

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE ÁVILA**

**DR. “JOSÉ ASSEF YARA”**

**POLICLÍNICO GENERAL INTEGRAL DOCENTE**

**“DR.MARIO HERNÁNDEZ PEDRAZA”**

**SISTEMA DE ACCIONES DIRIGIDA A DISMINUIR LA PREVALENCIA DE**

**FUMADORES DEL CMF12**

**AUTORA: LIC. DADIBEL FERNÁNDEZ HERNÁNDEZ**

**TRABAJO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA DE I**

**GRADO EN ENFERMERÍA COMUNITARIA**

**FLORENCIA**

**2011**

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE ÁVILA**

**DR. "JOSÉ ASSEF YARA"**

**POLICLÍNICO GENERAL INTEGRAL DOCENTE**

**"DR.MARIO HERNÁNDEZ PEDRAZA"**

**SISTEMA DE ACCIONES DIRIGIDA A DISMINUIR LA PREVALENCIA DE  
FUMADORES DEL CMF12**

**AUTORA: LIC. DADIBEL FERNANDEZ HERNANDEZ**

**RESIDENTE DE 2do AÑO DE ENFERMERIA COMUNITARIA**

**TUTORA: ESP MAIRENE ÁLVAREZ RUBIDO**

**ESPECIALISTA EN ENFERMERIA COMUNITARIA**

**ASESOR: MSC. NIVELIO HERRERA GUEVARA.**

**PSICOPEDAGOGO Y PROFESOR ASISTENTE DE LA SEDE UNIVERSITARIA  
DE FLORENCIA**

**TRABAJO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA DE I GRADO  
EN ENFERMERÍA COMUNITARIA**

## FLORENCIA 2011

### RESUMEN

El principal problema de investigación lo constituyó la alta prevalencia del hábito de fumar en el territorio y por ello se realizó un estudio pre-experimental para evaluar la eficacia de un sistema de acción dirigida a la prevalencia de fumadores en el consultorio No.12 en un período de marzo 2009 marzo de 2011. El universo y muestra estuvieron constituidos por 45 fumadores a los cuales se les aplicó la encuesta para obtener información sobre los factores de riesgo que influyen en el comienzo del hábito. Para la obtención de los datos primarios se aplicaron las técnicas análisis documental y encuesta obteniéndose un diagnóstico previo donde se detectaron las necesidades sobre el tema. Los datos fueron procesados por una computadora Pentium, como procesador de texto el Microsoft Word del office XP auxiliándonos, además, del Microsoft Excel. El estudio hizo evidente que la mayor parte de los pacientes respondieron sobre el poco conocimiento de las enfermedades que provoca este mal hábito, afecta mayormente a la población masculina logrando una disminución del número de cajetilla al día.

Palabras claves: TABAQUISMO, factores de riesgo

| <b>ÍNDICE</b>                               | <b>PÁGINAS</b> |
|---|----------------|
| INTRODUCCIÓN.....                           | 1 - 5          |
| MARCO TEÓRICO.....                          | 6 -17          |
| DISEÑO TEORICO.....                         | 18             |
| OBJETIVOS.....                              | 19             |
| MÉTODO.....                                 | 20 - 21        |
| ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS..... | 21 - 36        |
| DISCUSIÓN.....                              | 37             |
| CONCLUSIONES.....                           | 38             |
| RECOMENDACIONES.....                        | 39             |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....             | 40 - 42        |

## **INTRODUCCION**

La epidemia del tabaquismo constituye una crisis de dimensiones impactantes. Los hechos hablan por sí mismos. Cada año, el tabaco causa 3 millones 500 mil muertes alrededor del mundo. Basado en las tendencias actuales, las cifras aumentaran a 10 millones de personas anualmente entre el 2020 y 2030.

Cada diez segundos, en algún lugar del mundo, el tabaco cobra una nueva víctima. Si la actual tendencia continúa, se prevé que en los próximos 30 a 40 años, se producirá una muerte cada 3 segundos. (Gutiérrez, 99)

Históricamente, a medida que el ingreso se elevó en las distintas poblaciones, también lo hizo el número de fumadores. Durante los primeros decenios de la epidemia de tabaquismo en los países de alto ingreso, solía haber más fumadores entre los ricos que entre los pobres. Sin embargo, esta tendencia parece haberse invertido en los últimos tres o cuatro decenios, al menos en lo que se refiere a los varones, población sobre la que se dispone de numerosos datos.(OPS, 2000)

Hoy día el cigarrillo es el factor de riesgo a la salud más generalizado y con mayor suma de componentes irritantes tóxico y cancerígeno.

En base a los patrones actuales de consumo, se predice que más de 500 millones de personas morirán a causa del tabaco. Se proyecta que para el 2020 el TABACO será la causa de más de 12 de las muertes a escala global y cobrará

más víctimas que el VIH, la tuberculosis, la mortalidad materna, los accidentes del tránsito, el suicidio y el homicidio. El tabaco es la causa conocida o probable de alrededor de 25 enfermedades, por ejemplo el tabaquismo es la causa más importante del cáncer de pulmón, pero también interviene en: enfermedad del corazón, infarto, enfisema, tuberculosis y neurisma aórtica, entre otras.

En la actualidad, la inmensa mayoría de los fumadores empiezan a serlo antes de los 25 años, a menudo en la niñez o la adolescencia. Es poco probable que las personas que consiguen abstenerse del tabaco en la adolescencia o primeros años de la vida adulta lleguen a ser fumadoras alguna vez.

Cuanto antes se inicie el hábito de fumar, mayor será el riesgo de sufrir enfermedades. En los países de ingreso alto en los que se dispone de datos a largo plazo, los investigadores llegaron a la conclusión de que los fumadores que comienzan pronto y que fuman regularmente tienen muchas más probabilidades de desarrollar cáncer de pulmón que los fumadores que abandonan el hábito cuando aún son jóvenes.

Los fumadores tienen 20 veces más probabilidades de morir de cáncer de pulmón a edades maduras y 3 veces más probabilidades que los no fumadores de morir a estas mismas edades por enfermedades vasculares, a causa de procesos tales como ataques cardíacos, accidentes cerebro vasculares y otras enfermedades de arterias y venas. Dada la frecuencia de la cardiopatía isquémica en los países de ingreso alto, el exceso de riesgo de los fumadores supone un número muy grande de muertes, por lo que las enfermedades cardíacas son hoy la causa de muerte más común relacionada con el tabaco de dichos países.

El tabaco es también la primera causa de bronquitis crónica y de enfisema, y se asocia con cánceres de varios órganos como la vejiga, el riñón, la laringe, la boca, el páncreas y el estómago. El riesgo que corre una persona de desarrollar cáncer de pulmón depende más de la duración de su hábito de fumar que del número de cigarrillos diarios consumidos. Dicho de otra forma, un aumento de 3 veces de la duración del hábito de fumar se asocia con un riesgo 100 veces mayor de sufrir un cáncer de pulmón, mientras que un aumento de 3 veces en el número de cigarrillos diarios consumidos se asocia solo a un aumento de 3 veces del riesgo de desarrollar cáncer de pulmón. Así pues, las personas que corren mayores riesgos son las que comienzan a fumar durante la adolescencia y continúan fumando después. (Equipo de salud mental del policlínico Plaza de la revolución. 2005)

En Cuba, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer ocupan el primero y el segundo lugar respectivamente entre las personas de 50 a 64 años. La causa más frecuente, debida a cáncer, en Cuba es el cáncer de pulmón (16,2 por 100000 en 1988). La tasa de mortalidad por cáncer de pulmón ajustada por edad en Cuba es sobrepasada únicamente por la de los Estados Unidos y el Canadá, en las América.

El municipio de Florencia no escapa de la realidad mundial y nacional con un 31 por ciento de fumadores. Es importante destacar que la base económica del municipio está constituida, fundamentalmente, por tabaco, lo que trae como consecuencia, dada la disponibilidad, el incremento de la cantidad de fumadores que desconocen los daños que provoca el fumar.

Es por ello que nos sentimos obligados a ser promotores activos en la lucha contra el tabaquismo mundialmente, ya que en gran medida somos responsables del origen de este dañino hábito y su difusión en el mundo y porque además, los fumadores no solo influyen sobre su propia salud, sino también en el resto de la población no fumadora.

Cuando realizamos el Análisis de la Situación de Salud del CMF No. 12 del Área de Salud de Florencia, encontramos que uno de los problemas es la adicción tabáquica se encontraba en primer lugar, la prevalencia es de 67 %, así como también existe un número alto de pacientes que presentan complicaciones asociadas a esta adicción. A pesar de todo un trabajo preventivo del médico y la enfermera aun no se ha logrado tal propósito porque existe fumadores y ha aumentado de forma progresiva. Es por ello que hemos decididos estudiar las características y el comportamiento de este hábito.

Por su magnitud se decide hacer un sistema de acciones, desde la enfermería comunitaria la cual es entendida como un proyecto abierto, participativo, colaboracionista, capaz de acoger cualquier innovación que suponga un avance en la investigación científica sobre los cuidados de salud y la enfermería en salud comunitaria.

SE PLANTEÓ COMO PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN EL SIGUIENTE:

-¿Cómo disminuir la prevalencia del hábito de fumar en el Consultorio Médico de la Familia No. 12 del Área de Salud de Florencia?

**OBJETIVO GENERAL** -Evaluar la eficacia de un sistema de acciones dirigidas al cambio de conductas tabáquicas en el Consultorio médico de la familia No 12 del área de salud de Florencia.

**Importancia y actualidad del tema:** El tabaquismo es un problema no resuelto en el mundo, ni en Cuba, ni en Florencia y todo esfuerzo científico profesional en este sentido es de vital importancia por el carácter social y preventivo de nuestro sistema de salud pública.

**Originalidad:** El enfoque multifactorial, multidisciplinario e interdisciplinario al abordar el tabaquismo en la población en condiciones de ruralidad en el Municipio Florencia.

**Novedad científica:** Consiste en la innovación del enfoque tradicional de investigación del tabaquismo en la población en Florencia, prácticamente reducido al seguimiento esquemático, por el médico general integral, en consulta periódica y terreno.

**Aporte práctico:** Consiste en una caracterización situacional del tabaquismo en la población en Florencia que permitirá una mayor y mejor comprensión de esta problemática de salud por parte del personal médico y de enfermería de los consultorios médicos de la familia.

## **MARCO TEÓRICO**

La planta del tabaco pertenece al género nicotina, familia botánica de las solanáceas; es la única en la naturaleza capaz de sintetizar el potente alcaloide nicotina, que conserva aún en sus hojas secas. Es originaria de América y conocida en Europa después del descubrimiento en 1492. Fueron Rodrigo de Jeréz y Luis de Torres los primeros en contar como los nativos de Cuba lo consumían, enrollando las hojas en forma de mosquete e inhalaban su humo. (López, 1988).

El tabaco es conocido por la civilización occidental desde finales del siglo xv .Es una planta oriunda del sur de América. Los indios la cultivaban con el nombre de cohíba y fueron los conquistadores españoles los que le dieron el nombre de tabaco. En carbonos encendidos, aspiraban su humo con unos tubos largos y lo expulsaban después por la boca y las fosas nasales.

Puede ser consumido de diferentes formas: en polvo, en cigarro puro, en pipa y para mascar.

Inicialmente era usado con fines medicinales y fue introducido en Europa en 1570 por Jean Nicot (a quien debe su nombre la nicotina), que era embajador francés en Portugal.

La nicotina fue aislada por primera vez por Poseel y Reiman en el año 1828 y fue Orfila quien inició en 1843 las primeras experiencias farmacológicas con ella.

La nicotina es una sustancia química alcaloide, que al actuar sobre receptores específicos provoca a nivel de la médula suprarrenal secreción de catecolamina con los consiguientes efectos deletéreos sobre el aparato cardiovascular como son: elevación transitoria de la presión arterial, vasoconstricción periférica, aumento del automatismo de la célula cardiaca, depresión de la conducción y disminución del umbral de fibrilación ventricular e incremento de la agregación plaquetaria. Las acciones sobre el sistema parasimpático, fundamentalmente, determinan aumento de la secreción del ácido clorhídrico gástrico y disminución de la secreción pancreática de bicarbonato.

Esta estimulación aumenta también la velocidad del tránsito intestinal, por lo que los alimentos están menos tiempo en el estómago y duodeno, provocando episodios diarreicos e incluso vómitos.

Asimismo, la nicotina actúa sobre el Sistema Nervioso Central como estimulante transitorio, lo que algunos perciben como mayor capacidad de concentración, seguido de depresión del mismo. La nicotina tiene efecto local irritante sobre las papilas gustativas y la mucosa bucal, con aumentos transitorios de la secreción.

El uso del tabaco como placer comienza en Europa sólo a principio del siglo XVIII, e inicialmente se consumía en pipas y en forma de rapé. .(López, 1988).

Aunque la gente consume tabaco desde hace siglos, los cigarrillos solo comenzaron a fabricarse en serie y en grandes cantidades en el siglo XIX. Desde ese momento, el hábito de fumar cigarrillos se extendió por todo el mundo a escala masiva. Es decir que la producción industrial del cigarro se inició a mediados del siglo XIX y la primera fábrica estuvo en Sevilla, España.

Hoy, uno de cada tres adultos fuma, lo que equivale a 1.100 millones de personas. De ellas, alrededor del 80% viven en los países de ingreso medio y bajo. En parte debido al crecimiento de la población adulta y en parte por el incremento del consumo, se prevé que la cantidad de fumadores alcance los 1.600 millones en el año 2025.

Desde hace algunos años, los fabricantes comercializan ciertas marcas de cigarrillos como “bajos en alquitrán” y “bajos en nicotina”, modificación que muchos fumadores creen hace que el fumar sea menos peligroso. Sin embargo, la diferencia entre el riesgo de muerte prematura de los fumadores que consumen marcas bajas en alquitrán o en nicotina y el de los que consumen cigarrillos normales es mucho menor que la diferencia de riesgo observada entre no fumadores y fumadores.(OPS, 2000

Actualmente la producción industrial se hace cada vez más sofisticada, tratando de bajar los niveles de alquitrán y reducir el por ciento de nicotina, sustituyendo su acción sobre el paladar con múltiples sustancias químicas (alrededor de 500) para conciliar las demandas de las productoras, la publicidad y los organismos internacionales de salud sobre la mención de advertencia de daño a la salud que deben llevar las cajetillas.

Hoy, es este un tema agudo y polémico, que llega hasta anunciar los llamados "cigarros sin humo" (smokeless), ya que como es conocido, es en el proceso combustivo que se produce la mayor cantidad de tóxicos al organismo. También son llamados "cigarrillos ecológicos" o "cigarrillos limpios" (incluye el tabaco mascado y el que se esnifa) y su consumo es cada vez mayor entre adolescentes en occidente, aunque dañan menos el ambiente, no dejan de ser igualmente dañinos a la salud; especialmente a la orofaringe.

El tabaquismo es la principal causa prevenible de enfermedad y muerte prematura en países del mundo occidental. Se ha estimado que el 10% de los ingresos hospitalarios son debidos al tabaco.(OPS,2000) Los fumadores deben conocer que la temperatura del tabaco incandescente (quemándose) es de 300 grados centígrados y cuando se fuma alcanza de 900 a 1100 grados centígrados, mientras que la temperatura del humo que se respira es de 55 a 60 grados centígrados. Las diferencias de la temperatura del humo respirado y del aire atmosférico actúan de modo destructivo sobre el organismo y ante todo, sobre el estado del esmalte dental, la mucosa, la cavidad bucal y nasofaringe, por lo que se crean así las llamadas "puertas de entrada" para innumerables microorganismos. Un cigarro encendido es una fábrica química única, que produce más de 4 mil compuestos diferentes, incluidas más de 40 sustancias generadoras directas de cáncer.

Las mujeres que fuman durante el embarazo tienen mayores probabilidades de perder al feto por aborto espontáneo. Los hijos de madres fumadoras tienen muchas más probabilidades de nacer con peso bajo que los hijos de madres no fumadoras, y su probabilidad de morir durante la lactancia es un 35% mayor que la

de estos últimos. También se enfrentan a mayores riesgos de enfermedad respiratoria. Investigaciones recientes demuestran que en la orina de los recién nacidos hijos de madres fumadoras se encuentra un carcinógeno que solo existe en el humo del tabaco

El consumo de cigarrillos es el responsable de gran parte de los problemas de salud de los niños nacidos de madres fumadoras. Los adultos expuestos en forma crónica al humo del tabaco ajeno también se enfrentan a riesgos, pequeños pero reales, de cáncer de pulmón y a riesgos más altos de enfermedad cardiovascular, mientras que los hijos de los fumadores sufren diversos tipos de problemas de salud y limitaciones funcionales.

Los hijos y cónyuges de los fumadores forman parte del grupo de no fumadores expuestos al humo, sobre todo en el interior de sus propios hogares. Además, un número sustancial de no fumadores trabaja junto a fumadores o en ambientes de fumadores, por lo que, a largo plazo, su exposición al humo del tabaco llega a ser significativa.

En nuestro país se estima que aproximadamente el 36% de la población adulta fuma con una mayor incidencia entre la población femenina y la adolescente. El aumento en la prevalencia del hábito de fumar en nuestra población se ha revertido en un incremento de la mortalidad por enfermedades imputables al cigarrillo y en Licencias de los trabajadores, y Jubilaciones precoces en relación con este vicio. ( Komarov Y.; Aldereguía, 1986)

Llama la atención que entre 30 países desarrollados, Cuba ocupa en cuanto a los hombres, la segunda tasa más alta en cáncer de boca y laringe, la sexta en laringe y la décimo octava en pulmón. En mujeres, la tasa más alta del mundo, en cáncer de boca y laringe y la segunda en pulmón.

A continuación hacemos referencia a las principales enfermedades en que el hábito de fumar aumenta los riesgos:

I- Enfermedades cardiovasculares:

- Coronopatía
- Enfermedad vascular periférica
- Enfermedad cerebro vascular
- Aneurisma de la aorta
- Hipertensión arterial

II- Enfermedades pulmonares:

- Enfisema pulmonar
- Bronquitis crónica
- Neumonía
- Insuficiencia respiratoria crónica

III- Cáncer:

- Pulmón, tráquea, bronquios
- Labio, cavidad oral, laringe
- Esófago
- Vejiga, riñón
- Cervix uterino

IV- Enfermedades gastrointestinales:

- Úlcera péptica
- Gastritis crónica
- Reflujo gastroesofágico

V- Afectaciones al embarazo:

- Bajo peso al nacer
- Alta mortalidad peri natal
- Placenta previa
- Parto prematuro

Después de conocer todos los efectos negativos que origina el tabaquismo, sólo existe la opción de salirle al paso a esta epidemia, que constituye una forma lenta de suicidio masivo ante una escopeta de perdigones, cuyos proyectiles pueden tocar cualquier sitio de nuestro organismo.

Ser fumador es el resultado de un proceso que tiene al menos dos momentos: iniciación y consolidación o uso regular, determinados por diferentes factores.

Factores que determinan la Iniciación:

➤ Sociales:

- Imitación de conductas de aceptación social.
- Exigencias del grupo de pertenencia en la adolescencia.
- Modelo familiar (padres y abuelos).
- Aceptación social del consumo.
- Desarrollo de habilidades sociales de afrontamiento.
- Disponibilidad.

- Publicidad.
- Personales:
  - Sistema de necesidades, valores y actitudes.
  - Efectos psicológicos y fisiológicos de los primeros cigarros.
  - Extroversión.
  - Creencias tabaco-salud.
  - Edad.
  - Sexo.
  - Formación de la autoestima y el concepto de autoeficacia.

La conducta de fumar está multideterminada y multimotivada. Russell describe 7 tipos de motivos de fumar que tipifican estilos de fumar, que son:

Psicosocial: Predominio de factores psicológicos y sociales asociados al hábito de fumar. Ej: búsqueda de aceptación. Anticipación de la adultez.

Sensorio-motriz: Predominan los rituales asociados al cigarro, tales como: la manipulación de la cajetilla, darle golpes, inhalar de una manera, pasarlo de mano, etc.

Indulgente: En este caso fumar se asocia a momentos agradables, sobremesa, después del café, etc. Se fuma muy poco, sólo en esos momentos.

Sedante: Fumar se emplea como mecanismo para la reducción de la tensión.

Estimulante: Fumar aporta mayor cantidad de energía cuando el sujeto está cansado o requiere concentrarse en algún trabajo.

Adictivo: Aquí se encuentran los fumadores moderados y grandes fumadores, hay dependencia de la nicotina, fuman cada 30 ó 45 minutos y en menos tiempo.

Automático: Se refiere a fumadores que lo hacen automáticamente, ante cualquier señal externa, a veces como imitación.

En el caso del tabaquismo, el trabajo con fumadores ha permitido generalizar las siguientes creencias irracionales como las más frecuentes entre ellas:

- Para poder dejar de fumar se necesita fuerza de voluntad o contar con algo más grande y más fuerte que uno mismo, que te ayude a controlarte.
- El autocontrol se logra por la acción externa de sustancias químicas, medicamentos, agujas.
- Es necesario que te den algo que te produzca rechazo al cigarro.
- Es necesario que te den algo que te produzca rechazo al cigarro.
- No puedo abstenerme de fumar porque es insoportable hacerlo.
- No voy a tener suficiente voluntad para controlarme siempre.
- Los deseos de fumar me dominan, no puedo hacer otra cosa que ceder, o creo que me vuelvo loco.
- No sé enfrentarme a los problemas si antes no fumo para calmarme.

Las secuelas formales, visibles, de la adicción tabáquica, son una interesante motivación, quizás aun no muy explotadas, estas son: manchas en la dentadura, pérdida de la calidad de los sentidos olfatorios y gustativos, aliento desagradable, manchas en los dedos, enronquecimiento de las voz, tos matinal y sabor amargo en la boca, otra motivación no despreciable es la del aspecto económico del individuo fumador.

Se debe reconocer que no existe tóxico alguno que sea más fuerte que la decisión de un ser humano, además que los efectos nocivos no solo deben valorarse en lo

referente a la pérdida de salud y la posibilidad de muerte, sino también en lo que significaría una muerte temprana para los seres queridos (sobre todo los hijos) ya que es bueno recordar que el consumo de sustancias tóxicas es a fin de cuentas, una conducta a la que se tiene que oponer el sentido de responsabilidad.

El hábito de fumar se ha convertido en la actualidad en una "EPIDEMIA" masiva que afecta a la salud de toda la población y a la economía nacional

El carácter de epidemia atribuido al tabaquismo, se torna en nuestro contexto aún mas grave, dado lo arraigado del hábito de fumar en nuestra población por la condición de país productor. Estudios realizados reflejan que “el cubano se considera un pueblo de fumadores” y el hábito de fumar se encuentra estrechamente vinculado a las tradiciones, el folklor e inclusive a las luchas sociopolíticas.

Algunos datos sobre el tabaco

1. El tabaco causa alrededor de 13 500 defunciones por día
2. La mitad de los niños están expuestos al humo del tabaco en la propia vivienda
3. El 47,5% de los hombres fuman
4. El 10,3% de las mujeres fuman
5. El tabaco causa graves problemas de salud
6. El cigarrillo es el único producto de consumo legalmente disponible que mata a quien lo consume normalmente.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud , el tabaquismo cobra una vida cada 8 segundos. Las investigaciones realizadas llevan a pensar que las personas que empiezan a fumar durante la adolescencia

como ocurre en más del 70% de los casos) y siguen haciéndolo durante 20 años o más, vivirán entre 20 y 25 años menos que quienes nunca hayan probado el tabaco.

. El cáncer de pulmón y las cardiopatías no son los únicos causantes de serios problemas de salud y de defunciones. A continuación se describen algunos efectos secundarios menos conocidos del tabaco, cuyo consumo nos afecta de la cabeza a los pies:

· Caída del cabello, Catarata, Arrugas, Pérdida de oído, Deterioro de la dentadura, Enfisema, Osteoporosis, Cardiopatías, Úlcera gástrica, Discromía de los dedos, Cáncer de útero y aborto espontáneo, Deformación de espermatozoides, Enfermedad de Buerger, y Cáncer. El humo de tabaco de segunda mano es una amenaza real y considerable para la salud pública. Los niños corren riesgos particulares; la exposición de los niños al humo de tabaco puede causar afecciones respiratorias, enfermedades del oído medio, ataques de asma y síndrome de muerte súbita del recién nacido (SMSRN).

Entre las acciones de la OMS está el Tratado Internacional para el Control del Tabaco y el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco:

Fumar se encuentra arraigado en las costumbres y cultura de los pueblos. Cuba se considera un país de fumadores,

## DISEÑO TEÓRICO

Formulación de la contradicción de la investigación, posterior a la fundamentación del objeto y el campo anteriores.

|  |   |
|--|---|
| Aumento del hábito de fumar en la población .del municipio de Florencia. | Necesidad a disminuir los factores predisponentes al hábito de fumar en la población. |
|--|---|

Objeto de la investigación

Procesos de tabaquismo en la población en el consultorio medico 12 del área de salud de Florencia.

Se define como problema de investigación

-¿Cómo disminuir la prevalencia del hábito de fumar en el Consultorio Médico de la Familia No. 12 del Área de Salud de Florencia?

**OBJETIVO GENERAL:** Aplicar un sistema de acciones dirigidas al cambio de conductas tabáquicas en el Consultorio médico de la familia No 12 del área de salud de Florencia.

**OBJETIVO ESPECÍFICO:**

1. Diagnosticar la prevalencia de fumadores y algunos factores relacionados con el hábito en la población del consultorio No 12 del área de salud de Florencia.
2. Determinar el grado de información y conocimientos que posee la población sobre la nocividad del hábito de fumar.
3. Aplicar el sistema de acciones con carácter participativo y colaborativo de fumadores, fumadores pasivos y no fumadores.

4. Evaluar la eficacia del sistema de acciones para la disminución de la prevalencia del tabaquismo.

Campo de investigación

Proceso de intervención para disminuir el hábito de fumar en pacientes fumadores del consultorio médico de la familia 12.

## MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo no experimental donde se utilizaron un conjunto de métodos, técnicas y procedimientos con carácter sistémico y una consistencia interna internacional que se asume a partir de la investigación expresada este esencialmente en variable e indicadores a controlar en la investigación.

Encuesta para obtener información sobre los factores de riesgo que causa fumar en la población.

Una observación descriptiva especialmente dirigida al modo de actuación del objeto de la investigación durante la aplicación de la encuesta, así como, como en los procedimientos relacionados con la interacción de la población fumadora, especialistas y otra parte de la comunidad que pudiera ser también objeto de información

Análisis documental con el propósito de sintetizar conceptualizaciones, datos cuantitativos y cualitativos.

Procedimientos, dirigidos, fundamentalmente, a cuando es necesario las pequeñas intervenciones en la unidad de la observación.

Definición operacional de los términos o palabras claves de la investigación.

Sistema de acciones dirigida a cambiar conductas tabáquicas.

Factor de riesgo: Es la población con problemas casi siempre de índole personal, aunque a veces por la presión de amigos, familia o adultos para que el tóxico y que pueda ser motivado o no de acuerdo con la voluntad del paciente, y ser susceptible o a diferentes tratamientos facultativos.

Tabaquismo: es la [adicción](#) al [tabaco](#) provocada, principalmente, por uno de sus componentes activos, la [nicotina](#); la acción de dicha sustancia acaba condicionando el abuso de su consumo.

## **PLAN DE ACCIÓN**

### **JUSTIFICACIÓN:**

El tabaquismo es considerado como el factor de riesgo de más índice en la mortalidad a nivel mundial. Es una epidemia y unos de los principales problemas de salud que tiene y enfrenta la salud pública mundial.

En nuestro municipio no escapamos a esta problemática pues constituye uno de los factores de riesgo más importantes dentro de los problemas de salud del territorio, condicionado esto por ser un municipio eminentemente tabacalero

Por lo anterior expuesto se hace necesaria la elaboración del siguiente plan de acción.

**META:** Contribuir a la reducción de la prevalencia de fumar apacientes fumadores del CMF No. 12 del área de salud de Florencia.

**PROPOSITO:** implementar un sistema de acciones para fortalecer la información de la población que permita disminuir la prevalencia de fumadores en el CMF 12 de Florencia.

**OBJETIVOS GENERALES:** disminuir la prevalencia de fumadores en el CMF No.12 en el periodo de 3 años.

**OBJETIVOS ESPECIFICOS:** Fortalecer el trabajo preventivo en APS con este grupo de riesgo

- Evaluar percepción de riesgo por parte de población estudiada.

- Capacitar al personal de salud.
- Evaluar el perjuicio del habito de fumar y beneficios
- Informar y orientar a la población de sobre las consultas de deshabituación tabaquica.

AUDIENCIAS BENEFICIADAS: La población fumadora del CMF No. 12.

BENEFICIOS ESPERADOS: disminuir la prevalencia de tabaquismo en fumadores del CMF No. 12.

MODELOS DE COMPORTAMIENTOS: creencias en salud etapas para el comportamiento.

RECURSOS: pizarra acrílica plumones, hojas, plegables, afiches, sueltos, impresora, computadora.

CANALES: los canales previstos en el plan de acción será a través de la estructura del sector salud y grupales a pacientes de CMF No. 12.

PROBLEMA POTENCIAL: La elevada prevalencia de fumadores en el CMF No. 12.

## PLAN DE ACCION

| Problema  | Actividad | Audiencia  | Tema  | Sumario   | Tiempo de duración | Forma Organización. | Medios de enseñanza            | Responsable |
|---|-----------|--|---|---|--------------------|---------------------|--------------------------------|-------------|
| 1-Tabaquismo  | 1         | Fumadores de CMF No 12   | Tabaquismo  | Historia del Tabaquismo. Enfermedades y complicaciones que ocasiona el hábito de fumar.   | 45 minutos         | Charla              | Video<br>Materiales educativos | Dadibel     |
| 2-Factores de Riesgo del Tabaquismo                           | 2         | Fumadores de CMF No 12   | Factores de riesgo que intervienen en el desarrollo de la enfermedad  | Principales factores de riesgo, como prevenirlos.   | 45 minutos         | Dinámica de grupo   | Pizarra                        | Dadibel     |
| 3- Perjuicios y beneficios que se obtienen al dejar de fumar. | 3         | Fumadores de CMF No 12   | Perjuicio que ocasiona en Tabaquismo y beneficios al dejar el hábito. | El perjuicio de fumar y los beneficios que se obtienen al dejarlo   | 45 minutos         | Charla              | Pizarra                        | Dadibel     |
| 4-Consulta de Deshabitación tabaquica.                        | 4         | Fumadores de CMF No 12 y médicos y enfermeras del Área de salud Florencia. | Tratamiento preventivo y curativo de la enfermedad.                   | Explicar los horarios de funcionamiento del área de cesación Tabaquica y el beneficio de asistir a esta consulta. Resultados positivos del tratamiento. | 45 minutos         | Charlas             | Pizarra y video                | Dadibel     |

## **ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS**

A continuación se exponen los resultados más relevantes de la investigación relacionada con las características biopsicosociales y económicas del hábito de fumar en el consultorio<sup>12</sup> dada la importancia que tiene a nivel mundial, cubano y local el estudio e intervención para la disminución de este mal hábito. Se incluyeron en el trabajo 45 pacientes. Los datos fueron tomados de las fichas familiares. Fueron tenidas en cuenta las dimensiones y variables necesarias y esenciales para este tipo de investigación. Se realizó un estudio descriptivo no experimental especialmente dirigida al modo de actuación del objeto de la investigación tanto durante la aplicación de la entrevista, encuestas como en los procedimientos relacionados con la interacción de la población fumadora, especialistas y otra parte de la comunidad que pudiera ser también objeto de información

A continuación se describen los resultados más importantes obtenidos a partir de la propuesta del plan de acción para disminuir los factores de riesgo que provoca este mal hábito.

bla No. 1 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES FUMADORES SEGÚN GRUPO ETAREO

| Grupos de edades | No. | %    |
|------------------|-----|------|
| 5-19             | 6   | 13.3 |
| 20-24            | 3   | 6.7  |
| 25-44            | 15  | 33.3 |
| 45-64            | 9   | 20   |
| 65 y más         | 12  | 26.7 |
| Total            | 45  | 100  |

Fuente: ficha familiar

Al analizar la distribución de pacientes fumadores según grupos de edades observamos que la mayor frecuencia se encuentra en el grupo de 25 a 44 años, con 15 casos para un 33.3 % seguido del de 65 años y más con 12 casos para un 26.7%, siendo el grupo de edad de 20 - 24 el menos significativo. Según la bibliografía consultada en las edades entre 25-44 años es la de mayor incidencia donde además comienzan a aparecer las enfermedades cardiorrespiratorias, cáncer, HTA, que se agudizan o aparecen provocado por el consumo de cigarrillos lo que coincide con el estudio realizado.

## Tabla No. 2 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES FUMADORES SEGÚN SEXO.

| Sexo      | No. | %    |
|-----------|-----|------|
| Masculino | 31  | 68.8 |
| Femenino  | 14  | 31.2 |
| Total     | 45  | 100  |

Fuente: Ficha Familiar.

Se observa que existe un predominio de pacientes fumadores en el sexo masculino con 31 para un 68.8 %, seguido del femenino con 14 para un 31.2%. Según la Organización Mundial (OMS) por sexos el 47.5% son hombres y el 10.3% está representado por el sexo femenino, lo que coincide con el estudio realizado.

**Tabla No. 3 DISTRIBUCIÓN SEGÚN NIVEL DE ESCOLARIDAD DE CASOS QUE CONSUMEN TABACO EN EL CMF12.**

| Escolaridad  | No.       | %          |
|--|-----------|------------|
| Alfabetizado   | -         | -          |
| Estudios primarios concluidos                            | 21        | 46.8       |
| Estudios secundarios concluidos                          | 14        | 31.1       |
| Estudios pre-universitarios concluidos                   | 6         | 3.3        |
| Estudios universitarios concluidos                       | 3         | 6.7        |
| Existencia de antecedentes personales de retraso mental. | 1         | 2.2        |
| <b>Total</b>   | <b>45</b> | <b>100</b> |

Al realizar el análisis de la tabla de distribución de la muestra según escolaridad se encontró que el número más significativo fue de 21 pacientes con estudios primarios terminados para un 46.8%, seguido de 14 pacientes con estudios secundarios concluidos para un 31.3%. Este resultado coincide con la bibliografía consultada.

| Estado civil | No. | %    |
|--------------|-----|------|
| Soltero      | 9   | 20   |
| Acompañado   | 13  | 28.9 |
| Casado       | 7   | 15.6 |
| Divorciado   | 11  | 24.4 |
| Viudo        | 5   | 11.1 |
| Total        | 45  | 100  |

Tabla No. 4 DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN ESTADO CIVIL DEL CMF12

Al observar la distribución de los fumadores estudiados en relación con el estado civil, podemos apreciar que los acompañados alcanzan el mayor porcentaje con 13 pacientes para un 28.9 %, seguido los divorciados con 11 para un 24.4%. Este resultado coincide con la bibliografía consultada.

Tabla 5: DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN PROFESIÓN.

| Profesión     | No. | %    |
|---------------|-----|------|
|               | 11  | 24.4 |
| Profesionales | 3   | 6.7  |
| Ama de casa   | 3   | 6.7  |
| Jubilados     | 4   | 8.9  |
| Dirigentes    | 0   | 0    |
| Estudiantes   | 3   | 6.7  |
| Campesinos    | 0   | 0    |
| Obreros       | 21  | 46.6 |
| Total         | 45  | 100  |

Al realizar un análisis de la tabla de distribución de la muestra según profesión se encontró que la mayoría eran obreros para un 46.6%

Según los resultados de la encuesta nacional realizada en Cuba en el 2001, se demostró que en este país la mayoría de los fumadores son obreros. Estos datos están en relación con los obtenidos en la Encuesta Nacional realizada en 1995 donde se observa que el 50,5 % de los fumadores son obreros. Se evidencia que la situación no ha cambiado y el mismo comportamiento se aprecia en Florencia.

Tabla No. 6: DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES FUMADORES SEGÚN DISPONIBILIDAD MONETARIA.

| Disponibilidad monetaria                        | No. |      |
|---|-----|------|
| %   |     |      |
| Satisface necesidades básicas.                  | -   |      |
| -   |     |      |
| Satisface parcialmente las necesidades básicas. | 21  | 46.7 |
| No satisface las necesidades básicas.           | 11  | 24.4 |
| Depende de otras personas y/o instituciones     | 13  | 28.9 |
| Total   | 45  | 100  |

Como se puede apreciar en cuanto a la disponibilidad monetaria de los pacientes fumadores existe un predominio en aquellos que satisfacen parcialmente las necesidades básicas con

21 pacientes para un 46.7%. Este dato coincide con una tendencia generalizada de acuerdo con la bibliografía consultada.

Tabla No. 7: DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN EL TIEMPO QUE LLEVAN FUMANDO.

| Tiempo que llevan fumando | No. | %    |
|---------------------------|-----|------|
| Menos de 3 años           | 1   | 2.2  |
| De 3-5 años               | 5   | 11.1 |
| De 6-10 años              | 6   | 13.3 |
| De 11-20 años             | 11  | 24.4 |
| Más de 20 años            | 22  | 49   |
| Total                     | 45  | 100  |

Con respecto al tiempo que los pacientes llevan fumando podemos apreciar que 22 de lo pacientes estudiados llevan más de 20 años fumando para un 49% , este dato coincide con la bibliografía consultada donde en una investigación

experimental en La Habana en 1995 el 64 % de la muestra lleva más de 15 años fumando.

Tabla No. 8: DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN LAS CAUSAS QUE PROVOCARON COMENZAR A FUMAR.

| Causas                         | No. | %    |
|--------------------------------|-----|------|
| Por imitación                  | 27  | 60   |
| Por calmarse                   | 8   | 17.8 |
| Por curiosidad                 | 5   | 11.1 |
| Para rebelarme ante mis padres | 2   | 4.4  |
| Para ser más hombre o mujer    | 3   | 6.7  |
| Total                          | 45  | 100  |

En la tabla anterior, se observa que la principal causa del comienzo del tabaquismo es por imitación con 27 pacientes para un 60%. Esto se debe a que, generalmente, la adolescencia es la edad de comienzo de la adicción y es en esta etapa de la vida donde se imita a cantantes, personajes de la televisión y el cine,

profesores, médicos, y a los no tan jóvenes; de ahí la importancia de actuar sobre los adolescentes. Estos datos eran similares a los obtenidos en un estudio nacional realizado en 1995 (29) y uno municipal en el 2001, donde la principal causa eran por imitación (50 %).

Tabla No. 9: DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES FUMADORES SEGÚN ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES DE ENFERMEDADES CRÓNICAS Y/O INVALIDANTES.

| APP d enf. Crónicas y/o Invalidantes | No. | %    |
|--------------------------------------|-----|------|
| Endocrinopatías.                     | -   | -    |
| Secuelas de Accidentes Vasculares    | 2   | 4.4  |
| Encefálicos(AVE)                     |     |      |
| Neoplasias.                          | 5   | 11.1 |
| Sífilis Terciaria.                   | -   | -    |
| Inmunodeprimidos.                    | -   | -    |
| Secuelas de Accidentes.              | -   | -    |
| Otras.                               |     |      |
| Total                                | 7   | 15.5 |

Al analizar la tabla siguiente podemos señalar que los pacientes fumadores han presentado antecedentes patológicos personales de enfermedades crónicas y/o invalidantes siendo la más significativa las neoplasias con 5 casos para un 11.1%, seguido de las secuelas de AVE con 2 para un 4.4%. El estudio realizado coincide con la bibliografía consultada estudios realizados donde el mayor porcentaje de pacientes padecen de neoplasias.

Tabla No. 10: DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN LA CANTIDAD DE CIGARRILLOS CONSUMIDOS DIARIAMENTE.

| Cantidad de cigarrillos | No. | %    |
|-------------------------|-----|------|
| Hasta 10                | 13  | 28.9 |
| De 11-20                | 23  | 51.1 |
| De 21-30                | 7   | 15.6 |
| Más de 31               | 2   | 4.4  |
| Ninguno                 | 0   | 0    |
| Total                   | 45  | 100  |

Al analizar los resultados que se muestran en la tabla se observa que la cantidad de cigarrillos que se consumen diariamente está entre 11-20 con 23 pacientes para un 51.1%. Este dato coincide con estudios realizados en el municipio de Florencia en 2009. En general, el presente estudio se ajusta a la variable epidemiológica, por lo que se observa coherencia externa, es decir, los datos de la investigación coincidieron con encuestas realizadas con anterioridad. Además, este es el consumo medio de un fumador; generalmente, las personas fumadoras tienden a ser la minoría.

Estos datos coinciden con los obtenidos en Uruguay, donde el 56,0 % de la muestra consume menos de 20 cigarrillos (30) y, también, coincide con los datos obtenidos en una investigación realizada en La Habana (2007) donde el 63,1 % de la muestra consume entre 10 y 20 cigarrillos por día.

Tabla No. 11: DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES FUMADORES SEGÚN OCUPACIÓN DEL TIEMPO LIBRE.

| Ocupación del tiempo libre       | No. | %    |
|----------------------------------|-----|------|
| Quehaceres del hogar             | 11  | 24.4 |
| Leer y/o escribir                | 5   | 11.1 |
| TV, radio y/o cine               | 6   | 13.3 |
| Conversar, visitar amistades     | 4   | 8.9  |
| Dormir, descansar                | 2   | 4.5  |
| Ejercicios físicos, deportes     | 0   | 0    |
| Ingestión de bebidas alcohólicas | 12  | 26.7 |
| Otras actividades                | 5   | 11.1 |
| Total                            | 45  | 100  |

En esta tabla se observa que, entre otros factores de riesgo que se consideran en pacientes, predomina, en primer lugar la ingestión de bebidas alcohólicas representando el 26.7% seguido los quehaceres del hogar para un 24.4%.

Tabla No.12: DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN LA ADICCIÓN A LA NICOTINA.

| Adicción a la nicotina | No. | %    |
|------------------------|-----|------|
| Alta                   | 11  | 24.4 |
| Mediana                | 25  | 55.6 |
| Baja                   | 9   | 20   |
| Total                  | 45  | 100  |

Se observó, en este caso, que la mayoría tenía una adicción tabáquica moderada, aspecto este que de combinarse con una alta motivación para dejar de fumar conllevaría a una reducción significativa de las consecuencias del consumo de nicotina.

En el estudio realizado en los Estados Unidos de América (2006) referido al tabaquismo en la atención primaria de salud se puede apreciar que a medida que

es más baja la adicción tabáquica, mayores probabilidades de existir tiene el éxito de la lucha contra el tabaquismo.

Tabla No. 13. COMPARACIÓN DE LA CANTIDAD DE CIGARRILLOS FUMADOS ANTES Y DESPUÉS DE TODO EL TRABAJO EDUCATIVO.

| Cantidad<br>De Cigarrillos | Antes |      | Después |      |
|----------------------------|-------|------|---------|------|
|                            | No    | %    | No      | %    |
| Hasta 10                   | 13    | 28.8 | 7       | 53.8 |
| 11- 20                     | 22    | 48.9 | 13      | 59   |
| 21- 40                     | 7     | 15.6 | 2       | 28.5 |
| Mas de 41                  | 3     | 6.7  | 1       | 33.3 |
| Total                      | 45    | 100  | 23      | 51.1 |

Con todo el trabajo realizado se pudo constatar que existió una disminución en cuanto al número de cigarrillos consumidos. Se debe destacar que en el trabajo realizado se considera abstinentes a aquellos que llevan seis meses o más sin fumar.

Al comparar los resultados de la investigación con lo antes expuesto se valoró de positiva la labor educativa realizada, no obstante estar conscientes de que el corto tiempo en que se hizo la evaluación no brinda una seguridad plena de que dichos fumadores abandonaran su hábito definitivamente, mas si se tiene en cuenta que todos los años alrededor del 40% de fumadores intentan abandonar el consumo de tabaco, de los cuales solo un 5% tiene éxito y de ellos el 80% experimenta una recaída durante el primer año, consideraciones planteadas por diversos autores en sus respectivas investigaciones tanto dentro como fuera del territorio nacional.(Trabajo científico de la Metodóloga de la Carrera de Medicina del Municipio de Morón).

## DISCUSIÓN

La situación antes descrita, con ligeras diferencias, es muy parecida a la que se presenta en otros lugares del mundo. De aquí, la necesidad de profundizar en el tema por cuanto todo parece indicar que la etiología del tabaquismo es multifactorial, multicausal y, en última instancia, está asociada, también, a determinantes socioeconómicos, situaciones estresantes y formas de evasión de la realidad. Este último aspecto de lo evasivo está interrelacionado con la ingestión de otros tipos de drogas legales y, también, lamentablemente ligado a otras que comprometen o dan al traste con la vida misma en menor tiempo que el consumo de tabaco.

De hecho, para Cuba y, en particular, para el municipio de Florencia esta problemática se integra a la vida cotidiana del ciudadano como un problema de salud inaplazable en la búsqueda de soluciones y acciones concretas en el contexto de la APS. Esta situación se agrava por la tendencia de la población fumadora al desconocimiento de los factores de riesgo aún cuando han sido tratados ampliamente por diferentes medios.

De la misma forma, la intersectorialidad en el enfrentamiento de la situación tiene connotaciones políticas, sociales, económicas y, específicamente, educacionales por las más diversas vías existentes.

## CONCLUSIONES

-La mayor parte de los pacientes respondieron que el hábito de fumar hace daño, sin embargo demostraron poco conocimiento de las enfermedades que ocasiona. Asimismo, estos plantearon tener poca información acerca de la nocividad del hábito. De la misma forma se constató que el hábito de fumar afecta, mayormente, al sexo masculino.

-El sistema de acciones fue dirigido a la población fumadora y se logró una disminución del consumo de cigarrillos. Se lograron resultados positivos acerca de la disminución del hábito de fumar con el sistema de acciones por cuanto en su concepción estuvo presente una intención reflexiva que estimulara al paciente a cuestionarse consciente y positivamente su situación de salud.

## RECOMENDACIONES

Valorar la posible generalización del sistema de acciones aplicado en la presente investigación en los servicios de APS.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Castillo Arzola. N. Aprendizajes significativos sobre adolescencia: una propuesta comunicativa dirigida a padres. Tesis de maestría. La Habana, 2003.
2. Gutiérrez, E. 31 de mayo día mundial del no tabaco. Monografía en formato electrónico. (Atlanta), 2009: 1.
3. López R.: Cigarrillo y arteriosclerosis. Manual de cesación del hábito de fumar. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. División Enfermedades Crónicas. Venezuela, 1988, p: 7-13.
4. Erundino A, La epidemia del tabaquismo: los gobiernos y los aspectos económicos del control de tabaco. Monografía en CD. OPS. Washington. DC. 20037, EUA, 2009.
5. Roberto R .Guía de ayuda para dejar de fumar. Impresión ligera. Equipo de adicciones centro comunitario de salud mental Plaza, 2005.
6. Komarov Y.; Aldereguía J.: Hábito de fumar o salud. Medicina General Integral, Volumen 2, No. 4, 1986. p: 43-56.
7. Ministerio de Salud Chile: Hablemos sobre el tabaco. Tercera Edición. Imprenta El Esfuerzo, 1989, p10-13.
8. Partidos A.: Fármaco dependencia de la nicotina. Manual de cesación del hábito de fumar. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. División Enfermedades Crónicas. Venezuela, 1988, p: 7-13.

9. Tabaco o Salud: Situación en las Américas. Un informe de la OPS, 1992, p: 148-156.
10. Peña Valenzuela M. Cuando se fuma la vida [seriada en línea] 2007 may-jun; 1(1)[24screens] . Disponible en URL: <http://www.ispca.rimed.cu> . Consultado: abril 26, 2008- (11) – (12).
11. Gutiérrez Ferrer F. Tabaco humo mortal. El habanero [Seriada en línea]. 2002. Jul. (1).[24Screens] Disponible en URL: <http://www.ispca.rimed.cu> consultado: mayo 12, 2007.(30)-(31)
12. Bolet Astoviza M, Sacarás Suárez MM. Algunas reflexiones sobre el tabaquismo como factor de riesgo para diferentes enfermedades [seriada en línea]. 2007. mar-abr; 19 (4) [24 Screens]. Disponible en [URL: http://www.ispca.rimed.cu](http://www.ispca.rimed.cu). Consultado: marzo 25, 2008 (5)-(6) – (7)
13. Dumerigo AO. Epidemiología del habito de fumar (tesis de grado). Camagüey; 1999. (24).
14. Equipo de adicciones del centro comunitario de salud mental de plaza. Ghia de ayuda para dejar de fumar. La Habana: Editorial Arte y Literatura; 2008. (25) – (26) – (27).
15. Trujillo Gras O. Conferencia ¿El tabaquismo una epidemia silenciosa? La Habana: Editorial Arte y Literatura; 2007.(15)-(16).
16. Dueñas A. Cardiopatía Isquémica. Su control en el nivel primario de salud. Med Gen Integr. 2008; 9 (22): 29-30 (20)-(21).
17. Rojas M. Encuesta mundial sobre tabaquismo en la juventud. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 2003. (14)-(Trujillo Gras O.

Conferencia ¿El tabaquismo una epidemia silenciosa? La Habana:  
Editorial Arte y Literatura; 2006. (15)-(16).

18. Campos X, Frusderi M, Buroni C. Análisis del funcionamiento de un programa de cesación Tabáquica Uruguay de Cardiología 2007; 10 (7) : 0 -38. (14) –(15)

## ANEXOS

### ANEXO No. 1

#### OPERACIONALIZACIÓN DE LOS OBJETIVOS

##### OBJETIVO 2

Diagnosticar la prevalencia de fumadores y algunos factores relacionados con el hábito en la población del consultorio No 12 del área de salud de Florencia

| <b>Dimensiones</b>    | <b>Variables</b>                                  | <b>Indicadores</b>  |
|-----------------------|---|---|
| <b>Grupos</b>         | <b>1.Familia</b>                                  | <b>1.1fumadores</b><br><b>1.1 .1 1 cigarro al día</b><br><b>1.1.2 5 cigarro al día</b><br><b>1.1.3 10 cigarro al día</b><br><b>1.1.4 20 cigarro al día</b><br><br><b>1.2No fumadores</b><br><b>1.3Abstinentes</b> |
|                       | <b>2.Escolar</b>                                  | <b>2.1 Primaria</b><br><b>2.2Secundaria</b><br><b>2.3 PRE universitario</b><br><b>2.5 Politécnico</b><br><b>2.6 Universitario</b>   |
|                       | <b>3.Informal</b>                                 | <b>3.1 Juegos</b><br><b>3.2Pelota</b><br><b>3.3Domino</b><br><b>3.4Futbol</b>   |
| <b>Lo psicosocial</b> | <b>1.Tendencia orientadora de la personalidad</b> | <b>1.1Hacia el estudio</b><br><b>1.2Hacia el trabajo</b><br><b>1.3Hacia el ocio</b>   |

|                        |                               |   |
|------------------------|-------------------------------|---|
|                        |                               | <b>1.2Hacia la vida fácil</b><br><b>1.3hacia la indisciplina social</b> |
| <b>La comunicación</b> | <b>2.Con sus coetáneos</b>    | <b>2.1Espontanea</b><br><b>2.2Timida</b><br><b>2.3Inestable</b>         |
|                        | <b>3.Con su familia</b>       | <b>2.1Espontanea</b><br><b>2.2Timida</b><br><b>2.3Inestable</b>         |
|                        | <b>4.Con personas mayores</b> | <b>2.1Espontanea</b><br><b>2.2Timida0</b><br><b>2.3Inestable</b>        |

## **ANEXO No. 2**

### **OBJETIVO 3**

Determinar el grado de información y conocimientos que posee la población sobre la nocividad del hábito de fumar.

| <b>Dimensiones</b>  | <b>Variables</b>           | <b>Indicadores</b>  |
|---------------------|----------------------------|---|
| <b>comunicativa</b> | <b>1.dinámica de grupo</b> | <b>1.1charlas educativas<br/>1.2grupo de discusión<br/>1.3</b>  |
|                     | <b>2.Divulgación</b>       | <b>2.1Transmicion de mensajes por la radio base local<br/>2.2Elaboracion de plegables<br/>2.3Eposicion de mensajes<br/>2.3.1Visitas a centros de trabajos y estudios<br/>2.3.2En puntos de ventas de cigarro<br/>2.3.3Exigir el cumplimiento de lo normado sobre políticas publicas saludables.</b> |

OBJETIVO4. Aplicar el sistema de acciones con carácter participativo y colaborativo de fumadores, fumadores pasivos y no fumadores.

| <b>Dimensiones</b> | <b>Variables</b>              | <b>Indicadores</b>   |
|--------------------|-------------------------------|--|
| <b>Escolar</b>     | <b>1.Primaria</b>             | <b>1.1Actividades de juego</b><br><b>1.2En matutinos</b><br><b>1.3Dramatizaciones</b>                      |
|                    | <b>2.Secundaria</b>           | <b>2.1En matutinos</b><br><b>2.2Dramatizaciones</b><br><b>2.3Debates y reflexiones</b>                     |
|                    | <b>3.Sedes universitarias</b> | <b>3.1Debates y reflexiones</b><br><b>3.2Actividades teatrales</b><br><b>3.3Testimonios de abstinentes</b> |
| <b>Laboral</b>     |                               |  |
| <b>Recreativa</b>  |                               |  |

## OBJETIVO 5

. Evaluar la eficacia del sistema de acciones para la disminución de la prevalencia del tabaquismo.

| <b>Dimensiones</b>       | <b>Variables</b>            | <b>Indicadores</b>   |
|--------------------------|-----------------------------|--|
| <b>Modo de actuación</b> | <b>1.Consumo de tabaco.</b> | <b>1.1 Hasta 1 caja<br/>1.2 Hasta 1/2caja<br/>1.3menosde1/2caja<br/>1.4 .Abstinencia.</b>  |
|                          | <b>2.Calidad de vida</b>    | <b>2.1 Mayores recursos económicos<br/>2.2 Mejoría en las relaciones sociales generales<br/>2.3 Mejoría en las relaciones laborales<br/>2.4 Mejoría en las relaciones estudiantiles<br/>2.5 Mejoría en las relaciones de pareja<br/>2.6 Mejoría en las relaciones familiares</b> |

**ANEXO No. 3**

**Ética: Declaración del consentimiento informado de los pacientes, y también, de aquellos especialistas que pudieran aportar información sobre determinados sujetos tratados clínicamente por ellos.**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

El que suscribe \_\_\_\_\_

Consentimiento Informado.

El que suscribe \_\_\_\_\_

Hago constar mi disposición y consentimiento informado para participar en el estudio de los principales factores de riesgo asociado a la incidencia del habito de fumar en el Consultorio12 , declaro que he sido informado del objetivo del estudio por el cual se me aplicará una encuesta, así mismo se me explicó las ventajas para nuestra Salud Pública y para la familia significa minimizar la aparición de diferentes enfermedades asociadas al tabaco .Doy mi consentimiento para que se me realice la encuesta de acuerdo a la valoración médica y criterios de inclusión para la admisión de esta investigación y para constancia de lo antes expuesto firmo este documento en Florencia a los \_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año 2009.

Firma \_\_\_\_\_.

**ANEXO No. 4**

**Consistencia interna del sistema metodológico a utilizar en la investigación a partir de las triangulaciones metodológica, de datos, teórica y disciplinar.**

|  |                  |                    | TÉCNICAS                             |                             |   |   |
|--|------------------|--------------------|--------------------------------------|-----------------------------|---|---|
|  |                  |                    | E<br>N<br>C<br>U<br>E<br>S<br>T<br>A | OB<br>SER<br>VA<br>C<br>IÓN | A<br>NA<br>LI<br>SS<br>DO<br>CU<br>ME<br>N<br>TA<br>L | PR<br>O<br>SE<br>DI<br>MIE<br>NT<br>OS.<br>MÉ<br>DI<br>CO<br>S<br>Y<br>DE<br>EN<br>FER<br>ME<br>RIA |
| <b>OPERACIONALIZACIÓN DE OBJETIVOS</b> |                  |                    |                                      |                             |   |   |
| <b>DIMENSIONES</b>                     | <b>VARIABLES</b> | <b>INDICADORES</b> |                                      |                             |   |   |

|  |                   |  |          |          |          |          |
|--|-------------------|--|----------|----------|----------|----------|
| <b>OBJETIVO</b><br><b>No.2.</b><br><b>Grupos</b> | <b>1.Familia</b>  | <b>1.1fumadores</b><br><b>1.2 .1De 1cigarro al día</b><br><b>1.1.2De10 cigarro al día</b><br><b>1.1.3De1/2 caja al día</b><br><b>1.1.4De 1caja al día</b><br><br><b>1.2No fumadores</b><br><br><b>1.3Abstinentes</b> | <b>X</b> |          | <b>X</b> | <b>X</b> |
|  | <b>2.Escolar</b>  | <b>2.1 Primaria</b><br><b>2.3Primaria</b><br><b>2.4Pre universitario</b><br><b>2.5 Politécnico</b><br><b>2.6 Universitario</b>   | <b>X</b> |          | <b>X</b> | <b>X</b> |
|  | <b>3.Informal</b> | <b>3.1 Juegos</b><br><b>3.2Pelota</b><br><b>3.3Domino</b>  | <b>X</b> | <b>X</b> |          | <b>X</b> |

|                        |   |  |          |          |  |          |
|------------------------|---|--|----------|----------|--|----------|
|                        |   | <b>3.4Futbol</b>   |          |          |  |          |
| <b>Lo psicosocial</b>  | <b>1.Tendencia orientada de la personalidad</b> | <b>1.1Hacia el estudio<br/>1.2Hacia el trabajo<br/>1.3Hacia el ocio<br/>1.2Hacia la vida fácil<br/>1.3hacia la indisciplina social</b> | <b>X</b> | <b>X</b> |  | <b>X</b> |
| <b>La comunicación</b> | <b>2.Con sus coetáneos</b>                      | <b>2.1Espontánea<br/>2.2Timida<br/>2.3Disfuncional</b>   | <b>X</b> | <b>X</b> |  | <b>X</b> |
|                        | <b>3.Con su familia</b>                         | <b>2.1Espontánea<br/>2.2Timida</b>   | <b>X</b> | <b>X</b> |  | <b>X</b> |

|                      |                               |  |          |          |  |          |
|----------------------|-------------------------------|--|----------|----------|--|----------|
|                      |                               | <b>2.3Disfuncional</b>   |          |          |  |          |
|                      | <b>4.Con personas mayores</b> | <b>2.1Espontánea<br/>2.2Timida<br/>2.3Disfuncional</b>   | <b>X</b> | <b>X</b> |  | <b>X</b> |
| <b>OBJETIVO No.3</b> | <b>Variables</b>              | <b>Indicadores<br/>1.1 Conoce los factores de riesgo.<br/>1.2 No conoce los factores de riesgo.</b>  | <b>X</b> |          |  |          |
| <b>Comunicativa</b>  | <b>1.Dinámica de grupo</b>    | <b>1.1Charlas educativas<br/>1.2Grupo de discusión<br/>1.3Terapia grupal<br/>1.4Diálogo en familia<br/>1.5Intervención en grupos informales<br/>1.6Ayuda a la contraparte no fumadoras de las parejas<br/>1.7Concurso deja de fumar y gana</b> | <b>X</b> | <b>X</b> |  | <b>X</b> |

|  |                      |  |   |  |  |   |
|--|----------------------|--|---|--|--|---|
|  | <b>2.Divulgación</b> | <b>2.1Elaboracion de mensajes</b><br><b>2.2Transmisión de mensajes la radio base local</b><br><b>2.3Eposicion de mensajes</b><br><b>2.3.1Visitas a centros de trabajo y estudio</b><br><b>2.3.2En puntos de ventas de cigarrillos</b><br><b>2.3.3Exigencia del cumplimiento de las Resoluciones 37/90 y 360.</b> | X |  |  | X |
|--|----------------------|--|---|--|--|---|

|  |  |   |          |                          |          |          |
|--|--|---|----------|--------------------------|----------|----------|
| <b>OBJETIVO<br/>No.4<br/>Diagnóstico</b> | <b>Variables<br/>1.Edad</b>            | <b>Indicadores<br/>1.1 Adecuado<br/>1.2 Poco adecuado<br/>1.3 No adecuado</b> | <b>X</b> | <b>X</b>                 | <b>X</b> | <b>X</b> |
|  | <b>2.Familia</b>                       | <b>2.1 Adecuado<br/>2.2 Poco adecuado<br/>2.3 No adecuado</b>                 | <b>X</b> | <b>X</b>                 | <b>X</b> | <b>X</b> |
|  | <b>3.Grupos</b>                        | <b>3.1 Adecuado<br/>3.2 Poco adecuado<br/>3.3 No adecuado</b>                 | <b>X</b> | <b>X</b>                 | <b>X</b> | <b>X</b> |
|  | <b>4.Inges<br/>tión de<br/>alcohol</b> | <b>4.1 Adecuado<br/>4.2 Poco adecuado<br/>4.3 No adecuado</b>                 | <b>X</b> | <b>X</b>                 |          | <b>X</b> |
| <b>Temas<br/>selecciona<br/>dos</b>      | <b>1.Comuni<br/>cación</b>             | <b>1.1 Adecuado<br/>1.2 Poco adecuado<br/>1.3 No adecuado</b>                 | <b>X</b> | <b>X</b><br><br><b>X</b> |          | <b>X</b> |
|  | <b>2.Divulga<br/>ción</b>              | <b>2.1 Adecuado<br/>2.2 Poco adecuado</b>                                     | <b>X</b> | <b>X</b>                 |          | <b>X</b> |

|                                     |                                     |   |          |          |  |          |
|-------------------------------------|-------------------------------------|---|----------|----------|--|----------|
|                                     |                                     | <b>2.3 No adecuado</b>  |          |          |  |          |
|                                     | <b>3.Participación</b>              | <b>3.1 Adecuado<br/>3.2 Poco adecuado<br/>3.3 No adecuado</b> | <b>X</b> | <b>X</b> |  | <b>X</b> |
|                                     | <b>4.Devolución</b>                 | <b>4.1 Adecuado<br/>4.2 Poco adecuado<br/>4.3 No adecuado</b> | <b>X</b> | <b>X</b> |  | <b>X</b> |
| <b>Actividades prácticas</b>        | <b>1.Dinámica de grupo</b>          | <b>1.1 Adecuado<br/>1.2 Poco adecuado<br/>1.3 No adecuado</b> | <b>X</b> | <b>X</b> |  | <b>X</b> |
|                                     | <b>2.Grupo de discusión</b>         | <b>2.1 Adecuado<br/>2.2 Poco adecuado<br/>2.3 No adecuado</b> | <b>X</b> | <b>X</b> |  | <b>X</b> |
|                                     | <b>3.Elaboración de mensajes</b>    | <b>3.1 Adecuado<br/>3.2 Poco adecuado<br/>3.3 No adecuado</b> | <b>X</b> |          |  | <b>X</b> |
| <b>Evaluación de los resultados</b> | <b>1. Disminución del habito de</b> | <b>1.1 Adecuado<br/>1.2 Poco adecuado<br/>1.3 No adecuado</b> | <b>X</b> | <b>X</b> |  | <b>X</b> |

|   |  |   |   |   |  |   |
|---|--|---|---|---|--|---|
|   | fumar.                                   |   |   |   |  |   |
|   | 2.Abando<br>no del<br>habito de<br>fumar | 2.1 Adecuado<br>2.2 Poco adecuado<br>2.3 No adecuado  | X | X |  | X |
| <b>OBJETIVO<br/>No.5<br/>Ámbito<br/>escolar</b> | <b>Variables<br/>1.Primaria</b>          | <b>Indicadores</b><br><br>1.1Actividades de<br>juego<br>1.2 En matutinos<br>1.3 Dramatizaciones<br>1.4 Eje transversal<br>los contenidos de   | X | X |  | X |
|   | <b>2.Secunda<br/>ria</b>                 | <b>2.1En matutinos<br/>2.2Dramatizaciones<br/>2.3Debates y<br/>reflexiones<br/>2.4 Eje transversal de<br/>los contenidos de<br/>enseñanza</b> | X | X |  | X |

|                          |                                       |  |          |          |  |          |
|--------------------------|---------------------------------------|--|----------|----------|--|----------|
|                          | <b>3.Sedes universitarias</b>         | <b>3.1 Debates y reflexiones</b><br><b>3.2 Actividades teatrales</b><br><b>3.3 Testimonios de abstinentes</b><br><b>3.4 Eje transversal de los contenidos de enseñanza</b> | <b>X</b> | <b>X</b> |  | <b>X</b> |
| <b>Ámbito laboral</b>    | <b>4. Centros de recreación</b>       | <b>4.1 Estimular el consumo de cigarrillos.</b>  | <b>X</b> | <b>X</b> |  | <b>X</b> |
| <b>Ámbito recreativo</b> | <b>5. Espacios para la recreación</b> | <b>5.1 Intercalamiento de mensajes contra el hábito de cigarrillo</b>  | <b>X</b> | <b>X</b> |  | <b>X</b> |
| <b>OBJETIVO No.6</b>     | <b>Variables</b>                      | <b>Indicadores</b>   |          |          |  |          |

|                          |                            |  |          |          |          |          |
|--------------------------|----------------------------|--|----------|----------|----------|----------|
| <b>Modo de actuación</b> | <b>1.habito de fumar I</b> | <b>1.1 Hasta 1 caja</b><br><b>1.2 Hasta 1/2</b><br><b>1.3 Menos de1/2</b><br><b>1.4 Abstinencia</b>  | <b>X</b> | <b>X</b> |          |          |
|                          | <b>2.Calidad de vida</b>   | <b>2.1 Mayores recursos económicos</b><br><b>2.2 Mejoría en las relaciones generales</b><br><b>2.3 Mejoría en las relaciones laborales</b><br><b>2.4 Mejoría en las relaciones estudiantiles</b><br><b>2.5 Mejoría en las relaciones de pareja</b><br><b>2.6 Mejoría en las familiares</b> | <b>X</b> | <b>X</b> | <b>X</b> | <b>X</b> |

## **ANEXO No. 5**

### Encuesta

#### Dirigidas a fumadores del CMF 12.

La adicción tabáquica constituye uno de los principales problemas de nuestro consultorio, por lo que nos encontramos realizando una investigación sobre el tema y necesitamos que usted conteste con sinceridad el siguiente cuestionario.

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Nivel escolar: \_\_\_\_\_

1-¿Cuántos cigarrillos fumas al día ? \_\_\_\_\_

2-¿ Marque con una x la causa por la cual fuma ?

- \_\_\_ Lo hago solo por placer
- \_\_\_ Tengo mas personalidad
- \_\_\_ Mis amigos fuman
- \_\_\_ Tengo familiares que fuman
- \_\_\_ Al fumar me siento mas seguro

3-Considera que el hábito de fumar es un factor de riesgo para enfermedades.

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

4.- Profesión:

1. Técnico: \_\_\_\_\_
2. Profesional: \_\_\_\_\_.
3. Ama de casa: \_\_\_\_\_
4. Jubilado: \_\_\_\_\_.
5. Dirigente: \_\_\_\_\_.
6. Estudiante: \_\_\_\_\_.
7. Campesino: \_\_\_\_\_.

5-Marque con una x las enfermedades que puede provocar el habito de fumar.

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Câncer de Pulmón  | <input type="checkbox"/> Ulcera Peptica              |
| <input type="checkbox"/> Câncer bucal      | <input type="checkbox"/> Hipertencion arterial       |
| <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus | <input type="checkbox"/> Parto prematuro             |
| <input type="checkbox"/> Asma Bronquial    | <input type="checkbox"/> Enfermedad diarreidca aguda |
| <input type="checkbox"/> VIH(sida)         |  |

6-¿ Consideras importante abandonar el hábito de fumar! ?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

7.- Fuma Actualmente:

1. Hasta 10 cigarrillos al día.
2. De 11 a 20 cigarrillos al día.
3. De 21 a 40 cigarrillos al día.
4. Más de 41 cigarrillos al día.
5. Si fuma tabaco diga cantidad: \_\_\_\_\_.

58- De los siguientes aspecto diga los que usted considera fueron la causa de que usted comenzara a fumar.

1. Por imitación.
2. Para calmarme.
3. Para obtener placer.
4. Para obtener reconocimiento social.
5. Por relevarme ante mis padres.
6. Por curiosidad.

9.- ¿Qué tiempo lleva fumando?

1. Menos de 3 años.
2. De 6 a 10 años.
3. De 11 a 20 años.
4. Más de 20 años.

## **ANEXO No. 6**

### **PLAN DE ACCIÓN**

#### **JUSTIFICACIÓN:**

El tabaquismo es considerado como el factor de riesgo de más índice en la mortalidad a nivel mundial. Es una epidemia y unos de los principales problemas de salud que tiene y enfrenta la salud pública mundial.

En nuestro municipio no escapamos a esta problemática pues constituye uno de los factores de riesgo más importantes dentro de los problemas de salud del territorio, condicionado esto por ser un municipio eminentemente tabacalero

Por lo anterior expuesto se hace necesaria la elaboración del siguiente plan de acción.

**META:** contribuir a la reducción de la prevalencia de fumar en el CMF No. 12 del área de salud de Florencia.

**PROPOSITO:** implementar un sistema de acciones para fortalecer la información de la población que permita disminuir la prevalencia de fumadores en el CMF 12 de Florencia.

**OBJETIVOS GENERALES:** disminuir la prevalencia de fumadores en el CMF No.12 en el periodo de 3 años.

**OBJETIVOS ESPECIFICOS:** Fortalecer el trabajo preventivo en APS con este grupo de riesgo

- Evaluar percepción de riesgo por parte de población estudiada.
- Capacitar al personal de salud.
- Evaluar el perjuicio del habito de fumar y beneficios

- Informar y orientar a la población de sobre las consultas de deshabituación tabaquica

AUDIENCIAS BENEFICIADAS: La población fumadora del CMF No. 12.

BENEFICIOS ESPERADOS: disminuir la prevalencia de tabaquismo en la población del CMF No. 12.

MODELOS DE COMPORTAMIENTOS: creencias en salud etapas para el comportamiento.

RECURSOS: pizarra acrílica plumones, hojas, plegables, afiches, sueltos, impresora, computadora.

CANALES: los canales previstos en el plan de acción será a través de la estructura del sector salud y grupales a pacientes de CMF No. 12.

PROBLEMA POTENCIAL: La elevada prevalencia de fumadores en el CMF No. 12.

## PLAN DE ACCION

| Actividad   | Audiencia                                    | Escenario             | Responsable    | Evaluación  |
|---|--|-----------------------|----------------|---|
| <p>Un taller<br/>sobre<br/>enfermedades y<br/>complicaciones<br/>relacionadas con el<br/>tabaquismo.</p>  | <p>Fumadores<br/>del CMF<br/>No. 12</p>      | <p>CMPEP</p>          | <p>Dadibel</p> | <p>Preguntas donde se mida la<br/>asimilación del contenido.</p>  |
| <p>Participación en<br/>los talleres de GBT<br/>para médicos y<br/>enfermeros sobre<br/>los beneficios de<br/>la cesación<br/>del tabaquismo.</p> | <p>Médicos<br/>Enfermeros<br/>asistentes</p> | <p>Reunión de GBT</p> | <p>Dadibel</p> | <p>Registro de participación de los<br/>Miembros del GBT a la<br/>Reunión de GBT para<br/>Determinar % capacitados.</p> |
| <p>Charlas<br/>sobre el perjuicio<br/>de fumar y los<br/>beneficios de dejarlo.</p>   | <p>Fumadores<br/>del CMF<br/>No. 12</p>      | <p>CMPEP</p>          | <p>Dadibel</p> | <p>Registro de participantes ,<br/>Preguntas donde se mida la<br/>Asimilación del contenido<br/>Impartido.</p>          |
| <p>Distribución de material<br/>educativo respecto</p>  | <p>Fumadores<br/>del CMF<br/>No. 12</p>      | <p>CMPEP</p>          | <p>Dadibel</p> | <p>Registro de participantes</p>  |
| <p>Asistencia<br/>de enfermeros<br/>a la<br/>distribución<br/>de material.</p>  | <p>Fumadores<br/>del CMF<br/>No. 12</p>      | <p>CMPEP</p>          | <p>Dadibel</p> | <p>Registro de participantes ,<br/>Preguntas donde se mida la<br/>Asimilación del contenido<br/>Impartido.</p>          |

