

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE ÁVILA

“DR. JOSÉ ASSEFYARA”

POLICLÍNICO GENERAL INTEGRAL DOCENTE

MARIO HERNÁNDEZ PEDRAZA.

FLORENCIA

TÍTULO: INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA ELEVAR EL NIVEL DE
CONOCIMIENTO SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO DEL HABITO DE
FUMAR.

AUTORA: DRA. YESENIA GÓMEZ SANABRIA

MORON, 2022

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE ÁVILA

POLICLÍNICO GENERAL INTEGRAL DOCENTE

MARIO HERNÁNDEZ PEDRAZA.

FLORENCIA

Título: Intervención educativa para elevar el nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo del hábito de fumar.

Tesis en opción al Título de Especialista de 1er grado en Medicina General Integral.

AUTORA: Dra. Yesenia Gómez Sanabria. Aspirante a Especialista de I Grado en Medicina General Integral.

TUTORA: Dra. Lilia Asol Rodríguez Duménil. Especialista en I Grado en Medicina General Integral. Profesor Asistente.

Institución de Procedencia: Policlínico General Integral Docente Mario Hernández Pedraza. Florencia.

MORÓN, 2022

AGRADECIMIENTOS

A mi madre por su apoyo incondicional, comprensión y paciencia en los momentos más difíciles...

A mis profesores, amigos y familiares que de una forma u otra contribuyeron al éxito de esta investigación.

A todas las personas que confiaron en mí, gracias.

PENSAMIENTO .

“...afortunadamente habrá una especialidad de gran valor, de gran importancia, de gran prestigio que podamos hacerla masiva, porque es el tipo de médico que se necesita en casi todas partes, que es el médico general integral”.

Fidel Castro Ruz

“El hábito de fumar suele adquirirse en la adolescencia: decirle NO al cigarro y a quien incentive a probarlo es un primer paso”

M .R .B

RESUMEN.

La Organización Mundial de la Salud considera al tabaquismo como una epidemia, constituyendo uno de los principales problemas de la salud pública mundial, además de las enfermedades, la pérdida de años de vida, las muertes y los gastos sanitarios que ocasiona. Cuba se sitúa entre los primeros países en el consumo per cápita de cigarrillos y tabaco. Este hábito fuertemente arraigado en nuestro municipio, se acentúa por la condición de productor. Esta problemática con llevó a la presente investigación para la que se realizó un cuasi experimento de antes y después con un grupo de fumadores del consultorio 6 del área de salud de Tamarindo. Se utilizaron métodos del nivel teórico, empírico y matemático – estadístico, con sus respectivas técnicas e instrumentos, todas aplicadas a partir del consentimiento informado. El diagnóstico inicial arrojó limitaciones en el conocimiento sobre los factores de riesgo del tabaquismo lo que condujo al diseño y aplicación de un sistema de actividades que potenciara el conocimiento sobre dichos factores, para la disminución de estos comportamientos autodañinos en el grupo en estudio. Luego de su implementación se logró potenciar el conocimiento en el 95% de la muestra y con ello la disminución de algunos factores de riesgo.

Palabras claves: tabaquismo, factores de riesgo, hábito de fumar

ÍNDICE**PÁGS.**

| | |
|---|-----------|
| Introducción | 1 |
| Marco Teórico | 12 |
| Materiales y Métodos | 16 |
| Resultados y Discusión | 25 |
| Conclusiones | 32 |
| Recomendaciones | 33 |
| Referencias bibliográficas | 34 |
| Anexos | 41 |

INTRODUCCIÓN

El tabaquismo, o hábito de fumar, es definido como un trastorno causado por una sustancia capaz de producir dependencia (nicotina). (1) Se considera una verdadera drogadicción difundida en todo el mundo. Alcanza una prevalencia mundial del 47 % en la población masculina de adultos, frente al 12 % en la mujer, y en los últimos años se observa un comienzo más precoz del hábito, particularmente en el inicio de la adolescencia. (2)

Las formas de fumar han sido múltiples a través de los siglos. En sus inicios, casi todo el tabaco se consumía en pipas, mascado, aspirando el humo de las hogueras, en puros o como rapé. (3) Este modelo cambió a comienzos del siglo XX, cuando cada fumador venía consumiendo más de 1 000 cigarrillos al año. La actitud de la sociedad era que el tabaco aliviaba tensiones y no tenía efectos nocivos. (4) El tabaquismo es una práctica que causa daños a la salud a corto, mediano y largo plazos. Este producto contiene más de 4 000 sustancias, algunas de las cuales son tóxicas, y al menos 60 se sabe o se sospecha que son carcinógenas. (5)

Generalmente, el consumo diario de cigarrillo se inicia y establece en etapas tempranas de la adolescencia. Este patrón de consumo produce complicaciones médicas, por lo regular a largo plazo, y es responsable de elevadas tasas de morbimortalidad en la vida adulta. (6) El tabaquismo se encuentra dentro de las epidemias del siglo XX y lo que ya va del XXI comparable con el terrorismo, y tanto o más tenebroso, aunque simule ser un hábito elegante. El tabaquismo es la adicción al tabaco, provocada principalmente por uno de sus componentes más activos: la nicotina. (7) El consumo habitual de tabaco produce enfermedades nocivas para la salud de la persona que lo consume. Numerosos estudios clínicos, epidemiológicos y de laboratorios realizados en los últimos 50 años, han demostrado que el hábito de fumar es tan perjudicial para la salud que en la actualidad constituye unas de las prioridades a combatir por todos. (8) Es obvio que el hábito de fumar es un problema de salud del cual no está excluida Cuba. En muchos países, tanto desarrollados como subdesarrollados, el tabaquismo es la principal causa evitable de enfermedades, y que provoca más muertes prematuras

que las que ocasiona en su conjunto el SIDA, la drogadicción, el alcoholismo, los accidentes del tránsito, los incendios y los suicidios. Se considera fumador regular a toda persona que haya fumado tabaco diariamente, independientemente de la cantidad, durante por lo menos el último mes. En la mayoría de los países desarrollados los fumadores representan el 30-60 % de la población masculina y el 20-30 % de la femenina. (9) Las enfermedades cardiovasculares causan aproximadamente una cuarta parte de todas las muertes en el mundo. Su importancia en la sociedad contemporánea es atestiguada por el número casi epidémico de personas afectadas, en especial, cuando el número se compara con los informes anecdóticos de su ocurrencia en la literatura médica antes de este siglo. (10)

La percepción cultural que rodea al acto de fumar ha variado conforme el paso del tiempo y entre un lugar y otro: sagrado o pecaminoso, sofisticado o vulgar. Sólo en nuestros días, y principalmente en los países industrializados, fumar ha comenzado a verse como negativo. (11) Estudios médicos han probado que fumar es causa de enfermedades tales como cáncer de pulmón, paro cardíaco y enfermedad pulmonar obstructiva crónica, así como defectos de nacimiento. Debido a los comprobados daños a la salud, muchos países han establecido altos impuestos a los productos relacionados con el tabaco conjuntamente con campañas para dejar de fumar en un intento de frenar este hábito. Muchos países, Estados o ciudades han impuesto del mismo modo prohibiciones en edificios públicos donde no está permitido fumar. (12)

Es factor de riesgo en enfermedades respiratorias, cardiovasculares, distintos tipos de cáncer, y es especialmente perjudicial durante el embarazo. Además, no solo perjudica a los fumadores, sino también a los que respiran el mismo aire (fumadores pasivos).(13) El tabaquismo es la principal causa de mortalidad, en la mayoría de los países desarrollados, a principios del siglo XXI, aunque hay otros estudios que indican que estas enfermedades atribuidas al tabaco son en realidad la contaminación industrial y química, los aditivos alimentarios y los pesticidas utilizados en la agricultura .(14)

Fumar un sólo cigarrillo da lugar a una elevación del ritmo cardíaco, la frecuencia respiratoria y la tensión arterial. El humo produce una reacción irritante en las vías respiratorias. (15) La producción de moco y la dificultad de eliminarlo es la causa de la tos. Debido a la inflamación continua se produce bronquitis crónica. También produce una disminución de la capacidad pulmonar, produciendo al fumador mayor cansancio y disminución de resistencia en relación a un ejercicio corporal. (16)

Más que ninguna otra enfermedad, el hábito de fumar es la mayor fuente de fallecimientos e incapacidades hoy día a nivel mundial. No en vano, el consumo de tabaco es responsable de cerca de 3⁵ millones de muertes al año en todo el mundo, según datos de la Organización Mundial de la Salud. El 80% de dichas muertes son por cáncer de pulmón, bronquitis y enfisemas, mientras que casi un 17% son debidas a paros cardíacos. (17) "El hábito de fumar reduce la fertilidad de hombres y mujeres. Por otro lado, el tabaco aumenta el riesgo de impotencia sexual". (18) La nicotina, el ingrediente adictivo del tabaco, estimula el sistema nervioso, lo que acelera el ritmo cardíaco y aumenta la tensión arterial. El alquitrán, generado cuando el humo del tabaco se condensa, es una mezcla de diferentes productos químicos, incluidos el arsénico y el cianuro. El citado alquitrán se asienta en los pulmones y en el sistema respiratorio, siendo gradualmente absorbido por el organismo. (19) El monóxido de carbono se aferra a la hemoglobina en la sangre con más facilidad que el oxígeno. Esto hace que la sangre transporte menos oxígeno por todo el cuerpo, lo que aumenta el riesgo de trombosis. (20)

Nuestro país tiene el triste privilegio de hallarse en el tercer lugar de los países del mundo que muestran cifras elevadas de consumo de tabaco siendo este un factor causal importante en la morbilidad y mortalidad de estos tiempos, por lo que tiene la suficiente importancia para ser investigado y buscar factores asociados que permitan un trabajo más eficaz en la atención primaria de salud. (21) Existe un pobre trabajo preventivo a nivel de la Atención Primaria de Salud, considerando además la escasez de investigaciones desarrolladas y que además son de tipo descriptivas en su mayoría. (22)

La población del consultorio es eminentemente rural, dedicándose en lo fundamental, a la realización de trabajos agropecuarios teniendo como actividad laboral importante el cultivo del tabaco. Existe predominio de personas adultas con hábitos y costumbres higiénicas ancestrales que implican baja percepción de riesgo de las enfermedades propias del medio campesino incluyendo el consumo de tabaco. Es evidente que se necesita transformar lo relacionado con una convivencia sana y amigable con el ambiente para evitar enfermedades, entre otras, las relacionadas con el hábito tóxico de referencia. Los implicados cuentan con los recursos materiales y humanos mínimos para evitar la aparición y presencia prolongada del Tabaquismo si son orientados adecuadamente. En la etapa 2015-2018 se han registrado 151 casos de Tabaquismo en la población atendida en el Consultorio 6 de Tamarindo.

Ante esta problemática se precisa el siguiente problema:

¿Cómo contribuir a la elevación del nivel de conocimiento sobre el hábito de fumar?

Objetivo general: Aplicar una intervención educativa para elevar el nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo del tabaquismo.

Objetivos específicos:

1. Sistematizar los fundamentos teóricos sobre los factores de riesgo del tabaquismo.
2. Diagnosticar los principales factores de riesgo asociados del tabaquismo.
3. Aplicar una intervención educativa para la elevación del nivel de conocimiento sobre el hábito de fumar.
4. Evaluar la efectividad del sistema de actividades.

HIPÓTESIS

Si se aplica una intervención educativa con un enfoque preventivo que eleve el conocimiento sobre tabaquismo entonces se disminuirá la incidencia de los riesgos asociados al mal hábito de fumar.

Una intervención educativa de corte epidemiológico que involucre como actores principales a la población, será altamente provechosa en cuanto a los saberes teóricos y prácticos que aportará respecto al cómo enfrentar el Tabaquismo. Se prevé que el proceso de interiorización de los nuevos conocimientos modifique el modo de actuación sanitario de los pobladores respecto a un aumento importante de la percepción de riesgo de la adicción que debe producirse una vez ejecutado el proyecto en cuestión. Asimismo, se aspira a que los directivos de la comunidad afectada por el Tabaquismo incluyan y desarrolle acciones dirigidas a la prevención de la entidad dentro de su política de orientación y control de la salud de sus trabajadores con el asesoramiento y actividades de promoción y prevención del médico del consultorio.

Lo novedoso del trabajo consiste en un sistema de actividades preventiva y educativas sustentada en el acrecentamiento del conocimiento integral de la nocividad del tabaquismo basado en un enfoque multifactorial e interdisciplinario, dirigida a una población eminentemente rural de montaña sobre la cual no existen antecedentes de estudios con esta especificidad. La novedad científica estará dada por el hecho de que la intervención se realizará, por primera vez, en pacientes rurales de montaña teniendo como actores principales a los propios campesinos y habitantes urbanos.

MARCO TEÓRICO

EL tabaquismo se encuentra dentro de las epidemias del siglo XX y lo que ya va del XXI comparable con el terrorismo, y tanto o más tenebroso, aunque simule ser un hábito elegante. (23) El tabaquismo es la adicción al tabaco, provocada principalmente por uno de sus componentes más activos: la nicotina. El consumo habitual de tabaco produce enfermedades nocivas para la salud de la persona que lo consume. Numerosos estudios clínicos, epidemiológicos y de laboratorios realizados en los últimos 50 años, han demostrado que el hábito de fumar es tan perjudicial para la salud que en la actualidad constituye unas de las prioridades a combatir por todos. (24) Es obvio que el hábito de fumar es un problema de salud del cual no está excluida Cuba. En muchos países, tanto desarrollados como subdesarrollados, el tabaquismo es la principal causa evitable de enfermedades, y que provoca más muertes prematuras que las que ocasiona en su conjunto el SIDA, la drogadicción, el alcoholismo, los accidentes del tránsito, los incendios y los suicidios. (25) Se considera fumador regular a toda persona que haya fumado tabaco diariamente, independientemente de la cantidad, durante por lo menos el último mes. En la mayoría de los países desarrollados los fumadores representan el 30-60 % de la población masculina y el 20-30 % de la femenina. Las enfermedades cardiovasculares causan aproximadamente una cuarta parte de todas las muertes en el mundo. (26) Su importancia en la sociedad contemporánea es atestiguada por el número casi epidémico de personas afectadas, en especial, cuando el número se compara con los informes anecdóticos de su ocurrencia en la literatura médica antes de este siglo. (27)

La acción de fumar puede remontarse hasta el siglo II a. C., aproximadamente, y está registrada en diferentes culturas alrededor del mundo. El fumado de tabaco, en un principio era exclusivo del continente americano. (28) Después de la conquista de América por parte de los europeos, la práctica de fumar tabaco (es considerada droga legal, aunque sea nociva para la salud pública) se propagó rápidamente por el resto del mundo. (29)

El tabaco es una sustancia adictiva debido principalmente a su componente activo, la nicotina, que actúa sobre el sistema nervioso central. El fumador sufre una dependencia física y psicológica que genera un síndrome de abstinencia, denominado tabaquismo. (30) La nicotina genera adicción, pero tiene efectos antidepresivos y de alivio sintomático de la ansiedad. No se utiliza en farmacia, porque en la segunda mitad del siglo XX se descubrieron antidepresivos más eficaces y que no crean adicción. (31) Tampoco se emplea para el alivio sintomático de la ansiedad, salvo en casos excepcionales, porque los benzodiazepinas, que son el tipo de tranquilizantes más utilizado, también crean dependencia, pero se consideran más eficaces. (32)

Además, el tabaco como tales lo que menos se fuma, pues excepto el poco tabaco natural, todo lo que se comercializa está adulterado con sustancias químicas que le aportan dudosas o preocupantes propiedades como la de ser más adictivo o mejorar su sabor, y otras que no se saben porque también tienen fórmulas secretas. Las industrias agregan aditivos que el tabaco puro jamás ha tenido, aumentando la toxicidad que de por sí ya tiene. Sin embargo, es importante recalcar que el tabaco por muy puro o de "liar" como se conoce, siempre causará daño irremediablemente, por lo que la única opción que minimiza el riesgo de padecer enfermedades respiratorias a edades avanzadas es simplemente no fumar. (27,33)

Actualmente la forma de consumo más habitual es la inhalación de los productos de combustión del tabaco a todo el cuerpo humano. Se han reconocido cerca de 5000 compuestos químicos en las distintas fases (gaseosa, sólida o de partículas) del humo del tabaco. Se consideran ingredientes del tabaco (término aconsejado por la OMS) a todos los componentes del producto, mientras que emisiones de los productos del tabaco a lo que realmente capta el fumador, siendo la principal causa de mortalidad y enfermedades atribuidas al tabaco, y exposición a la parte de emisiones que realmente absorbe el fumador. (34) Actualmente las emisiones son el punto principal de la regulación, aunque los ingredientes permisibles también están regulados. (33)

El humo del tabaco se compone de una corriente primaria o principal, que es la que inhala directamente el fumador, y una corriente secundaria, generada mediante la combustión espontánea del cigarrillo.(36) Se han identificado más de 4000 sustancias nocivas en el humo del cigarrillo, de las cuales al menos 60 son probables carcinógenos humanos, como los 4-aminobifenoles, benceno o níquel; otras sustancias tóxicas son monóxido de carbono, dióxido de carbono, nitrosaminas, amoníaco, y otras están como partículas en suspensión (alquitranes y nicotina). (37)

La nicotina es un estimulante que funciona distribuyendo dopamina, una sustancia química cerebral que produce sensación de placer. Existen estudios que sugieren que la nicotina deprime la capacidad del cerebro para experimentar placer a largo plazo. De ahí que los fumadores necesiten mayores dosis de nicotina para experimentar los mismos niveles de satisfacción. (37,38)

El tabaco es tan adictivo como la heroína o la cocaína, según un estudio del Royal College of Physicians en el Reino Unido. El poder adictivo del tabaco se refleja en que el 70% de los fumadores quiere dejar el hábito, siendo muy baja la cifra de los que lo consiguen finalmente. (39) Por otro lado, destaca el hecho de que, normalmente, los fumadores que han dejado de fumar han hecho varios intentos previos. Sirva como ejemplo "de adicción" el hecho de que la mitad de los pacientes con cáncer de pulmón empiezan a fumar de nuevo tras ser intervenidos quirúrgicamente. (40)

El control del tabaquismo en Cuba comenzó en 1960, con la prohibición de la publicidad, seguido de la colocación en los envases de las cajetillas de cigarro, de la información sobre la nocividad de su consumo, hasta que se lanzó la campaña contra el hábito de fumar en 1985 que devino luego Programa Nacional. En Cuba se realizó una encuesta nacional de factores de riesgo llevada por el Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología (INHEM), que mostró que el 36,8 % de la población de 17 años y más, es fumadora, y que la edad de inicio en un 75,5 % fue antes de los 20 años. Uno de cada 10 individuos se inició antes de los 12 años; mientras que 4 de cada 10, entre los 12 y 16 años. Resultados

preliminares en el 2001 mostraron que no se ha producido reducción en la prevalencia de los fumadores. (41)

Cuba se halla en la actualidad entre los de mayor consumo per cápita de cigarrillos (más de 2 500 cigarrillos/habitantes/año), y ese comportamiento es similar al de los países europeos con mayor prevalencia del hábito tabáquico, pues entre los adultos fuma el 40 %, y en el grupo de los adolescentes, a los 15 años alrededor del 52 % fuma regular u ocasionalmente. Nuestro país tiene el triste privilegio de hallarse en el tercer lugar de los países del mundo que muestran cifras elevadas de consumo de tabaco. (42) Debido a las consecuencias, tanto a la repercusión (dependencia) física, psicológica y social que genera en los consumidores, ya desde el último Congreso de Psiquiatría que tuvo lugar en La Habana, fue considerado una enfermedad más, pues requiere tanto tratamiento medicinal como rehabilitación psicológica y re-educación social. Dichas dependencias son las más difíciles de corregir, aunque la dependencia física es la que con mayor facilidad desaparece, después de la abstinencia. Queda constituida desde entonces, como una enfermedad, que genera enfermedades y otras complicaciones. (43)

En la Provincia de Ciego de Ávila el Tabaquismo se comporta de forma similar a la del País. Así mismo en el Municipio Florencia el comportamiento, también, se corresponde con la situación nacional y provincial, En el Consultorio Médico de la Familia 6 de Tamarindo existen 151 fumadores activos y 484 pasivos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio pre-experimental, antes-después. Se propuso una intervención educativa dirigida a la elevación del conocimiento de los factores de riesgo, para la disminución de estos en la población dispensarizada como fumadores del consultorio n° 6 del área de salud de Tamarindo.

La población escogida para la realización del estudio estuvo constituida por 151 pacientes fumadores, las edades oscilaron entre 18 y 69 años, de ellos 38% de sexo femenino y 62% del sexo masculino. Se utilizó una muestra intencional que coincide con la totalidad de la población dispensarizada cumpliendo con los criterios de inclusión y exclusión que a continuación se exponen:

Criterios de inclusión:

Pacientes fumadores que desearon incorporarse al estudio y lo reflejaron mediante la firma del consentimiento informado. (Anexo I)

No padecer de ninguna enfermedad mental que los imposibilite para este estudio.

Criterios de exclusión:

Pacientes no cumplan con los criterios de inclusión.

Los que voluntariamente quieran abandonar la investigación.

VARIABLES

Variable independiente:

Intervención educativa.

Variable dependiente: Elevación del conocimiento sobre el tabaquismo y factores de riesgos asociados.

Conceptualización de la variable independiente: Intervención educativa: Es el documento que refleja las características más importantes del tipo de actividad, atendiendo a sus tres momentos importantes y la descripción de los objetivos

generales y específicos a lograr y de los temas esenciales a asimilar a partir de un sistema de actividades fragmentadas en sesiones de trabajo que tienen en cuenta el componente psicológico y educativo para la formación y transformación de la dinámica de la actividad del sujeto, y a su vez el carácter preventivo que caracteriza la atención primaria de salud en Cuba.

Operacionalización de la variable dependiente: Elevación del conocimiento en ancianos y familias sobre el tabaquismo y factores de riesgo asociados para la disminución de estos.

1. Características demográficas (edad, raza sexo, estado civil, nivel escolar)
2. Nivel de conocimiento según grupos de edades.
3. Enfermedades no transmisibles asociadas al tabaquismo.
4. Tiempo que lleva fumando.
5. Cesación tabáquica.
6. Nivel de conocimiento sobre factores de riesgo del Tabaquismo.

Para evaluar el conocimiento de los fumadores sobre los factores de riesgo del tabaquismo se tuvo en cuenta la siguiente escala de evaluación.

ADECUADO: Si responde correctamente los (inciso a) de los ítems del 1 al 6 así como de los ítems del 9 al 11 y el del 13 de la encuesta.

NO ADECUADO: Si responden inadecuadamente los (inciso a) de los ítems del 1 al 6 así como de los ítems del 9 al 11 y el del 13 de la encuesta.

Los métodos y técnicas de investigación empleados fueron:

Del nivel teórico:

Histórico – Lógico en la elaboración de la fundamentación teórica de la investigación, para delimitar los antecedentes, así como para facilitar las reflexiones

acerca de los resultados de otras investigaciones que ayuden a completar las experiencias y enriquecerlas con un pensamiento lógico más profundo.

Analítico – Sintético en el proceso de revisión bibliográfica con el objetivo de analizar las diferentes concepciones que abordan los fundamentos teóricos metodológicos en la elaboración de una intervención educativa para elevar el conocimiento de los pacientes fumadores sobre los factores de riesgo del tabaquismo y la disminución de estos.

Inductivo – Deductivo para concretar los supuestos teóricos y metodológicos para la elaboración de la intervención educativa.

Sistémico – Estructural – Funcional para la determinación de la estructura de la intervención educativa, favoreciendo a su puesta en práctica.

Del nivel empírico:

La observación. Con el objetivo de determinar factores de riesgo de los pacientes fumadores.

La encuesta: Para diagnosticar el conocimiento que tienen los fumadores sobre sus factores de riesgo.

Análisis de documentos: Con el propósito de sintetizar conceptualizaciones, datos cuantitativos y cualitativos relacionados con el tema de estudio.

Del nivel estadístico - matemático:

El método porcentual: Para la interpretación de los resultados la técnica de procesamiento de la información fue computacional y se realizó la revisión y validación de la misma. Como medida de resumen de la información se usaron las frecuencias absolutas y relativas (%). Los resultados se presentaron en las tablas de distribución de frecuencia absoluta para emitir las conclusiones en correspondencia con los objetivos propuestos en la investigación.

Para la obtención de la información se aplicó una encuesta inicial como método de acción individual validada por un psicólogo y aprobada en un estudio piloto la que se confeccionó según criterios de expertos y revisión bibliográfica relacionada con el tema a investigar.

Inicialmente, se implementó una guía de observación para la determinación de factores de riesgo de los fumadores a partir de su comportamiento (Anexo II). Se aplicó una encuesta donde se diagnosticó el conocimiento que tienen sobre factores de riesgo del tabaquismo. (Anexo III). La encuesta se confeccionó con 12 ítems y fue aplicada antes de la elaboración de la intervención educativa, constituyendo parte del sustento informativo de la propuesta y después de su aplicación para la corroboración de su efectividad. En esta se recogieron todas las variables de interés para la información, la cual tuvo preguntas cerradas, abiertas, politómicas y dicotómicas.

Además, se analizaron documentos como las historias clínicas individuales y fichas familiares sintetizando datos personales y familiares de interés relacionados con el tema de estudio, de gran significación en la esfera del conocimiento para la fundamentación e implementación de la propuesta de investigación (Anexo IV). Teniendo en cuenta los resultados alcanzados en el diagnóstico inicial, se propuso la aplicación de una intervención educativa que contribuya a la elevación del conocimiento en pacientes fumadores sobre los factores de riesgo del tabaquismo y la disminución de estos factores. Para ello se realizó el convenio de trabajo entre el investigador y la institución donde se va aplicar la intervención. (Anexo V)

Consideraciones éticas y bioéticas.

La investigación que se realizó a los pacientes dispensarizados como fumadores del consultorio nº 6 del área de salud de Tamarindo fue previamente coordinada con los implicados y con la dirección de asistencia médica con el objetivo de aplicar una intervención educativa dirigida a la elevación del conocimiento de pacientes fumadores sobre factores de riesgo del tabaquismo para la disminución de estos factores en dicho consultorio, siendo amparada su aplicación por el consentimiento

informado de la muestra utilizada en la investigación y para que esta se efectuó de conjunto pacientes entre pacientes sin discapacidades mentales .

Fundamentación del sistema de actividades educativas .

Entre las funciones de la Educación para la Salud está la de generar el desarrollo de todas aquellas potencialidades que transforman al individuo y la comunidad, en dueños de su propio destino, en constructores de alternativas y soluciones.

En tal sentido las dificultades detectadas en el conocimiento de pacientes fumadores sobre los factores de riesgo del tabaquismo, sugieren la elaboración de una intervención educativa, permitiendo elevar estos conocimientos que transformen el comportamiento social y favorezca al bienestar de su salud.

Como requisito fundamental se tuvo en cuenta el principio de la voluntariedad de los participantes los que accedieron a llenar encuestas antes de la intervención. La intervención educativa que se propone contiene un sistema de acciones que a partir de su interiorización propician el cambio y transformación necesaria de los fumadores, así como de sus familias.

Para su estructuración y la elaboración de sus fundamentos teóricos se tomaron como base las ciencias filosóficas, sociológicas, psicológicas y pedagógicas, las cuales permitieron desde el punto de vista teórico dar coherencia, científicidad y organización en la planificación de las acciones que la conforman.

Desde el punto de vista filosófico se fundamenta en la concepción materialista dialéctica, la cual establece, por una parte, su carácter humanista, expresado en cada una de las actividades educativas propuestas. (44) Desde el punto de vista sociológico se basa en la sociología marxista, martiana y fidelista, que parte del diagnóstico integral y continuo, se determinan las limitaciones y potencialidades, así como las experiencias y vivencias que tienen los pacientes que comprenden el estudio. Estos postulados están en correspondencia con los objetivos trazados por el Ministerio de Salud Pública, lo cual impone nuevos retos a los egresados de

sector, en el ejercicio de la profesión, para la promoción de salud y prevención de enfermedades. (45)

Desde el punto de vista psicológico y pedagógico la propuesta toma como punto de partida la concepción materialista dialéctica, al considerar la práctica social como principio y fin del conocimiento de la realidad y la representación de la relación entre el hombre y el medio social en un proceso histórico cultural –concreto, en constante cambio, transformación y desarrollo.(46) Tiene en cuenta las características de la muestra a la que va dirigida, considerando además las funciones de la familia y rol que juegan en la educación de los hijos.

Toda actividad programada, organizada y ejecutada debe servir de modelo de actuación, desde esta perspectiva, teniendo en cuenta la ley de la pedagogía, que establece la relación entre los componentes del proceso de enseñanza -aprendizaje, lo cual posibilita la instrumentación de acciones concretas para lograr un objetivo definido, siempre partiendo de que lo formativo se logra a través de lo instructivo; estos componentes de la pedagogía permitieron dar coherencia a las actividades diseñadas y se utiliza como forma organizativa predominante el taller que permite el intercambio directo y abierto con todos los participantes así como, hace posible que los contactos entre los miembros de grupo sean más abiertos y estrechos. También tiene una estructura lógica, según las relaciones que se establecen entre sus componentes, combinando la teoría con la práctica.

La propuesta tiene en cuenta los postulados de Vigotski, sobre la escuela histórica cultural. (48) Responde además a los principios de la educación para la salud, pues se basa en las necesidades e intereses de los pacientes, considerando el adecuado desarrollo de estos, respetando su conocimiento e individualidad, promoviendo la salud y previniendo desajustes en su estado de salud.

Por esas razones se propone una intervención educativa que manifieste la dinámica de la actividad del sujeto, a un nivel de intervención grupal. En consecuencia, se requiere efectuar el proceso de aplicación de la estrategia, de forma participativa y

desarrolladora en la que los fumadores con factores de riesgo asociados, cumplan con los siguientes requisitos:

- Actúen conscientemente en los talleres programados.
- Se comuniquen expresando el producto de su comprensión.
- Reflexionen sobre los modos de pensar y hacer.
- Critiquen su propia actuación y la de los demás.
- Transmitan los conocimientos alcanzados a nuevos contextos.
- Desarrollen valores y motivaciones.
- Desarrollen rasgos de su personalidad: flexibilidad, autodeterminación, Autoestima, autonomía, independencia, entre otros -

Proporcionen atención e interés a las actividades desempeñadas en las actividades.

Adquieran responsabilidad de su asistencia y puntualidad a las sesiones de intervención.

La intervención educativa, está pensada como un apoyo a los fumadores, un conjunto de recursos cognitivos, una guía de promoción de conductas responsables y prevención de sufrimientos en este caso específico relacionado con la aparición de enfermedades asociadas al hábito de fumar en los pacientes en estudio.

Contiene 8 sesiones de aproximadamente una hora cada una. El tiempo puede adecuarse a partir del aprovechamiento de los recursos, las condiciones y la disponibilidad del local en la consulta de Salud Mental del policlínico Tamarindo

La metodología será esencialmente participativa e interactiva. Se aplicarán las técnicas y se promoverá la discusión, el análisis, tomando en cuenta todas las opiniones. A partir de las expresiones y criterios del grupo se realizarán las síntesis necesarias.

El trabajo con los fumadores puede generar discrepancias, por eso es necesario que se expongan las reglas del grupo. Se sugieren fundamentalmente.

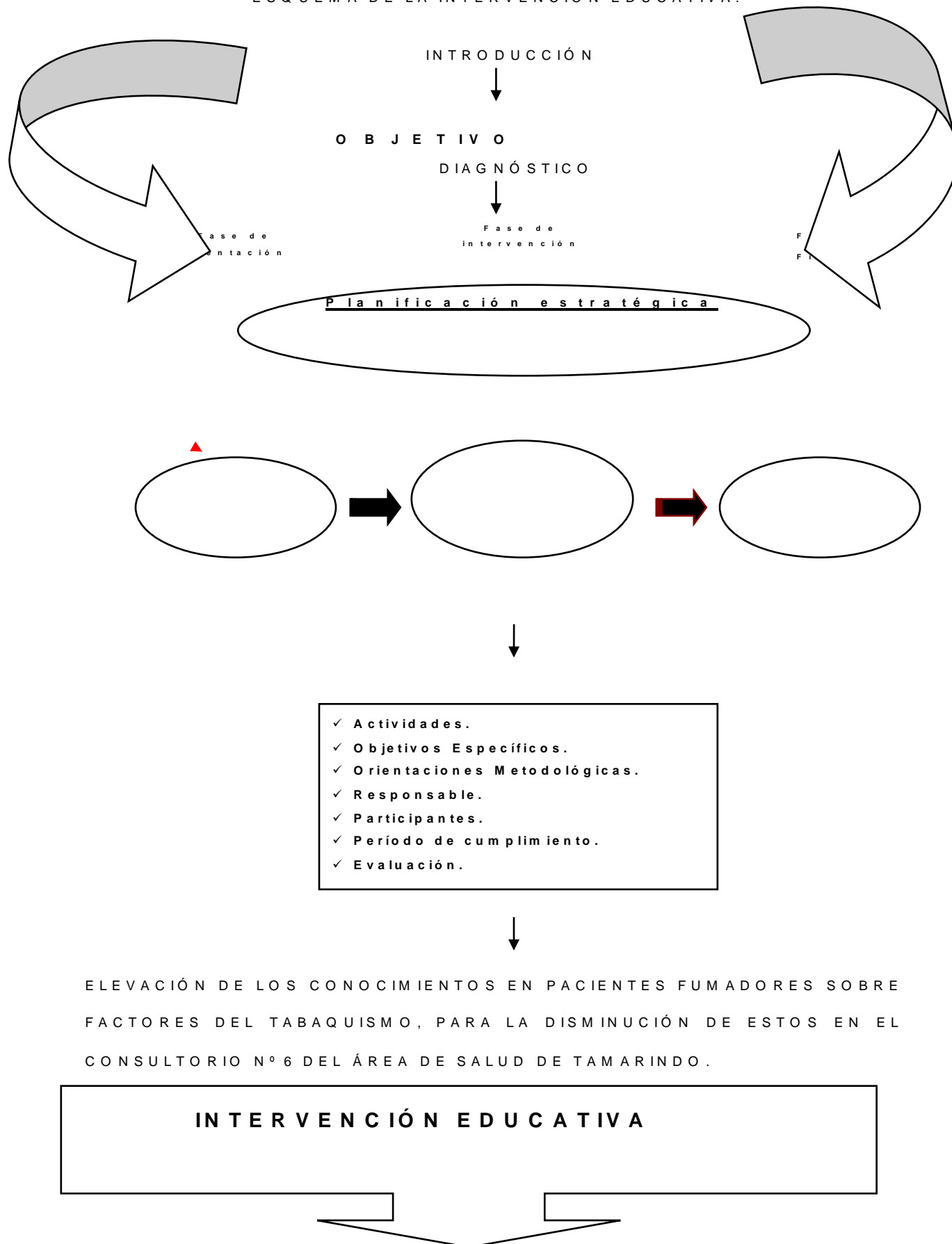
Respeto: Se refiere al respeto a las diversas opiniones, puntos de vista, modos y estilos de vida.

Confidencialidad: Significa que las situaciones u opiniones que se comparten con el grupo son exclusivas del mismo.

Puntualidad: Asistir en el horario establecido para la actividad.

Estrategia de Evaluación: En estas actividades se utilizará la encuesta de entrada y salida (antes – después). Esto permitirá hacer evaluaciones de procesos y de resultados. De esta manera, se podrá conocer hasta dónde se logran los objetivos, la calidad de la ejecución de las sesiones y si ha existido algún cambio de los aspectos que las actividades en su fase de implementación han tratado de influir.

ESQUEMA DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA.



RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los resultados más significativos de la investigación se exponen a continuación.

Tabla 1. Distribución de fumadores teniendo en cuenta la edad.

| Muestra escogida | Edad de 18 a 24 años | | Edad de 25 a 59 años | | Edad de 60 años y más | | Total | |
|------------------|----------------------|-------|----------------------|-------|-----------------------|-------|-------|-----|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | N | % |
| Fumadores | 33 | 21.86 | 96 | 63.58 | 22 | 14.56 | 151 | 100 |

Fuente: Encuesta

Los resultados expuestos reflejan la constitución de la muestra atendiendo a la edad predominan en ella las personas de 25 a 59 años con 96 personas en este grupo para un 63,58 %, de un total de 151 fumadores y le siguen jóvenes de 18 a 24 con 33 fumadores para un 21.86% seguido de los adultos mayores de 60 años con número de 22 para un 14.56%, evidenciándose un predominio de la etapa de la adultez en el estudio, lo que niega lo referido por algunos autores que dicen que cada vez más son los adolescentes y jóvenes que se inician el consumo de cigarrillo.(15,52).

Tabla 2 Distribución de la muestra según la raza.

| Muestra escogida | Blanca | | Negra | | Total | |
|------------------|--------|-------|-------|-------|-------|-----|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Fumadores | 84 | 55.63 | 67 | 44.37 | 151 | 100 |

Fuente: Encuesta

En este caso nuestra muestra está constituida predominantemente por personas de la raza blanca en número de 84 para un 55.63%, con una diferencia no significativa de un 11.26 % de la raza negra. Lo mismo ya había sido avalado por José Marín González, Doctor en Antropología de la Universidad La Sorbonne de París que planteó: "Las razas no existen, ni biológicamente ni científicamente. Los hombres

por su origen común, pertenecen al mismo repertorio genético. Las variaciones que podemos constatar no son el resultado de genes diferentes. Si de "razas" se tratara, hay una sola "raza": la humana". (16)

Tabla 3. Distribución de fumadores teniendo en cuenta el sexo.

| Muestra escogida | Femenino | | Masculino | | Total | |
|------------------|----------|----|-----------|----|-------|-----|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Fumadores | 58 | 38 | 93 | 62 | 151 | 100 |

Fuente: Encuesta

Los resultados expuestos reflejan la constitución de la muestra atendiendo al sexo, evidenciándose que el estudio lo comprenden 58 fumadores del sexo femenino y 93 del sexo masculino lo que demuestra que un predominio del sexo masculino con un 62% sobre un 38% del sexo femenino. Estos resultados coinciden con la investigación realizada por un colectivo de autores en Matanzas, sobre la frecuencia del tabaquismo en el sexo masculino. (24)

Tabla 4 Distribución según estado civil.

| Muestra escogida | Estado Civil | | | | | | | |
|------------------|--------------|-------|---------|-------|------------------|------|-------|-----|
| | Casado | | Soltero | | Unión consensual | | Total | |
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Fumadores | 39 | 25,80 | 67 | 44,20 | 45 | 30,0 | 151 | 100 |

Fuente: Encuesta

Se aprecia que en los fumadores los solteros fueron predominantes con un total de 67 para un 44,20% coincidiendo con la literatura científica consultada (1), donde se planteó que el tabaquismo es más frecuente en personas solteras y sin responsabilidad familiar. Mientras que en las personas casadas y con unión consensual el número disminuye respecto al primero, pero se mantiene con poca diferencia entre ellos con un total de 39 casados para un 25,8% y 45 con unión

consensual para un 30 % de la muestra escogida. Estos resultados coinciden con Peña Laguna el cual planteó que las personas acompañadas tienen menos probabilidades de convertirse en fumadores que los solteros. (15) La tasa fue más alta en individuos solteros que en individuos casados o en unión consensual.

Tabla 5. Distribución de los fumadores teniendo en cuenta el nivel de escolaridad.

| Muestra escogida | Nivel de escolaridad | | | | | | | |
|------------------|----------------------|-------|------------|-------|------------------|-------|---------------|------|
| | Primaria | | Secundaria | | Preuniversitario | | Universitario | |
| Fumadores | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| | 29 | 19.22 | 48 | 31.78 | 63 | 41.72 | 11 | 7.28 |

Fuente: Encuesta

En la presente tabla se puede apreciar que el 41.72% de la muestra investigada presentaron estudios preuniversitarios, condición que asevera resultados de otras investigaciones donde el bajo nivel conduce a mayores riesgos de tabaquismo. Bibliografías consultadas, corroboran que los fumadores son más propensos a adquirir el hábito son los que ya terminaron los estudios medios por haber estado expuestos a problemas de conductas por la adolescencia, disminución del rendimiento, baja autoestima. (16)

Tabla 6. Distribución del nivel de conocimiento sobre el tabaquismo según grupo de edades.

| Conocimiento por grupos de edades | Bien | | Regular | | Mal | |
|-----------------------------------|------|------|---------|-----|-----|-----|
| | No. | % | No. | % | No. | % |
| De 18 a 24 años | 45 | 24.9 | 5 | 2.8 | 2 | 1.1 |
| De 25 a 59 años | 63 | 34.8 | 6 | 3.3 | 3 | 1.7 |
| De 60 a 69 años | 42 | 23.2 | 9 | 4.9 | 6 | 3.3 |

| | | | | | | |
|-------|-----|------|----|------|----|-----|
| Total | 150 | 82.9 | 20 | 11.0 | 11 | 6.1 |
|-------|-----|------|----|------|----|-----|

Fuente: Encuesta

En este análisis evidenciamos que el mayor conocimiento sobre los efectos del tabaquismo correspondió a las edades de 25 a 59 años que correspondió al 34.8% del total, de igual forma el indicador de bien es el de mayor representatividad con un 82.9%, aspecto que evidencia que el acto nocivo del tabaquismo es de conocimiento del grupo poblacional estudiado. (12,52)

Tabla 7. Distribución de los pacientes teniendo en cuenta las enfermedades asociadas al hábito de fumar según sexo.

| Enfermedades | Sexo | | | | Total | |
|--|-----------|------|----------|------|-------|------|
| | Masculino | | Femenino | | | |
| | No. | % | No. | % | No. | % |
| Hipertensión arterial | 16 | 10.6 | 12 | 7.9 | 28 | 18.5 |
| Cardiopatía isquémica | 13 | 8.6 | 6 | 3.9 | 19 | 12.5 |
| Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica | 26 | 17.2 | 16 | 10.6 | 42 | 27.8 |
| Asma Bronquial | 18 | 11.9 | 11 | 7.3 | 29 | 19.2 |
| Diabetes Mellitus | 9 | 5.9 | 7 | 4.6 | 16 | 10.5 |
| Gastritis | 11 | 7.3 | 6 | 3.9 | 17 | 11.2 |
| Total | 93 | 61.5 | 58 | 38.4 | 151 | 100 |

Fuente: Encuesta

El análisis de los resultados refleja que los pacientes teniendo en cuenta las enfermedades asociadas al hábito de fumar se destaca las Enfermedad Pulmonar

Obstruictiva Crónica en el sexo masculino con 26 pacientes que representa el 17.2% , mientras que en el sexo femenino hay 16 pacientes para un 10.6% .Además en el Asma Bronquial también se destaca el sexo masculino con 18 pacientes que representa el 11.9% , siendo así la evidencia de que el sexo masculino es el más afectado teniendo en cuenta las enfermedades asociadas al tabaquismo .(16)

TABLA 8. Distribución de la muestra teniendo en cuenta el tiempo que lleva fumando .

| Muestra escogida | Menos de 5 años | | De 6 a 10 años | | Mas de 11 años | |
|------------------|-----------------|-------|----------------|-------|----------------|-------|
| | N ° | % | N ° | % | N | % |
| Fumadores | 33 | 21.85 | 46 | 30.47 | 72 | 47.68 |

Fuente: Encuesta

A partir del análisis de los resultados obtenidos en la tabla 8 se pudo comprobar que el tiempo que llevan fumando se ha comportado casi a la par de la edad o sea es mayor el número de los que llevan más de 11 años, 72 pacientes para un 47,68% y así va decreciendo 46 personas de 6 a 10 años para un 30.47 y 33 fumadores de menos de 5 años para un 21.85% , contradictorio a las cifras de la OMS que dice que cada día son más los jóvenes que inician el consumo del tabaco. (12,20)

TABLA 9 Distribución de los pacientes teniendo en su disposición para la cesación tabáquica .

| Muestra escogida | Satisfactoria | | No satisfactoria | |
|------------------|---------------|------|------------------|------|
| | N ° | % | N ° | % |
| Fumadores | 93 | 61.6 | 58 | 38.4 |

Fuente: Encuesta

En la tabla 9 podemos observar que el 61.6% de los fumadores (93 pacientes) muestran consintieron de forma satisfactoria su deseo de iniciar la cesación tabáquica mientras que 58 pacientes se negaron en su deseo de parar de fumar para un 38.4% . Lo que coincide con otros estudios realizados por Inoue-Choi donde

también predominó la satisfacción del deseo de parar de fumar pero nunca se lo habían planteado, lo que hace necesario hacer una planificación organizada de actividades de seguimiento de los mismos y controlarlos mejor y educar a la población sobre la existencia de grupos de apoyo al fumador y una consulta de cesación tabáquica en cada uno de los policlínicos como parte del programa de lucha contra el consumo del tabaco y la creación de ambientes libres de humo. (3,51)

TABLA 10. Distribución del nivel de conocimiento sobre el tabaquismo según grupo de edades, antes y después de la intervención educativa.

| Conocimiento por grupos de edades | Antes | | | | | | Después | | | | | |
|-----------------------------------|-------|------|---------|------|-----|-----|---------|------|---------|-----|-----|---|
| | Bien | | Regular | | Mal | | Bien | | Regular | | Mal | |
| | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % |
| De 18 a 24 años | 45 | 24.9 | 5 | 2.8 | 2 | 1.1 | 52 | 28.7 | - | - | - | - |
| De 25 a 59 años | 63 | 34.8 | 6 | 3.3 | 3 | 1.7 | 66 | 36.5 | 6 | 3.3 | - | - |
| De 60 a 69 años | 42 | 23.2 | 9 | 4.9 | 6 | 3.3 | 51 | 28.1 | 6 | 3.3 | - | - |
| Total | 150 | 82.9 | 20 | 11.0 | 11 | 6.1 | 169 | 93.4 | 12 | 6.6 | - | - |

Fuente: Encuesta

En la tabla 10 se pone de manifiesto antes de la intervención educativa que el mayor conocimiento sobre los efectos del tabaquismo correspondió a las edades de 25 a 59 años que representaba al 34.8% del total, de igual forma el indicador de bien es el de mayor representatividad con un 82.9%, mostrando que después de la

intervención hay un aumento de responsabilidad al adquirir los conocimientos sobre los factores de riesgo del hábito de fumar. Estos resultados no se pueden comparar con otros estudios pues no se han encontrado hasta el momento investigaciones relacionadas con el conocimiento de los factores de riesgo del tabaquismo, sólo se han realizado estudios para medir índices de comportamiento. (15)

Luego de haber aplicado este sistema de actividades educativas se pudo observar que una gran mayoría de los fumadores 90 para un 59.61% potenciaron el conocimiento sobre los factores del tabaquismo.

La autora de la presente investigación considera efectivo este sistema de actividades educativas diseñada y aplicada a los 151 fumadores del consultorio médico 6 del policlínico Tamarindo que constituyeron la muestra de estudio, pues de ellos 90 para un 59.61 % lograron la potenciación del conocimiento sobre los factores de riesgo y se manifestaron dispuestos a comenzar el proceso de cesación tabáquica.

CONCLUSIONES

A través del estudio bibliográfico del tema escogido se determinaron los fundamentos teóricos que sustentan la conducta tabáquica de un grupo de fumadores, los factores de riesgo del tabaquismo en esta parte de la población, así como el conocimiento que tenían sobre estos en el consultorio 6 del Policlínico Tamarindo.

Se identificaron como principales factores de riesgo del tabaquismo en el grupo escogido de muestra, los relacionados con los antecedentes patológicos familiares y personales, así como la tenencia de otros hábitos tóxicos como el alcohol.

Se determinó el estado actual de los conocimientos que tienen los fumadores del consultorio 6 del policlínico de Tamarindo sobre los factores de riesgo del tabaquismo, llegando a la conclusión de que existen limitaciones en el conocimiento referente al tema.

Se aplicó un sistema de actividades educativas que facilitó la potenciación del conocimiento en los fumadores del consultorio 6 del Policlínico de Tamarindo, sobre los factores de riesgo de este acto auto dañado, contribuyendo así al bienestar de salud, desde la concepción biopsicosocial.

RECOMENDACIONES

Valorar la posible generalización y publicación de este sistema de actividades educativas dirigida a fumadores , hacerlo extensivo a las familias con las que conviven para que de esta manera contribuya a la potenciación del conocimiento sobre los factores de riesgo del tabaquismo en el resto de la población ya sea fumadora o no y por tanto permita la disminución de dichos factores en el resto del consejo popular de tamarindo , el municipio de Florencia y la provincia Ciego de Ávila en general.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bravo-Hernández N, Terry-Jordán Y. ¿Es el hábito de fumar un factor de riesgo o una enfermedad? Rev Inf Cient [en línea]. 2020 [citado día mes año]; 99(6):512-514. Disponible en:

<http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/3055>
2. Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo [en línea]. 9 de agosto 2019 [citado 8 Oct 2020]. Disponible en: <https://www.sld.cu.2019/08/19>
3. Soto ELA, Esteves E. Cesación tabáquica en la salud cardiovascular. Rev Urug Cardiol [en línea]. 2018 Dic [citado 8 Oct 2020]; 33(3):150-170. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-04202018000300150&lng=es
4. Zinser SJW. Tabaquismo y cáncer del pulmón. Salud Pú b M é x [en línea]. 2019 [citado 6 Oct 2020]; 61(3): [Aprox. 12 p.]. Disponible en:

<https://scielosp.org/article/spm/2019.v61n3/303-307/es/>
5. Amaíz FAJ, Flores BMA. Abordaje interdisciplinario del tabaquismo en la consulta odontológica: aplicación de técnicas de intervención psicológicas. Odovtos [en línea]. 2018 Apr [citado 6 Oct 2020]; 20(1):41-56. Doi: <http://dx.doi.org/10.15517/ijds.v0i0.29115>
6. Nash SH, Liao LM, Harris TB, Freedman ND. Cigarette smoking and mortality in adults aged 70 years and older: results from the NIH-AARP Cohort. Am J Prev Med [en línea]. 2017 Mar [citado 6 Oct 2020]; 52(3): 276-283. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27914770/>
7. Cuba. Sociedad Cubana de Psiquiatría. IX Congreso cubano de Psiquiatría. PSIQ CUBA 2019. La Habana; 2019. [citado 5 Oct 2020]. Disponible en: <https://www.eventospalco.com/es/eventos/4/flypage-tp/shop-product-details/229/1>
8. Informe estadístico del tabaco en Cuba, el 18 de diciembre del año 2019.

9. González RA, Ruano L, Aonso DG, García PG, Weidberg SS, Secades VR. Abordaje del tabaquismo en centros de tratamiento de drogo-dependencias: implicaciones clínicas y recomendaciones para su implementación. Adicciones [en línea]. 2019 Jul [citado 8 Oct 2020]; 31(4):327-329. Disponible en: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/1270>
10. Valdevila J, Consecuencias graves de la adicción al tabaco. 2016 may:09:14
11. <https://www.institutoneurociencias.med.ec/component/k2/item/15040-consecuencias-graves-consumo-tabaco>
12. González Menéndez R. Tabaco y alcohol. Las drogas bajo piel de cordero. [página en Internet] La Habana. [actualizada 3 Ene 2017; citado 2 Mayo 2018] Infomed.cu. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/cgi-bin/wxis.exe/iah/?IscisScript=iah/iah.xis&base=article^dlibrary&format=iso.pft&lang=e&nextAction=Ink&indexSearch=AU&exprSearch=>
13. Organización Mundial de la Salud. Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry. Cuestionario para la Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría. Versión 2.1. Ginebra, OMS, 2020.
14. González R. Contra las adicciones. Clínica y terapéutica. Editorial Científico técnica, La Habana, 2016.
15. Peña Laguna YC, Nápoles García AV. Intervención en el hábito de fumar en el área de salud policlínico Manuel Fajardo Rivero. Rev Electrónica Zoilo Marinello Vildaurreta [Internet]. 2012 [citado 12 Feb 2018];37(06):[aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://www.ltu.sld.cu/revista/modules.php?name=News&file=article&sid=351>
16. Suárez Lugo N, Campos Pupo E. Prevalencia y percepción del riesgo del tabaquismo en el área de salud del policlínico Dr. Jorge Ruiz Ramírez. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. May-Jun 2010 [citado 12 Ago 2018]; 36(2): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662010000200005&script=sci_arttext

17. Fernández Concepción M, García Sánchez MR, Valdés Jiménez L, Martín Estévez Tabaquismo y adolescencia. Rev Cienc Méd Habana [Internet]. Ene-Jun 2012 [citado 22 Nov 2012];18(1):[aprox. 8 p. Disponible en:

http://www.cpicmha.sld.cu/hab/vol18_1_12/hab07112.html

18. González Hidalgo JA, Díaz Piedra JA, Díaz KA, Avalos González MM. Hábito de fumar en la adolescencia. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. Jul-Set 2012 [citado 10 Oct 2013]; 28(3):[aprox. 8 p.]. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S0864-21252012000300007

19. Suárez Lugo N. El precio del cigarrillo y la reducción del consumo en Cuba. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. Ene-Mar 2012 [citado 12 Feb 2013]; 38(1): [aprox. 8 p.]. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662012000100002&script=sci_arttext

20. Traviesas Herrera EM, Márquez Arguellez D, Rodríguez Llanes R, Rodríguez Ortega J, Bordón Barrios D. Necesidad del abandono del tabaquismo para la prevención de enfermedad periodontal y otras afecciones. Rev Cubana Estomatol [Internet]. Jul-Set 2011 [citado 22 Nov 2012];48(3):[aprox. 7 p.].

Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072011000300009

21. Oлива Correa E, Morales Rigau JM, Domínguez León SI, Fernando Acebo Figueroa F. Prevalencia del hábito de fumar en estudiantes de profesiones de la salud. Matanzas. 2008-2009. Rev Med Electrón [Internet]. Nov 2010 [citado 21 Sep. 2013]; 32(6):[aprox.8 p.].Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S168418242010000600003&lng=es&nrm=iso

22. Bardia A, Olson JE, Vashon CM, Lazovich De A, Vierkant RA, Wang AH. Effect of aspirin and other NSAIDs on postmenopausal breast cancer incidence by hormone

- receptor status: results from a prospective cohort study. *Breast Can Res Treat.* 2011; 126(1):149-55.
23. Chen J, Qi Y, W ampfler JA, Jatoi A, Garces YI, Busta AJ, et al. Effect of cigarette smoking on quality of life in small cell lung cancer patients. *Eur J Cancer.* 2012; 48(11):1593-61.
24. Achiong Estupiñán F, Morales Rigau JM, Dueñas Herrera A, Acebo Figueroa F, Bermúdez González CL, Garrote Rodríguez I. Prevalencia y riesgo atribuible al tabaquismo. Matanzas: CPHE. *Rev Cubana Hig [internet].* 2006 [citado 2 Jun 20110]; 44(1): [aprox. 4 p.]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/hie/vol44_1_06/hie01106.htm
25. Devereux G.: "ABC of chronic obstructive pulmonary disease. Definition, epidemiology, and risk factors", en el *British Medical Journal* 2006; 332: 1142-1144;
26. Tabaquismo provoca casi 11 mil muertes y cuesta al Estado más de 1 billón de pesos al año - Universidad de Chile». *uchile.cl*. Consultado el 7 de abril de 2017.
27. Dr. Jorge Lagunas Maitland (12 marzo de 2009). «TABAQUISMO». Consultado el 1 de setiembre de 2015.
28. Comisionado para el Mercado de Tabacos. Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas. Gobierno de España., ed. «El Mercado de Tabacos > Estadísticas». Consultado el 31 de mayo de 2012
29. <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/adiccion-al-tabaco/cuales-son-las-consecuencias-medicas-del-uso-del-tabaco?> | National Institute on Drug Abuse (NIDA). 18 de diciembre de 2019.
30. <https://www.institutoneurociencias.med.ec/component/k2/item/15040-consecuencias-graves-consumo-tabaco>. Publicado en *Conductas Adictivas*, 18 de Julio de 2016.

31. <https://kidshealth.org/es/teens/smoking-esp.html> Fumar (para Adolescentes) - Nemours KidsHealth, septiembre de 2019.
32. MINSAP Programa de Prevención y el Control del Tabaquismo en Cuba. La Habana. 2002. Disponible en: www.aps.sld.cu/bvs/materiales/programa/pronacional.html. Consultado Enero 21, 2004.
33. Devereux G.: "ABC of chronic obstructive pulmonary disease. Definition, epidemiology, and risk factors", en el British Medical Journal 2006; 332: 1142-1144;
34. Tabaquismo provoca casi 11 mil muertes y cuesta al Estado más de 1 billón de pesos al año - Universidad de Chile». uchile.cl. Consultado el 7 de abril de 2017.
35. Dr. Jorge Lagunas Maitland (12 marzo de 2009). «TABAQUISMO». Consultado el 1 de setiembre de 2015.
36. Comisionado para el Mercado de Tabacos. Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas. Gobierno de España., ed. «El Mercado de Tabacos > Estadísticas». Consultado el 31 de mayo de 2012
37. <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/adiccion-al-tabaco/cuales-son-las-consecuencias-medicas-del-uso-del-tabaco?> | National Institute on Drug Abuse (NIDA). 18 de diciembre de 2019
38. <https://www.institutoneurociencias.med.ec/component/k2/item/15040-consecuencias-graves-consumo-tabaco>. Publicado en Conductas Adictivas, 18 de Julio de 2016.
39. <https://kidshealth.org/es/teens/smoking-esp.html> Fumar (para Adolescentes) - Nemours KidsHealth, septiembre de 2019.
40. MINSAP Programa de Prevención y el Control del Tabaquismo en Cuba. La Habana. 2002. Disponible en: www.aps.sld.cu/bvs/materiales/programa/pronacional.html. Consultado enero 21, 2004.

41. Suárez Lugo N. El consumo de productos manufacturados del tabaco en Cuba. Rev Cubana Salud Pública. 2006; 32(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0864-346620060002&lng=es&nrm=iso.
42. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking— 50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General, 2014. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2014.
43. U.S. Department of Health and Human Services. How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2010.
44. National Toxicology Program. Tobacco-Related Exposures. In: Report on Carcinogens. Fourteenth Edition. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Toxicology Program, 2016.
45. Nash SH, Liao LM, Harris TB, Freedman ND. Cigarette smoking and mortality in adults aged 70 years and older: Results from the NIH-AARP cohort. American Journal of Preventive Medicine 2017; 52(3):276283 [PubMed Abstract]
46. National Cancer Institute. Cancer Trends Progress Report: Secondhand Smoke Exposure. National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services, Bethesda, MD, January 2017.
47. International Agency for Research on Cancer. Tobacco smoking, Second-hand tobacco smoke, and Smokeless tobacco. In: Personal Habits and Indoor Combustions: A Review of Human Carcinogens. IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, Vol. 100E. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2012. p. 43-318.

48. Corey CG, Ambrose BK, Apelberg BJ, King BA. Flavored tobacco product use among middle and high school students--United States, 2014. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report* 2015; 64(38):1066-1070.
49. Wyss A, Hashibe M, Chuang SC, et al. Cigarette, cigar, and pipe smoking and the risk of head and neck cancers: Pooled analysis in the International Head and Neck Cancer Epidemiology Consortium. *American Journal of Epidemiology* 2018; 178(5):679-690.
50. World Health Organization (Tobacco Free Initiative): Advisory Note. Waterpipe Tobacco Smoking: Health Effects, Research Needs and Recommended Actions for Regulators, 2 edition. 2015. (retrieved December 12, 2017, from http://www.who.int/tobacco/publications/prod_regulation/waterpipesecondedition/en/)
51. Inoue-Choi M, Liao LM, Reyes-Guzman C, et al. Association of long-term, low-intensity smoking with all cause and cause-specific mortality in the National Institutes of Health-AARP Diet and Health Study. *JAMA Internal Medicine* 2017; 177(1):87-95.
52. Inoue-Choi M, Hartge P, Liao LM, Caporaso N, Freedman ND. Association between long-term low intensity cigarette smoking and incidence of smoking-related cancer in the National Institutes of Health-AARP cohort. *International Journal of Cancer* 2018; 142(2):271-280.

A N E X O S

Anexo 1.

Acta de consentimiento informado.

Yo _____ estoy
en la entera disposición para participar en el desarrollo de sistema de actividades
educativas que, nos permitirá elevar nuestros conocimientos sobre los factores de
riesgo del tabaquismo, brindaré la información de forma anónima y además podré
retirarme cuando lo desee sin repercusión sobre mi persona.

Nombre y apellidos.

Firma

Investigador.

Firma

Fecha _____

Anexo 2.

Guía de observación.

Objetivo: Determinar factores de riesgo de intentos suicidas en ancianos con antecedentes de esta conducta, a partir de su comportamiento social e incidencia de las familias en ellos.

Aspectos a observar:

1.- Edad

2.- Raza

3.- Sexo

53. Estado civil

54. Nivel escolar

55. Otros hábitos tóxicos

56. Antecedentes familiares y personales.

57. Tiempo que llevan fumando.

58. Disposición para la cesación tabáquica.

59. Nivel de conocimientos sobre el tabaquismo.

Anexo 3.

Encuesta.

Estimado(a) paciente, nos encontramos realizando una investigación dirigida a un estudio sobre el conocimiento de los factores de riesgo del tabaquismo, como siempre, su colaboración y le pedimos que sea lo más sincero(a) posible en sus respuestas, no es necesario escribir su nombre pues el estudio no lo requiere.

Muchas gracias

TACHE CON UNA CRUZ (x) CUÁL O CUÁLES DE LOS SIGUIENTES ASPECTOS ESTÁN RELACIONADOS CON USTED.

1-Edad: Relacionado con estos grupos de edades, cuál o cuáles consideras que son un factor de riesgo para el hábito de fumar.

18 a 24 años _____

25 a 59 años _____

60 años y más _____

2-Raza: Considerando el color de la piel a quienes crees que afecta más el cigarrillo.

¿Porque?

Blanca _____

Negra _____

3-Sexo: Relacionado con el sexo, ¿cuál usted cree que es el más afectado?

F _____ M _____

En caso de ser masculino, consideras que esta condición es un factor de riesgo para el inicio del consumo del tabaco.

Sí _____ No _____ Explique su respuesta.

4-Estado civil: ¿Cuál será el estado civil más afectado por el hábito de fumar?

- Soltero _____

- Casada _____

- Unión estable _____

a) Consideras que la relación de pareja influye en las decisiones de las personas para fumar. Sí_____ No_____ Explique su respuesta.

5-Nivel educacional: ¿Considera usted que tener un alto nivel de escolaridad induce al hábito de fumar?

Sí_____ No_____ Explique su respuesta.

6- ? A qué edad comenzaste a fumar?

- Entre 18 – 20 años -----

- Entre 21 – 30 años -----

- Entre 31 – 40 años -----

- Entre 41 – 69 años -----

7- ? Cuántos cigarros o tabacos fumas al día?

- De 1 a 5 cigarros o tabacos -----

- De 5 a 10 cigarros o tabacos -----

- Más de 10 cigarros o tabacos -----

8- Hábitualmente, ¿Dónde fumas con mayor frecuencia? (puede seleccionar más de una respuesta)

-En casa ----

-En la escuela---

-En el trabajo ----

-En fiestas -----

-En lugares públicos ----

9- ¿Estaría dispuesto a dejar de fumar?

Sí -----

No ----

10- ¿Aceptarías ayuda especializada?

Sí -----

No ----

a) ¿Qué opinas sobre las terapias para dejar de fumar?

11- Influencias o motivos:

- En tu casa hay fumadores:

Sí ----- No -----

- El ejemplo de tu familia influyó en ti para iniciarte en el hábito de fumar:

Sí ----- No -----

- Tienes amigos fumadores:

Sí ---- No -----

- Quién influyó más en ti para comenzar a fumar: -----

12- Marca con una X la respuesta de acuerdo a tu opinión personal sobre las consecuencias del hábito de fumar a la salud:

----- Envejecimiento precoz

----- Hipertensión arterial

----- Mal aliento en la boca

- Úlcera gástrica, gastritis

- Osteoporosis

- Infarto Agudo de Miocardio

- Disfunción sexual

- Cáncer de pulmón

- Enfermedades respiratorias

Anexo 4

Aspectos de la Historia Clínica y Ficha Familiar

Modelo de Historia Clínica tiene en cuenta los siguientes aspectos:

Número de la Historia Clínica (HC)

Datos generales personales: Nombres y Apellidos, Sexo, Color de la piel, Escolaridad, Estado Civil, Carné de identidad y Grupo RH.

Número de Consultorio, Fecha de Nacimiento, Área de Salud, Dirección.

Esquema de vacunación.

Grupo Dispensarial.

Historia Personal: Antecedentes Patológicos Personales y Familiares

Curvas de peso y talla

Índice de Masa Corporal

Tensión Arterial

Hábitos Tóxicos

Citología, examen de mama y tacto Rectal

Informe de la Historia Psicosocial

Consultas y terrenos según la programación.

Modelo de Ficha Familiar tiene en cuenta los siguientes aspectos:

Modelo 53 – 67. Planificación de Acciones de Salud.

Modelo 54 – 50. Historia de Salud Familiar.

Modelo 54 – 51. Evolución de la Familia

Anexo 5.

Convenio Investigador-Centro de Salud Mental.

De una parte: Dra. Yesenia Gómez Sanabria

De otra parte: Yanisleidis Borroto Guillén: Jefe de departamento de salud Mental del Consejo Popular de Tamarindo

Ambas partes reconociendo la personalidad con que comparecen y acuerdan:

Dra. Yesenia Gómez Sanabria

Elaborará un sistema de actividades educativas para elevar el conocimiento sobre los factores de riesgo del tabaquismo en un grupo de fumadores del consultorio N° 6 del área de salud de Tamarindo.

Trabjará en la institución desde septiembre del año 2017 hasta mayo del año 2022.

La intervención consta de actividades prácticas y favorecerá al bienestar biopsicosocial.

Jefe de departamento

Garantizará la participación de todos los incluidos en el estudio.

Colaborará con el horario y desarrollo de las actividades que se planifiquen.

Y para que así conste firmamos la presente en Tamarindo, Ciego de Ávila, el 5 de septiembre del 2017. "Año 53 de la Revolución".

Dra. Yesenia Gómez Sanabria

Firma

Yanisleidis Borroto Guillén

Firma

ANEXO 6

Programa de intervención educativa

La intervención educativa consta de 8 actividades que fueron impartidas todos los jueves en horario de la tarde en el aula del Policlínico de Tamarindo. Estas se sustentan en la utilización de técnicas participativas, con actividades dinámicas, en las que predomina el aprendizaje emocional-intelectual.

Primer encuentro:

Tema: Ser fumador: amenaza o expectativa de vida.

Objetivo: Reflexionar en torno a la problemática actual del tabaquismo y la necesidad del sistema de actividades educativas.

Orientaciones Metodológicas: Es la primera actividad que se desarrolla con el grupo de fumadores por lo que se procede a la presentación de manera grupal a través de una técnica participativa, una vez presentados todos, se hace referencia a los resultados del diagnóstico efectuado donde se aprecian las necesidades cognitivas que existen con relación a los factores de riesgo del tabaquismo, se les explica a todos los miembros del grupo la forma de trabajo grupal que predominará, los horarios y todos los aspectos organizativos necesarios para comenzar la intervención además se hará énfasis en por qué se desarrolla este tipo de investigación, es decir, se abordarán conceptos relacionados con el tabaquismo y su efecto nocivo en la salud tanto a corto como a largo plazo. También se declararán los temas que, a desarrollar, y se cerrará esta fase haciendo énfasis en las características biológicas y psicológicas de las personas que integran el estudio.

Responsable: Médico General Integral.

Participantes: Grupo de fumadores.

Período de cumplimiento: 1 hora.

-Fase de aplicación: Se efectuará a través de la aplicación sistemática del plan de actividades concebido. Durante esta etapa se realizarán evaluaciones frecuentes sobre su eficacia a través de encuestas, observaciones y encuentros formales e informales con la población y los líderes formales e informales de la comunidad, se determinarán los aspectos del plan previsto que presenten dificultades en su ejecución y resultados para su posterior corrección y reenfoco integrador. La retroalimentación será una constante en esta labor. Los trabajos de terreno serán útiles para el desarrollo de la intervención como también, las consultas y encuentros informales.

-Fase de evaluación. Se realizará la evaluación de la información obtenida por un experto y se procesarán los datos analizando encuestas y observaciones.

Beneficios esperados.

-Una mayor cultura sanitaria para el enfrentamiento eficaz al Tabaquismo.

-Introducción en la vida cotidiana de los conocimientos y buenas prácticas aprendidas para contrarrestar el Tabaquismo.

Segundo encuentro:

Tema: Los retos y desafíos de la vida.

Objetivo: Analizar la situación y los conflictos que viven fumadores al plantearse nuevas metas.

Orientaciones Metodológicas: Se debe comenzar con el análisis de los conceptos retos y desafíos. Como técnica inicial se utilizará "La doble rueda" para propiciar el comentario sobre la posibilidad que da la vida. Su aprovechamiento racional. Dicha técnica responde a las aspiraciones e ideales de los fumadores y las influencias de otros para alcanzar las metas. Y como técnica final: "En busca de una solución" para integrar a las familias por el rol que juegan como grupo primario al que éstos pertenecen.

Responsable: Médico General Integral.

Participantes: Grupo de fumadores.

Período de cumplimiento: 1 hora.

Tercer encuentro:

Tema: La edad y el tabaquismo.

Objetivo: Reflexionar acerca de la edad de inicio del tabaquismo y su asociación con la adolescencia.

Orientaciones Metodológicas: Se iniciará reflexionando en torno a las características de la adolescencia enfatizando en la más propicia para la iniciación. Se utilizará la técnica como soy y como me ven los demás permitirá la búsqueda de solución a fracaso o alteraciones de las relaciones interpersonales afectivas lo cual conducirá al debate e intercambio de experiencias desde el punto de vista de sus vivencias. Para el cierre de la actividad se utilizará la expresión de sentimientos: "Me siento..." y cada uno podrá expresar la aceptación de sí mismo como fumador.

Responsable: Médico General Integral.

Participantes: Grupo de fumadores.

Período de cumplimiento: 1 hora.

Cuarto encuentro:

Tema: La raza, el sexo y el tabaquismo.

Objetivo: Identificar las razas y el sexo con mayor incidencia en el hábito de fumar.

Orientaciones Metodológicas: La responsable de la actividad comienza explicando que las razas no existen, ni biológicamente ni científicamente. Los hombres por su origen común, pertenecen al mismo repertorio genético. Las variaciones que podemos constatar no son el resultado de genes diferentes. Si de "razas" se tratara, hay una sola "raza": la humana.

Añade además que debemos estar preparados para discutir las diferencias genéticas entre las poblaciones humanas. Se continuará explicando la historia del tabaco en la isla, que, con la conquista europea, empezó a perder su sentido cultural y ritual y pasa a tener un uso más cotidiano y por tanto se extendió su uso a los dos géneros, pero en sus inicios era solo permitido para los hombres y las mujeres que hacían su uso eran fuertemente censuradas. Para establecer el debate se realizará el juego de los espejos, bajo el lema "Mi crecimiento como persona". Esta técnica manifestará el grado de autoestima y autovaloración del fumador para el cumplimiento de su rol en la sociedad y la repercusión del tabaquismo en su día a día. Culminará con la técnica: "Cadena de asociaciones" que reflejará las posibilidades reales con las que cuenta el fumador para enfrentar los conflictos de la vida y cómo repercute este en su salud y su economía.

Responsable: Médico General Integral.

Participantes Grupo de fumadores.

Período de cumplimiento: 1 hora.

Quinto encuentro:

Tema: El nivel escolar y el tabaquismo.

Objetivo: Reflexionar sobre la frecuencia del tabaco según el nivel de escolaridad.

Orientaciones Metodológicas: Se inicia la actividad con la concepción de que la única opción que minimiza el riesgo de padecer enfermedades respiratorias a edades avanzadas es simplemente no fumar, indistintamente de la escolaridad o la profesión, es por ello que el tabaquismo es considerado un fenómeno social que afecta indistintamente a todos los sectores de la población y constituye uno de los mayores problemas con que las autoridades sanitarias se enfrenta. Se aplicara la técnica "Cómo me siento mejor" para promover el debate y reflexión, se aportan mecanismos de afrontamiento para transformar conductas que atentan contra el bienestar de los colectivos de trabajo.

Responsable: Médico General Integral.

Participantes: Grupo de fumadores.

Período de cumplimiento: 1 hora.

Sexto encuentro:

Tema: Otros hábitos tóxicos y el tabaquismo.

Objetivo: Reflexionar acerca de la capacidad autolesionarse que tienen los individuos con la práctica del tabaquismo y analizar las relaciones entre la presencia de otros hábitos tóxicos como el alcohol y las drogas y el tabaquismo.

Orientaciones Metodológicas: Se comenzará comentando las estadísticas de la OMS en la que atribuye al tabaco la primera causa de invalidez y muerte prematura en el mundo y está directamente relacionado con la aparición de 29 enfermedades, de las cuales 10 son diferentes tipos de cáncer y de más del 50 % de las enfermedades cardiovasculares. Fumar es directamente responsable de aproximadamente el 90 % de las muertes por cáncer de pulmón y aproximadamente el 80-90 % de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y enfisema. (25) Posteriormente se utilizará la técnica "El telescopio al revés y en su lugar", permitirá reflexionar utilizando la persuasión en torno a la repercusión del nocivo hábito según el prisma con que lo ven. Se cerrará con la interrogante ¿Qué piensas ahora? Las respuestas que se obtengan serán el resultado de lo aprendido a juicio personal.

Responsable: Médico General Integral.

Participantes Grupo de fumadores.

Período de cumplimiento: 1 hora.

Séptimo encuentro:

Tema: Nuevos Proyectos.

Objetivo: Reflexionar acerca del tiempo que lleva fumando y como sería su vida sin tabaco, así como su disposición para la cesación tabáquica.

Orientaciones Metodológicas: Se comienza con las interrogantes ¿Qué es un proyecto de vida y cómo hacer un proyecto? Para promover el debate y la reflexión. Se utiliza la técnica “¿Que haría sino fumo?” para intercambiar opiniones que reflejen aspiraciones y motivación en la vida y se cierra con otra interrogante ¿Me ayudó o no me ayudó? Para dar respuesta a ella es necesario que planifiquen nuevos proyectos en los que se vean reflejados sin el tabaco como complemento de vida.

Responsable: Médico General Integral.

Participantes Grupo de fumadores.

Período de cumplimiento: 1 hora.

Octavo encuentro:

Tema: Culminación de la intervención. ¿Cómo nos ha ido?

Objetivo: Valorar la trascendencia de lo que han debatido en los talleres y utilidad para su vida futura desde el punto de vista emocional.

Orientaciones Metodológicas: Se le entregarán tarjetas con diversas situaciones a las que ellos aplicando los conocimientos adquiridos le darán soluciones se establecerá el debate y posteriormente se aplicará la encuesta final para poder evaluar el impacto de las actividades en la adquisición de conocimientos para enfrentar el tabaquismo.

Responsable: Médico General Integral.

Participantes: Grupo de fumadores.

Período de cumplimiento: 1 hora.

Evaluación: Se aplicará nuevamente la encuesta inicial para evaluar el estado de satisfacción y poder evaluar el nivel de conocimiento alcanzado con la intervención en el grupo de trabajo.