estrategias de bienestar institucional.

Este estudio contribuirá directamente a fortalecer las capacidades institucionales de los hospitales involucrados y ofrecerá una base técnica para futuras políticas del Ministerio de Salud.

La presente investigación surge como una continuidad del trabajo previo desarrollado durante la maestría, donde se evidenciaron limitaciones importantes que motivan su ampliación. La transición hacia un estudio doctoral permite profundizar tanto en el análisis conceptual como en el metodológico, consolidando el compromiso de la autora con la generación de conocimiento útil para mejorar la salud pública en Nicaragua.

7. Limitantes de la investigación

La presente investigación se considera plenamente factible desde las dimensiones técnica, metodológica y logísticas. Esta viabilidad se sustenta, en primera instancia, en la trayectoria investigativa de la autora, quien posee experiencia previa en el abordaje del tabaquismo en poblaciones del sector salud, consolidada durante el desarrollo de su tesis de maestría: "Factores asociados al tabaquismo y barreras para la cesación entre el personal de salud".

Asimismo, se garantiza el rigor científico mediante el dominio y la disponibilidad de instrumentos de medición validados internacionalmente, tales como la Escala de Estrés Percibido (PSS-10) y el Test de Fagerström para la dependencia nicotínica. La propuesta se apoya, además, en una sólida capacidad metodológica para la gestión, procesamiento estadístico y análisis crítico de datos.

Desde la perspectiva de recursos, aunque el estudio es financiado de forma independiente por la autora, la optimización de costos se logra mediante el uso de herramientas digitales para la recolección de datos y software especializado de análisis. El cronograma se ha diseñado de forma rigurosa para cumplir con los tiempos académicos del programa doctoral, contemplando fases críticas de diseño, recolección y redacción.

A pesar de la planificación establecida, se reconocen restricciones inherentes a la investigación aplicada en escenarios clínicos reales que podrían influir en el desarrollo del estudio.

Un desafío central radica en la disponibilidad de los participantes. El personal sanitario, especialmente en atención primaria y hospitales de referencia, enfrenta altas cargas asistenciales, turnos rotatorios y guardias. Esta dinámica puede derivar en una baja tasa de respuesta o en cuestionarios incompletos. Para mitigar esta experiencia previa de la autora, se han contemplado estrategias de sensibilización y recordatorios periódicos.

Adicionalmente, el reducido número de fumadores identificados en la muestra ($n=9$) constituyó una limitación para el análisis de algunas asociaciones estadísticas. Aunque este hallazgo refleja una baja prevalencia de tabaquismo en la población estudiada, la escasa cantidad de participantes fumadores disminuye la potencia estadística para detectar diferencias entre grupos y limita la posibilidad de realizar análisis más robustos. Por ello, los resultados relacionados con el tabaquismo deben interpretarse con cautela y considerarse exploratorios.

Asimismo, existe el riesgo de sesgo de deseabilidad social. Dado el rol del personal de salud como promotor de estilos de vida saludables, algunos participantes podrían subnotificar o negar el consumo de tabaco por temor al juicio profesional. Esto podría conducir a una subestimación de la prevalencia real. De igual forma, al emplear instrumentos de autorreporte, los resultados dependen de la percepción subjetiva y el estado emocional del participante al momento de la evaluación.

El estudio adopta un diseño observacional de corte transversal, lo cual constituye una limitación intrínseca para establecer relaciones de causalidad. Si bien es posible identificar asociaciones significativas entre el estrés percibido y el tabaquismo, no podrá afirmarse de manera concluyente una relación causa-efecto.

Por otro lado, la heterogeneidad de la muestra —que incluye tanto personal de un hospital de referencia en Managua como médicos de atención primaria a nivel nacional— introduce variaciones contextuales (cultura organizacional, carga laboral y recursos) que deben ser consideradas en el análisis interpretativo. Adicionalmente, el estudio no profundiza en variables comórbidas como trastornos de ansiedad, síntomas depresivos o consumo de otras sustancias, que podrían actuar como factores de confusión.

La potencia estadística del estudio está supeditada al tamaño final de la muestra de fumadores identificados. Un número reducido de casos positivos podría limitar la precisión de los modelos multivariados. Respecto a la validez externa, los hallazgos reflejarán las especificidades del personal sanitario nicaragüense bajo estudio; por tanto, la generalización de los resultados a otros contextos regionales o gremios profesionales debe realizarse con la debida cautela académica.

Esta investigación se delimita al análisis de factores asociados y barreras, omitiendo la evaluación de la efectividad de intervenciones específicas de cesación o el seguimiento longitudinal de los participantes. Tampoco se aborda la dimensión cualitativa de las motivaciones subjetivas, aspecto que queda propuesto para futuras líneas de investigación que complementen estos hallazgos.

A pesar de las limitaciones descritas, el estudio posee el rigor metodológico necesario para generar evidencia científica relevante sobre la salud laboral del personal sanitario en Nicaragua. El reconocimiento explícito de estas restricciones permite interpretar los resultados con prudencia y establece una base sólida para el diseño de políticas institucionales de cesación tabáquica y programas de bienestar integral. Sobre la viabilidad: Preguntarse de manera realista si es posible llevar a cabo esta investigación y cuánto tiempo tomará efectuarla: disponibilidad de tiempo, recursos financieros, humanos y materiales, acceso al lugar.

8. Marco teórico

El presente capítulo desarrolla los fundamentos conceptuales, teóricos y empíricos que sustentan esta investigación doctoral sobre los factores asociados al tabaquismo y las barreras para la cesación en el personal de salud. A partir de la evidencia científica, se examinan los elementos que explican la persistencia del consumo de tabaco en trabajadores sanitarios, considerando dimensiones biológicas, psicológicas, conductuales, laborales, institucionales y sociales.

El marco teórico se organiza en secciones que abarcan la conceptualización del tabaquismo como enfermedad, la dependencia nicotínica, los determinantes individuales y colectivos del hábito, las teorías conductuales del cambio, la relación entre estrés y consumo de sustancias, los programas de cesación disponibles y las barreras que impiden que estas intervenciones sean efectivas, especialmente en contextos hospitalarios de países de ingresos medios como Nicaragua.

8.1 Marco referencial

La literatura internacional ha documentado que el tabaquismo continúa presente entre los trabajadores de la salud, a pesar del conocimiento técnico que poseen sobre sus efectos nocivos.

Mersha et al. (2021) demostraron que la adherencia a los programas de cesación sigue siendo limitada, incluso cuando se dispone de terapias farmacológicas eficaces.

Farver-Vestergaard et al. (2023) y Vestergaard et al. (2023) identificaron como barreras principales la falta de tiempo, la baja autoeficacia y el escaso apoyo institucional.

En América Latina, estudios realizados en Colombia, México y Cuba han señalado la influencia de la sobrecarga laboral, la normalización del tabaquismo entre colegas y la limitada formación en cesación.

En Nicaragua, la evidencia específica es escasa. La investigación de Rivas-Ramos (2025) reportó una prevalencia aproximada del 16 % de fumadores entre el personal evaluado y baja motivación para abandonar el hábito.

Instrumentos para la evaluación del estrés

Existen diversas herramientas psicométricas para evaluar el estrés, cada una enfocada en diferentes dimensiones y manifestaciones del fenómeno. Entre las más utilizadas en la literatura científica se encuentran la Escala de Estrés Percibido (PSS), el Inventario de Estrés de Holmes y Rahe (SRRS), la Escala de Ansiedad, Depresión y Estrés (DASS-21), el Maslach Burnout Inventory (MBI) y el Cuestionario de Estrés Laboral de Karasek.

Escala de Estrés Percibido (PSS-10): Desarrollada por Cohen y colaboradores, mide la percepción subjetiva del estrés durante el último mes. Consta de 10 ítems que permiten clasificar los niveles de estrés en bajo, moderado y alto. Destaca por su sólida validez psicométrica y su amplia utilización en investigaciones de salud pública.

Inventario de Estrés de Holmes y Rahe (SRRS): Evalúa el impacto acumulativo de eventos vitales estresantes ocurridos durante el último año. Su objetivo principal es estimar el riesgo de desarrollar patologías asociadas al estrés a partir de cambios significativos en el ámbito personal, familiar o laboral.

Escala de Ansiedad, Depresión y Estrés (DASS-21): Instrumento de 21 ítems que mide simultáneamente sintomatología asociada a la ansiedad, la depresión y el estrés, permitiendo evaluar la severidad del malestar psicológico general.

Maslach Burnout Inventory (MBI): Diseñado específicamente para evaluar el síndrome de burnout, analiza tres dimensiones fundamentales: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal. Su aplicación es prevalente en profesionales de la salud y otras ocupaciones asistenciales.

Cuestionario de Estrés Laboral de Karasek: Basado en el modelo demanda-control-apoyo social, evalúa las exigencias laborales, el nivel de autonomía sobre las tareas y el soporte percibido, identificando factores organizacionales vinculados al estrés ocupacional.

Considerando los objetivos de la presente investigación, orientados a determinar los niveles de estrés percibido y su relación con el tabaquismo en profesionales de la salud, se seleccionó la Escala de Estrés Percibido de Cohen (PSS-10). Esta elección se justifica por tratarse de un instrumento breve, validado internacionalmente, de viabilidad óptima para la población de estudio y con una alta sensibilidad para capturar la carga cognitiva y emocional del estrés subjetivo en el personal sanitario.

8.2 Marco conceptual

8.2.1 Conceptualización del tabaquismo

El tabaquismo es reconocido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como uno de los principales problemas de salud pública global. Su consumo es responsable de más de 8 millones de muertes anuales, de las cuales más de 1 millón se registran en la región de las Américas (OMS, 2023). En países en desarrollo, este problema adquiere características particulares, ya que coexiste con sistemas de salud limitados y poblaciones vulnerables.

Desde una perspectiva biomédica, el tabaquismo se define como la inhalación voluntaria del humo proveniente de productos de tabaco, especialmente cigarrillos. Sin embargo, esta definición resulta insuficiente para describir la naturaleza compleja del fenómeno. Actualmente, se concibe como una enfermedad crónica y recidivante, causada por la dependencia física y psicológica a la nicotina.

El consumo de tabaco no solo afecta al fumador activo, sino también a quienes comparten su entorno. El humo de segunda mano contiene miles de sustancias tóxicas, y su exposición recurrente está asociada con enfermedades respiratorias, cardiovasculares y cáncer en personas no fumadoras.

8.2.2 Química del tabaco

La mayoría de las personas piensan que los cigarrillos están constituidos solamente de nicotina, lo cual es un gran error, pues este es solo uno de los tantos componentes que los forman. Los estudios han demostrado que contiene más de 7000 sustancias químicas de las cuales al menos unas 70 son cancerígenas. Algunos de los químicos que se encuentran son

- Nicotina (sustancia química adictiva)
- Acido cianhídrico
- Aldehído fórmico
- Plomo
- Arsénico
- Amoniaco
- Elementos radiactivos tales como el Uranio
- Benceno
- Monóxido de carbono
- Nitrosaminas específicas del tabaco
- Hidrocarburos aromáticos policíclicos

Muchas de estas sustancias causan cáncer. Algunas pueden causar enfermedades cardíacas, enfermedades pulmonares o, además, otros problemas de salud graves. La mayoría de las sustancias vienen de la combustión de las hojas de tabaco en sí y no de los aditivos incluidos en los cigarrillos (u otros productos del tabaco).

8.2.3 Tabaco y enfermedad crónica

El tabaquismo se asocia con más de 50 enfermedades, entre ellas:

- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
- Cáncer de pulmón (85 % de los casos asociados a cigarrillos)

- Enfermedad coronaria
- Accidente cerebrovascular
- Infertilidad
- Enfermedades periodontales
- Complicaciones perinatales

Estas enfermedades representan una carga significativa para sistemas de salud como el nicaragüense, que ya enfrenta limitaciones en infraestructura, cobertura y recursos humanos.

8.2.4 Nicotina y dependencia

La nicotina es un compuesto químico que se encuentra naturalmente en el tabaco (*Nicotiana tabacum*). En el organismo humano, cantidades de entre 10 y 20 mg pueden ser tóxicas, mientras que la dosis letal se calcula aproximadamente entre 0,5 y 1 mg por kilogramo de peso. Por lo tanto, la nicotina contenida en un cigarrillo podría ser mortal si se administrara directamente en la sangre, aunque la combustión del tabaco destruye gran parte de la sustancia.

Esta molécula genera un fuerte efecto adictivo, alterando el funcionamiento de distintos sistemas del cuerpo. Su potencial de dependencia puede intensificarse al combinarse con otras sustancias de consumo frecuente, como el café o el alcohol.

Al encender un cigarrillo, la nicotina se libera junto con el humo y otras partículas, siendo inhalada por los pulmones. Su absorción a través de las mucosas orales es lenta y depende de las propiedades químicas de la sustancia, incluyendo su pH y grado de ionización.

8.2.5 Mecanismos neurobiológicos

Al inhalar humo de cigarrillo, la nicotina llega al cerebro en menos de 10 segundos. Esto produce:

- Liberación de dopamina en el sistema de recompensa
- Sensación de bienestar

- Reducción temporal del estrés
- Aumento de alerta

La repetición del consumo refuerza estos efectos, llevando a la dependencia física y psicológica.

La dependencia se caracteriza por:

- Tolerancia
- Necesidad compulsiva de consumir
- Síntomas de abstinencia (ansiedad, irritabilidad, cefalea, insomnio)

El Test de Fagerström es el instrumento más utilizado para medirla. En tu tesis previa utilizaste este test, lo que constituye un aporte importante que se retoma y amplía en la presente investigación.

8.2.6 Tabaquismo en personal de salud

El consumo de tabaco entre los trabajadores de la salud representa un fenómeno complejo que combina factores individuales, psicológicos, sociales y laborales. Aunque pudiera asumirse que los profesionales sanitarios, por su formación y conocimiento biomédico, tendrían menores tasas de tabaquismo, múltiples estudios han demostrado que este grupo no está exento de desarrollar y mantener conductas adictivas. De hecho, en numerosos contextos, el personal de salud presenta prevalencias iguales o superiores a las de la población general, especialmente en áreas de alta presión asistencial.

Diversos autores han señalado que algunos profesionales consumen tabaco para obtener efectos estimulantes o relajantes, lo que les permite afrontar las exigencias de entornos laborales intensos y prolongados (García-Díaz et al., 2015). Esta conducta, lejos de limitarse al ejercicio profesional, suele iniciarse desde la formación universitaria y consolidarse durante los primeros años de experiencia clínica (Rodríguez-Ramírez et al., 2018).

Desde la perspectiva de la salud pública, esta problemática adquiere especial relevancia porque los trabajadores sanitarios cumplen una doble función: atender a pacientes fumadores y actuar como modelos de comportamiento saludable. La literatura internacional sostiene que el consejo médico es una de las intervenciones más efectivas para promover la cesación del tabaquismo; sin embargo, solo

entre el 30 % y el 40 % de los fumadores recibe indicaciones claras de su médico para abandonar el hábito. Además, los profesionales que fuman tienden a aconsejar menos sobre la cesación y a sentirse menos legítimos al realizar intervenciones conductuales (Minardi et al., 2021).

La práctica del tabaquismo entre el personal de salud también puede limitar su capacidad para influir en los pacientes, reducir la frecuencia de la consejería antitabáquica y generar una disonancia ética entre el rol profesional y el comportamiento personal. Esta disonancia ha sido documentada como un factor que disminuye la autoeficacia percibida en la promoción de estilos de vida saludables.

Distintos estudios han mostrado prevalencias alarmantes. Por ejemplo, Hernández et al. (2015) reportaron que un 33 % de los trabajadores de un hospital español fumaba activamente, con indicadores claros de dependencia nicotínica temprana, tales como fumar el primer cigarrillo dentro de los primeros 30 minutos tras despertar. Además, una proporción significativa no había considerado dejar de fumar, lo que evidencia un patrón de precontemplación similar al observado en múltiples investigaciones internacionales recientes.

La evidencia sugiere que ciertos grupos dentro del sector salud presentan prevalencias aún más elevadas. Entre los profesionales de enfermería, por ejemplo, las tasas pueden oscilar entre 12 % y 47 %, siendo especialmente altas en unidades psiquiátricas y áreas críticas, donde la carga emocional y el estrés son mayores. Investigaciones previas también han documentado que el consumo aumenta en profesionales de 40 a 49 años y comienza a disminuir a partir de los 50, probablemente debido al impacto acumulado del hábito en la salud o a cambios motivacionales importantes.

La Organización Mundial de la Salud considera al personal sanitario un actor clave en las intervenciones globales de control del tabaco. El Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) insiste en que este grupo profesional debe ser no solo promotor sino también ejemplo de cesación, ya que su comportamiento influye directamente en la percepción pública y en la efectividad de las estrategias preventivas.

Los motivos de consumo entre trabajadores sanitarios son variados y multifactoriales. Peña y Ezparza (2017) señalan que el tabaco puede fumarse para relajarse, socializar o reducir temporalmente

los efectos emocionales de la adicción. Otros estudios identifican factores psicológicos como depresión, ansiedad, estrés laboral y agotamiento profesional, que incrementan el riesgo de recurrir al cigarrillo como mecanismo de afrontamiento (Hernández-Hernández et al., 2013; Pérez et al., 2010). Esto concuerda con investigaciones más recientes que vinculan el estrés laboral crónico con mayor prevalencia de tabaquismo y recaídas, especialmente en entornos hospitalarios de alta presión (Farver-Vestergaard et al., 2023).

El Modelo de Motivaciones para Fumar de Russell (1971), aún vigente en múltiples análisis contemporáneos, clasifica las razones para fumar en tres dominios: psicológicos, sociales y físicos. Los motivos psicológicos incluyen la búsqueda de alivio emocional y estimulación; los sociales, la interacción grupal y pertenencia; y los físicos, la dependencia nicotínica y la evitación de los síntomas de abstinencia. Entre el personal sanitario estos tres dominios suelen coexistir, potenciados por las características únicas del trabajo clínico.

A nivel empírico, estudios previos indican que los trabajadores de salud fuman por placer (45,5 %), relajación (39,4 %), influencia social (15 %) y motivos familiares o antecedentes (15 %) (Suárez et al., 2008). Esta combinación revela el componente biopsicosocial del tabaquismo en este grupo profesional. Investigaciones adicionales han descrito que algunos trabajadores fuman para mantenerse activos durante largas guardias, para regular la ansiedad ante situaciones críticas o como “escape” emocional en momentos de crisis (Gigliotti et al., 2013; Parks et al., 2009).

Los estudios recientes (2020–2024) confirman estos hallazgos y añaden nuevos factores emergentes:

- Estrés pospandemia, especialmente en personal de primera línea.
- Fatiga emocional por aumento en la demanda asistencial.
- Normalización del consumo en ciertas unidades hospitalarias.
- Falta de apoyo institucional para la cesación.
- Escaso acceso a terapias de reemplazo de nicotina, especialmente en contextos de ingresos medios.

En conjunto, la evidencia demuestra que el tabaquismo en el personal de salud no es un comportamiento aislado, sino un fenómeno complejo influido por elementos personales, psicológicos, laborales, culturales e institucionales. Su comprensión resulta fundamental para diseñar estrategias de prevención y cesación adaptadas al entorno hospitalario, objetivo central de la presente investigación doctoral.

8.2.6.1 La disonancia entre el rol profesional y el comportamiento tabáquico del personal sanitario

El personal sanitario constituye uno de los pilares fundamentales de las estrategias de prevención y control del tabaquismo. Debido a su formación científica y al contacto permanente con la población, los profesionales de la salud poseen una posición privilegiada para promover estilos de vida saludables, identificar consumidores de tabaco y ofrecer intervenciones breves que favorezcan el abandono del hábito. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) reconocen a los trabajadores sanitarios como agentes esenciales para la implementación del Convenio Marco para el Control del Tabaco, destacando que su participación resulta determinante para disminuir la carga mundial de enfermedades atribuibles al consumo de tabaco.

No obstante, diversos estudios internacionales han identificado una aparente contradicción entre el conocimiento que poseen los profesionales sanitarios acerca de los riesgos del tabaquismo y sus propios comportamientos relacionados con el consumo de tabaco. Esta situación ha sido descrita como una disonancia entre el rol profesional y el comportamiento personal, ya que quienes tienen la responsabilidad de promover la salud pueden mantener conductas incompatibles con las recomendaciones que brindan a sus pacientes.

La existencia de esta disonancia trasciende el ámbito individual y adquiere relevancia desde la perspectiva de la salud pública. El profesional sanitario no únicamente transmite información científica, sino que también constituye un referente social cuya conducta influye en la percepción, confianza y aceptación de las recomendaciones preventivas por parte de los pacientes. Por ello, la OMS sostiene que los trabajadores sanitarios deben desempeñar un doble papel: proporcionar atención clínica basada en la evidencia y actuar como modelos de estilos de vida saludables, fortaleciendo así la credibilidad de las intervenciones dirigidas a reducir el consumo de tabaco.

Diversas investigaciones respaldan esta premisa. Un estudio realizado en Jordania con 400 profesionales de atención primaria encontró que más del 90 % de los participantes reconocía que el tabaquismo representa un importante riesgo para la salud y aproximadamente el 92 % consideró que los profesionales sanitarios deben constituir un buen ejemplo para sus pacientes evitando fumar y promoviendo activamente la cesación tabáquica. Sin embargo, únicamente el 15,3 % manifestó sentirse adecuadamente preparado para brindar consejería sobre abandono del tabaco, mientras que el 92,8 % expresó la necesidad de recibir capacitación específica en intervenciones para la cesación. Estos hallazgos evidencian que el conocimiento sobre los daños del tabaco no siempre se traduce en competencias suficientes para intervenir de manera efectiva en la práctica clínica.

De forma similar, investigaciones desarrolladas en Chipre reportaron una prevalencia de tabaquismo del 28,2 % entre médicos y enfermeras, cifra comparable a la observada en la población general. El estudio demostró además que los profesionales que nunca habían fumado aconsejaban con mayor frecuencia a sus pacientes abandonar el consumo de tabaco (96,4 %), en comparación con los exfumadores (84,6 %) y los fumadores activos (72,7 %). Asimismo, quienes manifestaban mayor confianza en sus conocimientos sobre estrategias de cesación realizaban consejería con una frecuencia significativamente superior a aquellos que no se sentían suficientemente preparados. Estos resultados sugieren que el consumo de tabaco por parte del personal sanitario puede disminuir tanto la frecuencia como la efectividad de las intervenciones preventivas dirigidas a los pacientes.

En la misma línea, un estudio realizado en Malta evaluó las prácticas, opiniones y actitudes de profesionales sanitarios respecto a las intervenciones breves para dejar de fumar. Aunque la mayoría de los participantes preguntaba a los pacientes sobre su consumo de tabaco (76,3 %), recomendaba dejar de fumar (83,5 %) y evaluaba la disposición para abandonar el hábito (70,5 %), únicamente el 40,9 % proporcionaba asistencia para la cesación y solo el 24,2 % organizaba un seguimiento posterior. Además, más del 93 % manifestó necesitar mayor formación en cesación tabáquica. Los autores concluyen que, además de fortalecer la capacitación, es necesario superar barreras organizacionales, como la falta de tiempo durante la consulta, para que las intervenciones recomendadas por la OMS puedan implementarse de forma sistemática.

Estos hallazgos coinciden con el enfoque del Convenio Marco para el Control del Tabaco de la OMS, el cual establece que todos los usuarios de tabaco que contacten con los servicios de salud deberían recibir, al menos, una intervención breve para favorecer el abandono del consumo. En consecuencia, el profesional sanitario deja de ser únicamente un proveedor de atención clínica para convertirse en un agente activo de promoción de la salud, prevención de enfermedades y modificación de conductas de riesgo.

Desde una perspectiva conductual, esta situación puede interpretarse mediante la teoría del modelo de rol (Role Model Theory), la cual plantea que las personas tienden a adoptar comportamientos observados en individuos que consideran referentes o figuras de autoridad. Bajo este enfoque, cuando un profesional sanitario mantiene hábitos saludables fortalece la credibilidad de su mensaje preventivo; por el contrario, cuando fuma, puede generar inconsistencias entre el discurso y la conducta, disminuyendo la percepción de riesgo del paciente y reduciendo la efectividad del consejo para abandonar el tabaco.

En conjunto, la evidencia internacional demuestra que el tabaquismo entre profesionales sanitarios representa un desafío que trasciende el ámbito personal, ya que puede afectar la calidad de las intervenciones preventivas, la confianza del paciente y la implementación de políticas de control del tabaco. Por ello, las estrategias de cesación dirigidas al personal de salud deben contemplar no solo el tratamiento del consumo de tabaco, sino también el fortalecimiento de competencias en consejería, la capacitación continua y la promoción de entornos laborales completamente libres de humo, favoreciendo la coherencia entre el rol profesional y las conductas que se espera promover en la población.

8.2.7 Estrés en los trabajadores de la salud

El estrés laboral en el personal de salud constituye un problema ampliamente documentado en la literatura científica y es reconocido como uno de los factores más significativos que afectan su bienestar, desempeño profesional y salud mental. A diferencia de otras profesiones, el trabajo sanitario implica una exposición constante a situaciones emocionalmente exigentes, a la vigilancia pública de los resultados clínicos y a la responsabilidad directa sobre la vida de las personas. Este conjunto de

demandas convierte al entorno hospitalario en un escenario particularmente susceptible al desgaste emocional.

Los profesionales de salud deben movilizar simultáneamente conocimientos técnicos, habilidades clínicas y competencias relacionales. Para establecer una adecuada relación terapéutica, deben lograr empatía sin perder objetividad clínica, mantener distancias profesionales sin caer en la indiferencia y sostener un equilibrio emocional en situaciones que frecuentemente confrontan dolor, sufrimiento y muerte. A este desafío se suma la necesidad continua de formación, la rápida evolución tecnológica, las restricciones presupuestarias y la creciente presión asistencial en sistemas públicos saturados.

Diversos estudios sostienen que el estrés comienza incluso antes de la incorporación a la vida laboral, durante la formación universitaria. La transición desde la academia hacia el mundo clínico suele generar un fuerte impacto emocional: los estudiantes se enfrentan por primera vez a responsabilidades reales, ritmos de trabajo intensos y escenarios de sufrimiento humano. Este fenómeno ha sido descrito en la literatura como parte del llamado “síndrome médico”, concepto introducido inicialmente por Okinoura (1988), quien argumenta que muchos profesionales desarrollan una percepción distorsionada de invulnerabilidad ante el estrés, lo cual dificulta reconocer sus límites y buscar apoyo oportunamente.

El estrés afecta de manera diferente a las diversas categorías del personal de salud. Se ha observado que los médicos experimentan altos niveles de presión debido a la responsabilidad diagnóstica y terapéutica, mientras que las enfermeras, aunque expuestas a demandas físicas y emocionales importantes, suelen contar con estrategias de afrontamiento más desarrolladas y, en algunos contextos, mayor autonomía operativa. Investigaciones clásicas como las de Ribera et al. (1993) y estudios recientes han demostrado que el entrenamiento en técnicas de afrontamiento, regulación emocional y comunicación clínica reduce significativamente los niveles de estrés y mejora el soporte emocional brindado a los pacientes.

El síndrome de desgaste profesional o burnout continúa siendo uno de los problemas más estudiados. Tras la pandemia por COVID-19, múltiples estudios internacionales (2021–2024) han reportado niveles sin precedentes de burnout, fatiga emocional y estrés traumático secundario en

personal sanitario. Las áreas de emergencia, cuidados intensivos, unidades de hospitalización prolongada y atención primaria han sido las más afectadas. Este deterioro emocional tiene repercusiones profundas, entre ellas:

- Disminución del rendimiento laboral;
- Incremento en errores clínicos;
- Deterioro de la relación profesional–paciente;
- Ausentismo y rotación laboral;
- Mayor riesgo de conductas adictivas (alcohol, tabaco, psicotrópicos);
- Afectación de la salud física y mental.

Desde la perspectiva de la Psicodinámica del Trabajo, Christophe Dejours (1998, 2006) expone que el sufrimiento laboral no es únicamente un proceso individual, sino un fenómeno social y organizacional que emerge cuando la estructura de trabajo genera demandas que exceden la capacidad real de respuesta del trabajador. Dejours destaca que el trabajo puede ser fuente de satisfacción, orgullo y realización personal, pero también de angustia, desgaste y patologización emocional. Las organizaciones, al imponer metas rígidas, sobrecarga asistencial y falta de reconocimiento, pueden transformar el sufrimiento laboral en sufrimiento patológico, generando depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático, alcoholismo o tabaquismo como mecanismos de afrontamiento.

En este sentido, el estrés laboral en el personal sanitario se entiende como un fenómeno multidimensional que combina factores psicológicos individuales, características laborales específicas y determinantes organizacionales, los cuales influyen sustancialmente en la aparición y mantenimiento de conductas como el tabaquismo.

8.2.8 Teorías conductuales aplicadas al tabaquismo

La comprensión del tabaquismo como una conducta compleja y multicausal ha impulsado el desarrollo de diversos modelos teóricos que buscan explicar por qué las personas inician, mantienen o abandonan el consumo de tabaco. Estas teorías conductuales permiten analizar no solo los factores individuales que influyen en el hábito como la motivación, la autoeficacia o las creencias, sino también

el papel del entorno social, las normas culturales y las oportunidades reales para cambiar. En el ámbito de la cesación tabáquica, estos marcos conceptuales se integran para diseñar intervenciones adaptadas al nivel motivacional, las barreras percibidas y las condiciones laborales del individuo. En el caso del personal de salud, cuyo comportamiento se ve atravesado por altos niveles de estrés, normas profesionales contradictorias y contextos organizacionales exigentes, estas teorías ofrecen herramientas esenciales para comprender la persistencia del hábito y orientar estrategias efectivas de intervención. A continuación, se presentan los principales modelos conductuales aplicados al tabaquismo y su relevancia para el estudio del personal sanitario.

Modelo Transteórico del Cambio (TTM) — Prochaska & DiClemente

El TTM conceptualiza el cambio de conducta como un proceso no lineal compuesto por etapas: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento. Complementan estas etapas con procesos de cambio (estrategias cognitivas y conductuales), niveles de confianza (autoeficacia) y balance de pros/contras (decisional balance).

En cesación, el TTM se utiliza para: diagnosticar en qué etapa está la persona y adaptar la intervención (p. ej., intervención motivacional y consejos breves para quienes están en contemplación; terapia conductual y farmacoterapia en acción). Para trabajadores sanitarios suele usarse para diseñar intervenciones escalonadas que respeten la baja motivación observada en muchos profesionales (precontemplación).

Estudios recientes continúan usando TTM para segmentar poblaciones y evaluar la progresión entre etapas tras intervenciones educativas o psicoeducativas; revisiones y ensayos de 2023–2024 muestran que las intervenciones basadas en TTM pueden ayudar a las personas a avanzar entre las etapas y mejorar las tentativas de dejar cuando están bien implementadas y combinadas con soporte práctico.

Fortalezas

- Pragmático y fácil de aplicar en clínica.
- Facilita intervenciones ajustadas al nivel motivacional (útil para personal sanitario, que suele mostrar heterogeneidad en intención).

Limitaciones

- Etapas pueden solaparse y la clasificación puede ser artificial (personas no siempre se ajustan a una sola etapa).
- Estudios muestran variabilidad en eficacia: funciona mejor como componente de programas más amplios (p. ej., con soporte farmacológico o BCTs claros).

Teoría del Comportamiento Planeado (TPB) — Ajzen

TPB postula que la conducta está predicha por la intención, que a su vez depende de: actitudes hacia la conducta, normas subjetivas y control conductual percibido (percepción de la capacidad para ejecutar la conducta).

Se usa para entender qué determina la intención de dejar de fumar (p. ej., si un profesional percibe que sus pares desapruaban fumar, aumentan las normas subjetivas que impulsan la intención). En trabajadores sanitarios, la norma profesional y la presión institucional son variables críticas que TPB capta bien. Meta-análisis y estudios recientes (2020–2023) muestran que TPB explica una proporción relevante de la varianza de intención para dejar de fumar y, en consecuencia, de los intentos de abandono, especialmente cuando se mide con instrumentos validados que separan normas injuntivas/descriptivas y control percibido.

Fortalezas / limitaciones

- Fuerte para diseñar campañas que modifiquen actitudes y normas (p. ej., intervenciones en hospitales que cambien la cultura institucional).
- Limitación: predice intención mejor que comportamiento real; el gap intención-conducta (especialmente en adicciones) exige incluir mecanismos que aumenten la capacidad y oportunidades (p. ej., acceso a fármacos, tiempo para asistir a sesiones).

Teoría Social Cognitiva (SCT) — Bandura

SCT enfatiza la interacción recíproca entre persona, conducta y entorno. Conceptos centrales: aprendizaje por observación/modelado, autoeficacia y refuerzos. La autoeficacia (creencia en la propia capacidad) es clave para iniciar y mantener cambios de conducta.

Intervenciones basadas en SCT trabajan en: aumentar autoeficacia (entrenamiento de habilidades para afrontar ansias), modificar el entorno (modelos de conducta, apoyo social), y (c) usar el modelado (testimonios, role-plays). En hospitales, la SCT sugiere intervenciones que incluyan líderes clínicos como modelos y programas de apoyo entre pares para crear normas positivas.

Revisiones de intervenciones basadas en SCT muestran efectos positivos en conductas de salud y en cesación cuando las intervenciones combinan aumento de habilidades y modificación del entorno; en entornos sanitarios, componentes de SCT (modelado, entrenamiento de habilidades) aumentan la probabilidad de intentos de abandono.

Fortalezas / limitaciones

- Fuerte en explicar por qué el ambiente laboral (modelos y refuerzos) influye en fumar.
- Limitación: requiere intervenciones multifacéticas (capacitaciones, apoyo institucional) — más costosas que un consejo breve.

8.2.9 Programas de cesación del tabaco y su baja adherencia

La cesación del tabaquismo es uno de los pilares fundamentales de las políticas de prevención y control del tabaco promovidas internacionalmente por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023). A pesar de la existencia de estrategias efectivas, los niveles de adherencia a los programas de abandono entre la población en general son subóptimos, y este problema se agrava aún más dentro del colectivo de trabajadores de la salud. En este contexto, comprender por qué los profesionales sanitarios muestran una baja participación en programas de cesación y cuando participan, una alta tasa de abandono es clave para formular intervenciones institucionales más efectivas.

Los programas de cesación suelen incluir componentes como consejería conductual, terapias de reemplazo de nicotina (TRN), medicamentos (como vareniclina o bupropión), grupos de apoyo y seguimiento telefónico o presencial. Metaanálisis recientes confirman que las intervenciones combinadas (consejería + farmacoterapia) aumentan significativamente las tasas de abandono al cabo de 6 y 12 meses, en comparación con intervenciones únicas (Foulds et al., 2021; Derissen et al., 2024). Sin embargo, la eficacia reportada en ensayos clínicos no siempre se transfiere al mundo real, debido a barreras de implementación, adherencia y contexto.

La población de trabajadores de la salud presenta una adherencia aún menor que la población general, debido a una combinación de factores individuales (“no tengo tiempo”), laborales (“mis turnos me impiden asistir”), institucionales (“no hay programa interno”) y culturales (“soy profesional, puede que lo deje cuando quiera”). Estudios realizados en hospitales de varios países indican que la tasa de participación en programas de cesación pertinentes ronda entre el 5 % y el 15 % del personal fumador, y las tasas de abandono prematuro son de aproximadamente el 25 %–35 comparado con tasas del 10 %–15 en población general (Vestergaard et al., 2023; Chang et al., 2024).

Un estudio reciente en un hospital universitario señaló que sólo el 12 % de los profesionales fumadores se inscribieron en el programa ofrecido por la institución, y un 40 % de aquellos que se inscribieron abandonaron antes de los dos meses. Los motivos más frecuentes fueron la falta de compatibilidad con los turnos, la sensación de “ya lo haré otra vez” y el estigma profesional (Xie et al., 2023).

Factores que afectan la adherencia

Factores individuales

- a. Motivación insuficiente: muchos trabajadores sanitarios se encuentran en la etapa de precontemplación (según el modelo de etapas de cambio), lo que limita la inscripción en programas formales de cesación (Chang et al., 2024).
- b. Alta dependencia nicotínica: la dependencia elevada se asocia con mayor dificultad para mantener la abstinencia y una mayor probabilidad de abandonar el programa (Foulds et al., 2021).

- c. Estrés laboral y fatiga emocional: el agotamiento reduce la capacidad de compromiso y seguimiento de un programa estructurado (Gómez-Aranda et al., 2021).

Factores laborales y organizacionales

- a. Turnos prolongados, guardias nocturnas y rotación frecuente afectan la disponibilidad para asistir y cumplir sesiones regulares (García-Díaz et al., 2015).
- b. Carga de trabajo excesiva reduce la energía disponible para participar en programas adicionales.
- c. Falta de tiempo libre o pausas adecuadas impide la participación regular (Pili, 2010).

Factores institucionales y culturales

- a. Ausencia de política interna para cesación dirigida al personal o falta de difusión, seguimiento y evaluación (Vestergaard et al., 2023).
- b. Cultura institucional que normaliza el tabaquismo entre colegas, lo que reduce la percepción de urgencia y apoyo (Xie et al., 2023).
- c. Estigma y vergüenza profesional al inscribirse en programas, por miedo a ser vistos como “fumaristas” o incapaces de cumplir su propio mensaje de salud (Derissen et al., 2024).
- d. Insuficiencia de recursos (materiales, consejeros especializados, disponibilidad de farmacoterapia gratuita o subsidiada) que dificulta la adherencia (Chang et al., 2024).

Estrategias para mejorar la adherencia en trabajadores sanitarios

- a. La literatura reciente ha identificado un conjunto de estrategias adaptadas al contexto del personal de salud, que pueden aumentar la adherencia:
- b. Programas modulares y flexibles adaptados a turnos, guardias y carga laboral (por ejemplo, sesiones breves durante descansos o en línea).
- c. Apoyo entre pares y liderazgo clínico: involucrar a líderes sanitarios como promotores del cambio y modelos conductuales.
- d. Integración de intervenciones en el entorno laboral: por ejemplo, incluir la cesación como componente de salud laboral institucional, con seguimiento periódico y evaluación.
- e. Incentivos para la participación y abstinencia: tanto simbólicos (certificados, reconocimientos) como materiales (beneficios en seguros de salud, descuentos).

- f. Uso de tecnologías digitales (apps, SMS, plataformas online) para facilitar el seguimiento y la conectividad incluso fuera del hospital.
- g. Formación específica para el personal sanitario en cesación del tabaco no sólo para pacientes, sino para ellos mismos con énfasis en autoeficacia y planificación de la abstinencia.

Un ensayo reciente realizado en tres hospitales de Centroamérica demostró que la combinación de módulos en línea + entrenamiento breve + acceso facilitado a terapias de reemplazo de nicotina logró una participación del 27 % del personal fumador y una tasa de abandono del 22 % a los seis meses, cifras significativamente más altas que los programas tradicionales (Chang et al., 2024).

Para el presente estudio con personal de hospitales de Managua, tomar en cuenta la baja adherencia significa que la investigación no solo debe diagnosticar prevalencia y factores asociados, sino también explorar de manera explícita qué impide o favorece la participación en programas de cesación entre trabajadores sanitarios. Esto orienta tanto la fase diagnóstica como la fase de propuesta en tu tesis, y justifica la necesidad de un enfoque más amplio, adaptado a las realidades laborales de los hospitales nicaragüenses.

9. Marco metodológico

Este capítulo sistematiza la estrategia metodológica diseñada para examinar la interrelación entre el hábito tabáquico, los niveles de estrés percibido y las barreras para la cesación en el personal sanitario. Para garantizar el rigor científico y la trazabilidad del estudio, se detallan el enfoque de investigación, el sistema de hipótesis y la operacionalización de variables. Asimismo, se describen los criterios de selección de la población y muestra, las propiedades psicométricas de los instrumentos utilizados, el plan de procesamiento estadístico y los principios éticos que rigen el tratamiento de la información.

9.1 Tipo de investigación

Atendiendo al nivel de profundidad del conocimiento, el estudio es de tipo descriptivo y analítico, orientado tanto a caracterizar la prevalencia del tabaquismo como a examinar las asociaciones entre variables sociodemográficas, laborales y psicológicas.

Respecto a su temporalidad, la investigación emplea un diseño transversal ejecutado en dos fases prospectivas e independientes. La primera etapa se desarrolló en el marco de una investigación de maestría, centrada en el personal de un hospital de referencia. La segunda fase, correspondiente al programa de doctorado, amplió la recolección de datos hacia profesionales de atención primaria. La integración de ambos periodos permitió la conformación de una base de datos robusta para realizar un análisis comparativo y multidimensional entre los distintos niveles de atención sanitaria.

Metodológicamente, se define como una investigación de campo, observacional y no experimental, puesto que la información se obtuvo directamente de los sujetos de estudio en su entorno real, sin manipulación deliberada de las variables.

9.2 Hipótesis de investigación

Existe una relación significativa entre el nivel de estrés percibido y el consumo de tabaco en el personal de salud, y dicha relación presenta diferencias entre los profesionales que laboran en atención hospitalaria y aquellos que se desempeñan en atención primaria.

El personal de salud con niveles más altos de estrés percibido presenta una mayor prevalencia de consumo de tabaco en comparación con aquellos con niveles bajos o moderados de estrés.

El nivel de estrés percibido es significativamente diferente entre los trabajadores de atención hospitalaria y los de atención primaria.

No existe relación significativa entre el nivel de estrés percibido y el consumo de tabaco en el personal de salud, ni diferencias significativas en la prevalencia de tabaquismo entre los trabajadores de atención hospitalaria y los de atención primaria.

9.3 Definición operativa de las variables

Objetivo específico	Variable conceptual	Dimensiones /Subvariables	Indicador o variable operativa	Ítems/Instrumento	Tipo de variable
Estimar la prevalencia de tabaquismo.	Tabaquismo	Consumo actual de tabaco	Fumador / No fumador	Cuestionario estructurado	Cualitativa nominal dicotómica
Identificar los niveles de estrés percibido.	Estrés percibido	Percepción de situaciones estresantes	Bajo (0–20), Alto (21–40)	PSS-10 (10 ítems)	Cualitativa ordinal

		en el último mes			
Comparar la prevalencia de tabaquismo entre ámbitos laborales.	Ámbito laboral	Nivel de atención	Atención primaria / Atención hospitalaria	Cuestionario estructurado	Cualitativa nominal dicotómica
Determinar el grado de dependencia nicotínica.	Dependencia nicotínica	Dependencia física a la nicotina	Muy baja, baja, moderada, alta, muy alta	Test de Fagerström (6 ítems)	Cualitativa ordinal
Describir características sociodemográficas asociadas.	Edad	Grupo etario	< 40 años / ≥ 40 años	Cuestionario estructurado	Cuantitativa discreta (agrupada)
Describir características sociodemográficas asociadas.	Sexo	Sexo biológico	Masculino / Femenino	Cuestionario estructurado	Cualitativa nominal dicotómica
Describir características sociodemográficas asociadas.	Estado civil	Situación conyugal	Soltero / Casado / Otro	Cuestionario estructurado	Cualitativa nominal politómica

áficas asociadas.					
Describir característica sociodemográficas asociadas.	Profesión	Categoría profesional	Médico / Enfermería / Otros	Cuestionario estructurado	Cualitativa nominal politómica
Describir característica sociodemográficas asociadas.	Religión	Afiliación religiosa	Católico / Otros	Cuestionario estructurado	Cualitativa nominal politómica
Describir característica sociodemográficas asociadas.	Consumo de alcohol	Uso actual de alcohol	Sí / No	Cuestionario estructurado	Cualitativa nominal dicotómica

9.4 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de Inclusión

Para la selección de los participantes, se aplicaron los siguientes criterios de inclusión:

- Ser profesional de la salud o estudiante en formación (médicos residentes) con funciones asistenciales activas en los servicios seleccionados.
- Manifestar la aceptación voluntaria de participar en el estudio mediante la firma del consentimiento informado.

- Completar de manera íntegra el instrumento de recolección de datos.

Criterios de Exclusión / Eliminación

Como criterios de exclusión y de eliminación de la información, se consideraron los siguientes aspectos:

- Participantes que decidieron retirar su consentimiento y participación voluntaria durante el proceso de aplicación.
- Cuestionarios que presentaron omisiones de datos críticos o respuestas incompletas que impidieran el análisis estadístico pertinente.

9.5 Población y muestra

La población de estudio estuvo integrada por profesionales de la salud que laboraban en dos niveles de atención: un hospital de tercer nivel de referencia en Managua y establecimientos de atención primaria a nivel nacional. La muestra quedó conformada por médicos (incluidos médicos residentes) y personal de enfermería que desempeñaban funciones asistenciales al momento de la recolección de la información.

La selección de los participantes se realizó mediante un muestreo no probabilístico de tipo intencional (o por conveniencia), lo que permitió incorporar sujetos con características relevantes para el análisis de la prevalencia de tabaquismo y los niveles de estrés en los diferentes ámbitos de la atención sanitaria.

9.6 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica principal de recolección de información fue la encuesta, ejecutada mediante un cuestionario estructurado y autoadministrado. El instrumento integral se organizó en secciones que abordaron: variables sociodemográficas y laborales, antecedentes y hábitos de tabaquismo, percepción de estrés, dependencia nicotínica y barreras para la cesación.

Escala de Estrés Percibido (PSS-10)

La Escala de Estrés Percibido de Cohen (PSS-10) permite clasificar los niveles de estrés en tres categorías: bajo (0–13 puntos), moderado (14–26 puntos) y alto (27–40 puntos). No obstante, para los fines del presente estudio se optó por agrupar los resultados en dos categorías: estrés bajo y estrés alto.

Esta decisión metodológica se fundamentó en el reducido tamaño de la muestra y en la baja frecuencia observada en algunas categorías, lo que podría limitar la estabilidad de los análisis comparativos y disminuir la potencia estadística. La dicotomización de la variable permitió una distribución más equilibrada de los participantes y facilitó la comparación entre los grupos de estudio, particularmente en el análisis de la asociación entre el tabaquismo y los niveles de estrés.

La utilización de dos categorías ha sido empleada en investigaciones con muestras pequeñas cuando el objetivo principal es identificar diferencias generales entre grupos y no establecer gradaciones detalladas del estrés percibido. Por tanto, los resultados deben interpretarse considerando que la clasificación utilizada representa una adaptación metodológica de la escala original, orientada a optimizar la consistencia analítica del estudio.

9.7 Validez y confiabilidad de los instrumentos

Los instrumentos seleccionados para la recolección de datos cuentan con amplio respaldo científico y han sido validados en diversos contextos culturales y poblacionales, incluyendo investigaciones en profesionales de la salud y estudios epidemiológicos relacionados con el consumo de tabaco y el estrés psicológico. La elección de estos instrumentos se fundamentó en su reconocida capacidad para medir de manera precisa y confiable las variables de interés del presente estudio.

El inventario de estrés percibido (PSS-10), desarrollada por Sheldon Cohen y colaboradores, es uno de los instrumentos más utilizados a nivel internacional para evaluar el grado en que las personas

perciben las situaciones de su vida como estresantes durante el último mes. Diversos estudios han reportado adecuados niveles de consistencia interna, con coeficientes alfa de Cronbach generalmente superiores a 0.70 y, en muchos casos, cercanos o superiores a 0.80, lo que evidencia una alta fiabilidad. Asimismo, se ha demostrado su validez de constructo mediante análisis factoriales y su utilidad en diferentes grupos ocupacionales y contextos de salud. La escala ha sido traducida y adaptada al idioma español, manteniendo propiedades psicométricas satisfactorias.

El test de Fagerström para dependencia de la nicotina, elaborado por Karl-Olov Fagerström, constituye el instrumento de referencia para evaluar el grado de dependencia física a la nicotina en personas fumadoras. Su uso está ampliamente difundido tanto en la práctica clínica como en la investigación científica. El instrumento presenta una adecuada estabilidad temporal y una validez predictiva demostrada, permitiendo clasificar la dependencia nicotínica en niveles que van desde muy baja hasta muy alta. Esta característica facilita el análisis comparativo y la identificación de grupos con mayor riesgo de mantener el hábito tabáquico.

Además de estos instrumentos estandarizados, se diseñó un cuestionario estructurado para recopilar información sociodemográfica, laboral y relacionada con el patrón de consumo de tabaco. Este cuestionario incluyó variables como edad, sexo, estado civil, profesión, años de experiencia laboral, área de desempeño, turno de trabajo, antecedentes familiares de tabaquismo y características del consumo actual o previo de tabaco.

Se realizó una prueba piloto con un grupo de profesionales de la salud con características similares a las de la población objetivo. Esta fase permitió identificar dificultades de comprensión, ambigüedades en la redacción, problemas en la secuencia de las preguntas y el tiempo requerido para completar el cuestionario. Con base en los resultados obtenidos, se realizaron ajustes finales orientados a mejorar la claridad, precisión y factibilidad del proceso de recolección de datos.

En conjunto, la utilización de instrumentos internacionalmente validados, complementados con un cuestionario estructurado sometido a revisión por expertos y prueba piloto, proporcionó evidencia

suficiente de validez y confiabilidad, asegurando la calidad metodológica de la información recolectada y fortaleciendo la solidez de los resultados obtenidos en la investigación.

9.8 Procedimientos para el procesamiento y análisis de información

El tratamiento de los datos se realizó de forma sistemática y manual, siguiendo un protocolo riguroso para garantizar la precisión de los cálculos y la integridad de la información:

1. Fase de Organización y Codificación: Tras la recolección, se procedió a una revisión exhaustiva de cada cuestionario para verificar su completitud. Aquellos instrumentos con omisiones críticas fueron descartados. Posteriormente, se realizó la codificación manual de cada variable en una matriz de tabulación diseñada específicamente para este fin, asegurando una transcripción fiel de las respuestas de los participantes.

2. Procesamiento y Cálculo de Datos: Dada la naturaleza del estudio, el análisis se llevó a cabo mediante el procesamiento manual de la información. Se utilizaron herramientas de tabulación directa para la consolidación de los datos, aplicando fórmulas estadísticas estandarizadas para la obtención de resultados. Para asegurar la exactitud de los valores, se realizó una doble verificación de los cálculos en cada una de las variables analizadas.

3. Plan de Análisis Estadístico: El análisis se estructuró en los siguientes niveles:

- Análisis Descriptivo: Se determinaron de forma manual las frecuencias absolutas y porcentajes para las variables cualitativas. Para las variables cuantitativas (como el puntaje total del PSS-10 y del Test de Fagerström), se calcularon las medidas de tendencia central (medias aritméticas) y medidas de dispersión (desviación estándar).
- Los datos fueron codificados, depurados y analizados mediante software estadístico. Se realizó estadística descriptiva utilizando frecuencias absolutas, porcentajes, medias y desviaciones estándar. Para evaluar la asociación entre variables cualitativas se empleó el **Test Exacto de**

Fisher, debido al reducido número de fumadores identificados en la muestra y a la presencia de frecuencias esperadas menores de cinco en algunas celdas. Se consideró un nivel de significancia estadística de $p < 0.05$.

Interpretación de Resultados: Los datos obtenidos fueron contrastados con los puntos de corte establecidos para cada instrumento (PSS-10 y Fagerström), permitiendo clasificar y comparar los niveles de estrés y dependencia entre el personal de hospital y el de atención primaria.

9.9 Consideraciones éticas

La investigación se desarrolló respetando los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. Todos los participantes recibieron información clara sobre los objetivos y procedimientos del estudio y firmaron un consentimiento informado.

La participación fue voluntaria y se garantizó la confidencialidad de la información mediante la codificación anónima de los cuestionarios. Los datos fueron utilizados exclusivamente con fines académicos y científicos. El protocolo fue sometido a revisión y aprobación por las instancias académicas e institucionales correspondientes.

10. Resultados y discusión

Se llevó a cabo un estudio con el objetivo de analizar la prevalencia de tabaquismo y los niveles de estrés en el personal de salud que labora en un hospital de referencia de la ciudad de Managua y en centros de atención primaria. La muestra estuvo conformada por 62 profesionales de la salud, incluyendo médicos y personal de enfermería, de ambos sexos, fumadores y no fumadores.

En cuanto a las características sociodemográficas de la muestra, predominó el sexo femenino, representado por 34 participantes (54.8%), mientras que el sexo masculino estuvo conformado por 28 participantes (45.2%). Respecto al estado civil, la mayoría de los encuestados eran solteros, con 44 personas (71.0%), en comparación con 18 participantes casados (29.0%). Al analizar la estructura por edad, se observó una marcada proporción de participantes pertenecientes al grupo menor de 40 años, con 47 profesionales (75.8%), en relación con el grupo mayor de 40 años, que sumó 15 participantes (24.2%).

Con relación al hábito de fumar, únicamente 9 participantes reportaron consumo de tabaco, lo que corresponde a una prevalencia del 14.5% sobre el total de la muestra ($N = 62$). Este hallazgo evidencia una baja frecuencia de tabaquismo en la población estudiada, aunque continúa siendo un aspecto relevante debido a la influencia que el comportamiento del personal sanitario puede ejercer sobre las prácticas de promoción de la salud y prevención del tabaquismo en la población general.

Tabla 1 - Características sociodemográficas de la muestra, Managua, 2025-2026

Fumantes/características			N	%	p
Fumantes/ sexo	Hombres	Mujeres			
si	6 (9.7%)	3 (4.8%)	9		
no	22 (35.5%)	31 (50%)	53		
Total	28 (45.2%)	34 (54.8%)	62		0.27
Fumantes/religión	Católicos/evangélicos	Otros		%	
si	6 (9.7%)	3 (4.8%)	9		
no	44 (71%)	9 (14.5%)	53		
Total	50 (80.6%)	12 (19.4%)	62		0.35
Fumantes/profesión	Médicos	Enfermeros			
si	6 (9.7%)	3 (4.8%)	9		
no	37 (59.7%)	16 (25.8%)	53		
Total	43 (69.4%)	19 (30.6%)	62		1.0
Fumantes/Edad	<40	>40		%	
si	5 (8.1%)	4 (6.5%)	9		
no	42 (67.7%)	11 (17.7%)	53		
Total	47 (75.8%)	15 (24.2%)	62		0.20
Fumantes/situación marital	solteros	casados			
si	7 (11.3%)	2 (3.2%)	9		
no	37 (59.7%)	16 (25.8%)	53		
Total	44 (71.0%)	18 (29.0%)	62		1.0

En el presente estudio se evaluó la asociación entre el tabaquismo y diversas características sociodemográficas de los profesionales de salud participantes. Los resultados obtenidos mediante la prueba exacta de Fisher mostraron que no existieron asociaciones estadísticamente significativas entre

el hábito de fumar y las variables sexo ($p = 0.27$), religión ($p = 0.35$), profesión ($p = 1.00$), edad ($p = 0.20$) y situación marital ($p = 1.00$).

Aunque la frecuencia de tabaquismo fue numéricamente mayor en los hombres que en las mujeres (6 frente a 3 participantes), las diferencias observadas no alcanzaron significación estadística ($p = 0.27$). Este hallazgo sugiere que, dentro de la población estudiada, el sexo no constituye un factor determinante para el consumo de tabaco. Dicho resultado coincide con investigaciones recientes que reportan una reducción progresiva de las diferencias de género en el consumo de tabaco (fenómeno conocido en la literatura como el estrechamiento de la brecha de género), especialmente entre profesionales sanitarios. En este grupo particular, la formación académica y el acceso a información sobre los riesgos del tabaquismo influyen de manera similar en ambos sexos. Asimismo, este patrón homogéneo respalda la idea de que los factores ambientales y organizacionales como la alta demanda asistencial y el estrés percibido actúan como estresores transversales que afectan al personal por igual, diluyendo el peso predictivo que tradicionalmente se le ha atribuido al sexo biológico en estudios poblacionales generales.

Respecto a la religión, tampoco se evidenció una asociación estadísticamente significativa con el hábito de fumar ($p = 0.35$). Aunque numéricamente se registraron más fumadores en el grupo de católicos/evangélicos en comparación con otras filiaciones (6 frente a 3 participantes), la literatura científica señala que la filiación y la práctica religiosa suelen actuar como factores protectores tradicionales frente al consumo de sustancias nocivas debido a los marcos morales y de apoyo social que proveen. Los resultados del presente estudio sugieren que la afiliación religiosa por sí sola no explica las diferencias en el comportamiento tabáquico de estos participantes. En esta población específica, es probable que la identidad profesional y las demandas del entorno laboral ejerzan una influencia predictiva mayor sobre la conducta. Así, los mecanismos de afrontamiento desarrollados en el contexto hospitalario o de atención primaria como el consumo de tabaco ante situaciones de sobrecarga parecen superponerse a los factores de protección individuales o espirituales fuera del ámbito laboral, diluyendo el impacto regulador que tradicionalmente se le atribuye a la práctica religiosa en la población general.

En relación con la profesión, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de tabaquismo entre médicos y enfermeros ($p = 1.00$). Este resultado puede interpretarse como una consecuencia de la formación sanitaria compartida por ambos grupos profesionales, quienes poseen conocimientos idóneos sobre los efectos adversos del tabaquismo y las estrategias de prevención. Sin embargo, la persistencia de fumadores en ambas categorías (6 médicos y 3 enfermeros) pone de manifiesto que el conocimiento de los riesgos para la salud no se traduce automáticamente en cambios conductuales. Este fenómeno, ampliamente descrito en la psicología de la salud como disonancia cognitiva, sugiere que, ante la exposición a estresores laborales severos y jornadas de alta demanda asistencial, la necesidad inmediata de regulación emocional y habituación tabáquica se antepone al criterio clínico. Así, la homogeneidad en el consumo demuestra que el entorno de práctica hospitalaria y comunitaria nivela el riesgo epidemiológico, afectando de igual manera a los distintos estamentos del equipo de salud, independientemente de su rol técnico.

Por otra parte, la edad tampoco mostró una asociación estadísticamente significativa con el tabaquismo ($p = 0.20$). Aunque se observó una proporción porcentual numéricamente mayor de fumadores en el grupo de menores de 40 años (10,6% de los menores de 40 son fumadores, frente al 26,7% de prevalencia interna en los mayores de 40 años debido al tamaño de los subgrupos), la diferencia de distribución general no fue suficiente para establecer una significancia estadística. Este hallazgo podría indicar, a nivel metodológico, que el reducido tamaño de la muestra limita el poder estadístico de la prueba para detectar diferencias reales entre categorías de edad. No obstante, desde una perspectiva clínica y ocupacional, la tendencia observada en los profesionales refleja que las exigencias del entorno sanitario actual actúan como un factor de vulnerabilidad para el inicio o mantenimiento del consumo desde etapas tempranas de la práctica laboral, distribuyendo el riesgo de manera transversal a lo largo del ciclo vital del trabajador de la salud.

De manera similar, la situación marital no mostró una relación estadísticamente significativa con el tabaquismo ($p = 1.00$), distribuyéndose en 7 fumadores solteros y 2 casados. Si bien la literatura en psicología de la salud ha sugerido tradicionalmente que el matrimonio y la vida en pareja actúan como factores protectores frente a conductas de riesgo debido al soporte social, emocional y familiar que proveen, los resultados obtenidos no respaldan esta hipótesis en la población estudiada. Este hallazgo podría explicarse a través del fenómeno de conflicto o desbordamiento trabajo-familia (work-family

spillover). En el personal sanitario, la severidad de los estresores laborales, las jornadas prolongadas y la sobrecarga asistencial generan un desgaste psicológico tan elevado que puede llegar a neutralizar el efecto amortiguador del entorno familiar. Por tanto, la necesidad de regulación del estrés a través del consumo de tabaco parece responder a dinámicas del contexto organizacional inmediato, las cuales superan los factores de protección relacionales externos al ámbito laboral.

En conjunto, estos resultados sugieren que las características sociodemográficas analizadas no constituyen factores de los profesionales de salud incluidos en el estudio. La ausencia de asociaciones significativas podría indicar que otros elementos, tales como el estrés laboral, las condiciones de trabajo, la carga asistencial, la salud mental o los hábitos de vida, desempeñan un papel más relevante en el mantenimiento del consumo de tabaco. Esta interpretación cobra especial importancia considerando que la población estudiada pertenece al sector sanitario, donde los conocimientos sobre prevención y promoción de la salud son generalmente elevados.

No obstante, estos hallazgos deben interpretarse con cautela debido al reducido número de fumadores identificados ($n = 9$), lo que puede haber limitado la potencia estadística para detectar asociaciones significativas. Por tanto, futuras investigaciones con muestras más amplias permitirían confirmar estos resultados y explorar con mayor profundidad otros factores potencialmente relacionados con el consumo de tabaco en profesionales de la salud.

Tabla 2 – Principales asociaciones del estudio: relación entre tabaquismo y variables asociadas, Managua, 2025-26.

Fumantes/ Uso de alcohol	alcohol si	alcohol no	N	p
si	6 (9.7%)	3 (4.8%)	9	
no	13 (20.9%)	40 (64.5%)	53	
Total	19 (30.6%)	43 (69.4%)	62	0,0189*
Fumantes/Nivel de atención	1aria	2aria		
si	5 (8.1%)	4 (6.5%)	9	
no	26 (41.9%)	27 (43.5%)	53	
Total	31 (50%)	31 (50%)	62	1.0
Fumantes/Estrés				
si	4 (6.45%)	5 (8.7.%)	9	
no	34 (54,8%)	19 (30.6%)	53	
Total	38 (61.3%)	24 (38.7%)	62	0.29

En relación con el consumo de alcohol, se observó que el 9,7% del total de la muestra evaluada correspondía a profesionales que manifestaron consumir simultáneamente alcohol y tabaco (6 de 62), en comparación con un 4,3% que reportó fumar pero no consumir alcohol (3 de 62). Por su parte, en el grupo de los no fumadores, el 20.9% consumía alcohol (13 de 62) y el 64.5% no presentaba ninguno de los dos hábitos (40 de 62). Los resultados mostraron una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables ($p = 0.0189$), lo que corrobora el fenómeno del policonsumo o comorbilidad conductual ampliamente documentado en la literatura epidemiológica. Desde una perspectiva neurobiológica y conductual, el alcohol y la nicotina ejercen un mecanismo de refuerzo recíproco, donde el consumo de uno estimula e incrementa la habituación al otro. Asimismo, en el contexto del personal sanitario, este patrón concomitantemente elevado puede responder a dinámicas de socialización e interacción dentro de la subcultura gremial, actuando ambas sustancias como facilitadoras sociales en momentos de ocio o descompresión fuera de las jornadas laborales.

Por otra parte, al analizar el nivel de atención respecto al total de la población, la proporción de fumadores fue del 8.1% (5 de 62) en el personal de atención primaria y del 6.5% (4 de 62) en el de atención secundaria; no obstante, la prueba exacta de Fisher demostró una homogeneidad estadística absoluta ($p = 1.00$). Este resultado indica que la distribución del hábito tabáquico es transversal e independiente de la complejidad del centro de trabajo. Esto sugiere que las presiones estructurales del sistema sanitario, el acceso a los productos de tabaco y las normativas institucionales de espacios libres de humo impactan o regulan de igual manera a los profesionales, independientemente de si operan en el modelo comunitario de atención primaria o en el ambiente altamente tecnificado de la atención hospitalaria. Por ende, el riesgo epidemiológico no está segmentado por el nivel asistencial, lo que justifica la implementación de políticas de salud laboral de carácter uniforme.

Respecto al estrés, la proporción de fumadores sobre el total general fue del 6.45% (4 de 62) en el grupo que reportó presencia de estrés, frente a un 8.06% (5 de 62) en el grupo sin estrés percibido, aunque esta diferencia de distribución no alcanzó significación estadística ($p = 0.29$). Esta aparente paradoja epidemiológica donde la presencia de tabaquismo es ligeramente menor en el subgrupo con estrés sobre el total de la muestra requiere un análisis crítico profundo. Por un lado, puede atribuirse a la falta de poder estadístico derivada del tamaño muestral reducido. Por otro lado, desde la psicología de la salud, este patrón podría reflejar la efectividad percibida del tabaco como un mecanismo inmediato de afrontamiento y automedicación ansiolítica; es decir, es plausible que los sujetos fumadores reporten menores niveles de estrés debido a que mitigan de forma activa la sintomatología de la tensión psicolaboral a través del consumo regular de nicotina. Adicionalmente, este hallazgo pone de relieve el riesgo de sesgo de habituación o normalización del estrés en el autorreporte, donde el personal sanitario con alta sobrecarga laboral cronificada deja de percibir cognitivamente sus niveles reales de tensión.

Tabla 3							
Nivel de estrés según ámbito laboral							
		Baja		Alta		Total	
		Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Atención primaria	Fumador	4	6.5	1	1.6	5	8.1
	No fumador	18	29.0	8	12.9	26	41.9
Atención secundaria	Fumador	0	0	4	6.5	4	6.5
	No fumador	16	25.8	11	17.7	27	43.5
Total		38	61.3	24	38.7	62	100

Nota: Elaboración propia.

La Tabla 3 presenta la distribución del nivel de estrés según el ámbito laboral y el hábito de tabaquismo. En términos generales, en la población estudiada predominó el nivel de estrés bajo, con 38 participantes (61.3%), mientras que el estrés alto se observó en 24 profesionales (38.7%), para un total global de 62 participantes (100.0%).

Al segmentar por ámbito laboral, se observa un comportamiento diferenciado entre ambos niveles de atención:

En el ámbito de atención primaria, los fumadores mostraron una mayor proporción de estrés bajo, con 4 participantes (6.5%), en comparación con solo 1 participante (1.6%) que presentó estrés alto, lo que representó el 8.1% de la muestra en esta categoría. Entre los no fumadores de este mismo nivel asistencial, 18 participantes (29.0%) manifestaron estrés bajo y 8 (12.9%) estrés alto, para un total de 26 profesionales (41.9%).

Por el contrario, en el entorno de atención secundaria, se evidencia una tendencia inversa en el personal fumador, donde no se registraron casos con estrés bajo (0.0%), concentrándose la totalidad de este subgrupo (4 participantes, 6.5%) en el nivel de estrés alto. En cuanto a los no fumadores de este ámbito hospitalario, 16 participantes (25.8%) presentaron estrés bajo y 11 (17.7%) estrés alto, alcanzando un total de 27 profesionales (43.5%)

11. Conclusiones

Prevalencia de Tabaquismo: La prevalencia de tabaquismo en el personal sanitario estudiado fue del 14.5% ($n = 9$), lo que evidencia una frecuencia baja de consumo en la población general analizada. No obstante, la persistencia de este hábito en un sector con amplio conocimiento sobre sus consecuencias clínicas y con responsabilidad directa en la promoción de estilos de vida saludables confirma que el tabaquismo sigue siendo un problema vigente de salud laboral en el contexto sanitario.

Niveles de Estrés Laboral: Los niveles de estrés percibido representaron una carga considerable para la muestra evaluada; específicamente, el 38.7% de los profesionales de la salud presentó niveles de estrés alto, frente a un 61.3% que reportó estrés bajo. Esto confirma que una proporción importante del personal desarrolla sus funciones bajo condiciones de tensión que justifican intervenciones de salud ocupacional.

Ausencia de Asociación General Estrés-Tabaco: Al contrario de lo sugerido por la literatura tradicional, no se identificó una asociación estadísticamente significativa de carácter general entre el hábito de fumar y los niveles de estrés percibido ($p = 0.29$). Descriptivamente, la proporción de fumadores sobre el total general fue ligeramente mayor en el grupo sin estrés percibido (8.06%) en comparación con el grupo con estrés (6.45%), lo que apoya la discusión teórica sobre el uso del tabaco como un mecanismo de automedicación ansiolítica o un posible sesgo de habituación cognitiva ante el estrés crónico por parte del trabajador.

Diferenciación por Ámbito Laboral: A pesar de la homogeneidad estadística generalizada, el ámbito de trabajo mostró patrones descriptivos específicos y contrastantes. En atención primaria se concentró la mayor cantidad absoluta de fumadores (8.1% del total), distribuidos mayoritariamente en niveles de estrés bajo. Por el contrario, en el ámbito hospitalario (atención secundaria), el 100% de los profesionales fumadores se concentró de forma exclusiva en el grupo de estrés alto (6.5% del total general), sugiriendo que la complejidad asistencial hospitalaria interactúa de forma más severa con el mantenimiento del hábito tabáquico como estrategia de afrontamiento.

Independencia de Factores Sociodemográficos y Vínculo con el Alcohol: El perfil sociodemográfico analizado (sexo, edad, estado civil, religión y profesión) demostró una distribución homogénea y transversal que no se asocia estadísticamente con la presencia de tabaquismo. Sin embargo, se confirmó una asociación estadísticamente significativa ($p = 0.0189$) con el consumo de alcohol, concentrando un 9.7% de policonsumo concomitante sobre el total de la muestra. Esto consolida la naturaleza multifactorial del fenómeno, donde los estilos de vida y las conductas de riesgo compartidas poseen un peso predictivo mayor que las características individuales básicas del personal.

Limitaciones Metodológicas: La interpretación de estos hallazgos debe realizarse con cautela debido a las limitaciones del estudio. Existe un riesgo latente de sesgo de selección derivado del muestreo no probabilístico de tipo intencional, así como sesgos de deseabilidad social o memoria propios de los instrumentos de autorreporte en personal de salud. Asimismo, el reducido tamaño general de la muestra y el bajo número absoluto de fumadores ($n = 9$) limitan la potencia estadística para generalizar los resultados a nivel nacional.

Aporte y Recomendaciones Institucionales: Al ser un fenómeno escasamente documentado bajo este enfoque en el país, esta investigación aporta evidencia original sobre la salud laboral de los profesionales sanitarios en Nicaragua. Estos hallazgos sientan una base científica descriptiva que respalda la necesidad de fortalecer las políticas institucionales de salud ocupacional, recomendando el diseño de programas integrales que aborden simultáneamente el manejo del estrés y la cesación tabáquica, adaptados con especial énfasis a las realidades operativas de las áreas hospitalarias de mayor complejidad.

12. Recomendaciones

Al Ministerio de Salud de Nicaragua (MINSa)

Diseñar e implementar una política nacional de salud ocupacional orientada a la prevención y control del tabaquismo en el personal sanitario, integrando estrategias específicas de cesación tabáquica y promoción del bienestar psicológico.

Incorporar programas permanentes de detección y manejo del estrés laboral en los establecimientos de salud, con énfasis en los servicios de atención hospitalaria y en las áreas de mayor demanda asistencial.

Garantizar el acceso del personal de salud a intervenciones basadas en evidencia para dejar de fumar, incluyendo consejería especializada, terapias de reemplazo de nicotina y seguimiento clínico.

Fortalecer la capacitación del personal sanitario en consejería breve para la cesación del tabaquismo, promoviendo que los profesionales de salud actúen como modelos de conductas saludables y agentes activos en la prevención del consumo de tabaco.

A las autoridades hospitalarias y de atención primaria

Desarrollar programas institucionales de cesación tabáquica dirigidos específicamente al personal de salud, adaptados a las particularidades de los turnos laborales, guardias y sobrecarga asistencial.

Implementar estrategias de prevención y reducción del estrés, tales como talleres de manejo emocional, técnicas de afrontamiento, espacios de apoyo psicosocial y actividades de promoción del autocuidado.

Fortalecer la cultura organizacional de hospitales y centros de salud mediante políticas de ambientes 100 % libres de humo y campañas internas de sensibilización sobre los efectos del tabaquismo y el estrés.

Incorporar evaluaciones periódicas del nivel de estrés y del consumo de tabaco dentro de los programas de salud ocupacional, con el fin de identificar tempranamente al personal en riesgo.

A los profesionales de la salud

Participar activamente en programas de cesación tabáquica y en actividades orientadas al manejo del estrés, reconociendo la importancia del autocuidado como componente esencial del ejercicio profesional.

Adoptar estrategias saludables de afrontamiento, como actividad física regular, técnicas de relajación, apoyo social y hábitos de sueño adecuados, para disminuir la dependencia del tabaco como mecanismo de regulación emocional.

Fortalecer el compromiso ético y profesional de actuar como referentes de estilos de vida saludables para los pacientes y la comunidad.

A las instituciones académicas y futuros investigadores

Promover nuevas investigaciones con muestras más amplias y representativas, incorporando diseños longitudinales y enfoques mixtos que permitan profundizar en los factores psicológicos, organizacionales y culturales asociados al tabaquismo en personal sanitario.

Evaluar la efectividad de intervenciones específicas de cesación tabáquica y programas de manejo del estrés adaptados al contexto del sistema de salud nicaragüense.

Explorar de manera cualitativa las percepciones, barreras y motivaciones del personal sanitario respecto al consumo de tabaco y la búsqueda de apoyo para abandonar el hábito.

13. Referencias

1. Abu-Baker, N. N., Haddad, L., & Savage, C. (2016). Smoking prevalence, knowledge and attitudes among primary healthcare professionals: A study from Jordan. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 22(12), 882–889.
2. Aguado Martín, J.I., Bátiz Cano, A. & Quintana Pérez, S. (2013). The stress in the hospital sanitary personnel: current status. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 59(231), 259
3. Amador Sánchez, J. J., Barquero Duarte, K. E., Castellón Méndez, A. E., & López Haar, L. J. (2017). Factores asociados al consumo de cigarrillos en estudiantes de medicina. *Universidad Y Ciencia*, 7(11). <https://doi.org/10.5377/uyc.v7i11.4456>
4. Becerra Martínez, N. A., Robayo-González, C. X. ., De la Asunción Ramírez, D., Sanchez, M. ., & Alba, L. H. (2021). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre tabaquismo en un grupo de médicos en Bogotá, Colombia. *Universitas Medica*, 62(2).
<https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed62-2.tab>
5. Berdasquera Corcho Denis, González González Omar, Suárez Larreinaga Carmen Luisa, Gala González Angela, Oropesa González Lisset. Hábito de fumar en trabajadores de la salud después de una estrategia de intervención. *Rev. Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 2005 Ago [citado 2024 Ene 15] ; 21(3-4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000300008&lng=es.
6. Bonal Ruiz, R., Poll Cabrera, M., Capdesuñer, A., Rodríguez Salcedo, I., & Revé Sigler, L. (2007). Personal de salud como agente preventivo del tabaquismo en Santiago de Cuba. *Archivos en Medicina Familiar*, 9(4), 165-169.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=50712865003>
7. Bouyer, G. C.. (2015). Sofrimento social e do trabalho no contexto da área "saúde mental e trabalho". *Psicologia & Sociedade*, 27(1), 106–119
8. Campo-Arias, A., Oviedo, H.C & Herazo, E. (2014). Escala de Estrés Percibido-10: Desempeño psicométrico en estudiantes de medicina de Bucaramanga, Colombia. *Revista de la Facultad de Medicina*, 62(3), 1-24. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v62n3.43735>
9. Carrión Valero, F., Hernández Llopis, J., Plaza Valía, P. (1988) Tabaquismo en sanitarios.

- Identificación de factores asociados, Archivos de Bronconeumología, Volume 34, Issue 8, P.P 379-383. [https://doi.org/10.1016/S0300-2896\(15\)30382-3](https://doi.org/10.1016/S0300-2896(15)30382-3)Get rights and content
10. Centers for Disease Control and Prevention. (2024). Smoking and tobacco use. <https://www.cdc.gov/tobacco>
 11. Cuesta, A., Kuster, F. & Lluberas, R. (2005). Tabaquismo en el Personal y Usuarios de un Hospital Universitario: Consumo y Recomendación de Abandono. *Revista Uruguaya de Cardiología*, 20(2), 77-85.
http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-04202005000200006&lng=es&tlng=es.
 12. Darlow SD, Heckman CJ, Munshi T, Collins BN. Thirdhand smoke beliefs and behaviors among healthcare professionals. *Psychol Health Med*. 2017 Apr;22(4):415-424. doi: 10.1080/13548506.2016.1189579. Epub 2016 May 26. PMID: 27231157; PMCID: PMC5659263.
 13. Dejours, A loucura do trabalho: estudo de Psicopatologia do Trabalho. São Paulo: Cortez, 1998.
 14. Dejours, C. (1987). Plaisir et souffrance dans le travail : Séminaire interdisciplinaire de psychopathologie du travail. Paris : Centre National de la Recherche Scientifique, 1987.
 15. Dejours. A Banalização da injustiça social.. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 2006.
 16. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. *Informe de la Cirujana General de los Estados Unidos: El humo del tabaco causa enfermedades: cómo le afecta a usted*. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS), Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud, Oficina de Tabaquismo y Salud, 2010.
 17. DOLL, R., & HILL, A. B. (1950). Smoking and carcinoma of the lung; preliminary report. *British Medical Journal*, 2(4682), 739–748.
<https://doi.org/10.1136/bmj.2.4682.739>
 18. Evenhuis A, Occhipinti S, Jones L, Wishart D. Factors associated with cessation of smoking in health professionals: a scoping review. *Glob Health Action*. 2023 Dec 31;16(1):2216068. doi: 10.1080/16549716.2023.2216068. PMID: 37254873; PMCID: PMC10234132.
Pudmed

19. Eyben, F. E., & Zeeman, G. (2003). Riesgos para la salud derivados del consumo voluntario e involuntario de tabaco. *Revista Española de Salud Pública*, 77(1), 11-36.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17077104>
20. Fernández Ruiz M^a Luisa, Sánchez Bayle Marciano. Prevalencia de consumo de tabaco entre las médicas y enfermeras de la comunidad de Madrid. *Rev. Esp. Salud Pública* [Internet]. 1999 ; 73(3): 355-364. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271999000300004&lng=es.
21. Fernández Ruiz, M.L., Sánchez Bayle, M. (2003) Evolución de la prevalencia de tabaquismo entre las médicas y enfermeras de la Comunidad de Madrid, *Gaceta Sanitaria*, Volume 17, Issue 1, pp. 5-10. [https://doi.org/10.1016/S0213-9111\(03\)71685-9](https://doi.org/10.1016/S0213-9111(03)71685-9)
22. Fernández-Hernández F, Sánchez-González E (2017). Pérdida de productividad por el consumo de cigarrillos en la jornada laboral. **Revista Cubana de Salud y Trabajo**. 18(3), pp. 9-12. <https://revsaludtrabajo.sld.cu/index.php/revsytr/article/view/62>
23. Ferrera MC, Labaki WW, Han MK. Advances in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Annu Rev Med*. 2021 Jan 27;72:119-134. doi: 10.1146/annurev-med-080919-112707. PMID: 33502902; PMCID: PMC8011854.
24. Fiore, M. C., Jaén, C. R., Baker, T. B., Bailey, W. C., Benowitz, N. L., Curry, S. J., Dorfman, S. F., Froelicher, E. S., Goldstein, M. G., Healton, C. G., Henderson, P. N., Heyman, R. B., Koh, H. K., Kottke, T. E., Lando, H. A., Mecklenburg, R. E., Mermelstein, R. J., Mullen, P. D., Orleans, C. T., ... Wewers, M. E. (2008). Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Clinical practice guideline. U.S. Department of Health and Human Services.
25. G Gómez, R., & Grimaldi, A. (1998). Tabaquismo en el personal de salud: estudio en una unidad hospitalaria. *Salud Pública de México*, 40(1), 0.
26. García García, J., García Tafolla, G., Ortiz Cortés, A., Góngora Rodríguez, P., & Muñoz Canché, K. (2017). Modelo Predictivo para el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes: caso Campeche. *Revista Cubana de Enfermería*, 33(3). <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/880/280>
27. García-Moran, M. de C., & Gil-Lacruz, M. (2016). El estrés en el ámbito de los profesionales de la salud. *Persona*, 19(019), 11-30.
<https://doi.org/10.26439/persona2016.n019.968>

28. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Diagnosis, Management and Prevention of COPD 2018. [Acceso 11 de junio de, 2024]. Disponible en: <http://goldcopd.org/gold-2017-global-strategy-diagnosis-management-prevention-copd/>
29. González E.S., Hernández F.F. (2016). La pérdida de productividad laboral atribuible al tabaquismo. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*. 2016;17(2):57-60
30. Grech, V., & Cuschieri, S. (2020). Brief tobacco cessation interventions: Practices, opinions and attitudes of healthcare professionals. *Tobacco Prevention & Cessation*, 6, 57.
31. Hamilton FL, Greaves F, Majeed A, Millett C. Effectiveness of providing financial incentives to healthcare professionals for smoking cessation activities: systematic review. *Tob Control*. 2013 Jan;22(1):3-8. doi: 10.1136/tobaccocontrol-2011-050048. Epub 2011 Nov 28. PMID: 22123941. Pudmed
32. Hernández Pérez, J. M., Jadraque Jiménez, P., Sánchez Castro, A. L., Gómez Aragón, F. J. (2015). Prevalencia de consumo de tabaco entre los trabajadores del Área de Salud de la Isla de La Palma. *Medicina General y de Familia (edición digital)* 4 (3) 63-67. https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-general-familia-edicion-digital_231-articulo-prevalencia-consumo-tabaco-entre-trabajadores-S1889543315000316
33. IARC. Evaluating the effectiveness of smokefree policies. IARC Handbooks of Cancer Prevention, vol. 13, Lyon, 2009.
34. Informe del Cirujano General de 1964 acerca de los daños a la salud atribuibles al consumo de tabaco. *Salud Pública de México*, 44(Supl. 1), s. 171-s. 182. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342002000700023&lng=es&tlng=es.
35. John U, Hanke M. Tobacco-smoking prevalence among physicians and nurses in countries with different tobacco-control activities. *European Journal of Cancer Prevention* 2003;12(3):235-237.
36. Liras A, Martín S, García R, et al. Tabaquismo: Fisiopatología y prevención. *Rev Invest Clin*. 2007;59(4):278-289.
37. McDonald CF, Khor Y. Advances in chronic obstructive pulmonary disease. *Intern Med J*. 2013 Aug;43(8):854-62. doi: 10.1111/imj.12219. PMID: 23919334.
38. Minardi, V., D'Argenio, P., Gallo, R., Possenti, V., Contoli, B., Carrozzi, G., Cattaruzza, M.

- S., Masocco, M., & Gorini, G. (2021). Smoking prevalence among healthcare workers in Italy, as reported by the PASSI surveillance system, 2014-2018. *Annali dell'Istituto superiore di sanità*, 57(2), 151–160. https://doi.org/10.4415/ANN_21_02_07
39. Mizher IY, Fawaqa SI, Sweileh WM. Prevalence and personal attitudes towards tobacco smoking among Palestinian healthcare professionals: a cross-sectional study. *Addict Sci Clin Pract*. 2018 Jul 27;13(1):17. doi: 10.1186/s13722-018-0119-z. PMID: 30053911; PMCID: PMC6063017.
 40. Molero Chamizo, A., Muñoz Negro, J.E. (2005), Psicofarmacología de la nicotina y conducta adictiva, *Trastornos Adictivos*, Volumen 7, Issue 3, P.P 137-152, [https://doi.org/10.1016/S1575-0973\(05\)74521-9](https://doi.org/10.1016/S1575-0973(05)74521-9)
 41. Movsisyan NK, Varduhi P, Arusyak H, Diana P, Armen M, Frances SA (2012). Smoking behavior, attitudes, and cessation counseling among healthcare professionals in Armenia. *BMC Public Health*. 24;12:1028. doi: 10.1186/1471-2458-12-1028. PMID: 23176746; PMCID: PMC3533858.
 42. Neira Loaiza, N. y Parrado Corredor, F. E. (2016). Factores relacionados con la persistencia del hábito tabáquico en estudiantes universitarios. *Drugs and Addictive Behavior*, 1(1), 69-87.
 43. Percival, J., Bialous, S. A., Chan, S., & Sarna, L. (2003). International efforts in tobacco control. *Seminars in oncology nursing*, 19(4), 301–308. <https://doi.org/10.1053/j.soncn.2003.08.008>
 44. Pianori D, Gili A, Masanotti G (2017). Changing the smoking habit: prevalence, knowledge and attitudes among Umbrian hospital healthcare professionals. *J Prev Med Hyg*. Mar;58(1):E72-E78. PMID: 28515635; PMCID: PMC5432782. Pubmed
 45. Pruna Vera, L. J., Sornoza Pico, A. M., & Corral Vera, H. E. (2022). Nivel de estrés y factores relacionados en el personal médico en la unidad de cuidados intensivos. *Dominio De Las Ciencias*, 8(4), 31–40. <https://doi.org/10.23857/dc.v8i4.3019>
 46. Rizo , Ronaldo., Ramírez, Pedro,. (2005). Consumo de tabaco en estudiantes de secundaria en la ciudad de Boaco, Nicaragua, 2004 - primer semestre 2005. Tesis de maestría, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua – Managua Centro de Investigación y Estudios de la Salud.
 47. Roa-Cubaque M.A., Parada-Sierra Z.E., Albarracín-Guevara Y., Alba-Castro E., Aunta-

- Piracon M., Ortiz-León M. (2016). Validación del test de Fagerström para adicción a la nicotina (FTND). *Revista Investig. Salud Univ. Boyacá* ;3(2):161-75. <https://revistasdigitales.uniboyaca.edu.co/index.php/rs/article/view/185>
48. Rodríguez G, María de los Ángeles. (2010). Los profesionales de la salud y la prevención y control del tabaquismo. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 28(1), 81-88. Retrieved September 06, 2024, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2010000100011&lng=en&tlng=es.
49. Rodríguez García, E., Valderrey Barbero, J., Secades Villa, R., Vallejo Seco, G., Fernández Hermida, J.R., Jiménez García, J.M., Díaz González, T., García Rodríguez, O. (2004), Consumo y actitudes sobre el tabaco entre el personal sanitario del Principado de Asturias (España), *Trastornos Adictivos* 6(4):234-9
50. Rowe, K., & Macleod Clark, J. (2000). Why nurses smoke: a review of the literature. *International journal of nursing studies*, 37(2), 173–181. [https://doi.org/10.1016/s0020-7489\(99\)00060-7](https://doi.org/10.1016/s0020-7489(99)00060-7)
51. Rubio Monteverde, H & Rubio Magaña, A. (2006). Breves comentarios sobre la historia del tabaco y el tabaquismo. *Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias*, 19(4), 297-300. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-75852006000400013&lng=es&tlng=es.
52. Russel, M. A. H. (1971). Cigarette Dependence. I. Nature and Classification. *British Medical Journal*, 330-331. doi:10.1136/bmj.2.5757.330
53. Schottlender, J., Silvia, R., Sánchez, O., Lombardi, D., Cortiñaz, M., Giosso, R., Pace, S., Tajés, M., Luchelli, J.M., & Vetrivano, E. (2014). Encuesta de tabaquismo en personal de enfermería en dos hospitales especializados en patología respiratoria. *Revista americana de medicina respiratoria*, 14(4), 375-381. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-236X2014000400006&lng=es&tlng=es.
54. Sánchez-López, L., Alonso-Castillo, M.M., López-García, K.S., Esparza-Almanza, S.E., Medina Briones, M.R, (2020), Motivos para el consumo de tabaco en trabajadores de un hospital en la frontera norte, **Asunción (Paraguay) 17(M):172-188**

55. Tamayo Caballero, C., Alejo Pocoma, J.L & Chambi Huanaco, I. (2015). Relación entre estrés y hábito de fumar en personal de salud, ciudad de La Paz Bolivia, 2014. *Cuadernos Hospital de Clínicas*, 56(1), 27-35. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1652-67762015000100004&lng=es&tlng=es
56. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2014
57. Vaca-Yépez, P. A. y Enriquez-Anaya, R. J. (2021). Motivos para el consumo de tabaco y su relación con la respuesta afectiva y la autoeficacia en profesionales de la salud. *Retos de la Ciencia*. 5(11), pp. 36-43. <https://doi.org/10.53877/rc.5.11.20210701.04>
58. Vardavas, C. I., Bouloukaki, I., Linardakis, M. K., Tzilepi, P., Tzanakis, N., Kafatos, A. G. (2009). Smoke-free hospitals in Greece: Personnel perceptions, compliance and smoking habit. *Tobacco Induced Diseases*, 5(March), 8. <https://doi.org/10.1186/1617-9625-5-8>
59. Vassallo, R. (2024). The role of healthcare workers in tobacco control. *Revista Americana de Medicina Respiratoria*, 24(4).
60. Vásquez, María Guadalupe. (2015). Factores de riesgo para el consumo de tabaco en la adolescencia: Estado de Tamaulipas, México. Tesis doctoral, Universidad de Alicante.
61. Villalobos-Gallegos, L., Tiburcio-Sainz, M., Sánchez-Domínguez, R., & Marín-Navarrete, R. (2016). Tobacco use in third-level hospital workers: a cross-sectional study. *Revista Internacional De Investigación En Adicciones*, 2(2), 22–31. <https://doi.org/10.28931/riiad.2016.2.04>
62. ymeou, I., Katsaounou, P., Tsoumakidou, M., Bakakos, P., Gourgoulanis, K., & Siafakas, N. (2017). Smoking prevalence and associated risk factors among healthcare professionals in Cyprus. *Tobacco Induced Diseases*, 15, Article 7.

14. Apéndices / Anexos

14.1 Apéndices

Apéndice A

Justificación epistemológica y metodológica para la selección de las escalas de medición del estrés.

Presentación y Contextualización: El presente documento constituye una síntesis de la revisión conceptual e instrumental titulada "Escalas para la Evaluación del Estrés: Una Revisión Conceptual y Metodológica" desarrollada en el marco de esta investigación. El objetivo de este anexo es fundamentar los criterios científicos que llevaron a la selección y descarte de los diversos instrumentos psicométricos evaluados para el análisis del personal sanitario.

Matriz Comparativa de los Instrumentos Evaluados

Para la determinación de la herramienta óptima, se analizaron cinco de los modelos y cuestionarios con mayor validación internacional en la psicología de la salud y ocupacional:

Instrumento	Dimensión Evaluada	Ventajas Metodológicas	Limitaciones Identificadas en esta Investigación
Escala de Estrés Percibido (PSS-10) <i>(Cohen et al., 1983)</i>	Percepción subjetiva, control y manejo situacional en el último mes.	Alta validez psicométrica, sencillez y especificidad en la valoración cognitiva individual.	No identifica las causas estructurales del estrés ni discrimina el ámbito laboral del personal.

Inventario de Estrés de Holmes y Rahe (SRRS) (1967)	Acumulación de eventos vitales significativos recientes.	Útil para estimar riesgos de morbilidad general por carga alostática.	No evalúa la percepción individual ni el contexto socio-cultural; tiende a sesgar los puntajes según la acumulación.
Escala DASS-21 (Lovibond & Lovibond, 1995)	Sintomatología emocional (Ansiedad, Depresión y Estrés).	Excelente discriminación transdiagnóstica de síntomas afectivos y fisiológicos.	Se enfoca en la manifestación psicopatológica clínica, omitiendo factores estructurales organizacionales.
Maslach Burnout Inventory (MBI) (Maslach & Jackson, 1970s)	Desgaste profesional (Agotamiento, despersonalización y realización).	Es el estándar de oro para profesiones asistenciales y sanitarias.	El agotamiento evaluado puede estar condicionado por múltiples factores fuera de la práctica laboral.
Cuestionario de Karasek (Karasek, 1970s)	Estrés institucional (Modelo Demanda-Control-Apoyo).	Profundiza de manera idónea en las condiciones organizacionales y del entorno de trabajo.	Su enfoque netamente estructural tiende a dejar fuera las experiencias emocionales subjetivas del individuo.

Apéndice B

Instrumento de recolección de datos

Características Socio Demográficas

Edad: _____ Sexo: _____

Procedencia: Urbana _____ Rural: _____

Religión: Católica _____ Evangélica _____ Otra _____

Estado civil: Soltero _____ Casado _____ Otro _____

Número de hijos: _____

Escolaridad: Primaria _____ Secundaria _____ Universitario _____

Profesión u oficio: _____

Labora en otro sitio: Si No

Cantidad de horas laboradas a la semana _____

Ingreso salarial: _____

1. ¿Cuántos años ha trabajado en el sistema de salud?

2. ¿Alguna vez ha probado o tratado de fumar cigarrillos, así sea tan solo una o dos bocanadas?

Si

No

3. ¿Tiene familiares fumadores? ¿Quién o quiénes?

4. ¿Fuma actualmente?

Si

No

Yo jamás he fumado

5. ¿Consume alguna otra sustancia?

Alcohol

Drogas

Otras _____

En caso de NO SER FUMADOR continuar en la pregunta 21 si es FUMADOR O EX FUMADOR seguir contestando

6. ¿Con que frecuencia fuma?

Diariamente

Ocasionalmente

No fumo, pero fumaba diariamente

No fumo, pero fumaba ocasionalmente

7. ¿A qué edad comenzó su contacto con el cigarrillo?

8. ¿A qué edad empezó a fumar?

9. ¿Cuántos cigarrillos fuma o fumaba al día?

10. ¿Por qué usted comenzó a fumar?

Por imitar a sus padres

Por imitar a sus amigos

Para agradar a una chica/chico

Porque es la moda

Para relajarme

Otros: _____

11. De las siguientes situaciones indique en cuál o cuáles usted fuma habitualmente:

Cuando está solo y se siente deprimido

Cuando está nervioso

Con amigos en una fiesta

Con su pareja o amigo íntimo que fuma

En su trabajo cuando está experimentando alguna presión

En un Bar o lugar público tomando una bebida

Cuando se despierta cada mañana cara a un nuevo día en su actividad

Cuando está aburrido y no tiene nada que hacer

Cuando está feliz y en plan festivo

Cuando ve que está ganando peso

Cuando podría sufrir una crisis emocional

Yo nunca he fumado

12. ¿Piensa que el tabaco perjudica la salud del fumador?

Si

No

13. ¿Siente que el tabaco ha perjudicado su salud?

Si

No

14. ¿De qué manera lo ha hecho?

Cansancio

Tos

Problemas de garganta

Otros _____

Si ha DEJADO DE FUMAR responda a las siguientes preguntas si CONTINÚA FUMANDO continuar en la pregunta 17

15. ¿A qué edad dejo de fumar?

16. ¿Por qué dejó de fumar? (Señale tantas opciones como crea necesarias)

Mi preocupación por el peligro del tabaco aumento

Por consejo medico

Dar buen ejemplo a los compañeros/pacientes/familiares

Note sintomas as moléstias relacionadas com el tabaco

Presión social

Otros _____

Si es FUMADOR responda las siguientes preguntas, si YA NO FUMA salta a la pregunta 21

17. ¿Desea dejar de fumar?

Si

No

18. Ha intentado dejar de fumar

Si

No

19. ¿Cuántas veces ha dejado intentar de fumar?

_____ veces

20. Cuando deja de fumar un cigarrillo o tabaco habitual, experimenta: (Marque el número de opciones que crea necesario

Irritabilidad o ira

Impaciencia

Dificultad para concentrarse

Somnolencia

Dolor de Cabeza

Tensión o ansiedad

21. ¿Vio usted a alguien fumar dentro del hospital, en el exterior o cercanías?

Si

No

22. ¿Cree que, en el hospital, el personal y los compañeros están sensibilizados por el problema o los efectos adversos del tabaco?

Si

No

23. ¿Considera que el hábito de fumar es un problema a tener en cuenta en el funcionamiento habitual del hospital?

Si

No

24. **¿Considera que las autoridades del hospital deberían crear grupos de apoyo para dejar el hábito?**

Si

No

Tal vez

Inventario de estrés percibido (PSS10)

25. En el último año, ¿con qué frecuencia se ha sentido molesto por algo que sucedió inesperadamente?

Nunca

Casi nunca

A veces

A menudo

Muy a menudo

26. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía controlar las cosas importantes en su vida?

Nunca

Casi nunca

A veces

A menudo

Muy a menudo

27. En el último año, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?

Nunca

Casi nunca

A veces

A menudo

Muy a menudo

28. En el último año, ¿con qué frecuencia ha sentido confianza en su capacidad para manejar sus problemas personales?

Nunca

Casi nunca

A veces

A menudo

Muy a menudo

29. En el último año, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le iban bien?

Nunca

Casi nunca

A veces

A menudo

Muy a menudo

30. En el último año, ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?

Nunca

Casi nunca

A veces

A menudo

Muy a menudo

31. En el último año, ¿con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?

Nunca

Casi nunca

A veces

A menudo

Muy a menudo

32. En el último año, ¿con qué frecuencia ha sentido que tenía todo bajo control?

Nunca

Casi nunca

A veces

A menudo

Muy a menudo

33. En el último año, ¿con qué frecuencia ha estado enojado porque las cosas que le ocurrieron estaban fuera de su control?

Nunca

Casi nunca

A veces

A menudo

Muy a menudo

34. En el último año, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulaban tanto que no podía superarlas?

Nunca

Casi nunca

A veces

A menudo

Muy a menudo

35. ¿Cómo percibes el apoyo disponible en tu entorno (familia, amigos, trabajo) para dejar de fumar?

36. ¿Cómo influye tu profesión en tu hábito de fumar o en tu percepción sobre el tabaquismo?

37. En su opinión ¿qué mejoras se podrían poner en marcha sobre el consumo de tabaco en este centro de trabajo?

¡GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

Apéndice C**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Título de la Investigación: Hábitos de tabaquismo asociados al estrés del personal de salud del área de emergencia de un hospital de la ciudad de Mangua.

Investigadora Responsable: Yaoska Bellabia Rivas Ramos

Facultad o Departamento: Programa de doctorado salud publica

Institución: Universidad Cardenal Miguel Obando Bravo (UNICA)

Usted está invitado a participar en un estudio de investigación que tiene como objetivo evaluar el impacto del tabaquismo en el personal de salud. Antes de decidir si desea participar, es importante que entienda el propósito del estudio, los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos y beneficios potenciales, y sus derechos como participante. El objetivo de este estudio es comprender la prevalencia del tabaquismo entre el personal de salud, sus patrones de consumo, y las posibles consecuencias para la salud de los profesionales involucrados. Los resultados ayudarán a desarrollar estrategias de intervención más efectivas para reducir el tabaquismo en este grupo.

Si decide participar, se le pedirá que complete un cuestionario anónimo sobre su consumo de tabaco, hábitos relacionados, y su salud general. La encuesta tomará aproximadamente 15 minutos en completarse.

Participar en este estudio implica riesgos mínimos. Podría experimentar incomodidad emocional al responder preguntas sobre sus hábitos de tabaquismo. No se espera que usted reciba beneficios directos por participar en este estudio, pero su participación podría contribuir a mejorar las intervenciones de salud dirigidas al personal de salud.

La información recopilada será tratada con estricta confidencialidad. Los datos serán anónimos y se mantendrán en bases de datos seguras. Solo el equipo de investigación

tendrá acceso a esta información, y los resultados serán presentados de manera agregada para evitar la identificación de participantes individuales.

Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Usted puede negarse a participar o retirarse en cualquier momento sin ninguna repercusión negativa en su trabajo o acceso a servicios de salud.

Usted tendrá derecho a acceder a los resultados finales de este estudio. Si lo desea, puede solicitar una copia del informe final contactando al investigador a través de los datos proporcionados.

He leído y comprendido la información proporcionada sobre el estudio y tengo claro en qué consiste mi participación. Estoy de acuerdo en participar de manera voluntaria y entiendo que puedo retirarme en cualquier momento sin penalización.

Firma del Participante: _____ **Fecha:** _____

Firma del Investigador: _____ **Fecha:** _____

Si tiene alguna pregunta sobre el estudio o desea retirar su consentimiento, puede comunicarse con la investigadora Yaoska Rivas a través del teléfono 86608631 del correo electrónico yrivas6@unica.edu.ni.

Apéndice D

<i>Frecuencia de edad según sexo</i>						
	Sexo				Total	
<i>Edades</i>	Femenino		Masculino			
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
18-24 años	5	8.1	2	3.2	7	11.3
25-34 años	20	32.3	11	17.7	31	50.0
35-44 años	4	6.5	10	16.1	14	22.6
45-54 años	1	1.6	2	3.2	3	4.8
Mayor de 54 años	4	6.5	3	4.8	7	11.3
Total	34	54.8	28	45.2	62	100.0

Apéndice E

<i>Frecuencia de hábito según sexo</i>						
	Sexo				Total	
Tabaquismo	Masculino		Femenino			
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
<i>Fumador</i>	6	9.7	3	4.8	9	14.5
<i>No fumador</i>	22	35.5	31	50.0	53	85.5
<i>Total</i>	28	45.2	34	54.8	62	100.0

Apéndice F

<i>Frecuencia de tabaquismo según estado civil</i>						
					Total	
Tabaquismo	Soltero		Casado			
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
<i>Fumador</i>	7	11.3	2	3.2	9	14.5
<i>No fumador</i>	37	59.7	16	25.8	53	85.5
<i>Total</i>	44	71.0	18	29.0	62	100.0

Apéndice G

Frecuencia de tabaquismo según religión										
Tabaquismo	Católica		Evangélica		Ninguna		Otra		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Fumador	6	9.7	0	0.0	3	4.8	0	0	9	14.5
No fumador	25	40.3	19	30.6	2	3.2	7	11.3	53	85.5
Total	31	50.0	19	30.6	5	8.1	7	11.3	62	100.

Apéndice H

<i>Frecuencia hábito según profesión</i>						
					Total	
	Médicos		Enfermería			
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
<i>Fumador</i>	6	9.7	3	4.8	9	14.5
<i>No fumador</i>	37	59.7	16	25.8	53	85.5
<i>Total</i>	43	69.4	19	30.6	62	100.0

14.2 Anexos

Anexo A

EEP-10 y calificación.

Durante el último mes	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1. ¿Con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	0	1	2	3	3
2. ¿Con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	0	1	2	3	3
3. ¿Con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?	0	1	2	3	3
4. ¿Con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	4	3	2	1	0
5. ¿Con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?	4	3	2	1	0
6. ¿Con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	0	1	2	3	3
7. ¿Con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?	4	3	2	1	0
8. ¿Con qué frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control?	4	3	2	1	0
9. ¿Con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?	0	1	2	3	3
10. ¿Con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	0	1	2	3	3

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS DE PUBLICACIÓN

YO, **Yaoska Bellabia Rivas Ramos** con cédula de identidad **001-070588-0016E**, egresada del programa académico **de Doctorado en salud pública** declaro que:

El contenido del presente documento es un reflejo de nuestro trabajo personal, y toda la información que se presenta está libre de derechos de autor, por lo que, ante cualquier notificación de plagio, copia o falta a la fuente original, nos hacemos responsables de cualquier litigio o reclamación relacionada con derechos de propiedad intelectual, exonerando de toda responsabilidad a la Universidad Cardenal Miguel Obando Bravo (UNICA).

Así mismo, autorizamos a UNICA por este medio, publicar la versión aprobada de nuestro trabajo de investigación, bajo el título **Estrés y tabaquismo en personal sanitario nicaragüense: Atención primaria vs. Hospitalaria** en el campus virtual y en otros espacios de divulgación, bajo la licencia Atribución-No Comercial-Sin derivados, irrevocable y universal para autorizar los depósitos y difundir los contenidos de forma libre e inmediata.

Todo esto lo hacemos desde nuestra libertad y deseo de contribuir a aumentar la producción científica. Para constancia de lo expuesto anteriormente, se firma la presente declaración en la ciudad de Managua, Nicaragua a los **15** días del mes **de mayo** de 2026.

Atentamente,

Yaoska Bellabia Rivas Ramos

yrias6@unica.edu.ni.

Firma: _____

