

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

TITULO DEL TRABAJO

ESTUDIO DE PREVALENCIA DEL CONSUMO DE TABACO EN LOS TRABAJADORES DE UN HOSPITAL DEL SACYL, MOTIVACION PARA ABORDAR EL ABANDONO DEL TABAQUISMO Y DEPENDENCIA

PROMOCION

Proyecto de Investigación promovido por la Asociación Española de Enfermería Y Salud, en colaboración con Complejo Asistencial de León y la Universidad de León.

<u>ÍNDICE</u>	Páginas
1. Antecedentes	1
2. Justificación	2
3. Hipótesis	3
4. Objetivos	3
4.1. Objetivo General	3
4.2. Objetivos Específicos	3
5. Metodología	4
5.1. Tipo de Estudio	4
5.2. Ámbito de la Investigación	4
5.2.1. Ámbito Poblacional	4
5.2.2. Ámbito Temporal	4
5.3. Método de recogida de datos	4
5.3.1. Selección de la muestra	4
5.3.2. Tamaño de la muestra	5
5.3.3. Planificación y elaboración del cuestionario	6
5.3.4. Trabajo de campo	7
6. Análisis de la información	8
7. Ventajas del estudio	9
8. Dificultades/Limitaciones del estudio	9
9. Plan de trabajo: Etapas	9
10. Recursos	10
11. Aplicabilidad de los resultados	11
12. Consideraciones éticas	11
13. Bibliografía	12
14. Participación	14

1. **ANTECEDENTES**

El tabaquismo es responsable del 82% de las muertes por cáncer de pulmón, el 83% de las muertes por EPOC, y el 25% de las muertes debidas a enfermedades coronarias.

Se ha comprobado que más de 40 componentes del humo de tabaco son cancerígenos.

El consumo de tabaco afecta al organismo humano en múltiples facetas:

- Tiene una relación directa con la caída del cabello y la aparición de úlceras bucales y erupciones en la cara, cuero cabelludo y manos.
- Causa o agrava varias afecciones oculares. Las cataratas son un 40% más frecuentes en fumadores.
- Produce un envejecimiento prematuro de la piel.
- Las infecciones del oído medio se producen con una frecuencia tres veces superior en los fumadores, acarreado pérdida de audición.
- Se duplica el riesgo de padecer cáncer de piel.
- El tabaquismo va parejo con el deterioro de la dentadura.
- Además del cáncer de pulmón, el tabaco causa ENFISEMA y reduce la capacidad pulmonar.
- Se incrementa la osteoporosis, perdiendo densidad ósea, y las fracturas tardan hasta un 80% más en soldarse.
- La úlcera gástrica responde peor al tratamiento y tiende a repetirse con mayor frecuencia.
- Discromía de los dedos.
- Se produce un mayor riesgo de cáncer cervicouterino y de útero. Problemas de infertilidad en las mujeres y complicaciones durante el embarazo y el parto. Aumenta el riesgo de que el recién nacido tenga bajo peso y problemas de salud en el futuro. El aborto espontáneo y la muerte prenatal son entre 2-3 veces más frecuente.
- Acelera la frecuencia cardíaca, eleva la presión arterial y aumenta el riesgo de hipertensión y de obstrucción de las arterias, lo que puede provocar ataques cardíacos y accidentes Cerebrovasculares.
- Favorece la impotencia y la esterilidad.
- La psoriasis es entre 2 y 3 veces más frecuente en fumadores.
- El cáncer de pulmón es 22 veces mayor en los fumadores.

Se ha definido formalmente como enfermedad la adicción a la nicotina.

Desde el uno de enero de 2.006 se prohíbe por ley el consumo de tabaco en los centros de trabajo y se potencian diversas campañas para prevenir el tabaquismo, así como reducir / eliminar dicho hábito. En el entorno hospitalario todo esto adquiere un significado especial por la propia naturaleza de la institución.

En 1.999 el porcentaje de fumadores en el territorio español era del 35,7%, mientras que entre los trabajadores de los hospitales del Insalud el índice era del 38,9%, y en el Hospital de León era del 41,48%.

JUSTIFICACIÓN

El daño, tanto social (coste económico), como individual (enfermedades), por si mismo justifica cualquier medida encaminada a reducir y/o eliminar el tabaquismo.

Profundizar en el conocimiento de esta lacra social nos ayudará a perfilar y coordinar actividades tendentes a su eliminación.

Dado el papel ejemplarizante del personal del sistema sanitario público, resultaría interesante conocer en profundidad la prevalencia del tabaquismo entre los trabajadores de un hospital, coincidiendo con el primer aniversario de la aplicación de la nueva normativa que prohíbe fumar en todo el recinto hospitalario, así como la disposición hacia el abandono del hábito, sentando las bases para futuros estudios que puedan determinar la influencia de los factores y campañas destinadas hacia la reducción / eliminación del tabaquismo.

Por otro lado, el poder comparar la situación actual respecto del tabaquismo entre el personal hospitalario, con otros estudios similares nos permitirían comparar tanto el actual estado, como la evolución en los últimos 8 años, y la eficacia de las campañas realizadas en materia de prevención y disminución del tabaquismo.

Por si mismo los preocupantes resultados obtenidos en un estudio similar realizado hace 8 años, en el que la prevalencia del consumo de tabaco entre el personal hospitalario de León era un 2,58% superior al del resto de hospitales del Insalud, y un 5,78% superior al de la población general, y siendo los colectivos con mayor tasa, Enfermería y Facultativos, con un 64,7% del total de fumadores, se puede justificar la realización del presente proyecto.

3. HIPÓTESIS

Nos planteamos una Hipótesis inductiva fundada en las relaciones observadas. Patrones, tendencias y asociaciones entre fenómenos socio-profesionales que nos llevan a plantear una explicación provisional o predicción de la situación que nos interesa.

- 3.1. La tasa de tabaquismo hospitalario se ha reducido en los últimos 8 años y se mantiene en la media general.
- 3.2. La voluntad de abordar el abandono del tabaquismo hospitalario ha aumentado en los últimos ocho años.
- 3.3. Se demanda un mayor compromiso y ayuda por parte de las instituciones para abordar el abandono del tabaquismo.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo General

Identificar la prevalencia del tabaquismo entre el personal hospitalario y la predisposición para abordar su abandono, así como el grado de dependencia.

4.2. Objetivos Específicos

- Conocer las tasas de tabaquismo del personal hospitalario.
- Relacionar las tasas de tabaquismo hospitalario por sexo, edad, categoría profesional y otros aspectos sociofamiliares.
- Identificar la tasa de ex fumadores y su evolución en los últimos 8 años.
- Comparar la prevalencia del tabaquismo hospitalario con las de otros estudios similares y su evolución en los últimos 8 años.
- Analizar la predisposición para abordar el abandono del tabaquismo.
- Conocer el grado de dependencia del trabajador hospitalario fumador.
- Identificar las tasas de fumadores pasivos.

5. METODOLOGÍA

Se realizará una búsqueda exhaustiva de la bibliografía existente, aplicando una metodología formal y explícita para localizar, seleccionar, analizar y sintetizar los resultados de investigaciones previas. Se seleccionará una metodología científicamente probada y desarrollada en estudios similares, que defina:

5.1. TIPO DE ESTUDIO.- Estudio Epidemiológico, Descriptivo y Transversal.

5.2. ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN

➤ **ÁMBITO POBLACIONAL:**

Trabajadores del Hospital de León: *

Fuentes: * Departamento de Personal del Hospital de León

➤ **ÁMBITO TEMPORAL:**

3 meses

5.3. MÉTODO DE RECOGIDA DE DATOS

Atendiendo a los objetivos propuestos y a la población objeto de estudio, la forma adecuada de recoger la información necesaria es a través de una encuesta por muestreo. Las etapas a seguir son:

5.3.1. SELECCIÓN DE LA MUESTRA:

El primer paso consiste en elegir el método de muestreo adecuado para poder determinar el número de elementos de la muestra. Puesto que el estudio se va a realizar a nivel del Hospital de León y se quiere asegurar la representación en la muestra de todas las categorías profesionales, el muestreo será aleatorio estratificado, ya que es necesario emplear ponderaciones que corrijan los posibles sesgos introducidos por el hecho de que unos tengan más oportunidad de integrar la muestra que otros. Se construirán listados separados por categorías profesionales y se procederá a seleccionar submuestras en cada una de ellas. Con este diseño se intenta conseguir una muestra que tenga en sí una variabilidad similar a la de la población.

5.3.2. TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Una vez seleccionado el método de muestreo, se obtiene el número de individuos que van a proporcionar la información necesaria para el estudio, dando lugar al tamaño de la muestra, que depende de los factores siguientes:

- Tamaño de la población: $N = 2.700$
- Tipo de muestreo: ALEATORIO ESTRATIFICADO. En este estudio se analizará al colectivo de trabajadores del Hospital de León, originando una estratificación por categorías profesionales.
- Característica o parámetro poblacional que se analiza: Se trata del valor numérico de la población que se pretende estimar a través de los datos obtenidos con la muestra. En nuestro estudio, dicho valor es la PROPORCIÓN, aunque si conviene medir características numéricas también se puede proceder a estimar la media.
- Error máximo admitido: Cuando se procede a la estimación de parámetros en una encuesta por muestreo se debe fijar un error de estimación, que mide la precisión de ésta y se define como la diferencia entre el valor estimado y el valor desconocido de la población. En términos generales se verifica que al disminuir el error muestral, aumenta la precisión y, en consecuencia, el tamaño de la muestra. En poblaciones finitas se considera como error de muestreo dos veces la desviación típica del valor estimado: Error de muestreo = $\varepsilon = 2\sigma_T$

De esta forma se puede asegurar que:

$$P(|T - \vartheta| \leq \varepsilon) = 0,95 \quad \text{Población normal}$$

$$P(|T - \vartheta| \leq \varepsilon) \geq 0,75 \quad \text{Otros casos}$$

Siendo $\vartheta = \text{Proporción}$ y T el estimador

- Nivel de confianza: Se trata de un concepto asociado al intervalo de confianza, definido éste como el conjunto de valores entre los que se encuentra el parámetro que se desea estimar. Se expresa de forma porcentual y se define como la probabilidad de que el parámetro se encuentre en el intervalo seleccionado para el estudio. Para establecer el intervalo de confianza se utiliza el error de muestreo, de forma que se verifique:

$$P(|T - \vartheta| \leq \varepsilon) = 1 - \alpha$$

Para poblaciones normales, $\varepsilon = 1,96 \times \sigma_T \approx 2\sigma_T$, dando lugar a un nivel de confianza = $1 - \alpha = 95\%$

- Tamaño de la muestra: En función de los elementos descritos, el tamaño de la muestra para estimar la proporción, cuando la población es finita, viene dada por la siguiente expresión, que se deduce de despejar n en la ecuación $\varepsilon = 2\sigma_T$.

$$n = \frac{4Npq}{(N-1)\varepsilon^2 + 4pq}$$

En la práctica se desconoce “ p ” que es la proporción de individuos que presentan la característica en estudio; un tamaño de muestra aproximada se obtiene reemplazando p por un valor estimado. Dicha estimación se puede obtener a partir de encuestas anteriores o realizando una encuesta piloto. No obstante, la mayor parte de la bibliografía aconseja tomar como valor de $p = 0,5$, con lo que se obtiene un tamaño de muestra conservador. Al sustituir este valor en la expresión anterior se tiene:

$$n = \frac{4N0,25}{(N-1)\varepsilon^2 + 4 \times 0,25} = \frac{N}{(N-1)\varepsilon^2 + 1}$$

En el estudio que planteamos, con un error de muestreo de $\pm 2\%$ y un nivel de confianza del 95 %, el tamaño muestral será: **1.271**

Una cuestión relevante a tener en cuenta es que, una vez realizado la encuesta, el tamaño de la muestra puede disminuir por diversas razones (ausencia de personas encuestadas, negación a contestar, etc.); en este caso se vuelve a determinar el error utilizando las expresiones del tamaño muestral.

5.3.3. PLANIFICACIÓN Y ELABORACIÓN DEL CUESTIONARIO

Un paso importante en la elaboración de un cuestionario para que sea eficiente es formular de forma concreta y operativa las preguntas a las que se quiere dar respuesta. Aquellos aspectos identificados como controvertidos deben someterse a un refinamiento progresivo hasta transformarlos en preguntas claramente definidas y formuladas operativamente, pues se trata de lograr una identificación precisa de que es lo que se quiere aclarar.

A partir de estas consideraciones, para dar respuesta a los objetivos del estudio, se elaborará un cuestionario que constará de tres apartados, con un número de ítems ajustado a las necesidades del proyecto, con opciones de respuesta cada uno de ellos.

5.3.4. TRABAJO DE CAMPO

- El primer paso consiste en elaborar un listado con todos los trabajadores del Hospital de León y numerarlos de forma correlativa. A este respecto se garantizará en todo momento el cumplimiento de la Ley de Protección de Datos, generando formulas de acuerdo con la Dirección del Hospital que lo permitan.
- Mediante una tabla de números aleatorios se seleccionan del listado un número de personas igual al tamaño de la muestra incrementado un 10% con el fin de subsanar las ausencias y la falta de respuesta.
- El método de recogida seleccionado para recabar la información al inicio del estudio fue la entrevista personal y directa realizada en el lugar de trabajo, por permitir una mejor y más exacta valoración de las preguntas que se hacen. Sin embargo, se descartó porque requería emplear muchos recursos humanos y financieros. Además nos encontramos con una limitación de validez interna porque debido al tamaño muestral, sería complicado realizar la recogida de datos con un único entrevistador, y posiblemente habría un sesgo del entrevistador. Por todo ello se decidió realizar un cuestionario autocumplimentado.
- A continuación se elaborará una carta de presentación en la que se explicará la finalidad del estudio que se enviará junto con el cuestionario y un sobre de devolución a cada uno de los individuos de la muestra. Así mismo se informará de los objetivos y mecánica del estudio a los responsables de los Servicios y Unidades a fin de solicitar su colaboración. En la carta se les dará un plazo de veinte días para devolver el cuestionario cumplimentado.
- Transcurrido veinte días desde que se envíen las encuestas, se revisará la correspondencia recibida y en aquellas Unidades o Servicios en que se identifiquen sujetos que no respondan se hará un sondeo telefónico y/o personal. Se intentará saber cuál es el problema, si han recibido la encuesta, si la han contestado, pero no la han enviado..., y se tratará de obtener las respuestas. En cualquier caso se intentará solventar la posible perdida muestral.

6. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

6.1. Preparación de los datos

En primer lugar se procederá a una revisión de los cuestionarios con el fin de identificar y corregir los posibles errores que pudieran existir. En este proceso se analizan los cuestionarios buscando anomalías, como respuestas no legibles, preguntas no contestadas, respuestas incoherentes, etc...

Para proceder al análisis de datos se realizarán bases de datos en access/filemaker, una para cada estrato especificado, incluyendo las distintas variables contempladas en el cuestionario.

6.2. Análisis estadístico

El tratamiento estadístico de los datos, que se realizará mediante la hoja de cálculo excel, los paquetes estadísticos SPSS y SPAD, FoxProx,..., se planteará en tres direcciones: univariante, bivariante y multivariante.

- Análisis univariante

Se trata de analizar cada variable de forma individualizada, por lo que se determinarán las correspondientes tablas estadísticas para ordenar los datos, incluyendo las proporciones. Posteriormente se realizarán las representaciones gráficas y se calcularán aquellas medidas estadísticas que permitan resumir la información. Dichas medidas difieren según el tipo de variable y cabe citar: media mediana, moda, varianza, desviación típica, tasas y medidas de concentración si procede.

- Análisis bivariante

Consiste en el estudio conjunto de pares de variables, con el fin de analizar la asociación o dependencia entre las mismas. Su justificación va en función de los objetivos de la encuesta, porque es interesante cruzar las preguntas del cuestionario entre si y con los datos personales solicitados.

Una vez construidas las tablas de doble entrada, la relación entre variables se realizará mediante el análisis de regresión y correlación simple, pruebas de comparación de medias y la prueba chi-cuadrado, según las variables.

- Análisis multivariante

Este tipo de análisis es el mas completo porque permite analizar el comportamiento de varias variables de una forma conjunta y, en consecuencia, permite un mayor acercamiento a la realidad que pretendemos estudiar en este trabajo.

Según los objetivos y el tipo de datos se aplicarán técnicas descriptivas (Análisis de componentes principales, Análisis de correspondencias,...) o técnicas explicativas (Regresión Múltiple, Análisis Discriminante, Regresión Logística...)

6.3. Interpretación de resultados

Obtenidos los resultados mediante el correspondiente análisis estadístico, se procederá a la realización de un informe que resuma el trabajo realizado con el fin de identificar la prevalencia del tabaquismo entre el personal hospitalario, la predisposición para abordar su abandono y el grado de dependencia.

7. VENTAJAS DEL ESTUDIO

Los estudios transversales descriptivos dan una visión de lo que ocurre en la población en un momento determinado, por lo que resultan útiles para evaluar actitudes, conocimientos, creencias y prácticas de una población.

Se trata de estudios rápidos, y que generalmente resultan económicos, según el tamaño muestral requerido. Además, al realizarse sobre una muestra equivalente a la población general, si la tasa de respuesta es elevada, garantiza la validez de los resultados.

Por tratarse de estudios transversales realizados en un momento concreto y que no requieren seguimiento, son poco sensibles a los sesgos de memoria y de pérdida de seguimiento.

8. DIFICULTADES Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Una posible limitación de los cuestionarios es la no-participación de algunos sujetos, lo que puede llegar a sesgar los resultados (la no-respuesta, supone un sesgo de selección), ocasionando una distorsión importante en las estimaciones.

En este caso, se espera una participación elevada, ya que se les envía una carta de presentación en la que se explica la finalidad del estudio.

9. PLAN DE TRABAJO: ETAPAS

El estudio se desarrollará en cuatro etapas, desempeñando varias tareas en cada una de ellas. Las tareas se realizarán cronológicamente desde el mes de inicio hasta el final programado, según se detalla en el diagrama de Gantt. (Gráfico 1)

• Primera Etapa

1. Carta de Presentación del proyecto.
2. Elaboración de un listado numérico de la población a estudiar, con la colaboración de la Dirección del Hospital de León.
3. Definición y selección de la muestra mediante listados numéricos por categorías profesionales y Servicios y/o Unidades.
4. Diseño y elaboración del cuestionario.
5. Elaboración de la carta de presentación e instrucciones para cumplimentar y devolver el cuestionario.
6. Preparación de las cartas y envío de correspondencias.

• **Segunda Etapa**

7. Clasificación de los cuestionarios recibidos.
8. Elaboración de las bases de datos en access.
9. Introducción de las respuestas de los cuestionarios.
10. Recuento de las respuestas recibidas.
11. Sondeo telefónico / personal de las no respuestas.

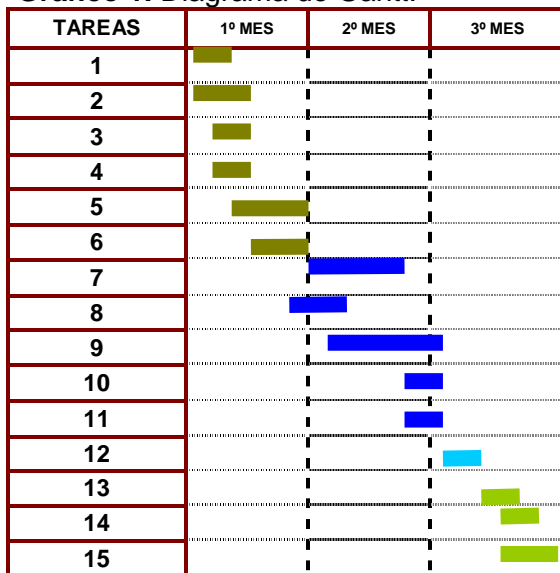
• **Tercera Etapa**

12. Procesado y explotación de la información. Cálculo de los diferentes indicadores de interés.

• **Cuarta Etapa**

13. Elaboración de los resultados y discusión de los mismos.
14. Conclusiones.
15. Redacción final de todo el trabajo.

Gráfico 1. Diagrama de Gantt.



10. RECURSOS

➤ **MATERIALES:**

Equipos informáticos dotados con los distintos programas informáticos (Windows XP, Internet, Microsoft office, Powerpoint, FileMaker, SPSS, FoxProx, Stata, Epiinfo) con acceso a internet, así como recursos de Medicina Basada en la Evidencia (Centros Cochrane, halthstat, medline..). Impresoras. Escáner. Teléfono. Consumibles (Papel, sobres, tinta, franqueo, Material Ofimático)

➤ **HUMANOS:**

Equipo Investigador.

➤ **ESTRUCTURALES:**

Infraestructura general de la Asociación Española de Enfermería y Salud en León, del Complejo Asistencial de León y de la Universidad de León.

11. APLICABILIDAD DE LOS RESULTADOS

Conocer tanto la prevalencia del tabaquismo como la motivación para abordar su abandono por parte de los diferentes colectivos del Hospital y el grado de dependencia facilitará a los responsables de salud pública la toma de decisiones que en un futuro a corto y medio plazo puedan emprender al respecto de planes de ayuda para facilitar el abandono del tabaquismo, y en que colectivos agrupar sus esfuerzos.

Independientemente de los claros beneficios de contar con un hospital libre de humos y atmósfera contaminada, reducir significativamente la prevalencia del tabaquismo entre el personal sanitario, además de generar una situación óptima para la propia salud del personal hospitalario, el poder de la influencia y respeto ante el conjunto de la sociedad y el usuario del sistema sanitario, se reforzaría con una actitud ejemplarizante, absolutamente necesaria.

Permitirá comprobar la evolución en los últimos ocho años en materia de abandono del tabaquismo por parte del personal hospitalario. Y contar con un dato de partida para futuros estudios similares que evalúen la evolución en esta materia, efectividad de posibles planes y campañas antitabaco, y la propia ley que prohíbe el fumar en los centros de trabajo.

En definitiva este estudio nos va a facilitar información sobre la evolución de la prevalencia del tabaquismo entre los trabajadores del Hospital de León en los últimos ocho años. Realizará una radiografía de la situación actual del hábito de fumar entre los trabajadores hospitalarios. Facilitará una orientación sobre los posibles planes de ayuda para abordar el abandono del tabaquismo y sobre que colectivos priorizar las actuaciones. Y por último servirá de parámetro a futuros estudios en esta materia.

13. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Toda actividad investigadora es necesario que esté regulada y sometida a una evaluación realizada por el Comité Ético de Investigación Clínica, ya que la participación de sujetos en la misma puede incurrir en la violación de derechos básicos de las personas.

De acuerdo con los principios fundamentales establecidos en la Declaración de Helsinki, en el Convenio del Consejo de Europa relativo a los Derechos Humanos y la Biomedicina, así como en la legislación española en el ámbito de la investigación bio-médica, la protección de datos de carácter personal y la bioética, con este proyecto se respeta al ser humano como persona y como perteneciente a la especie humana, reconociendo la importancia de garantizar su dignidad y los derechos y libertades fundamentales de la persona. Asimismo se garantiza la privacidad, intimidad, confidencialidad y anonimato de la información obtenida.

Sobre la base de todo lo anterior, se adoptarán las medidas necesarias para proteger la intimidad de los participantes durante la recogida de la información, automatización de datos y publicación de los resultados.

El estudio se presentará para su aprobación por las comisiones ética y de investigación del Hospital de León.

14. BIBLIOGRAFIA

Abad González, J.; Muñiz Martínez, N.; Cervantes Blanco, M. (2003), "Análisis de Correspondencias Simples y Múltiples. Lévy Mangin, J.P.; Varela Mallou, J. (eds), Análisis Multivariable para las Ciencias Sociales. Madrid: Pearson (Prentice-Hall), pp. 361-416.

Abraira Santos, V.; Pérez de Vargas Luque, A.; (1996), Métodos multivariantes en bioestadística. Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces, S.A.

Alba Fernández, M.V.; Ruiz Fuentes, N. (2004). Muestreo estadístico. Oviedo: Ed. Septem Ediciones.

Azorín, F.; Sánchez-Crespo, J. L. (1986). Métodos y aplicaciones del muestreo. Madrid: Ed. Alianza Universidad.

Bolúmar Montrull F, Rebagliato Ruso M, Torres Cantero AM. (2001). Estrategias de diseño en epidemiología. Tipos de estudios. En Piédrola Gil G, del Rey Calero J, Domínguez Carmona M et al. (eds.) Medicina Preventiva y Salud Pública. 10ª ed. Barcelona, Masson, pp. 79-86.

Bolúmar Montrull F, Vioque López J, Rebagliato Ruso M. (2001). Estudios descriptivos ecológicos. Estudios transversales. En Piédrola Gil G, del Rey Calero J, Domínguez Carmona M et al. (eds.) Medicina Preventiva y Salud Pública. 10ª ed. Barcelona, Masson, pp. 87-100.

Cánovas Tomás MA. Trabajo e ideología de género: Un análisis antropológico de la enfermería en Murcia. [en línea] [fecha de acceso 28 de febrero de 2005] URL disponible en: <http://www.um.es/eglobal>

Cea D'Ancona, M.A. (2004). Métodos de encuesta. Teoría y práctica, errores y mejora. Madrid: Ed. Síntesis.

Cid Cid, A.; Delgado Manríquez, C.; Leguey Galán, S. (1999). Introducción al muestreo en poblaciones finitas. Madrid: Ed. ENE.

Cochran, W. G. (1987). Técnicas de muestreo. México: Ed. CECSA.

Denise F. Polit, Ph. D. (2000). Investigación científica en ciencias de la Salud. México DF: Ed. McGraw-Hill Interamericana.

Escofier, B.; Pagès, J. (1992), Análisis factoriales simples y múltiples. Objetivos, métodos e interpretación. Bilbao: Ed. Servicio editorial de la Universidad del País Vasco.

Ezquerro E, Garisoain V, Montes Y. (1997). Motivación y actitudes de los profesionales de ciencias de la salud ante la docencia clínica de los alumnos de enfermería. Anales (2).

Fernández García, F. R.; Mayor Gallego, J. A. (1995). Muestreo en poblaciones finitas: Curso básico. Barcelona: Ed. EUB.

Hair, J. F.; Anderson, R.E.; Tatham, R.L.; Black, W.C. (1999), Análisis multivariante (5ª ed.). Madrid: Prentice-Hall.

Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud. [en línea] [fecha de acceso 27 de abril de 2005] URL disponible en: <http://www.ine.es/inebase/cgi/um?M=%2Ft15%2Fp419&O=inebase&N=&L>

Lebart, L.; Morineau, A.; Piron, M. (1995), *Statistique exploratoire multidimensionnelle*. Paris: Dunod

Ley General de Sanidad (Ley 14/1986) de 25 abril, Boletín Oficial del Estado, nº 101, de 29 de abril de 1986.

Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (Ley 16/2003) de 28 de mayo. Boletín Oficial del Estado nº 128, de 29 de mayo de 2003.

Pérez López, C. (1999). *Técnicas de muestreo estadístico. Teoría, práctica y aplicaciones informáticas*. Madrid: Ed. Ra-Ma.

Rodríguez Artalejo J, Fernández-Crehuet Navajas J, Domínguez Rojas V. (2001) Aspectos éticos y legales de la investigación en salud pública. En Piédrola Gil G, del Rey Calero J, Domínguez Carmona M et al. (eds.) *Medicina Preventiva y Salud Pública*. 10ª ed. Barcelona, Masson, pp. 209-217.

Scheaffer, R. L.; Mendenhall, W.; Ott, L. (1987). *Elementos de muestreo*. México: Ed. Iberoamericana.

Silva, L. C. (1993). *Muestreo para la investigación en Ciencias de la Salud*. Madrid: Ed. Díaz de Santos, S.A.

Thompson, S. (2002). *Sampling* (2ª ed.). New York: Ed. John Wiley & Sons, Inc.

15. PARTICIPACIÓN

La autoría del proyecto recaerá en un Equipo de Investigación cuya Coordinación estará a cargo de D. Luis Miguel Alonso Suárez, Diplomado en Gestión de Servicios Públicos, Experto en Prevención de Riesgos Laborales y Diplomado en Enfermería del servicio de Medicina Preventiva del Complejo Asistencial de León,

Y contará como investigadores con

D. Florentino Díez Fernández, Facultativo Especialista de Área del Servicio de Neumología del Complejo Asistencial de León, Experto en Tabaquismo.

D. Julio Antonio Senén Blanco, Enfermero de la Unidad de Broncoscopias del Servicio de Neumología del Complejo Asistencial de León.

Dña. Trinidad Verduras de la Varga, Enfermera del área de Policlínicas del Complejo Asistencial de León. Coordinadora del área de prácticas clínicas de la Escuela de Ciencias de la Salud de la Universidad de León.

D. Daniel Fernández García, Enfermero, profesor asociado en el campus de Ponferrada de la Escuela de Ciencias de la Salud de la Universidad de León.