

Facultad de Ciencias Médicas

Dr. José Assef Yara

Policlínico Docente

Dr. Mario Paez Inchausti

Intervención comunitaria en fumadores del CMF 12 del Área de
Salud Gaspar en el período 2019-2021

Tesis para optar por el grado de Especialista en Primer Grado
en Medicina General Integral

Autor: Dr. Adrián Pedroso Ríos.

Tutor: Dra. Naivis Anay Robaina Luaces.

Especialista en primer grado en Medicina General Integral.

Ciego de Ávila 2021

Índice

Resumen	
Introducción	1
Objetivos	6
Marco Teórico	7
Metodología	20
Análisis y Discusión de los Resultados	24
Conclusiones	32
Recomendaciones	33
Referencias Bibliográficas	34
Anexos	

Resumen

Se realizó un estudio de intervención educativa sobre tabaquismo con el propósito de valorar la efectividad de una actividad que pudiese permitir aumentar los conocimientos sobre el tema en fumadores del Consultorio Médico de Familia (CMF) 12 del Área de Salud Gaspar en el municipio Baraguá de la provincia Ciego de Ávila en el período comprendido 2019-2020. El universo estuvo constituido por 173 fumadores del área escogiendo por método de muestreo sistemático una muestra de 40 pacientes que cumplieron con los criterios para la investigación. Los datos primarios se obtuvieron a través de cuestionarios o encuestas. Las variables utilizadas fueron: edad, nivel de escolaridad, grado de dependencia al tabaco, conocimiento sobre tabaquismo. Se impartió un programa educativo y se evaluaron los conocimientos antes y después del mismo. Se constató marcado desconocimiento sobre la enfermedad antes de aplicar la intervención educativa, lo cual cambia significativamente después de aplicada esta.

Introducción

El tabaco obtenido de la planta del mismo nombre antes de la llegada de los europeos al nuevo mundo ya los nativos cultivaban las dos especies de tabaco de mayor importancia económica: *Nicotiana Tabacum* y *Nicotiana rustican* originarias de América. Los expertos en vegetal han determinado que el centro del origen del tabaco, se sitúa en la zona andina entre Perú y Ecuador. Los primeros cultivos debieron de tener lugar entre cinco mil y tres mil años A.C. Cuando se coloniza América, el consumo estaba extendido por todo el continente. Fumar (inhalar y exhalar el humo del tabaco) era una de las muchas variedades de consumo en América del Sur. Además de fumarse, el tabaco se aspiraba por la nariz, se masticaba, se comía, se bebía, se untaba sobre el cuerpo, se usaba en gotas en los ojos, en enemas, en ritos como soplarlo sobre el rostro de guerreros antes de la lucha, se esparcía en campos antes de sembrar, se ofrecía a los dioses, se derramaba sobre las mujeres antes de una relación sexual, y tanto hombres como mujeres lo utilizaba como narcótico. ⁽¹⁾

El consumo del tabaco es una de las principales causas prevenibles de defunción en el mundo. Las estadísticas de diversos países revelan que el consumo del tabaco comenzó a aumentar sostenidamente en los inicios del siglo XX y se intensificó desde la Primera Guerra Mundial. A pesar de que un reducido número de países mostraron un descenso de la prevalencia de fumadores durante las últimas dos décadas, lamentablemente la proporción de adolescentes y adultos jóvenes inician el consumo en edades entre 12 y 14 años. ⁽²⁾

La OMS le atribuye al tabaco más de 4,9 millones de defunciones anuales, muestra de una terrible enfermedad extendida a todo el orbe, interpretada también por muchos como una pandemia que tarde o temprano el 50 % de ellos morirán a causa de esa adicción, equivalente a 1 de cada 4 muertes en los países industrializados y a 1 de cada 8 en los menos desarrollados (donde sobresale que el 26,2 % de los hombres y 22,4 % de las mujeres de Hispanoamérica fuman. Además, según las previsiones de la OMS se cree que la cifra de defunciones habrá aumentado a 10 millones anuales para el 2030. ⁽³⁾

Los datos de la Organización Mundial de la Salud (O M S) indican que el tabaco provoca el 12% de las enfermedades cardiovasculares. La gente une el consumo de tabaco, sobre todo, con el cáncer de pulmón. Hay menos conocimiento de la relación que tiene con las enfermedades cardiovasculares. La O M S calcula entre 1 000 y 1 500 dólares el costo del tratamiento para que un fumador deje de fumar, una inversión que vale la pena si se piensa en el ahorro que los gobiernos pueden lograr no sólo a largo sino también a corto plazo. El tabaquismo deja un total de 7 millones de personas fallecidas cada año, no todas ellas fumadoras. La O M S cifra en 900 000 los decesos de no fumadores expuestos al humo del tabaco ajeno. ⁽⁴⁾

En el año 2002 la O M S publica la existencia en el mundo de más de 1 100 millones de fumadores, lo que representa aproximadamente un tercio de la población mayor de 15 años. Por sexos el 47 % de los hombres y un 11 % de las mujeres en este rango de edad consumen una media de 14 cigarrillos/día, lo que supone un total de 5 827 billones de cigarrillos al año. El 74 % de todos los cigarrillos se consumen en países de bajo-medio nivel de ingresos (Banco Mundial). Tanto para hombres como para mujeres, el segmento de edad en la que fuma mayor proporción es el comprendido entre 30 y 49 años. Pero en la actualidad hay más de 45 millones. Las mayores prevalencias mundiales se encuentran en Vietnam, Corea, parte de África y República Dominicana en hombres (73, 68 y 66 %, respectivamente), mientras que Dinamarca y Noruega la presentan en la población femenina (37 y 36 % respectivamente). Por su elevado volumen poblacional, China, India y la Rusia son las que agrupan la mayor parte de fumadores del mundo. ⁽⁵⁾

Según estudios de la Organización Mundial de la salud la adicción a la nicotina es en cierta forma más fuerte que la adicción a drogas ilícitas como la cocaína y la Heroína, ya que mientras estas drogas no se usan necesariamente todos los días, las personas adictas a la nicotina la consumen varias veces al día. Por otra parte, en los Estados Unidos se ha calculado que mientras el consumo de drogas ilícitas mata 10 000 personas al por año, el tabaco mata 400 000, lo que significa que el tabaco es cuarenta veces más letal que el resto de las drogas. ⁽⁶⁾

Los varones fumadores tienen una tasa de mortalidad global 70% mayor que los no fumadores. La mitad de los fumadores de cigarrillos mueren por esta causa. Hay en la actualidad 45 millones de fumadores y en los Estados Unidos mueren 430 000 personas al año a causa del tabaco (un quinto de todos los fallecidos) que pueden ser prevenibles. El tabaco es como un veneno, siempre peligroso y cualquier cantidad es dañina. Pequeñas cantidades en mucho tiempo causan enfermedades. Estudios clínicos, epidemiológicos y anatomopatológicos han demostrado que fumar causa por sí aumento de la mortalidad y el dejar de fumar la disminuye. ⁽⁷⁾

En la Unión Europea existe una reducción progresiva del consumo, se mantiene la mayor prevalencia en hombres que en mujeres, excepto en Suecia, donde el consumo es algo mayor en mujeres (22% hombres, 24% mujeres). La mayor proporción de fumadores se encuentra en los países mediterráneos. La prevalencia en España a todas las edades (2003) es del 36% de la población. ⁽⁸⁾ La prevalencia de tabaquismo en América Latina y el Caribe es del 40% en los hombres y el 21% de las mujeres. En algunas zonas el 50% son adolescentes y las 3/4 partes comienzan a fumar entre los 14 y los 17 años. ⁽⁹⁾

En el continente americano, el tabaco causa 222 000 muertes u 11% de los dos millones de decesos anuales que se le atribuyen. Según la OMS, el costo global de fumar suma 1,4 billones de dólares por año, 400 000 millones de ellos en costos médicos directos y un billón en indirectos. En América, esos gastos ascienden a 33 500 millones en costos directos, de ellos, el 30% se atribuye a las enfermedades cardiovasculares. La epidemia de tabaquismo consume grandes tajadas de los presupuestos nacionales y resulta especialmente generosa para los países de renta baja y media, donde vive casi el 80% de los más de mil millones de fumadores que hay en el mundo. ⁽⁴⁾

En México se estima que mueren diariamente entre 122 y 165 personas debido a haber consumido tabaco, lo que convierte a esta adicción en un grave problema de salud pública. En América Latina y el Caribe ocasiona 150 000 fallecidos cada año y aumenta en un ritmo constante. Para el 2020 matará a 400 000 personas.

⁽⁸⁾

En Cuba el tabaquismo causó en los años 1995 y 2007 respectivamente, de las defunciones por cáncer de tráquea-bronquios-pulmón, el 93 % (96 % en hombres y 87 % en mujeres) y 86% (en hombres el 92 % y en mujeres el 75 %); de las defunciones por enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), el 86 % (84 % en hombres y 88 % en mujeres) y 78 % (en hombres el 83 % y en mujeres el 73 %); de las defunciones por cardiopatía isquémica, el 24 % (29 % en hombres y 17 % en mujeres) y 28 % (38 % en hombres y 17 % en mujeres) y de las defunciones por enfermedad cerebrovascular, el 27 % (37 % en hombres y 17 % en mujeres) y 26% (el 34% en hombres y 16% en las mujeres). Las enfermedades cardiovasculares y el cáncer fueron las de mayor contribución al total de fallecidos por tabaquismo en el año 1995 (52 % y 40 %, respectivamente) y también en el año 2007 (42 %, respectivamente) en ambos años. El peso de las defunciones por EPOC en las defunciones totales atribuibles al tabaquismo se incrementó de 8 a 16% .⁽¹⁰⁾

Las muertes registradas en los años 1995 (77 932) y 2007 (81 922), 11 951 y 15 083 defunciones fueron atribuidas al tabaquismo en los tres grupos de causas seleccionados, lo que representó el 15 y el 18 % del total de defunciones, respectivamente: 67-69 % del sexo masculino. En el grupo de hombres fallecidos, entre el 19 y el 24 % tuvo como causa de muerte el tabaquismo, en los años 1995 y 2007 respectivamente; en tanto en las defunciones en mujeres, se atribuyó al tabaquismo entre el 11 y el 12 % .⁽¹¹⁾

Cuba es el país productor del considerado mejor tabaco del mundo, por lo que su cultivo, producción y consumo están arraigados a su idiosincrasia, cultura, tradiciones y luchas sociopolíticas. Los estudios realizados han permitido conocer que el cubano se considera un pueblo de fumadores y que el tabaco constituye un importante renglón económico .⁽¹²⁾

Cuba ocupa el tercer lugar mundial en el consumo de cigarrillos (2 857 unidades per cápita al año como promedio). La prevalencia de fumadores cubanos de 17 años y más, de uno y otro sexo, fue de 37% en 1991, con un decrecimiento progresivo en el consumo individual, según informes del Ministerio de la Agricultura, dado por 2 237 en 1980; 1 160 en 1994 y 1 196 en 1997 .⁽¹²⁾

EL MINSAP en 2014 informa que este hábito cobra la vida a 1 500 cubanos, solo por cáncer de pulmón y cardiopatía isquémica. ⁽¹³⁾

No existe hoy día una opinión unánime acerca de la importancia de la dependencia física a la nicotina como mayor o único componente de la adicción. Allen Carr, creador de un conocido método para dejar de fumar, afirmaba que aunque la ansiedad provocada por la retirada de la nicotina es físicamente real, es mucho más leve de lo que aparenta. Por tanto, esta ansiedad, aunque existente, podría estar multiplicada en la mente del fumador por factores sociales, situaciones de estrés o sus propios temores, lo que, de ser cierto, agregaría un componente psicológico muy importante a la adicción física. ⁽¹⁴⁾

La alta prevalencia de fumadores en el área del CMF12 del área de Gaspar a la vez que es considerado como una enfermedad, constituye un factor de riesgo importante que incide en la aparición de enfermedades crónicas, entre las más importantes la HTA, el cáncer y afecciones crónicas de las vías respiratorias, definiéndose entonces como uno de los principales problemas de salud de esta población. Teniendo en cuenta que a pesar de existir un programa de deshabituación tabáquica en el área de salud, la lejanía, las dificultades en el transporte y el oficio predominantemente agrícola de sus lugareños dificulta la participación de estos en dicho programa. De esta manera se reconoció como una necesidad desarrollar una intervención educativa en este grupo de riesgo durante los años 2019-2021 en la localidad, bajo la dirección del Policlínico Dr. Mario Páez Inchausti que permitiría aumentar el conocimiento sobre esta adicción y de forma proporcional disminuir la prevalencia de fumadores, modificando así a corto, mediano y largo plazo los riesgos para la salud personal, familiar y colectiva de estos pacientes.

En municipio no se realizaron otro proyecto comunitario con esta temática anteriormente, incluso en los asentamientos alejados de la cabecera municipal con igual situación y problemática de la localidad donde se desarrollará el estudio, por lo que se considera un proyecto novedoso y necesario.

La primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud celebrada en Ottawa, el 21 de noviembre de 1986, definió la promoción de la salud como

“el proceso de permitir a la gente aumentar su control sobre su salud y por lo tanto mejorarla”. Se reconoce claramente que la promoción de la salud va más allá de los estilos de vida, en la cual la educación para la salud constituye, junto a la comunicación y a la participación social, herramientas necesarias para su instrumentación en el primer nivel de atención. ⁽¹⁵⁾

Las intervenciones educativas como parte de la promoción de salud se utilizan en el terreno del tabaquismo para lograr tanto la prevención de la incidencia del tabaquismo si como parte del tratamiento de programas de deshabituación tabáquica, ejecutándolo en diferentes grupos etarios en dependencia de sus objetivos, de esta misma forma estarán determinados por la dependencia de estos pacientes, instrumento que desarrolla temas en relación al tabaquismo haciendo énfasis en las técnicas para lograr el abandono del tabaquismo y el manejo de los síntomas asociados a la abstinencia.

Por la importancia del tema y la magnitud del problema de salud que genera el tabaquismo en la población, representando una de las principales causas que incide en la morbilidad y mortalidad de los últimos años y valorando el importante papel que juegan los médicos de familia en la prevención de este evento, se decide realizar esta investigación que contribuirá en gran medida a elevar el conocimiento de algunos elementos del hábito de fumar en la población fumadora. Ante esta situación se plantea la siguiente interrogante: ¿Qué acciones hay que implementar para elevar el nivel de conocimientos sobre el tabaquismo en la población?

Para dar respuesta a esta interrogante se realiza esta investigación, la cual permite aplicar acciones para elevar el nivel de conocimientos sobre el hábito de fumar, contribuyendo a fortalecer el vínculo con la población al educar las pacientes en cuanto al conocimiento de esta patología, sus riesgo y necesidad de abandono.

Problema: El inadecuado conocimiento sobre tabaquismo y los aspectos relacionados con esta práctica en fumadores del CMF 12 del área de salud Gaspar

Objetivo General: Valorar la efectividad en la aplicación de un programa de intervención educativa que abordará algunos aspectos de tabaquismo en fumadores del CMF 12 del área de salud Gaspar entre 2019-2021.

Objetivos específicos:

- 1- Evaluar el nivel de conocimiento sobre tabaquismo y consumo de cigarrillos antes de la intervención.
- 2- Aplicar una estrategia educativa brindando la información sobre algunos aspectos de tabaquismo predominando los temas evaluados en la encuesta inicial.
- 3- Evaluar el nivel de conocimiento sobre el tabaquismo después de aplicado el programa de intervención.

Marco Teórico

El tabaco y sus diferentes formas de uso se conocen en Europa desde el siglo XV. A finales del siglo XIX (1870) se inventa la máquina de fabricar cigarrillos, lo que condiciona que en las primeras décadas del siglo XX el consumo se extienda entre la población, impulsado por campañas de propaganda que asocian el hecho de fumar cigarrillos a modelos de comportamiento de personajes populares del mundo real o de la ficción. Por aquel entonces, fumar cigarrillos era una conducta deseable, rodeada de glamour y sofisticación y, por lo tanto, socialmente bien aceptada. Sólo es a mediados del siglo XX cuando se inician los primeros estudios sobre las consecuencias del tabaco sobre la salud. En 1954, un estudio realizado por médicos británicos establece que fumar cigarrillos produce cáncer de pulmón. A partir de entonces se inician numerosos trabajos de investigación en relación no sólo con el cáncer, sino también con otras enfermedades. Si se hubieran conocido los efectos perjudiciales antes de generalizarse el consumo, como ha ocurrido con otras sustancias, probablemente ningún gobierno hubiera autorizado su venta.⁽¹⁶⁾

El tabaquismo está considerado actualmente como una enfermedad crónica de carácter adictivo y recidivante. El consumo de tabaco es la causa principal de mortalidad más prevenible en el mundo occidental y causa la muerte prematura de hasta la mitad de quienes lo consumen, fundamentalmente por enfermedades del aparato respiratorio, cardiovasculares y diversas neoplasias.⁽¹⁷⁾

Con frecuencia, y de forma errónea, se considera que el tabaquismo es una opción exclusivamente personal. Contradice esta percepción el hecho de que la mayoría de los fumadores desea abandonar el consumo de tabaco cuando adquiere plena conciencia de los efectos nocivos del tabaco en la salud, aunque ya les resulte difícil dejarlo debido al gran poder adictivo de la nicotina.⁽¹⁷⁾

A escala individual, el consumo regular de tabaco es una drogodependencia, determinada por factores conductuales y farmacológicos similares a los que determinan la adicción a drogas, como la heroína y la cocaína; de ahí que sea tan difícil abandonarla.⁽¹⁸⁾

El tabaquismo es una adicción ya que cumple con las siguientes características: conducta compulsiva, repetitiva, no poder parar aun sabiendo el daño que causa, tolerancia: cada vez se necesita más sustancia para conseguir el mismo efecto, síndrome de abstinencia: aparición de síntomas que causan disconfort cuando disminuye o cesa el consumo, alteración de los aspectos de la vida diaria y social del adicto.⁽¹⁹⁾

La mayoría de los fumadores han iniciado el consumo en la adolescencia. Sin embargo, el inicio no se produce en un momento aislado, sino que es un proceso complejo con varias etapas. La publicidad del tabaco, la influencia de los amigos, el modelo aprendido de los padres si son fumadores, aparte de factores individuales (p. ej. la personalidad) y, en general, una aceptación social favorable, hace que los escolares desarrollen una actitud positiva hacia el tabaco que los convierte en susceptibles para probar el cigarrillo hacia los 13 años. Tras la fase de experimentación, el poder adictivo de la nicotina, junto con el bajo precio, la accesibilidad del producto y la tolerancia social, favorecen que aproximadamente el 35% pasen al consumo regular, al principio los fines de semana y después a diario. Ningún adolescente puede imaginar que 10-15 años después de «tontear» con los cigarrillos se fumará un paquete diario y que le costará tanto esfuerzo dejarlo.⁽¹⁶⁾

La prevalencia del tabaquismo es muy importante. Según la Organización Mundial de la Salud en los países en vías de desarrollo fuma casi un 50% de los hombres y alrededor de un 10% de las mujeres. Esto supone que en el mundo existen más de 1 500 millones de fumadores, es decir, aproximadamente un tercio de los individuos mayores de 15 años.⁽²⁰⁾

Según el último informe del Banco Mundial, el 74% de todos los cigarrillos se consumen en los países con ingresos medios y bajos. Globalmente, las mayores prevalencias de consumo se alcanzan en Europa y Asia central, mientras que las más bajas se encuentran en el Africa subsahariana. Tanto para varones, como para mujeres, el segmento de edad en la que fuma una mayor proporción de individuos es el comprendido entre los 30 y 49 años.⁽²⁰⁾

Países como Vietnam, Corea y la República Dominicana presentan las mayores prevalencias mundiales entre la población masculina (73, 68 y 66%, respectivamente), mientras que Dinamarca y Noruega la presentan entre la femenina (37 y 36%, respectivamente). Por su elevado volumen de población China (63% de varones fumadores y 4% de mujeres), India (40% de varones fumadores, 3% de mujeres) y la Federación Rusa (63% de varones fumadores, 30% de mujeres) son las áreas que agrupan a la mayor parte de los fumadores del mundo. ⁽²⁰⁾

En Cuba mueren dos personas cada hora por causas atribuibles al tabaquismo, mortalidad cuyo nivel alcanzado en el año 2007, pudiera estar subestimada al haber tenido en cuenta en el análisis las afecciones más importantes asociadas al consumo de tabaco. Aún así, supera la proporción de mortalidad atribuible en la población adulta mundial (12%) y la informada en países como Canadá (16,6%), Paraguay (13,4%) y Francia (12%). En Estados Unidos y México se ha estimado en 24 y 27%, respectivamente. ⁽²¹⁾

El tabaquismo supone un elevadísimo tributo a pagar, no sólo por el coste que supone la pérdida de vidas humanas, sino también por el elevado coste económico y social que conlleva. En los países desarrollados los estados ingresan una importante cantidad de dinero por impuestos derivados de la venta de tabaco, pero los gastos directos e indirectos que ocasiona el consumo de cigarrillos es superior, por lo que, desde un punto de vista estrictamente económico, resultaría más rentable que la población no fumara. ⁽¹⁶⁾

La intensidad de los efectos tóxicos va a depender de la cantidad de cigarrillos fumados/día, del número de inhalaciones y de la profundidad de las mismas, del tipo de cigarrillo, así como de la antigüedad del hábito. Es importante considerar no sólo la conducta del fumador, sino también los diferentes patrones de la toxicinética de la nicotina y del resto de los componentes químicos. ⁽²²⁾

La susceptibilidad individual al humo del tabaco es muy variable, dependiendo de la edad de inicio, la duración, la inestabilidad y el tipo de exposición, los factores genéticos, las exposiciones ambientales, ocupacionales, el uso de fármacos y los factores de riesgos, así como exposiciones coexistentes. ⁽²³⁾

Las enfermedades directamente relacionadas con el tabaquismo son numerosas. Muchas de ellas son prevenibles, retrasables o mitigables si se deja de fumar. ⁽²⁰⁾ Fumar cigarrillos es causa de más de 25 enfermedades; entre ellas, 10 son cánceres de diferentes órganos. La relación entre el tabaco y un gran número de procesos patológicos está muy bien estudiada, pero resulta especialmente dramática la existente con las cuatro causas más importantes de mortalidad: cáncer, enfermedad cardíaca, vascular y respiratoria. ⁽¹⁶⁾

Diversos trastornos cardiovasculares, como la cardiopatía isquémica, los accidentes cerebrovasculares y las arteriopatías periféricas, tienen también una relación etiológica directa con el consumo de tabaco. ⁽²⁴⁾ El tabaco contribuye a 40 % de las muertes cardiovasculares y a 18 % de las cerebrovasculares. Según revelan los datos del Estudio Framingham, los fumadores tienen mayor mortalidad cardiovascular que los no fumadores y mayor riesgo de sufrir eventos cardiovasculares, tales como el infarto del miocardio y la muerte súbita, además de la incidencia de hipertensión arterial. El consumo de cigarrillos es la principal causa de vasculopatía. Las elevadas dosis de carboxihemoglobina en sangre están íntimamente relacionadas con el grado de enfermedad. Dejar de fumar reduce significativamente el riesgo de padecer este proceso y mejora considerablemente su pronóstico. ⁽¹⁸⁾

El tabaco es la principal causa de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) ^(16,18), que incluye bronquitis crónica y enfisema. Desde los trabajos de Fletcher, en 1976, quedó bien demostrada esta relación. La prevalencia de esta enfermedad está entre 2,5 y 3,5 % de la población adulta, y llega a 19 % en mayores de 65 años. De los fumadores de más de 20 cigarrillos/día y mayores de 40 años, 40-60 % padece bronquitis crónica y 15 % llega a padecer enfermedad pulmonar obstructiva. ⁽¹⁸⁾

En cuanto al cáncer, la existencia de una relación positiva causa-efecto con el tabaco no solamente está bien establecida y es indiscutible, sino que es, probablemente, el tema más investigado en toda la historia de la medicina. La demostración de esta relación positiva está sustentada en estudios epidemiológicos, histológicos y experimentales. El cáncer de pulmón es el más

relacionado con el tabaco y el más investigado, pero son muchos los tipos de cáncer asociados al tabaco; entre ellos, los tumores de cavidad oral, laringe, esófago y vejiga; también existe una asociación con el cáncer de estómago, páncreas, hígado, cuello uterino, leucemias y mielomas. Las razones de este hecho podrían deberse, entre otras cosas, a que los carcinógenos del humo del cigarrillo, además de ser inhalados, se disuelven en la saliva, llegan con ella al intestino, donde son absorbidos, pasan seguidamente a través del hígado a la circulación sistémica y terminan ejerciendo su acción en los diferentes órganos

(16)

El potencial carcinogénico del humo del tabaco es extraordinariamente alto por la gran cantidad de carcinógenos que contiene y, cuanto menor es la edad de la persona, mayores es la susceptibilidad del DNA a ser dañado. No existe un nivel de tabaquismo exento de riesgo. A partir de un cigarro al día, aumenta la incidencia de cáncer. A los 60 años, 16% de quienes han fumado desde jóvenes desarrolla cáncer de pulmón. Este riesgo aumenta a 25% en presencia de ciertos polimorfismos que, además de incrementar el riesgo de cáncer, amplían la susceptibilidad a desarrollar adicción a la nicotina. Esta alteración molecular explica el patrón de algunas familias con tabaquismo intenso y mayor frecuencia de cáncer de pulmón.

(20)

Cáncer de boca. Distintos estudios demuestran la relación directa del humo del tabaco con este tipo de cáncer, siendo su principal causa. Se pueden localizar en labios, lengua, paladar, orofaringe, etc. La mortalidad debido a este tumor es mayor entre fumadores que en no fumadores (OR:13), existiendo una relación entre la dosis recibida y el tiempo de exposición.

(26)

Cáncer de laringe. El carcinoma epidermoide es el más frecuente y se asocia al abuso de tabaco y alcohol. Entre los fumadores, el riesgo de padecerlo es hasta 10 veces mayor que entre los no fumadores. El 83% de estos tumores son debidos al consumo de tabaco.

(26)

España es el cuarto país del mundo en incidencia de cáncer de laringe, detrás de Francia, Italia y Brasil, países en los que tradicionalmente se ha fumado tabaco

negro. El humo de dicho cigarrillo tiene un contenido mayor en residuos alcalinos alquitranados. ⁽²⁶⁾

En general, en los tumores de vías aerodigestivas altas es importante el papel que el alcohol ejerce en forma sinérgica con el tabaco, facilitando aquél la disolución y la absorción local más rápida de los carcinógenos del humo del tabaco. ⁽²⁶⁾

Cáncer de riñón y vejiga. El consumo de cigarrillos es el principal riesgo para el desarrollo de estos tumores y este riesgo es dosis dependiente. En varones, el 50% de los tumores vesicales y el 31% en mujeres están relacionados directamente con el tabaco. En nuestro país, el cáncer de vejiga es la cuarta forma más frecuente de cáncer en el varón y, junto con el de laringe, la quinta forma de mortalidad por cáncer. ⁽²⁶⁾

Cáncer de esófago. Alrededor del 80% del total de tumores de esófago tienen relación con el tabaco, siendo el principal factor de riesgo para su desarrollo, que se potencia, además, con el consumo de alcohol. ⁽²⁶⁾

El tabaco se ha relacionado también con el cáncer de estómago, aparato urogenital en la mujer, páncreas, mama y algunos tumores hematológicos (leucemias linfoides o mieloides). ⁽²⁶⁾

Numerosos estudios han demostrado que las mujeres fumadoras presentan: mayor riesgo de infertilidad ^(18,21,24), retraso en la concepción, incremento de osteoporosis y del riesgo de fractura de cadera. ^(21,22) A la mujer que fuma se le suele adelantar la menopausia ^(18,22). La que fuma cigarrillos y también toma anticonceptivos orales es más propensa a padecer de enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares que otros fumadores; ese es el caso muy particular para la mujer mayor de 35 años de edad. ^(18,21) Existe un mayor riesgo de presentar tromboembolismo, por lo que el uso de estos fármacos debe desaconsejarse. ⁽²⁴⁾

En caso de embarazo se pueden producir importantes riesgos: en el desarrollo del cerebro fetal van a influir negativamente la nicotina y el CO, ejerciendo una acción directa sobre el mismo, y también de forma indirecta produciendo hipoxia intrauterina, los efectos directos que se producen en la madre (trastornos de la

circulación, taquicardia, aumento de la presión sanguínea) influyen también en el feto, malnutrición fetal por disminución de la vascularización de la placenta y por lo tanto del área de intercambio de gases y nutrientes entre la madre y el feto, esto implica un retardo en el crecimiento intrauterino del feto, incremento de la mortalidad. ⁽²²⁾

Las mujeres embarazadas que fuman cigarrillos corren mayor riesgo de tener niños nacidos muertos, prematuros, placenta previa, produce un riesgo significativamente superior de abortos espontáneos, embarazos ectópicos ^(18,22,24); o con bajo peso al nacer (cuya magnitud se ha calculado entre 150g y 250 g menos) (4); o entre los 200g y 300g ⁽²⁴⁾. Los hijos de mujeres que fumaron durante el embarazo corren mayor riesgo de desarrollar trastornos de la conducta. Estudios nacionales de madres e hijas han encontrado también que si la madre fuma durante el embarazo hay mayor probabilidad de que las hijas fumen y persistan en fumar. ⁽¹⁸⁾

Los efectos producidos en niños de madres fumadoras son: bajo peso al nacer, prematuridad ⁽²³⁾, aumenta el riesgo del síndrome de muerte súbita ^(22,27), mayor riesgo de enfermedades respiratorias, de asma infantil, retraso en el crecimiento postnatal y en el desarrollo cognitivo a más largo plazo, en la lactancia la nicotina pasa al niño a través de la leche materna, pudiendo conferirle un sabor desagradable. El exceso de nicotina puede provocarle náuseas y diarreas. Al disminuir el apetito de la madre, disminuye la calidad y cantidad de la leche materna. ⁽²²⁾

En la diabetes mellitus tipo I y II, el consumo de tabaco acelera la progresión de la nefropatía diabética hacia la insuficiencia renal crónica terminal al asociarse una disminución de la sensibilidad a la insulina y mayor prevalencia de dislipemias, acciones sobre las plaquetas, el endotelio vascular y el metabolismo del tromboxano. ⁽²²⁾

El tabaquismo complica el tratamiento de la diabetes y que los fumadores con diagnóstico de diabetes tienen un mayor riesgo de enfermedad renal, ceguera y complicaciones circulatorias que pueden causar amputaciones. En este informe se concluye que el tabaquismo es una causa de diabetes tipo 2 y que el riesgo

de diabetes es 30–40 % mayor para los fumadores activos que para los no fumadores. Es más, el riesgo de diabetes aumenta a medida que aumenta la cantidad de cigarrillos que se fuman. ⁽²⁸⁾

Los pacientes con “tabaquismo crónico” tienen mayores riesgos y complicaciones en cirugía plástica (estética y reparadora). Ello se debería a las alteraciones que se producirían en el proceso fisiológico de cicatrización, resultando más lento y de menor calidad. Esto se hace más evidente en las cirugías estéticas que requieren diseccionar y movilizar extensas áreas de piel, como en los liftings, las dermolipectomías y las mastoplastias, así como también en las cirugías reconstructivas donde se utilizan injertos y colgajos de piel. El posoperatorio termina siendo más prolongado y riesgoso. ⁽²⁹⁾

Existe una relación bien establecida entre el tabaquismo parental y el riesgo de infecciones respiratorias bajas en niños. Hay estudios realizados que muestran que los hijos pequeños de padres fumadores tienen el doble riesgo de padecer infecciones respiratorias bajas. Los hijos de madres fumadoras tienen más ingresos hospitalarios por bronquiolitis y neumonía. El humo de tabaco de segunda mano es hasta 10 veces más cargado de sustancias tóxicas que el humo principal. La contaminación del cigarrillo puede persistir en alfombras, muebles y paredes. Estos materiales absorben las toxinas que se encuentran en el humo del tabaco y liberan gradualmente de nuevo en el aire, lo que representa un riesgo adicional de exposición. ⁽³⁰⁾

El niño fumador pasivo tiene un número incrementado de ataques de asma superior al 20%. El riesgo de padecer bronconeomopatías infantiles se incrementa casi 1 000 veces en familias donde uno o más miembros del núcleo familiar fuma en las proximidades de los niños. ⁽²³⁾

El tabaquismo pasivo predispone a un mayor número de enfermedades en la infancia. Las asociaciones más comúnmente descritas son: bronquitis agudas, laringotraqueítis, bronquiolitis, neumonías, otitis media crónica y cólicos postprandiales. Además, los hijos de padres fumadores padecen síntomas respiratorios inespecíficos (tos, esputos, sibilancias, etc.) con más frecuencia que los niños no expuestos. ⁽¹⁸⁾

En la edad adulta, entre los efectos del tabaquismo pasivo, se ha descrito un mayor riesgo de enfermedad respiratoria, cardiopatía y cáncer de pulmón. De forma global, el riesgo de padecer un cáncer de pulmón es de un 20-50% más elevado para quienes conviven con fumadores en comparación con los sujetos no expuestos. ⁽¹⁶⁾

La exposición al humo de segunda mano provoca significativamente más muertes por enfermedad cardiovascular que por cáncer de pulmón, y este nuevo informe indica que la exposición al humo de segunda mano también es una causa de accidente cerebrovascular. Se estima que la exposición al humo de segunda mano aumenta el riesgo de accidente cerebrovascular en un 20-30%. ⁽²⁵⁾

La prevención del tabaquismo tiene como principal objetivo reducir el porcentaje de fumadores entre la población. Para ello, debe evitarse que los jóvenes inicien el consumo y aumentar el número de exfumadores. Las intervenciones más efectivas son: incremento del precio, limitación del consumo en espacios públicos y lugares de trabajo, prohibición de publicidad y promoción, información al consumidor, etiquetas con advertencias sanitarias, y ayuda a los fumadores que quieren dejarlo. De todas ellas, la más efectiva es el incremento de precios, sobre todo en determinadas poblaciones (adolescentes), ya que un incremento del 10% produce una reducción del consumo del 8%. La prohibición completa de la publicidad de tabaco contribuye a la reducción del consumo, además de reducir su aceptación social, sobre todo en los jóvenes. La limitación para fumar en los espacios públicos y el lugar de trabajo disminuye la prevalencia en un 4% y disminuye el consumo en los fumadores que continúan fumando. La información al consumidor mediante campañas en los medios de comunicación y la oferta de tratamientos eficaces para dejar de fumar también contribuyen a reducir el consumo. ⁽¹⁶⁾

El tabaquismo es un problema de salud pública de primer orden debido a su alta prevalencia, mortalidad y consumo de recursos. Además, desde hace décadas disponemos de tratamientos eficaces para el abandono del tabaco. Las intervenciones en tabaquismo han demostrado ser más eficientes y coste efectivas que muchas otras intervenciones preventivas. ⁽¹⁷⁾

Una vez que se identifica al paciente que fuma, es importante interrogarlo sobre algunos aspectos esenciales para aumentar la efectividad de la consejería en tabaquismo. Las intervenciones deben ser adecuadas al grado de motivación y a la dependencia del tabaco que padezca el fumador. ⁽²³⁾

Aunque un alto porcentaje de fumadores hacen intentos para dejar de fumar, se ha comprobado que sin apoyo profesional sólo el 3-5% de ellos lo consiguen. ⁽¹⁸⁾

Es papel determinante el que se puede realizar en los consultorios de primer contacto al identificar pacientes fumadores en quienes se pueden realizar acciones específicas para motivar al abandono del tabaco. ⁽²³⁾

Los beneficios de abandonar el hábito tabáquico son inmediatos y se pueden apreciar desde las primeras horas, de forma que los 20 minutos después del último cigarrillo, la temperatura de las manos y de los pies sube hasta alcanzar la temperatura corporal media, pasadas 8 horas se normalizan los niveles de oxígeno y monóxido de carbono en sangre, después de 24 horas el riesgo de muerte súbita disminuye, a las 48 horas mejoran el gusto y el olfato, tras 2-3 semanas, la circulación mejora y las funciones pulmonares se incrementan un 30%, de 1 a 3 meses después aumenta la capacidad física y respiratoria, a los 3 años la tasa media de enfermedades cardiovasculares (infarto de miocardio, angina de pecho, etc), disminuye a niveles similares a los de no fumadores, a los 5 años, el riesgo de cáncer de pulmón, laringe y esófago se reduce a la mitad. ⁽³¹⁾

Toda la información científica que disponemos en la actualidad nos indica que el tabaquismo es la principal causa evitable de muerte en los países desarrollados. Los profesionales sanitarios, pero sobretudo, aquellos que desarrollan su ejercicio profesional en Atención Primaria deben estar concienciados de este hecho. Sin lugar a dudas es cada día mayor la ocupación y la preocupación de estos profesionales por la atención sanitaria al fumador. ⁽³¹⁾

Se conoce que más del 75% de la población pasa anualmente por las consultas y el promedio de veces que les vemos anualmente está entre 5 y 6. Esto nos da una oportunidad única, específica de la atención primaria, de poder intervenir en un gran número de personas, en muchas ocasiones, pero muchas veces en esos momentos claves para la prevención en que la persona aún no ha iniciado

ninguna enfermedad. Por otro lado más del 60% de los fumadores quieren dejar de fumar y la mayoría han hecho algún intento para conseguirlo; pero, muchos de ellos no saben dónde pueden pedir ayuda. ⁽³²⁾

Por otro lado la intervención desde atención primaria es efectiva y tiene una de las mejores relaciones de coste-efectividad entre todas las actividades preventivas. ⁽³²⁾

La intervención educativa es entendida, en general, como el conjunto de actuaciones, de carácter motivacional, pedagógico, metodológico, de evaluación, que se desarrollan por parte de los agentes de intervención, bien sean institucionales o personales, para llevar a cabo un programa previamente diseñado, y cuyo objetivo es intentar que las personas o grupo con los que se interviene alcance, en cada caso, los objetivos propuestos en dicho programa. Cualquier intento de renovar la realidad educativa ha de partir de una reflexión, en profundidad, acerca del tipo de intervención que se propone. ⁽³³⁾

Las intervenciones educativas dirigidas a fomentar hábitos de vida saludables, prevenir las enfermedades y mejorar la calidad de vida, se consideran un pilar fundamental para la atención de la salud. Este tipo de capacitación contempla varias actividades que incluyen el autoanálisis y las estrategias comunicativas de tipo informativo con el apoyo de medios que permiten el intercambio de ideas. ⁽³⁴⁾

Las intervenciones tienen el propósito de informar y motivar a la población para adoptar y mantener prácticas saludables, además de propiciar cambios ambientales y dirigir la formación de recursos humanos y la investigación. ⁽³⁴⁾

En los últimos años se han venido realizando múltiples abordajes con diversas metodologías para llevar a cabo las intervenciones educativas, destacando una tendencia hacia la participación más activa del paciente. ⁽³⁴⁾

Todos los países coinciden en poner en marcha programas de educación sanitaria con el fin de prevenir la enfermedad y sus complicaciones mediante la modificación de los comportamientos humanos. En los países en desarrollo existe acuerdo general sobre la importancia de los estilos de vida en la causalidad de los problemas de salud, así como, destacan la importancia del cumplimiento

de las prescripciones y recomendaciones médicas y la utilización de intervenciones educativas.⁽³⁴⁾

Según investigaciones recientes, los centros educativos han sido el blanco más frecuente de estos programas para crear hábitos de vida saludable en la población infantil; sin embargo, muchos refieren que su eficacia global es limitada.⁽³⁴⁾

A este tipo de capacitación se le atribuyen muchas ventajas y se plantea que además de promover mayor calidad de vida, podrían crear vínculos que favorezcan las relaciones interpersonales.⁽³⁴⁾

Un análisis de varias investigaciones de tipo intervención demuestra que las intervenciones educativas constituyen un recurso adecuado para lograr cambios en los estilos de vida, particularmente en las edades tempranas. Se constatan logros tras aplicar intervenciones educativas principalmente en la mejoría general de los estilos de vida, incremento en el consumo de frutas y verduras, menor consumo de bebidas azucaradas y reducción del comportamiento sedentario, muestra a la vez que el análisis de la efectividad en algunos estudios se vio afectada por la omisión de aspectos contextuales: descripción sociodemográfica, demográfica y cultural en la que tuvo lugar la intervención. reconociendo que los escenarios brindan la oportunidad de intervenciones de amplio alcance que pueden estar dirigidas a un cambio relacionado tanto de la conducta orientada a la salud, como con el entorno, con el fin de alcanzar mejores resultados.⁽³⁴⁾

Estas formas de abordaje del tabaquismo se encuentran validadas en la práctica de la atención primaria, encontrándose varios estudios que muestran su efectividad tanto en Cuba como en el extranjero.

En Cuba encontramos estudios realizados en grupos de adolescentes como el del Dr. Yorvis López Santana, etc. En que apoyan con sus resultados la hipótesis de la posibilidad de adquisición de conocimientos en este grupo etario, con el objetivo de prevenir el inicio del consumo de cigarro.⁽³⁶⁾ Resultados semejantes a los alcanzados en otro estudio con adolescentes como el de la M s C. Dra. Clara Delfa García Díaz que valora la prevalencia de tabaquismo en un grupo de adolescentes y su motivación inicial, logrando resultados alentadores en la

adquisición de conocimientos tras la intervención educativa y exponiendo el logro de obtener una disminución de la prevalencia en los mismos.⁽³⁷⁾ Estudio que concuerdan con el realizado por Sergio Orlando Escalona González entre enero y mayo de 2020 sobre un grupo de estudiantes de la enseñanza preuniversitaria en el cual evalúa la adquisición de conocimientos antes y después a una intervención educativa obteniendo resultados positivos al respecto, reconociéndolo como una actividad de promoción de salud capaz de beneficiar a los estudiantes vulnerables y expuestos.⁽³⁷⁾

Un estudio realizado en Argentina entre los años 2010-2012 sobre adolescentes fumadores muestra la evaluación anual de los resultados alcanzados tras una intervención educativa corroborando una disminución de la prevalencia de adolescentes fumadores que recibió la intervención con respecto a un grupo de control que no la recibió, haciendo una evaluación anual de prevalencia en la muestra del estudio. Lo cual confirma que aunque no se observen resultados de cesación tabaquica inmediata los resultados se pueden alcanzar a mediano y largo plazo. En este estudio también se logra una adquisición de conocimientos positivos como resultado de la intervención educativa.⁽³⁸⁾

Otro estudio realizado en Venezuela por el Dr. Rigoberto Núñez, sobre estudiantes de las carreras de medicina y enfermería muestra como resultado alentador los cambios favorables en la conducta de consumo de cigarrillo en los fumadores que participaron en el estudio con abandono de esta práctica en unos y la adquisición de deseo de dejar de fumar en otros.⁽³⁹⁾

Se reconoce también en un estudio publicado en 2011 por la Revista Argentina de Salud Pública que evaluó el efecto de un curso breve de tabaquismo sobre los conocimientos y actitudes relacionados con el uso del tabaco en los estudiantes de Medicina con una evaluación de la prevalencia a los 3 meses, en este se muestra como resultado que no se logra evaluar de forma eficiente los conocimientos, pues se alcanza un efecto techo con el cuestionario inicial secundario a correctos conocimientos sobre el tema, y aunque mejoró moderadamente la percepción sobre la utilidad que presenta el consejo médico para inducir a los pacientes a dejar de fumar, no se observa una disminución

significativa en las estadísticas de la prevalencia de tabaquismo en el grupo estudiado. ⁽⁴⁰⁾

De otra manera en un estudio realizado en Policlínico Raúl Podio del municipio Media Luna en Granma, en el período octubre de 2015 - noviembre de 2017, que buscaba la evaluación del riesgo percibido por fumadores antes y después de una intervención, aborda resultados positivos en la adquisición de este riesgo en los pacientes, a pesar de no estudiar si se logra abandono del tabaquismo por alguno de los pacientes, se observa que el aumento de la percepción del riesgo puede constituir un punto de partida para alcanzar la motivación necesaria que impulse el deseo de dejar de fumar. ⁽⁴¹⁾

De todo lo anterior se desprende que una población conocedora de sus factores de riesgo y las formas para el manejo adecuado de su calidad de vida es factor esencial en el control de la enfermedad, existen diferentes métodos para elevar el nivel de preparación de las poblaciones sobre diversas temáticas una de ellas es la intervención educativa.

En las últimas dos décadas se ha venido utilizando con mucha fuerza las intervenciones educativas para elevar y mejorar los conocimientos sobre diferentes temáticas, el tema del cáncer cérvico uterino no escapa a esta tendencia.

Se define la intervención educativa como: "Una labor que contribuye a dar soluciones a determinados problemas y a prevenir que aparezcan otros, al mismo tiempo que supone colaborar con los centros o instituciones, con fines educativos y/o sociales, para que la enseñanza o las actuaciones que desde ellos se generan estén cada vez más adaptadas a las necesidades reales de las personas y de la sociedad en general". ⁽⁴²⁾

La intervención psicoeducativa, se define como una ciencia social, cuyo ámbito de competencia se refiere a variables sociales y nunca a variables biológicas. Las variables objeto de la intervención, por tanto, serían las que deben tomarse como criterio último para observar el cambio producido, y están referidas tanto al ámbito puramente individual como a los ambientes o contextos. Las acciones se suelen

dirigir a completar la intervención básica (educativa y social), innovar esa intervención y optimizar recursos. ⁽⁴²⁾

Constituye la esencia de la intervención y viene condicionado por los objetivos, los que a su vez vienen dados por el análisis de necesidades. ⁽⁴³⁾

Es importante que se parta de la conciencia de necesidad de cambio. Para ello se debe analizar la actual forma de actuación y lograr que los implicados en ellas se concienten de la posibilidad de mejora de las mismas. Está demostrado que las personas no cambian sus pautas de actuación, y menos aceptan sugerencias sobre otras nuevas, si no son conscientes de la inadecuación de las mismas. ⁽⁴⁴⁾

Se identifican dos tipos de escenarios uno es el contexto artificial: la intervención se realiza en lugares especiales preparados para tal fin, el otro contexto natural que no es más que la intervención se desarrolla en los espacios donde se sitúan los individuos o los grupos a los que va destinada la intervención. ⁽⁴⁴⁾

Siempre, debe adquirir una especial relevancia la representatividad ecológica de los diseños, aunque estos se desarrollen en una situación artificial. ⁽⁴⁴⁾

A pesar de que se ha aceptado que una acción individualizada supone también una forma de intervención, se defiende la intervención colectiva frente a tratamientos exclusivamente individuales. La intervención, por tanto, ha de requerir un marco comunitario amplio de acción, entendiendo que las acciones puntuales en situaciones artificiales no pueden formar parte del ámbito estricto de la intervención, sin embargo, sí se considera intervención a los asesoramientos individuales, siempre que estén insertados en un proyecto de intervención más amplio. ⁽⁴⁴⁾

Se pueden identificar los siguientes niveles de actuación. El nivel individual, entendido como tratamiento individualizado. El nivel de pequeño grupo, referido a la actuación en un conjunto de individuos situados dentro o fuera de una organización. El nivel de acción de amplio espectro, dirigido a instituciones, comunidad, macro contextos, cultura, etcétera. ⁽⁴⁵⁾

Se pueden contemplar cuatro funciones. La terapéutica, la cual desarrolla actividades de tipo correctivo ya que pretende dar soluciones a determinados problemas que ya se han manifestado. La preventiva que está dirigida a evitar la

aparición de dificultades. Se trabaja, por tanto, en la detección precoz de los problemas para diseñar la ayuda necesaria. Este planteamiento se basa, entre otros aspectos, en el menor coste en recursos humanos y económicos de los programas preventivos frente a los programas de intervención en la crisis. Conlleva conocer los factores de riesgo mediante análisis previos. Estos análisis pueden estar insertos también en el diagnóstico de necesidades. ⁽⁴⁵⁾

La Intervención Social: desde esta perspectiva se toma el contexto, no solo como posible causa o como fuente y origen de los hechos, sino, como medio en el que el profesional promueve directa o indirectamente cambios, hasta el punto de ser 'instrumento-agente' de cambio social. En general, se suele defender el carácter preventivo frente al mero tratamiento. La función preventiva es un concepto estrechamente relacionado a la intervención, hasta tal punto que se puede decir que uno justifica al otro, y muchos autores identifican como única función de la intervención la prevención. Sin embargo, actualmente, se concibe y defiende que la intervención no sólo debe dirigirse a reducir el riesgo futuro sino también a optimizar o mejorar todos los ámbitos personales susceptibles de mejora (función de desarrollo), y a no percibir solo el déficit en los individuos que los padecen sino en los contextos que los provocan (intervención social). ⁽⁴⁶⁾

El programa educativo se concibe a partir de un paradigma o modelo de enseñanza y debe corresponder con los valores sociales generales y los principios del sector a que responde, en este caso de tipo activo participativo, incorporando todos los elementos del proceso de enseñanza aprendizaje centrado en el desarrollo humano: auto-estima, trabajo en grupos, desarrollo de capacidades, planificación conjunta, responsabilidad compartida. ⁽⁴⁶⁾

Las intervenciones conductuales pueden desempeñar un papel integral en el tratamiento antitabáquico, ya sea conjuntamente con medicamentos o por sí solas. Emplean una variedad de métodos para ayudar a los fumadores a romper con el hábito, que van desde materiales de autoayuda hasta la terapia cognitivo-conductual individual. Estas intervenciones enseñan a las personas a reconocer situaciones de alto riesgo que incitan a fumar, a desarrollar estrategias alternativas para no volver a fumar, a manejar el estrés, a mejorar su habilidad

para resolver problemas así como para incrementar el apoyo social. Las investigaciones han demostrado que mientras más se ajusta la terapia al caso de cada persona, mayor es la probabilidad de lograr el éxito. ⁽⁴⁷⁾

Tradicionalmente, los enfoques conductuales se desarrollaban y se realizaban en ambientes formales como las clínicas para dejar de fumar y numerosos ambientes comunitarios y de salud pública. Sin embargo, en la última década los investigadores han estado adaptando estos enfoques a formatos telefónicos, de correo y de Internet, los mismos que pueden ser más aceptables y accesibles a los fumadores que quieren romper con el hábito. ⁽⁴⁷⁾

Para la presentación de la estrategia de intervención educativa se partió de plantear los fundamentos teóricos y metodológicos que le servirán de base y de un diagnóstico educativo, el cual justificó el propósito de modificar la situación actual para incrementar el conocimiento sobre el tabaquismo y de una forma secundaria incrementar la percepción del riesgo y brindar recursos a los sujetos de investigación para el abordaje del tema, logrando modificaciones en sus actitudes y prácticas asumidas.

Hipótesis de investigación: Se puede de lograr con una intervención educativa aumentar el conocimiento sobre las características del tabaquismo en los fumadores del CMF 12 del área de salud Gaspar durante 2019-2021.

Metodología

Se realizó un estudio de intervención comunitaria sobre tabaquismo, dirigido a la población del consultorio 12 del área de salud Gaspar en el municipio Baraguá de la provincia Ciego de Ávila, en el periodo comprendido entre los años 2019-2021, aplicando una estrategia educativa en fumadores que permita modificar el nivel de conocimiento sobre esta práctica. Entre las fases o acciones para el desarrollo de este proyecto se conformó en un primer momento el grupo a trabajar caracterizado por grupos de 10 pacientes, luego se desarrolló la intervención educativa en sesiones semanales a unos de estos grupos y culminada la intervención se seleccionó otro grupo de trabajo, de esta forma se seguirá formando los equipos hasta completar 40 personas; posteriormente se evaluó la efectividad de este proyecto en todas las personas intervenidas.

El estudio se conformó por 40 pacientes, de los cuales 2 salieron del programa por viajar fuera del área, pero se rectificó la cifra a estudiar aceptando 2 pacientes más en el último programa.

Universo de estudio: Total de fumadores del CMF 12 del área de salud Gaspar, Baraguá, Ciego de Ávila, entre los años 2019-2021, para un total de 173 personas

Muestra: La muestra estuvo conformada por 40 individuos fumadores escogidos por la técnica de muestreo no probabilístico de tipo intencional y que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, los cuales quedarán separados en grupos de 10 pacientes para su manejo.

Criterios de inclusión en el grupo:

Personas fumadoras que manifestaron intenciones de dejar de fumar y que estuvieron suficientemente motivados hacia el tratamiento con la decisión de abandonar el hábito definitivamente, siempre que cumplieren con el principio de la voluntariedad y firmando el consentimiento informado (Anexo 1). Edad mayor de 15 años.

Criterios de exclusión:

- Personas con deterioro físico que le impida asistir a las sesiones.
- Personas con antecedentes psiquiátricos del orden siguiente:

- Psicóticos crónicos (esquizofrénicos, deterioro demencial), por el deterioro intelectual que obstaculiza la dinámica de grupo y posibles brotes durante la abstinencia.
- Psicosis afectiva (Psicosis maniaco depresiva, melancolía involutiva), por los desajustes afectivos que supone el síndrome de abstinencia.
- Neuróticos descompensados por igual razón.
- Psicópatas cuyas particularidades psicológicas y estilo comunicativo de proyección social pueda interrumpir la dinámica grupal.
- Otras adicciones concomitantes en el momento actual, alcoholismo, psicofármacos, etc.
- Retraso mental.
- Subculturalización marcada.

Criterio de salida: Negativa por parte de los pacientes de seguir participando en la investigación. Pacientes, que encontrándose formando parte de la investigación, necesiten salir del área por un periodo prolongado que determine su ausencia a varias sesiones. Pacientes que se ausenten a un 25% de las sesiones.

Métodos de obtención de información:

- Entrevista: se hizo una pesquisa activa en busca de fumadores, indagando en su deseo de dejar de fumar y disposición de entrar en el proyecto. Se realizó una entrevista individual que permitió la recolección de datos para confeccionar una historia propia del fumador evaluado (anexo 3)
- Encuestas: Se realizó el Test de Fagerström Modificado (anexo 2) para evaluar el grado de dependencia de los evaluados. Se efectuó una encuesta evaluadora de conocimientos de tabaquismo para la recolección de información para la variable principal a estudiar (anexo 4) este cuestionario se convirtió en el registro primario de la investigación.

Se usaron como métodos empíricos: la observación, la encuesta, la entrevista, y la medición.

La observación, se utilizó para confirmar el diagnóstico, para inferir la aceptación y evolución individual durante el proceso de intervención, y para determinar la

efectividad de la intervención educativa durante y tras culminar esta.

La encuesta se realizó de forma directa y estandarizada sobre la muestra antes la intervención determinando nivel de dependencia al cigarro o tabaco, y otra evaluando conocimientos de tabaquismo, para la recolección de información para la variable principal a estudiar (anexo 4), la cual se aplicará antes y después de la intervención

La entrevista, permitió reconocer el universo a estudiar con la identificación de los pacientes fumadores y el registro de datos individuales de su historia como fumador.

La medición, se realizó el registro de los datos obtenidos en las encuestas, y las entrevistas desarrolladas, permitiendo la realización de tablas y gráficos que ayudaron al análisis de los resultados.

Operacionalización de las variables:

Variables	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala de clasificación	Descripción	
Edad	Cuantitativa continua	15-25 años 26-35 años 36-45 años 46-55 años 56-65 años 66 y más años	Según años cumplidos.	Número y porcentaje según grupos de pertenencia.
Nivel de escolaridad	Cualitativa ordinal.	Primaria sin terminar Primaria Secundaria. Pre universitario Técnico medio. Universitario.	Según nivel académico alcanzado.	Número y porcentaje según grupo de pertenencia
Grado de dependencia al tabaco	Cualitativa ordinal.	Poco dependiente Dependencia media Altamente dependiente	Grado de dependencia al tabaco o cigarro	Número y porcentaje según grupos de pertenencia.

Conocimiento sobre tabaquismo	Cualitativa nominal dicotómica.	Satisfactorio Insatisfactorio	Según aplicación del cuestionario antes y después.	Número y porcentaje según grupo de pertenencia
-------------------------------	---------------------------------	----------------------------------	--	--

Métodos de procesamiento de la información y técnicas a utilizar: se realizó un análisis porcentual de los resultados los cuales se presentaron en tablas diseñadas al efecto, en las que se resumió la información con el fin de valorar los objetivos planteado; y se realizó posteriormente un análisis del fenómeno estudiado, que permitió, a través del proceso de síntesis y generalización, arribar a conclusiones.

Aspectos éticos:

El desarrollo de la investigación fue realizado de acuerdo con los cuatro principios éticos básicos que van implícitos en los estudios con seres humanos: el respeto a la autonomía, la beneficencia, la no-maleficencia y el de justicia. Los pacientes incluidos fueron participantes voluntarios a los que se les solicitará su Declaración de Consentimiento Informado, que debieron firmar para así oficializar legalmente su disposición a participar (anexo 1) y colaborar con la investigación, después de haberseles instruido debidamente acerca de las características del estudio, sus objetivos y beneficios. Se respetó la integridad de los pacientes dentro de la investigación asegurando la confidencialidad de toda la información personal que fue obtenida durante ésta. El lenguaje que se utilizó durante la entrevista no fue técnico, sino práctico y comprensible. El cuidado que recibieron los sujetos y las decisiones que le pudieron afectar fueron responsabilidad del equipo médico que participará en la investigación

Se pidió a todos los encuestados seleccionados su consentimiento para participar en el estudio. Se explicó el carácter voluntario, se insistió en el carácter confidencial de los datos y el manejo anónimo de los participantes, con el uso de códigos de identificación. La autonomía se mantuvo desde la decisión individual de participar o no en la investigación, por lo que cada sujeto leyó, en presencia

del investigador, la información necesaria y oportuna sobre el estudio, para posteriormente ambos firmar el acta de consentimiento informado.

Se sostuvo una interacción justa y benéfica con los pacientes. Siguiendo de esta forma los principios de Autonomía, Beneficencia, No maleficencia y justicia.

Plan de análisis de los resultados

Se confeccionó una base de datos en el programa Excel para sintetizar toda la información y se resumió en frecuencias absolutas y porcentajes.

Para el análisis de las variables socio-demográficas se utilizó estadística descriptiva. Para el análisis de la efectividad de la intervención educativa se empleó la prueba estadísticas Mc.Nemar para hallar diferencias significativas entre el nivel de conocimiento antes y después de aplicada la intervención.

En el caso de la evaluación de los conocimientos generales se realizó un análisis del promedio del número de evaluaciones favorable en la encuesta, así como de las inadecuadas; ejecutando el promedio del resultado acorde a las normas matemáticas, de forma que con los resultados alcanzados se logró evaluar los resultados con la prueba estadística de McNemar.

Análisis y Discusión de los Resultados.

Tabla 1. Distribución de fumadores por grupos de edades. Batey San Isidro. Baraguá. 2019-2021

Grupos de Edades	No.	%
15-25 años	3	7,5
26-35 años	15	37,5
36-45 años	9	22,5
46-55 años	4	10
56-65 años	4	10
66 y más años	5	12,5
Total	40	100

Fuente: Entrevista. Anexo 3

En la tabla 1 se muestra la distribución por edades confirma que en la muestra estudiada predominaron los fumadores adultos jóvenes con un 37% de la muestra, observando una disminución de la prevalencia con la edad. Este dato se encuentra en relación en que tras la aparición de patologías crónicas en relación con etapas superiores de la vida y presentando como factor asociado al tabaquismo, muchas personas abandonan su consumo como parte de las

medidas generales del tratamiento. De la misma forma es posible notar con estos datos que la prevalencia está predominando en las etapas más jóvenes de la vida, en donde por lo general la dependencia no es tan alta y se puede lograr mejor los programas de intervención educativa y de deshabituación tabáquica. Datos que se encuentran diferentes a los de otras investigaciones como la de Deilys Pérez Martínez, que reconoce un predominio en las personas entre 40 y 49 años. ⁽⁴¹⁾ También en un artículo publicado por Cubadebate se reconoce de igual forma una mayor prevalencia en Cuba entre los 40 y 50 años. ⁽¹³⁾ De forma que los datos registrados en el estudio mostrarían una edad de mayor prevalencia por debajo de las estadísticas nacionales. Lo cual se interpreta como cambios sociodemográficos que variarían con respecto a las poblaciones estudiadas. Otros estudios se realizan sobre población joven dada por lo general por adolescentes, lo cual no se puede usar para realizar comparaciones en este caso

Tabla 2. Distribución de fumadores por sexos.

Sexo	No.	%
Masculino	26	65
Femenino	14	35
Total	40	100

Fuente: Entrevista. Anexo 3

En tabla 2 se reconoce la distribución por sexo de los participantes, encontrando un predominio de fumadores masculinos sobre el femenino con un 65% sobre un 35% respectivamente, concordando con las estadísticas internacionales y nacionales de esta práctica según el género, mostrando variaciones en las cifras, pero siempre mostrando un predominio del sexo masculino ^(18, 36, 39, 41, 47, 49, 50, 51). Esto se explicaría por la relación de una conducta machista en el consumo de cigarro además de que por lo general se observa un abandono del tabaquismo en las mujeres durante los periodos de embarazo y la no reincidencia después de este. Un estudio llevado a cabo por Bárbara de la Caridad Gavilla González y otros autores, que realiza una intervención educativa en adolescentes, reconoce en la muestra con la cual se trabajó una mayor prevalencia del tabaquismo del sexo masculino sobre el femenino, lo que muestra de esta manera que es una estadística que se comporta así desde estas etapas de la vida ⁽⁵²⁾. A su vez en

otros estudios o estadísticas se reconoce incluso que esto puede variar de un país a otro condicionado por los modos de vida de estos conociendo que en países como Dinamarca y Noruega existió durante el año informado un predominio de mujeres sobre hombres con un 37 y 36 % de la población. ⁽⁵⁾

Tabla 3. Distribución del nivel educacional de los fumadores.

Nivel Educacional	No.	%
Primaria	9	22,5
Secundaria	21	52,5
Pre universitario	4	10
Técnico medio	6	15
Total	40	100

Fuente: Entrevista. Anexo 3

En la tabla 3 se identifica la distribución de los fumadores por nivel educacional encontrando datos que concuerdan con la distribución de esta variable en la población del CMF donde se realiza el estudio, en el cual se identifica una población que con características rurales donde predomina el nivel educacional de secundaria básica en jóvenes y adultos jóvenes, y de primaria hacia etapas superiores de la vida. Se identifica entonces un predominio del tabaquismo en las personas con nivel educacional de secundaria básica y primaria con un 52,5% y un 22,5% respectivamente, observando una disminución de la prevalencia de este hábito a medida que aumenta el nivel educacional, dato que concuerda con lo señalado en un artículo de Cubadebate que reconoce un consumo más bajo a este nivel ⁽¹³⁾. Lo cual implicaría e identificaría la etapa de vida a trabajar en la prevención de la incidencia de tabaquismo que sería en la adolescencia.

Tabla 4: Grado de dependencia al tabaco en los fumadores estudiados.

Grado de dependencia al tabaco	No.	%
Poco dependiente	6	15
Dependencia media	24	60
Altamente dependiente	10	25
Total	40	100

Fuente: Anexo 2: Test de Fagerström Modificado.

La tabla 4 permite llegar a la conclusión de que la muestra estudiada presentó en general una dependencia media al cigarro con un 60% de los casos, lo cual influye a su vez en la motivación a dejar de fumar y a su vez determina la intensidad del programa de intervención a desarrollar. Estos datos a su vez están

en correspondencia con el tiempo de evolución del tabaquismo, encontrando que mientras más años fumados más riesgo de un grado de dependencia mayor se puede adquirir. En un estudio de Justo R. Fabelo se observa algo relacionado a ello pues al valorar entre otras variables el grado de dependencia a la nicotina en pacientes jóvenes encuentra un grado bajo de este ⁽⁵¹⁾, lo cual se reconoce que está en relación a que los pacientes encuestados, los que por su corta edad no han desarrollado un grado mayor de dependencia a esta droga. Lo cual el autor considera y relaciona con lo antes expuesto de la relación proporcional del tiempo de exposición al tabaco y su grado de dependencia.

Tabla 5. Distribución de los pacientes según el nivel de conocimiento sobre las definiciones de fumador activo. Antes y después.

	Nivel de conocimiento	Después				Total	
		Adecuado		Inadecuado		No	%
		No	%	No	%		
Antes	Adecuado	29	72,5	0	0	29	72,5
	Inadecuado	11	27,5	0	0	11	27,7
	Total	40	100,0	0	0	40	100,0

Fuente: Encuesta. Anexo 4

Prueba de Mc.Nemar $p = 0,001$

En la tabla 5 se resume que la mayoría de las personas que participaron en la intervención conocían antes de la evaluación el concepto de fumador activo en un 72,5%, sobre un pequeño grupo que lo desconocía en un 27,5%; este es un planteamiento de fácil saber por las personas teniendo en cuenta las campañas nacionales de promoción televisiva al respecto, se observó, además, que por la facilidad de este concepto todos los participantes al final de la intervención lo dominaron. Datos que al hacer el análisis de la prueba Mc.Nemar mostró una variación y rechazo de la hipótesis nula lo cual indicó que es posible con la intervención la adquisición de conocimientos. ⁽⁵³⁾. Este resultado no se logra comparar con otras encuestas o estudios realizados pues en otras intervenciones no se evalúa este aspecto.

Tabla 6. Distribución de los pacientes según el nivel de conocimiento sobre las definiciones de fumador pasivo. Antes y después.

	Nivel de conocimiento	Después				Total	
		Adecuado		Inadecuado			
		No	%	No	%	No	%
Antes	Adecuado	19	47,5	0	0	19	47,5
	Inadecuado	21	52,5	0	0	21	52,5
	Total	40	100,0	0	0	40	100,0

Fuente: Encuesta. Anexo 4

Prueba de Mc.Nemar $p = 0,000$

En la tabla 6 se reconoció que la gran parte de los pacientes investigados no estuvo a la corriente con el concepto de fumador pasivo en un 52,5 al inicio de la intervención; cifras que se interpretan en relación con el nivel cultural y educativo de esta área rural, al finalizar la intervención se logró dominar para un 100% de los pacientes esta idea, logrando que reconozcan a sus familiares y contactos laborales como fumadores pasivos. Lo cual ayudó a la tomar medidas en el hogar para no afectar la calidad de vida las personas que los rodean. Al hacer el análisis de la prueba Mc.Nemar se mostró una variación y rechazo de la hipótesis nula lo cual señaló que es posible con la intervención la adquisición de conocimientos. ⁽⁵³⁾. Este resultado no se logra comparar con otras encuestas o estudios realizados pues en otras intervenciones no se evalúa este aspecto.

Tabla 7. Distribución de los pacientes según el nivel de conocimiento sobre los efectos del tabaquismo sobre la salud humana en fumadores activos.

	Nivel de conocimiento	Después				Total	
		Adecuado		Inadecuado			
		No	%	No	%	No	%
Antes	Adecuado	3	7,5	0	0	3	7,5
	Inadecuado	28	70,0	9	22,5	37	92,5
	Total	31	77,5	9	22,5	40	100,0

Fuente: Encuesta. Anexo 4

Prueba de Mc.Nemar $p = 0,000$

La tabla 7 muestra el desconocimiento mayoritario de los participantes antes de la intervención sobre las afecciones sobre su salud que pueden aparecer con el

tabaquismo siendo inadecuado en 37 de ellos para un 92,5% , en la recogida de datos en la encuesta reconocieron como afectación más común el cáncer de pulmón y la relación con la hipertensión arterial, desconociendo el amplio abanico de patologías que aparecen con el tabaquismo. Tras la intervención se mostró un aumento de los conocimientos, existiendo un predominio de las personas que conocen sobre las enfermedades que los pueden afectar en 31 de ellas para un 77,5% , sobre todo reconocen otros tipos de cánceres, así como otras afectaciones pulmonares y cardiovasculares. De forma que el conocimiento sobre las patologías que sobre ellos pueden aparecer pueda ser motivo de motivación al abandono del consumo de cigarrillos. Al hacer el análisis de la prueba Mc.Nemar se mostró una variación y rechazo de la hipótesis nula lo cual indicó que es posible con la intervención la adquisición de conocimientos. ⁽⁵³⁾. Estos datos pudieron ser comparados con otras investigaciones como la del Dr. Yorvis López Santana que evalúa este aspecto también sobre adolescentes logrando resultados superiores en cuanto a la aceptación de este aspecto con cifras que alcanzaron hasta un 93,2% al final del programa impuesto ⁽³⁵⁾. Este estudio señala resultados semejantes a los de la Dra. M sC. Dra. Clara Delfa García Díaz, que bajo una intervención igualmente sobre adolescentes logró una comprensión al final de su estudio de hasta un 95.54% .

Tabla 8. Distribución de los pacientes según el nivel de conocimiento sobre los efectos del tabaquismo sobre la salud humana en fumadores pasivos. Antes y después.

		Nivel de conocimiento	Después				Total	
			Adecuado		Inadecuado		No	%
			No	%	No	%		
Antes	Adecuado	8	20,0	0	0,0	8	20,0	
	Inadecuado	25	62,5	7	17,5	32	80,0	
	Total	33	82,5	7	17,5	40	100,0	

Fuente: Encuesta. Anexo 4

Prueba de M c.Nem ar p= 0,000

En la tabla 8 se interpreta la evaluación del conocimiento sobre los efectos del tabaquismo pasivo en los participantes, se reconoció que existió a pesar de que se pidieron pocas patologías a exponer, un bajo conocimiento al respecto, existiendo un predominio de los conocimientos inadecuados en un 80,0%. De una forma reconocían que es tan dañino como para el fumador activo e incluso algunos contemplaron que es aún más nocivo que el consumo activo, no obstante, tras no reconocer la mayoría las enfermedades que pueden aparecer en ellos no acertaban en las dolencias que puede presentar los que los rodean al estar en contacto con el humo de cigarro. Tras culminar la intervención lograron interpretar las afecciones que pueden aparecer en los que conviven con ellos, predominando en un 82,5% los conocedores del tema, reconociendo sobre todo los trastornos que pueden aparecer en los niños. De forma que puedan cambiar su conducta al respecto y disminuir la explosión de otras personas a su humo. Al hacer el análisis de la prueba M c.Nem ar se mostró una variación y rechazo de la hipótesis nula lo cual señalo que es posible con la intervención la adquisición de conocimientos ⁽⁵³⁾. Este aspecto no se vio evaluado en otros estudios por lo cual no se logró comparar los resultados con este.

Tabla 9. Distribución de los pacientes según el nivel de conocimiento sobre los efectos del tabaquismo sobre la salud humana en embarazadas fumadoras. Antes y después.

	Nivel de conocimiento	Después				Total	
		Adecuado		Inadecuado			
		No	%	No	%	No	%
Antes	Adecuado	10	25	0	0	10	25
	Inadecuado	26	65	4	10	30	75
	Total	36	90	4	10	40	100

Fuente: Encuesta. Anexo 4

Prueba de Mc.Nemar $p = 0,000$

La tabla 9 valida en hecho de bajo conocimiento del efecto de tabaquismo en las embarazadas antes de la intervención sobresaliendo los desconocedores del tema en un 75,0% , estos reconocieron de forma general que puede afectar el feto con posibles malformaciones, y que por lo general es una práctica que dicen desaconsejar en embarazadas, tras la intervención educativa se logró un aumento de los pacientes conocedores o capaces de reconocer patologías asociadas, con un 90% de los participantes; estos reconocieron gran número de enfermedades o trastorno que pueden aparecer. Datos que al hacer el análisis de la prueba Mc.Nemar mostró una variación y rechazo de la hipótesis nula indicando que es posible con la intervención la adquisición de conocimientos. ⁽⁵³⁾. No se logra comparar los resultados pues no se encuentran es este tipo de investigaciones evaluación de este aspecto.

Tabla 10. Distribución de los pacientes según el nivel de conocimiento sobre los beneficios del abandono del tabaquismo. Antes y después.

	Nivel de conocimiento	Después				Total	
		Adecuado		Inadecuado			
		No	%	No	%	No	%
Antes	Adecuado	8	20	0	0	8	20
	Inadecuado	26	65	6	15	32	80
	Total	34	85	6	15	40	100

Fuente: Encuesta. Anexo 4

Prueba de Mc.Nemar $p = 0,000$

En el análisis estadístico de la tabla 10 se comprueba que no se conoció por la mayoría de los participantes el gran número de beneficios del abandono del tabaquismo prevaleciendo en un 80% de los casos el conocimiento desacertado

al respecto, lo cual ha podido influir en la conducta fumadora y alejarlos de su consumo; tras la intervención educativa se lograron reconocer los efectos favorables para su organismo si como para el ambiente psicosocial que los rodea, primando un 85% de las personas capaces de distinguir estos beneficios, lo cual fue un motivo más para alcanzar la motivación necesaria para dejar de fumar. Datos que al hacer el análisis de la prueba Mc.Nemar mostró una variación y rechazo de la hipótesis nula, planteando que es posible con la intervención la adquisición de conocimientos ⁽⁵³⁾. Estos resultados no se lograron contrastar con otros estudios pues no se encontró investigaciones donde se evaluase ello.

Tabla 11. Distribución de los pacientes según el nivel de conocimiento general sobre tabaquismo. Antes y después.

	Nivel de conocimiento	Después				Total	
		Adecuado		Inadecuado		No	%
		No	%	No	%		
Antes	Adecuado	9	22,5	0		9	22,5
	Inadecuado	26	65,0	5	12,5	31	77,5
	Total	35	87,5	5	12,5	40	100,0

Fuente: Encuesta. Anexo 4

Prueba de Mc.Nemar $p= 0,000$

A través de la tabla 11 se logró llegar a la conclusión de que los conocimientos generales y evaluados en la encuesta eran es la mayoría de los pacientes baja con un 77,5% de conocimientos inadecuados al inicio de la intervención, logrando tras la intervención una adquisición de conocimientos favorable en la mayoría de los pacientes en un 87,5% de acuerdo con los resultados de la encuesta final. Estadísticas que se confirman de forma indirecta tras conversaciones con los pacientes. Datos que al hacer el análisis de la prueba Mc.Nemar mostraron una variación y rechazo de la hipótesis nula, indicando que es posible con la intervención la adquisición de conocimientos. ⁽⁵³⁾

La efectividad de esta técnica de prevención para el logro de modificaciones de conocimientos en la población esta abalada por estudios como el de las Dras. María José Menor Rodríguez, María José Aguilar Cordero, Norma Mur Villar y Cinthya Santana Mur ⁽³⁵⁾, las que valoran la efectividad de esta práctica en sus

diferentes formas de aplicación. Los resultados alcanzados en esta investigación concuerdan con otras propuestas de este tipo llevada a cabo sobre población en general o en adolescentes, en todas encontrando cambios favorables en la aprensión del contenido, logrando en algunos tras terminar la investigación encontrar una disminución de prevalencia de tabaquismo. (36, 37, 38, 39, 40, 42, 52, 54, 55). No obstante, hay una investigación encontrada que señala una conclusión diferente a la encontrada en esta tesis y es la de los Drs. Jonatan Konfino, Raúl Mejía, Daniel Ferrante, Roberto Iermoli, Eliseo Pérez-Stable, que tras tomar como universo y muestra estudiantes de ciencias médicas, que tenían conocimientos sobre el tema, no pudieron evaluar la efectividad de esta práctica pues se alcanzó una alta positividad de respuestas en el test inicial evaluador que no mostro cambios en la prueba luego de la actividad educativa, lo cual no se relaciona con esta investigación pues no contaba con un grupo de este tipo. En la presente investigación se estudió sobre la posibilidad de que los pacientes fumadores luego de una intervención educativa mostraran un aumento de su interpretación sobre que es el tabaquismo, sus efectos y así como otros aspectos, propuesta que se reconoce como alcanzada, teniendo en cuenta los resultados en el estudio estadístico realizado en las preguntas formuladas en la investigación. De forma que se demuestra la importancia y valor de esta técnica de prevención de salud para el manejo de fumadores en los cuales se proponga la deshabitación tabáquica. De esta manera se puede evaluar como positivo la metodología desarrollada en la investigación y la técnica educativa propuesta.

Conclusiones

Fue posible tras una intervención educativa alcanzar una modificación positiva y significativa del nivel de conocimientos sobre el tabaquismo en los pacientes estudiados. Esta técnica de promoción de salud mostró que encontrándose deficientes conocimientos sobre tabaquismo al inicio de esta propuesta en los pacientes que participaron, se logró un cambio favorable demostrado estadísticamente en cuanto al entendimiento de los temas abordados en el curso impartido. La mayor parte de los pacientes lograron identificar los efectos nocivos del tabaquismo sobre su organismo y las demás personas.

Recomendaciones

Se recomienda teniendo en cuenta el papel preventivo de nuestro sistema de salud aplicar programas educativos en los grupos más vulnerables a incidir en el consumo de cigarro, efectuando charlas educativas en escuelas secundarias.

Se aconseja realizar sin cansancio charlas y motivación a pacientes fumadores haciéndoles comprender el riesgo que presentan mostrando datos de interés sobre esta práctica, sobre todo, exponiendo los beneficios para la salud que se pueden lograr y explicando las técnicas más comunes para lograr un abandono del consumo de cigarro.

Referencia Bibliográfica

1. Conde C, León Y. Cesación del hábito de fumar mediante ensayos de intervención en la comunidad. Rev Cub Oncol 1993; 9(1):30-4
2. Organización Mundial de la Salud. Iniciativa librarse del tabaco. Juventud libre de tabaco Informe de un Grupo Científico de la OMS; 2008 Ginebra: OMS [sitio en Internet]. [Actualizado 2008, citado 2008]. Disponible en: <http://www.who.int/tobacco/wntd/2008/es/>
3. López García-Aranda V, García Rubira J. Tabaco y enfermedad coronaria [sitio en Internet]. [Citado 2008]. Disponible en <http://www.crf.medynet.com/contenido/2000/6/408-416.pdf>
4. El tabaco causa 3 millones de muertes al año por enfermedades cardiovasculares. Disponible en <https://news.un.org/es/>.
5. Dirección Nacional de Registros y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2006. La Habana: MINSAP; 2007
6. Tur Socarrás A, Velásquez Pupo A, Sánchez Hernández E, Ortiz Pérez G, Herrera Fajardo JC. Modificación de conocimientos sobre tabaquismo en fumadores de un área de salud del municipio de Mella [artículo en línea] MEDISAN 2008; 12 (4). http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol12_4_08/san12408.htm
7. Otero M, Ayesta FJ. El tabaquismo como trastorno adictivo. Rev. Trastornos Adictivos. 2004 6(2):78-88
8. Ministerio de Salud Pública (Cuba). Programa para la Prevención y Control del Tabaquismo. La Habana: MINSAP; 2000
9. Tabaco y enfermedad. Disponible en URL: http://anestesiaweb.ens.uabc.mx/articulos/pulmon_terapia_respiratoria/tabaco.htm
- 10 Avery RA, Gary F, Glutting J, Eppes S: Factores prenatales y riesgo de muerte súbita infantil. Pediatrics. 2006;117(1):28
11. Patricia Varona Pérez; Delia Herrera Travieso; René Guillermo García Rochel; Mariano Bonet Gorbea; Teresa Romero Pérez; Silvia Josefina Venero

Fernández. Mortalidad atribuible al tabaquismo en Cuba. Rev Cubana Salud Pública v.35 n.2 Ciudad de La Habana abr.-jun. 2009.

12. Noticias en psiquiatría. Novedades en trastornos sexuales: del 15/3/06 al 14/6/06. Disponible en URL: <http://www.interpsiquiatria.com/cb/areas/noticias/trsexuales/diagnostico/26244/>

13. Patricia Varona, Casi la cuarta parte de la población cubana fuma. Disponible en www.cubadebate.cu

14. M Sc. Miguel Lugones Botell,1 Dra. Marieta Ramírez Bermúdez, 2 Dr. Luís Alberto Pichs García3 y Dra. Emilia Miyar Pieiga4 Las consecuencias del tabaquismo Policlínico "26 de Julio", Ciudad de La Habana. Rev. Cubana Hig Epidemiol 2006; 44(3)

15. DrC. Mosley Martínez Pérez, Dr. Juan Carlos de la Concepción Cárdenas, M Sc. Ariel Pérez González La promoción de salud dirigida a reducir los factores de riesgo de cáncer cérvico uterino [citado 10 marzo 18] Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v36n3/tema08.pdf>.

16. Isabel Nerín de la Puerta. Cap 2. El tabaco y los fumadores. En: Enfermedades respiratorias. Consejos para pacientes.

17. Eva Belén de Higes Martínez, Lidia Perera López. Manejo diagnóstico y tratamiento del tabaquismo en la práctica clínica diaria, En: Manual SEPAR de Procedimientos. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica SEPAR. Editorial Respira, 2015.

18. Lugones Botell, Miguel; Ramírez Bermúdez, Marieta; Pichs García, Luis Alberto; Miyar Pieiga, Emilia. Las consecuencias del tabaquismo. Revista Cubana de Higiene y Epidemiología, vol. 44, núm. 3, septiembre-diciembre, 2006. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Ciudad de La Habana, Cuba

19. Manual Nacional para el Abordaje del Tabaquismo en el Primer Nivel de Atención. Programa Nacional para el Control del Tabaco, 18 de Julio 2175 Oficina 503 CP 11200, Uruguay. En: controltabaco@msp.gub.uy

20. Miguel Barrueco, Miguel Ángel Hernández Mezquita, Miguel Torrecilla. Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo. Editorial ERGON. C/ Arboleda, 1. 28220 Majadahonda (Madrid). 2003.

21. Patricia Varona Pérez; Delia Herrera Travieso; René Guillermo García Rochel; Mariano Bonet Gorbea; Teresa Romero Pérez; Silvia Josefina Venero Fernández. Mortalidad atribuible al tabaquismo en Cuba. Revista Cubana de Salud Pública. 2009; 35(2)

22. Martín Ruiz, A.; Rodríguez Gómez, I.; Rubio, C.; Revert, C.; Hardisson, A. Efectos tóxicos del tabaco. Revista de Toxicología, vol. 21, núm. 2-3, 2004, pp. 64-71 Asociación Española de Toxicología Pamplona, España

23. Dr. Carlos Alberto Juárez Fuentes. Conocimientos y actitudes de Médicos Familiares y Generales sobre tabaquismo. México, D.F. Marzo de 2009.

24. Laura González Bosquet, Tabaquismo un problema sanitario de primera magnitud. Revista OFARM, VOL 23 NÚM 7 JULIO-AGOSTO 2004

25. Zinser-Sierra JW. Tabaquismo y cáncer de pulmón. Salud Publica Mex. 2019;61:303-307. <https://doi.org/10.21149/10088>

26. José Gallardo Carrasco, Ignacio Sánchez Hernández, Carlos Almonacid Sánchez. Planta del tabaco. Composición físico-química del humo del tabaco. patología asociada a su consumo. Carlos A. Jiménez Ruiz, Segismundo Solano Reina. Tabaquismo. Monografías de la Sociedad Madrileña de Neumología y Cirugía Torácica. Volumen VII / 2004.

27. Martínez-López E, Díaz PA. Tabaquismo y disminución de la función pulmonar en hombres y mujeres adultos. Salud i Ciencia 20(3):246-50, Nov 2013.

28. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Las Consecuencias del Tabaquismo en la Salud: 50 años de Progreso; Informe de la Dirección General de Servicios de Salud de los EE. UU. Atlanta, GA: Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud, Oficina de Tabaquismo y Salud, 2014.

29. Dr Ricardo Jorge Losardo. Tabaquismo crónico y cirugía plástica. Revista de la Asociación Médica Argentina, Vol. 130, Número 1 de 2017, (pág 34 -36)

30. Nancy A. Sorroza-Rojas; José P. Barberan-Torres; Nancy V. Cajas-Flores; Homero E. Jinez-Jinez; Edith E. López-Montanero; Jesús E. Rodríguez-Villacis. Neumonía adquirida en la comunidad asociada a tabaquismo pasivo en pediatría. Dom. Cien., ISSN: 2477-8818. Vol. 4, núm. 1, enero, 2018, pp. 268-279.

31. M^a Lourdes Clemente Jiménez, Alfonso Pérez Trullén. Software: Como ayudar a sus pacientes a dejar de fumar.

32. Carmen Cabezas. Guía para ayudar a la gente a dejar de fumar. Programa de actividades preventivas y de promoción de salud de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Julio 2001

33. Dra. Marena Jordán Padrón, Dra. Liliam Pachón González, Dra. María Elena Blanco Pereira, Dra. Mercy Achiong Alemañy. Elementos a tener en cuenta para realizar un diseño de intervención educativa. Rev. Med. Electrón. vol.33 no.4 Matanzas jul.-ago. 2011

34. María José Menor Rodríguez, María José Aguilar Cordero, Norma Mur Villar, Cinthya Santana Mur. Efectividad de las intervenciones educativas para la atención de la salud. Revisión sistemática. Medisur vol. 15 no.1 Cienfuegos ene-feb.2017

35. Dr Yorvis López Santana, Dra. Yanicet Villar Rojas, Dra. Aymara Laugart Wilson, Lic Yamiselis Cintra Hernández, Dra. Martha Salvadora Arañó Furet. Modificación de conocimientos sobre tabaquismo en un consultorio médico de la familia. Rev Inf Cient 2014; 87(5):865-873

36. MsC. Dra. Clara Delfa García Díaz, Nerydalia Pelegrín García, Tania Machín Triguero. Intervención educativa sobre tabaquismo en adolescentes de la enseñanza media del municipio de Pinar del Río. Disponible en: <http://galeno.pri.sld.cu>.

37. Sergio Orlando Escalona González, Luis Alcides Vázquez González, Adianys Lázara Peña Rojas. Intervención educativa para estudiantes de un pre-universitario sobre los efectos nocivos del tabaquismo y alcoholismo. IV Encuentro internacional Estilos de vida vs hábitos tóxicos

38. Gulayin PE, Irazola V, Rubinstein A, et al. Adolescentes Libres de Tabaco. Efectividad de una intervención educativa. Estudio antes-después controlado. Arch Argent Pediatr 2018;116(3): e392-e400.

39. Rigoberto Núñez; Janet Rodríguez; Erika Silva; Keily Urquiola; Auris de Finizola. Evaluación de un programa de intervención educativa para la cesación de tabaquismo en estudiantes de medicina y de enfermería de la Universidad Centroccidental "Lisandro Alvarado", en el lapso Junio-noviembre 2003. Boletín Médico de Postgrado. Vol. XX N° 2 abril – junio 2004.

40. Jonatan Konfino, Raúl Mejía, Daniel Ferrante, Roberto Iermoli, Eliseo Pérez-Stable. Efectos de un curso breve de tabaquismo en una facultad de medicina. Rev Argent Salud Pública, 2011; 2(8):15-20

41. Deilys Pérez Martínez, Elizabeth Saborit Corría, Lesbia Jiménez Sánchez. Intervención educativa para incrementar la severidad percibida del tabaquismo en pacientes fumadores. Rev Ciencias Médicas vol.23 no.1 Pinar del Río ene.-feb. 2019.

42. Jordán, M., Pachón, L., Blanco, M., & Achiong, M. (2011). Elementos a tener en cuenta para realizar un diseño de intervención educativa. Rev Méd Electrón. 33(4). [citado 6 jun 2018] Disponible en <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202011/vol4%202011/tema17.htm>.

43. Ramírez M. (2009). Experiencias y retos del análisis sociológico en salud. Rev Cubana Salud Pública. 30(3). [citado 6 jun 2018] Disponible en: http://scielo.php?pid=SO86-34662003000400005&script=sci_artext

44. Sanabria, G. (2010). Diseño del programa Educativo. Escuela Nacional de la Salud Pública. La Habana: ENSAP. [citado 6 jun 2018] disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S013865572006000400003&lang=es.

45. Organización Panamericana de la Salud. (2001). Manual de comunicación social para programas de la promoción de salud de los adolescentes [Internet]. Washington, DC: OPS; [citado 28 Feb 2018]. Disponible en :<http://www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/comSocial.pdf>.

46. Dra. Idelvis Revé Quiala, Dra. Daily Juana Velázquez Drangue, Estrategia de intervención en féminas para la prevención de cáncer cervicouterino [Internet]. Rev Inf Cient. 2015; 90(2):229-238 [citado 28 Feb 2018]. Disponible en: [http://www http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_issn_1028-9933022719=es](http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_issn_1028-9933022719=es).

47. Adicción al tabaco. NIDA. Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas Serie de Reportes de Investigación. NIH Publicación Número 11-4342(S).

48. Patricia Varona Pérez. Dr. René Guillermo García Roche, Dr. Rosa Marina García Pérez, Dr. Elba Lorenzo Vázquez; Tabaquismo y percepción del riesgo de fumar en trabajadores de la educación 2010-2011 Instituto Nacional de Higiene Epidemiología y Microbiología (INHEM). Revista Cubana de Salud Pública. 2016;42(1):45-60. Disponible <http://scielo.sld.cu>

49. M. Sarasate, E. Rodríguez, J.M. Sánchez, M.A. Pajín, E. Ruiz, A. Ayora y C. Martínez. Análisis de la prevalencia de tabaquismo y del grado de intervención para dejar de fumar en pacientes hospitalizados en el Hospital Universitario Vall d'Hebron (HUVH). 49 Congreso Nacional de la SEPAR

50. Deja de fumar con ayuda. Epidemiología. Disponible en: <https://www.pfizer.es/redirect.html?uri=https://www.dejadefumarconayuda.es>

51. Justo R. Fabelo, Serguei Iglesias, René Cabrera, María Teresa Maldonado. Consumo de tabaco y alcohol entre los estudiantes de ciencias de la salud en Cuba y México. En MEDICC Review, Selecciones 2013.

52. Dra. Bárbara de la Caridad Gavilla González. Dra. Norma B. Trenzado Rodríguez. Dra. Yamila Barroso Franco. Intervención educativa sobre el hábito de fumar en la adolescencia. Cárdenas. Año 2007. Rev. Med. Electrón. v.31 n.2 Matanzas mar.-abr. 2009

53. Stats Tester 4,0,1. Copyright © 2016-2020, BMP group Saitama, Japan. En: bmp-group.org. App disponible en stats-android@bmp-group.org.

54. José Rafael Escalona Aguilera, Ibrahín Escalona Aguilera, Raiza Rodríguez Ramírez, Annelis Leon Perez, Daimelis Pérez León, María Isabel Pérez Zaldívar. Intervención educativa sobre tabaquismo en adolescentes. Disponible en: <http://www.cimfcuba2012.sld.cu/index.php/xseminarioAPS/2012>.

55. Gladis Ester Arcia García. Intervención educativa sobre tabaquismo. Disponible en: <https://monografias.com/trabajos96/intervencion-educativa-tabaquismo/intervencion-educativa-tabaquismo.shtml>

A nexos

Anexo 1 (Consentimiento informado)

Boleta de disposición de los pacientes para participar en la investigación.

Yo: -----, después de saber en qué consiste la investigación, estoy plenamente de acuerdo en participar en ella. Y para que aquí conste, firmo el presente el día ----- del mes de ----- del año -----.

Firma del paciente. -----.

Firma del médico -----.

Anexo 2: Test de Fagerström Modificado

<p>¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y se fuma su primer cigarrillo?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta 5 minutos • de 6 a 30 minutos • de 31 a 60 minutos • Más de 60 minutos 	<p>3 2 1 0</p>
<p>¿Encuentra difícil no fumar en lugares donde está prohibido (hospital, cine, biblioteca)?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí • No 	<p>1 0</p>
<p>¿Qué cigarrillo le desagrada más dejar de fumar?</p> <ul style="list-style-type: none"> • El primero de la mañana • Cualquier otro 	<p>1 0</p>
<p>¿Cuántos cigarrillos fuma al día?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menos de 10 cigarrillos • Entre 11 y 20 cigarrillos • Entre 21 y 30 cigarrillos • 31 ó más cigarrillos 	<p>3 2 1 0</p>
<p>¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de levantarse que durante el resto del día?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí • No 	<p>1 0</p>
<p>¿Fuma, aunque esté tan enfermo que tenga que guardar cama la mayor parte del día?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí • No <p>Tota</p> <p>Puntuaciones menores o iguales a 4 puntos el fumador es poco dependiente de la nicotina; valores de 5 y 6 implican una dependencia media, y si la puntuación es igual o superior a 7 puntos, el fumadores altamente dependiente de la nicotina.</p>	<p>1 0</p>

Anexo 3. Entrevista para la recopilación de datos sobre la historia del fumador y otros datos.

EDAD -----

HOMBRE	MUJER	
--------	-------	--

Estado civil

SOLTERO /A	
CASADO /A	
DIVORCIDO /A	
VIUDO /A	

Nivel de estudios

Primaria sin terminar	
Primaria	
Secundaria	
Preuniversitario	
Técnico medio	
Universitario	

¿A qué edad probó su primer cigarrillo? -----

¿Desde qué edad fuma regularmente? -----

¿Por qué empezó a fumar? (motivo principal)

Fumaban casi todos mis amigos	
Para sentirme más integrado	
Fumaba mi mejor amigo (alguien importante para mí)	
Me gustaba el sabor y el olor	
Me sentía mayor, me sentía independiente	
Otros	

¿Cuántos años lleva fumando? -----

Indique el número de cigarrillos diarios que fuma actualmente -----

Marca -----

Actualmente, los cigarrillos los fuma:

Enteros hasta el filtro	
Casi todo el cigarrillo	
La mitad del cigarrillo	
Lo enciendo y lo apago	

Actualmente fuman algunas de las personas con las que convive en su domicilio:

Si		No	
----	--	----	--

En caso afirmativo, señale cual:

Padre	
Madre	
Cónyuge/pareja	
Hijos	

Si usted trabaja fuera de casa, ¿considera que trabaja en un ambiente de fumadores?

Si		No	
----	--	----	--

¿Considera usted a su grupo de amigos como fumadores?

Si		No	
----	--	----	--

¿Ha reducido el consumo de cigarrillos en el último año?

Si		No	
----	--	----	--

En caso de que haya reducido, ¿cuántos cigarrillos ha reducido al día? _____

¿Ha intentado dejar de fumar alguna vez?

Si		No	
----	--	----	--

Si ha respondido afirmativamente, ¿cuántas veces? _____

¿Ha dejado de fumar en el transcurso del último año?

Si		No	
----	--	----	--

¿Cuánto tiempo estuvo sin fumar?

Una semana o menos	
Entre un mes y tres meses	
Entre una semana y quince días	
Aproximadamente seis meses	
Entre quince días y un mes	
Más de seis meses	

¿Utilizó algún procedimiento para dejarlo?

Si		No	

Indique cuál o cuáles:

Terapia sustitutiva de nicotina	
Hipnosis Reducción progresiva	
Terapia farmacológica	
Terapia psicológica individual	
Consejo médico	
Terapia psicológica grupal	
Homeopatía	
Acupuntura	

¿Cuál cree que fue el motivo fundamental por el que recayó la última vez?

Marque sólo una

opción

Crisis vital: divorcio, enfermedad, muerte, etc.	
Celebración o acontecimiento festivo	
Premiarse en una situación agradable	
Estrés	
Depresión, aburrimiento	
Tomar alcohol y/o drogas	
Engordar	
Dificultades en el trabajo	
Estar en ambiente de fumadores	

¿Alguna vez su médico le ha sugerido que debe dejar de fumar?

Nunca	
Alguna vez	
Muchas veces	

¿Consume de forma habitual alguna de las siguientes sustancias?

Alcohol	
Otras drogas: cannabis, cocaína,	
Bebidas estimulantes (café, té, colas	
Psicofármacos (tranquilizantes, anfetaminas...)	
Analgésico	

Actualmente ¿Desea dejar de fumar?

Totalmente	
Bastante	
Poco	
Nada	
No sé	

¿Cree que fumar cigarrillos puede afectar gravemente a su salud?

1		Mucho
2		Bastante
3		Moderadamente
4		Poco
5		Nada

Anexo 4. Encuesta evaluadora de conocimientos de tabaquismo para la recolección de información para la variable principal a estudiar.

1. Diga 3 sustancias presentes en el cigarro.

1	
2	
3	

2. ¿Qué es un fumador activo?:

1		El que fabrica su propio cigarro
2		El que fuma para relajarse
3		Aquel que fuma de forma habitual cigarros o tabaco
4		El que fuma mas de 10 cigarros al dia

3. ¿Qué es un fumador pasivo?:

1		El que fuma menos de 10 cigarros al dia
2		El que pide cigarros a otros
3		La persona que inhala humo de cigarro de otras personas sin estar fumando en ese momento, siendo esta persona fumadora
4		La persona que inhala humo de cigarro de otras personas no siendo este fumador

4. Diga 5 enfermedades que pueden aparecer en fumadores activos:

1	
2	
3	
4	
5	

5. Diga 3 enfermedades que pueden aparecer en fumadores pasivos:

1	
2	
3	

6. Menciona 3 enfermedades o problemas que puede presentar una embarazada al fumar con regularidad durante el embarazo:

1	
2	
3	

7. Diga 5 beneficios del abandono del tabaquismo

1	
2	
3	
4	
5	

8. ¿Conoce alguna técnica para dejar de fumar?

1		Si
2		no

9. Diga 5 síntomas que aparecen tras dejar el cigarro o tabaco que se relacionan con la abstinencia.

1	
2	
3	
4	
5	

Evaluación del nivel de conocimiento:

1. Satisfactorio: 2 a 3 respuestas
Insatisfactorio: 0 a 1 respuestas
2. Satisfactorio: respuesta 3
Insatisfactorio: respuestas 1, 2, 4
3. Satisfactorio: respuesta 4
Insatisfactorio: respuestas 1, 2, 3.
4. Satisfactorio: 4 a 5 respuestas
Insatisfactorio: 0 a 3 respuestas
5. Satisfactorio: 2 a 3 respuestas
Insatisfactorio: 0 a 1 respuestas
6. Satisfactorio: 2 a 3 respuestas
Insatisfactorio: 0 a 1 respuestas
7. Satisfactorio: 4 a 5 respuestas
Insatisfactorio: 0 a 3 respuestas
8. Satisfactorio: respuesta 1

Insatisfactorio: respuesta 2
9. Satisfactorio: 4 a 5 respuestas
Insatisfactorio: 0 a 3 respuestas

Anexo 5. Programa de intervención educativa

La actividad de intervención educativa se realizará de 4 actividades que serán impartidas todos los miércoles en horario de la tarde en un aula perteneciente a la escuela rural del Batey San Isidro, Baraguá, Ciego de Ávila. Impartidas por el investigador.

Las fechas y horas sufrirán cambios de acuerdo la disponibilidad del local que fue asignado.

Estos se desarrollarán mediante el uso de diferentes técnicas, las cuales se insisten en el uso de diferentes medios o soportes didácticos y las técnicas afectivo-participativas:

Clase No 1:

Hora: 3:00 pm -4:00 pm .

Título: Tabaquismo como enfermedad. Conocimiento general sobre el tabaquismo.

Objetivo:

1- Rapport.

2- Definir el concepto de tabaquismo, señalar las sustancias toxicas contenidas en el tabaco o cigarro, exponer los mitos relacionados con el consumo de tabaco y su abandono

Tipo de actividad: Conferencia.

Recursos: 1- Láminas, Ilustraciones, Pizarra.

2- Una computadora.

Técnica participativa: Encuesta y la charla en grupo

Introducción: Durante este primer encuentro se procedió a la presentación de cada uno de los participantes momento en el cual cada una contará el motivo por el cual quisieran participar en cada una de las actividades

Desarrollo: Para dar comienzo a la actividad se utilizó la técnica participativa: la encuesta, que consiste en dar a cada participante una hoja de papel en la que expondrán los motivos por los cuales fuma y los motivos por los cuales quiere dejar de fumar.

Conclusiones se realiza una breve reseña sobre los contenidos abordados. Se motiva la clase siguiente

Clase No 2:

Hora: 3:00 pm -4:00 pm

Título: Tabaquismo, cáncer y otras afecciones relacionadas

Objetivos:

- 1- Exponer el tabaquismo como una enfermedad y como factor de riesgo para la aparición de múltiples enfermedades y efectos negativos sobre la salud, haciendo hincapié en los tipos de cáncer relacionados con su consumo.
- 2- Explicar que es el tabaquismo pasivo y sus efectos adversos para la salud.
- 3- Explicar los efectos del tabaquismo activo y pasivo en la mujer embarazada.
- 4- Exponer las complicaciones relacionadas con el tabaquismo pasivo en niños.

Recursos: Demostración práctica usando láminas.

Técnica participativa: charla de grupo

Introducción: Se comenzó recordando todo lo relacionado con la actividad anterior y se realizará preguntas de comprobación.

Desarrollo: Se comenzó explicando por qué se considera el tabaquismo como una enfermedad y a su vez un factor de riesgo para la aparición de otras enfermedades.

En un segundo momento se describieron las enfermedades y efectos adversos del consumo de cigarro o tabaco, comenzando por los tipos de cánceres que aparecen, los efectos para la salud, los efectos del tabaquismo pasivo y activo en embarazadas, así como el efecto de este en los niños.

Clase No 3:

Hora: 3:00 pm -4:00 pm .

Título: Abandono del tabaquismo

Objetivos:

- 1- Exponer los beneficios del abandono del tabaquismo .
- 2- Mostrar las técnicas no farmacológicas para el abandono del tabaquismo
- 3- Brindar apoyo psicológico y motivación para estimular al abandono del tabaquismo .

Tipo de actividad: Conferencia, charla .

Recursos: 1- Una computadora .

Introducción: Se comenzó la actividad dando una breve reseña de la clase anterior y realizaremos preguntas al azar para comprobar los contenidos impartidos .

Desarrollo:

Se desarrolló una charla donde los participantes expondrán los beneficios para la salud que conozcan que produce el abandono del tabaquismo y luego se enunciaran los no mencionados .

Luego se exhibirán las técnicas más sencillas para el abandono del tabaquismo , mostrando la preparación psicológica previa a esta decisión .

Para terminar esta clase se le dará una charla motivacional para estimular al abandono de esta dañina práctica .

Clase No 4.

Hora: 3:00 pm -4:00 pm

Título: Abstinencia y recaídas

Tipo de actividad: Charla educativa

Objetivo:

- 1- Explicar en qué consiste la abstinencia, sus síntomas y manejo
- 2- Declarar en qué consisten las recaídas y su manejo.

Recursos: 1- Computadora.

Desarrollo: Se mostrará el problema de la abstinencia como problema subjetivo y objetivo a enfrentar, los síntomas de esta y cómo lograr el control de esta y luego se abordará el tema de las recaídas al consumo de tabaco y su manejo.

Para finalizar se hará un recuento sobre todo lo abordado en el curso y señalando la importancia para la salud del abandono del tabaquismo.

Conclusiones de la intervención:

Despedida:

En esta última actividad se realizará la técnica de animación "despedida", la misma constituyó en que los participantes expresaron como se han sentido durante todas las secciones, que aprendieron de la misma, cuáles han sido su experiencia y si lograron aprender de las mismas.

Una vez culminada la intervención educativa se procedió a evaluar los conocimientos adquiridos, para lo cual se procedió a llenar por parte de las participantes el mismo formulario que se aplicó al inicio de la investigación, comparando las respuestas antes y después de la intervención.

